

InEK

Abschlussbericht

Weiterentwicklung des
G-DRG-Systems
für das Jahr
2016

Klassifikation, Katalog und
Bewertungsrelationen

Teil I: Projektbericht

Siegburg, den 21. Dezember 2015

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 2016 | 4 |
| 3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse | 4 |
| 3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung | 7 |
| 3.2.1 Datenbasis | 7 |
| 3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung | 7 |
| 3.2.1.2 Ergänzende Datenbereitstellung | 11 |
| 3.2.2 Vorschlagsverfahren | 13 |
| 3.2.2.1 Grundzüge des Verfahrens | 13 |
| 3.2.2.2 Beteiligung | 14 |
| 3.2.2.3 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge | 14 |
| 3.3 Schwerpunkte der Weiterentwicklung | 17 |
| 3.3.1 Anpassung der Methodik | 17 |
| 3.3.1.1 Aktualisierung der Plausibilitätsprüfungen | 17 |
| 3.3.1.2 Berechnung der Bewertungsrelationen für Belegversorgung | 21 |
| 3.3.1.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen | 23 |
| 3.3.1.4 Überarbeitung der CCL-Matrix | 25 |
| 3.3.1.5 Einbeziehung von verlegten Fällen und Überliegern | 32 |
| 3.3.1.6 Berechnung der Bezugsgröße | 33 |
| 3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation | 34 |
| 3.3.2.1 Abdominalchirurgie | 34 |
| 3.3.2.2 Augenheilkunde | 38 |
| 3.3.2.3 Eingriffe an der Mamma | 38 |
| 3.3.2.4 Eingriffe an Haut und Unterhaut | 38 |
| 3.3.2.5 Eingruppierung verstorbener Patienten | 39 |
| 3.3.2.6 Endokrinologie | 41 |
| 3.3.2.7 Epilepsie | 43 |
| 3.3.2.8 Extremkosten | 43 |
| 3.3.2.9 Fälle mit einem Belegungstag | 48 |
| 3.3.2.10 Frührehabilitation | 52 |
| 3.3.2.11 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren | 52 |
| 3.3.2.12 Gastroenterologie | 55 |
| 3.3.2.13 Geburtshilfe | 60 |
| 3.3.2.14 Gefäßchirurgie und -interventionen | 64 |
| 3.3.2.15 Geriatrie | 68 |

| | | |
|------------|--|------------|
| 3.3.2.16 | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | 68 |
| 3.3.2.17 | Hochaufwendige Pflege von Patienten | 69 |
| 3.3.2.18 | Infektiöse und parasitäre Krankheiten | 70 |
| 3.3.2.19 | Intensivmedizin | 71 |
| 3.3.2.20 | Kardiologie und Herzchirurgie | 75 |
| 3.3.2.21 | Komplizierende Konstellationen | 78 |
| 3.3.2.22 | Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane | 79 |
| 3.3.2.23 | Mehrfacheingriffe, mehrzeitige Eingriffe, beidseitige Eingriffe | 82 |
| 3.3.2.24 | Multiresistente Erreger | 83 |
| 3.3.2.25 | Neurochirurgie und Neurologie | 85 |
| 3.3.2.26 | Onkologie | 86 |
| 3.3.2.27 | Operative Gynäkologie | 89 |
| 3.3.2.28 | Polytrauma | 91 |
| 3.3.2.29 | Querschnittlähmung | 92 |
| 3.3.2.30 | Schlaganfall | 93 |
| 3.3.2.31 | Schmerztherapie | 94 |
| 3.3.2.32 | Transplantation/Transfusion hämatopoetischer Stammzellen | 96 |
| 3.3.2.33 | Unfallchirurgie/Orthopädie | 97 |
| 3.3.2.34 | Urologie | 102 |
| 3.3.2.35 | Verbrennungen | 104 |
| 3.3.2.36 | Versorgung von Kindern | 105 |
| 3.3.2.37 | Wirbelsäulenchirurgie | 108 |
| 3.3.3 | Integration neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in das G-DRG-System | 110 |
| 3.3.4 | Sortierung | 112 |
| 3.3.5 | Formale Änderungen im Definitionshandbuch | 113 |
| 3.3.6 | Erstellung der G-DRG-Versionen aufgrund von ICD- und OPS-Anpassungen | 114 |
| 3.3.6.1 | Anpassungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen | 114 |
| 3.3.6.2 | Überleitung auf die ab 1. Januar 2016 gültigen Versionen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen | 115 |
| 3.3.6.3 | Behandlung nicht identischer Codes mit „Vorgängerkode“ | 116 |
| 3.3.6.4 | Behandlung nicht identischer Codes ohne „Vorgängerkode“ (neue Codes) | 119 |
| 3.3.7 | Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien | 121 |
| 3.4 | Statistische Kennzahlen | 123 |
| 3.4.1 | Wesentliche Ergebnisse und Änderungen zum Vorjahr | 123 |
| 3.4.1.1 | Erweiterung und Umbau der Fallgruppen | 123 |
| 3.4.1.2 | Nicht bewertete DRGs | 123 |
| 3.4.1.3 | Zusatzentgelte | 124 |
| 3.4.2 | Analyse des Pauschalierungsgrades | 128 |
| 3.4.3 | Statistische Güte der Klassifikation | 130 |
| 3.4.4 | Analyse der Verweildauer | 134 |
| 3.4.4.1 | Verweildauervergleich der Datenjahre 2012, 2013 und 2014 | 134 |
| 3.4.4.2 | Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer | 136 |
| 4 | PERSPEKTIVEN DER WEITERENTWICKLUNG | 140 |
| | ANHANG | 142 |

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 20xx (Fallpauschalenvereinbarung 20xx) |
| 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 2016 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.

Durch zahlreiche Vorschläge der medizinischen Fachgesellschaften, der Verbandsorganisationen der Krankenhäuser und Krankenkassen sowie weiterer Institutionen im Rahmen des „Vorschlagsverfahrens zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2016 (Vorschlagsverfahren 2016)“ 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“. Allen, die sich im Jahr 2015 durch engagierte Teilnahme an der Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems beteiligt haben, sei an dieser Stelle nochmals herzlich gedankt.

Im Jahr 2015 haben 244 Krankenhäuser an der Kostenkalkulation teilgenommen. Durch die gestiegene Anzahl von Nachfragen haben wir den Kalkulationskrankenhäusern in diesem Jahr eine im Vergleich zu den Vorjahren erhöhte Belastung zumuten müssen. Daher möchten wir uns an dieser Stelle ganz besonders herzlich für die aktive Teilnahme an der Kostenkalkulation, die Geduld und das unvermindert große Engagement bedanken, mit dem die Kalkulationskrankenhäuser auch in diesem Jahr an der Bereitstellung einer soliden Datenbasis für die Pflege und Weiterentwicklung gearbeitet haben. Ohne dieses Engagement der Kalkulationskrankenhäuser wäre die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems in der vorliegenden Form nicht möglich.

Das InEK legte den Selbstverwaltungspartnern (GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) am 28. August 2015 den Entwurf des G-DRG-Systems für 2016 vor. Nach ausführlicher Beratung der Fach- und Entscheidungsgremien konnten der G-DRG-Fallpauschalen-Katalog für 2016 und die dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen am 24. September 2015 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.

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 2015

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 2016 erforderlichen Anpassungen der Methodik werden in Kapitel 3.3.1 im Einzelnen beschrieben. Analoge Darstellungen der Vorgehensweise finden sich in älteren Berichten 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 (KHEntG) unterliegenden Krankenhäuser sind verpflichtet, krankenhausbetonte Strukturdaten und fallbezogene Leistungsdaten bereitzustellen (im Folgenden als „Daten gem. § 21 KHEntG“ 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 2014 aufgenommen, aber erst 2014 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 2016

3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Das G-DRG-System 2016 umfasst insgesamt 1.220 DRGs. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Veränderungen zur Vorjahresversion:

| | Anzahl DRGs | Veränderung zum Vorjahr |
|----------------------------------|-------------|-------------------------|
| G-DRG-System 2016 | 1.220 | + 20 |
| davon im Fallpauschalen-Katalog | 1.173 | + 21 |
| davon nicht bewertet (Anlage 3a) | 42 | - 1 |
| davon rein teilstationäre DRGs | 5 | ± 0 |
| davon bewertet (Anlage 1c) | 2 | ± 0 |

Tabelle 1: Überblick über das G-DRG-System 2016

Im Zusatzentgelte-Katalog (Anlage 2 FPV 2016) befinden sich 99 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 97). Die Anzahl der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 FPV 2016) liegt bei 80 (Vorjahr: 73).

Für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG Angaben zu ca. 22,0 Mio. Fällen (Entgeltbereich „DRG“) aus 1.541 Krankenhäusern übermittelt.

Die Anzahl der Kalkulationskrankenhäuser liegt mit 244 um acht niedriger als im Vorjahr. Die auswertbare Fallmenge (nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen) aus den Kalkulationskrankenhäusern betrug ca. 3,8 Mio. Fälle. Im vollstationären Bereich ist die auswertbare Fallmenge aus den Kalkulationskrankenhäusern (ca. 3,6 Mio. Fälle) im Vergleich zum Vorjahr um 1% angestiegen.

Die Schwerpunkte der klassifikatorischen Überarbeitung für 2016 bezogen sich vor allem auf folgende Themengebiete:

- Abbildung der Erkrankungsschwere/Umbau CCL-Matrix

Ein Kernpunkt der Weiterentwicklung war in diesem Jahr das CCL-System zur Abbildung von Komplikationen und Komorbiditäten. Zunächst wurde die PCCL-Formel derart überarbeitet, dass eine Verbesserung der Abbildung von Fällen mit äußerst schweren CC erreicht wird. Die Berechnung der PCCL-Werte bis 3,5 bleibt dabei identisch zum Vorjahr. Die CC-Werte über 4 werden differenziert zu 4, 5 und 6. Dadurch wird eine genauere Abbildung der Fälle mit äußerst schweren CC ermöglicht.

Die Splitbedingung $PCCL > 4$, bzw. $PCCL > 5$ wurde zunächst nur an einigen wenigen Stellen, insgesamt zehn Basis-DRGs, eingebaut. Die Vergütungssituation für einige sehr teure Fälle konnte dadurch deutlich verbessert werden.

Des Weiteren wurden zahlreiche Diagnosen auf ihre CC-Werte hin untersucht. Insgesamt wurden die CC-Werte von 1816 Diagnosen geändert. Dabei wurden 122 Diagnosen aufgewertet, 750 Diagnosen wurden in 1–2 Basis-DRGs abgewertet, 645 in 3–9 Basis-DRGs und 169 in 10–29 Basis-DRGs.

■ Ein-Belegungstag-DRGs

Einen weiteren Schwerpunkt der Analysen in diesem Jahr stellte die systematische Überprüfung von Fällen mit einem Belegungstag dar. Als Ergebnis dieser Analyse wurden vier neue explizite Ein-Belegungstag-DRGs etabliert sowie in 24 DRGs die Zuordnung für bestimmte Tagesfälle geändert, woraus eine Vergütung für Tagesfälle resultiert, die sich typischerweise deutlich stärker an den Ist-Kosten dieser Fälle orientiert. Diese Umbauten haben auch zur Folge, dass bestimmte Inlier in Zukunft besser vergütet werden.

■ Intensivmedizin

Wie schon im letzten Jahr wurden Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung umfassend untersucht. Dabei wurden systemweit die SAPS-Grenzen in operativen und konservativen DRGs betrachtet, sowohl nach oben als auch nach unten. Die Prozedur für die intensivmedizinische Komplexbehandlung ist ab dem G-DRG-System 2016 auch in DRGs gruppierungsrelevant, in denen sie vorher keine Rolle gespielt hat (z.B. in der DRG F65A *Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196/184/184 Aufwandspunkte*). Bei jeder Analyse wurden Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter besonders geprüft.

■ Multiresistente Erreger

Ein neuer Schwerpunkt der Weiterentwicklung für das G-DRG-System 2016 waren Fälle mit Komplexbehandlung bei Infektion mit multiresistenten Erregern (MRE). Systemweit wurde die Abbildung aller Prozeduren in diesem Bereich analysiert. Dies führte einerseits zu einer Ausweitung der Gruppierungsrelevanz der MRE-Komplexbehandlung auf nunmehr 12 MDCs, andererseits wurde in einigen DRGs die Mindestdauer der Behandlung auf 14 Tage erhöht. Im gleichen Zuge wurde in den MDCs 01 und 06 die MRE-Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit im Vergleich zur MRE-Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit besser gestellt.

■ Extremkosten

Die sogenannten „Extremkostenfälle“ spielen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems seit Jahren eine herausragende Rolle. Diese Konstellationen sind entweder durch die absolute Höhe ihrer Kosten oder eine Unter- oder Überdeckung in ihrer jeweiligen DRG auffällig. Zum einen konnten diese Fälle durch die Modifizierung der PCCL-Formel und somit eine differenziertere Darstellung der besonders schwerwiegenden Fälle identifiziert und höhergruppiert werden. Zum anderen wurden durch die systemweite Analyse der intensivmedizinischen Komplexbehandlung (SAPS) extrem teurere Fälle identifiziert und ebenfalls im Vergleich zum Vorjahr differenzierter dargestellt, wozu auch eine Vielzahl von Detailumbauten zur sachgerechten Abbildung von hochaufwendigen Konstellationen beiträgt.

- Gastroenterologie

Schwerpunkte im Bereich Gastroenterologie waren in diesem Jahr u.a. die ERCP („Endoskopien der Gallenwege“), Blutstillung bei akuter Blutung und die Abbildung sachkostenlastiger Leistungen (z.B. Radiofrequenzablation). Die Basis-DRG H41 ERCP wurde im Zuge komplexer Analysen erheblich ausdifferenziert. Wie auch in anderen Bereichen wurden in der MDC 06 sowohl die Abbildung von Kindern als auch der PCCL und die Bedingung „mehr als ein Belegungstag“ als Splitkriterium systematisch untersucht.

- Schmerztherapie

Ein weiteres Thema der Weiterentwicklung für das G-DRG-System 2016 waren Fälle mit multimodaler Schmerztherapie, die im G-DRG-System 2015 in Abhängigkeit von ihrer Hauptdiagnose in vier Basis-DRGs abgebildet waren. Nach umfangreichen Analysen wurden zum einen die DRGs B47Z und I42Z anhand einer Behandlungsdauer von mindestens 14 Tagen gesplittet und zum anderen die betroffenen Fälle aus der MDC 23 bei ähnlicher Verweildauer und Kostenstruktur in die Basis-DRG B47 umgeleitet und somit ebenfalls differenziert nach Behandlungsdauer abgebildet.

- Kinder

Die Abbildung von Kindern war, wie in jedem Jahr, ein wichtiger Bestandteil der Weiterentwicklung für das G-DRG-System 2016. Systemweit wurden Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter analysiert und an vielen Stellen aufgewertet. Ebenfalls gab es umfangreiche Analysen für die Etablierung weiterer Kindersplits. Insgesamt gibt es jetzt 240 (im Vorjahr 215) „reine“ Kinder-DRGs und DRGs, in denen das Kindesalter höhergruppierend wirkt (ohne MDC 15).

Die durch den R^2 -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 2015 | G-DRG-System 2016 | Verbesserung (in %) |
|-----------------------------------|----------------------|----------------------|------------------------|
| R^2 -Wert auf Basis aller Fälle | 0,7784 | 0,7835 | 0,7 |
| R^2 -Wert auf Basis der Inlier | 0,8590 | 0,8628 | 0,4 |

Tabelle 2: Vergleich der Varianzreduktion R^2 im G-DRG-System 2015 und 2016 (Datenbasis: Datenjahr 2014)

3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung

3.2.1 Datenbasis

3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung

Für das Datenjahr 2014 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 2014 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 | 1.541 | 244 |
| Anzahl Betten | 432.084 | 99.371 |
| Anzahl Fälle | 21.952.575 | 4.423.698 |

Tabelle 3: Umfang der Datenlieferung, Entgeltbereich „DRG“, Datenerhebung 2014 (Stand: 31. Mai 2015)

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 1.541 Krankenhäusern bzw. 244 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.

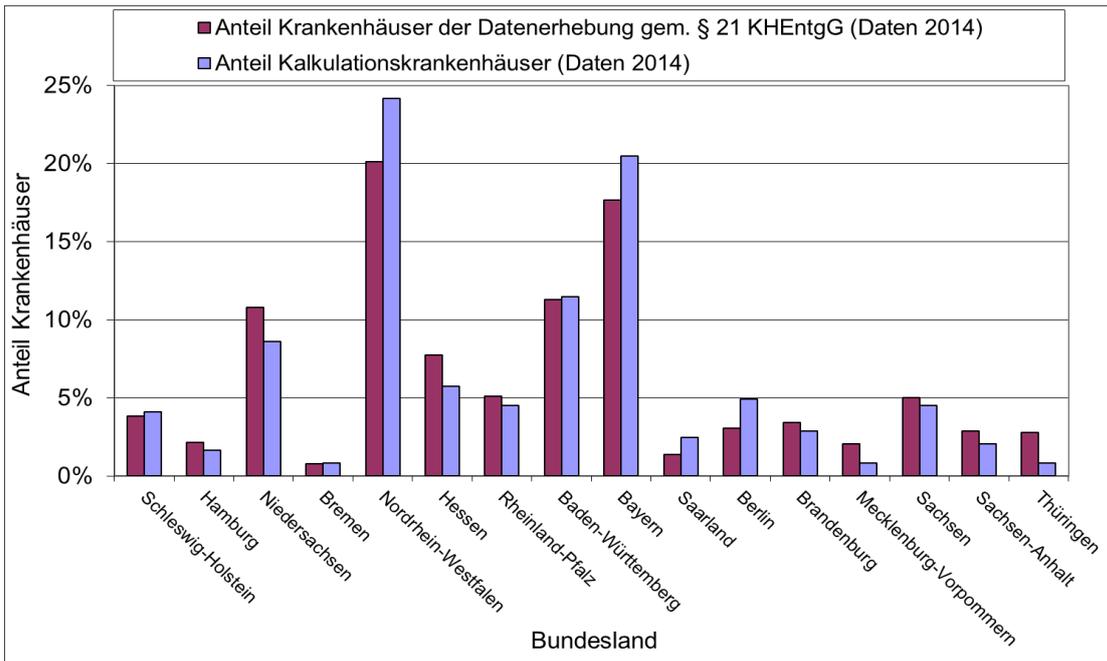


Abbildung 1: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser

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 in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG vertreten. Gleichzeitig stellt die höhere Beteiligung großer Krankenhäuser die Abdeckung des gesamten Leistungsspektrums mit ausreichenden Fallzahlen sicher.

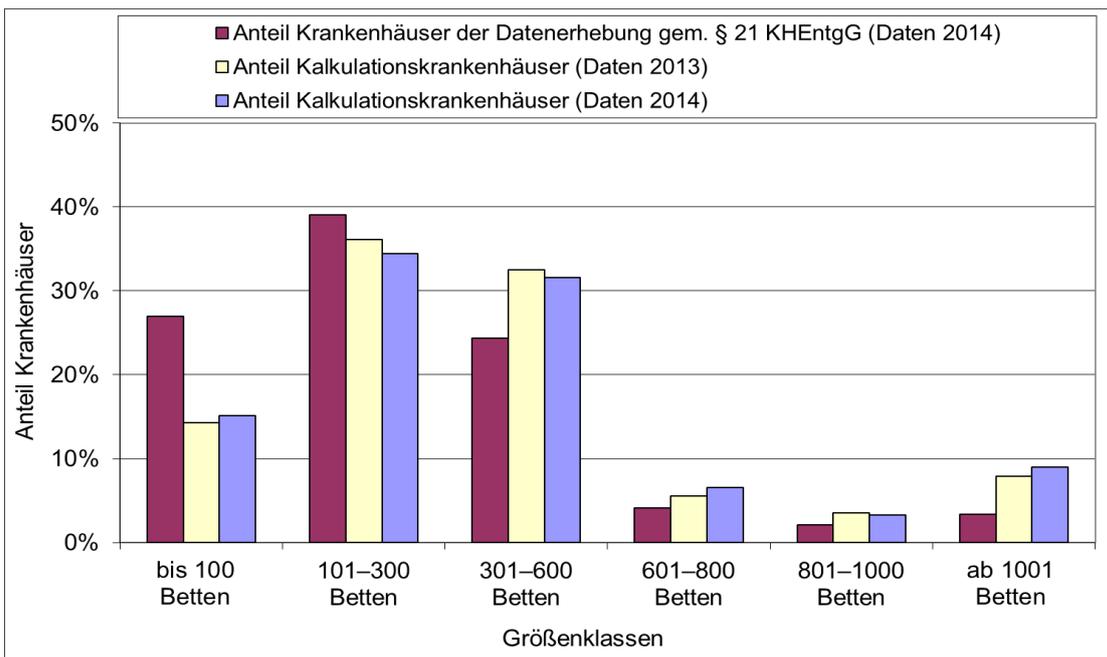


Abbildung 2: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser

In allen Bettengrößenklassen sind im Vergleich zum Vorjahr nur unwesentliche Veränderungen in den Anteilen der Kalkulationskrankenhäuser zu verzeichnen. Im Datenjahr 2014 ist der Anteil bei Kalkulationskrankenhäusern in den Klassen 101–300 Betten, 301–600 Betten und 801–1000 Betten leicht zurückgegangen, während in den Klassen bis 100 Betten und ab 801 Betten der Anteil im Vergleich zum Vorjahr leicht angestiegen ist.

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

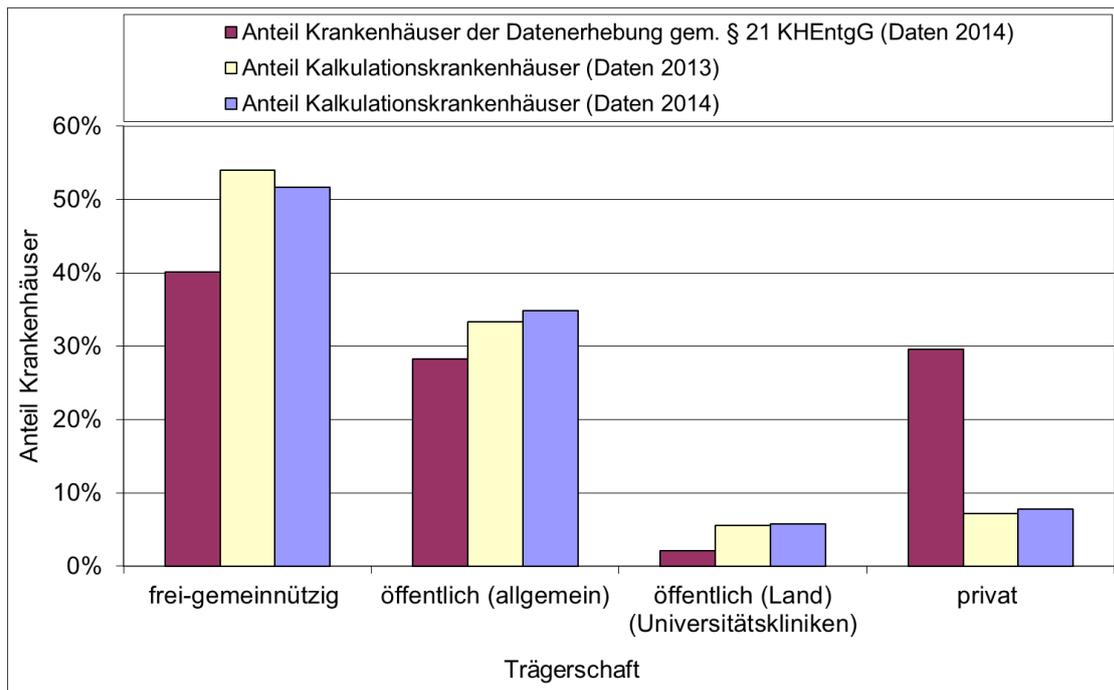


Abbildung 3: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser

Aus der Gegenüberstellung der Kalkulationskrankenhäuser mit den Krankenhäusern der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG ist bei den Kalkulationskrankenhäusern ein Übergewicht der frei-gemeinnützig und öffentlichen Krankenhäuser erkennbar. Andererseits sind bei den Kalkulationskrankenhäusern private Krankenhäuser mit einem geringeren Anteil als in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG vertreten. Der Vergleich der beiden Datenjahre 2013 und 2014 zeigt einen leichten Rückgang des Anteils freigemeinnütziger Kalkulationskrankenhäuser und einen leichten Anstieg öffentlicher Kalkulationskrankenhäuser.

Umfang der Datenlieferungen

Der Anteil fehlerhafter Datensätze an den übermittelten Daten gem. § 21 KHEntgG lag nach Angaben der Datenstelle mit 0,1% unverändert auf niedrigem Niveau. Er hat sich im Vergleich zum Vorjahr (0,2%) nochmals leicht verbessert.

Insgesamt stellten die Kalkulationskrankenhäuser 5.161.843 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 3,2 Prozeduren und 4,9 Nebendiagnosen auf. Die Kostendaten wiesen je Fall im Durchschnitt 24,5 verschiedene Kostenmodule aus.

Nach Ausschluss der vom Matchingproblem betroffenen und der nicht DRG-relevanten Datensätze standen 4.423.698 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 4.423.698 geprüften Datensätze.

| Bereinigung/Korrektur | Anteil Datensätze (in %) | Maßnahme |
|---|---------------------------------|---|
| Fallzusammenführung | 0,3 | Herausnahme der durch Zusammenfassung wegfallenden Fälle aus der Datenbasis |
| Korrektur Zusatzentgelte: Dialysekosten | 1,0 | Bereinigung Dialysekosten |
| Korrektur Zusatzentgelte: Kosten für Faktorpräparate bei Bluterbehandlung | 0,1 | Kostenseparation |
| Korrektur sonstige Zusatzentgelte: Gabe von Medikamenten und Blutprodukten | 2,0 | Bereinigung Sachkosten Arzneimittel (Einzelkostenzuordnung) |
| Korrektur sonstige Zusatzentgelte: Operative und interventionelle Verfahren | 2,4 | Bereinigung Sachkosten bzw. Herausnahme aus der Datenbasis |
| Korrektur Zusatzentgelte Palliativ (ZE60, ZE145) sowie PKMS (ZE130, ZE131) | 1,4 | Bereinigung in relevanten Kostenmodulen |
| Überliegerbereinigung | 0,2 | Herausnahme aus der Datenbasis |

Tabelle 4: Ergebnis der Datenbereinigungen und -korrekturen (bezogen auf 4.423.698 Datensätze, Entgeltbereich „DRG“), Basis: Datenjahr 2014

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 3.767.340 Datensätze zur Verfügung. Auf Grundlage der Ergebnisse der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen wurden im Datenjahr 2014 keine Gesamtlöschungen bzw. Gesamtstornierungen der Kalkulationsdatensätze einzelner Krankenhäuser vorgenommen. Insgesamt wurden 14,8% der 4.423.698 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 | 4.156.418 | 3.572.864 |
| Belegärztliche Versorgung | 63.216 | 46.852 |
| Teilstationäre Versorgung | 204.064 | 147.624 |
| Gesamt | 4.423.698 | 3.767.340 |

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 2014

Der Anteil plausibler Fälle lag im Datenjahr 2014 damit bei 85,2% (Vorjahr 85%).

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 2015 und dem OPS Version 2015 ebenso wie von Leistungen, die in diesen Katalogen noch nicht abgebildet sind. Diese standen in den regulären Daten der Kalkulationskrankenhäuser aus dem Jahr 2014 noch nicht zur Verfügung. Ohne die ergänzende Datenbereitstellung hätten diese Informationen erst in der Kalkulation des Jahres 2016 oder – nach Einführung neuer Codes für 2016 – erst im Jahr 2017 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 Analyse einiger der im Verfahren für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG (NUB-Verfahren) als möglicherweise nicht sachgerecht vergütet angesehenen Leistungen anhand der Daten der ergänzenden Datenbereitstellung möglich.

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

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 224 Kalkulationskrankenhäuser 207.595 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 | 87 | 2.246 |
| Falldaten zu minimalinvasiven Operationen an Herzklappen | 38 | 6.240 |
| Falldaten zu anderen operativen und interventionellen Verfahren | 38 | 1.171 |
| Falldaten zu Blutprodukten | 203 | 84.386 |
| Falldaten zu Medikamenten | 222 | 198.441 |
| Falldaten zur Dialyse | 148 | 15.111 |

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 | 203 | 83.902 |
| Kostendaten zu Medikamenten | 222 | 198.060 |
| Kostendaten zu Neurostimulatoren | 87 | 2.246 |
| Kostendaten zu minimalinvasiven Operationen an Herzklappen | 38 | 6.233 |

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 weiterhin 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 2016 (Vorschlagsverfahren für 2016)“ durch ein regelhaftes Verfahren zu führen. Die Konzeption des Verfahrens (siehe Punkt 1–4) entsprach im Wesentlichen den vorangegangenen Vorschlagsverfahren:

1. Erstmalig konnten Vorschläge ausschließlich über das InEK-Datenportal übermittelt werden.
2. Nur für Vorschläge, die bis zum 28. Februar eingebracht worden waren, wurde eine Rückfrage im Falle von Unklarheiten zugesagt.
3. Änderungsvorschläge zum ICD-10-GM bzw. OPS konnten ausschließlich beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) eingereicht werden.
4. Gemäß Beschluss der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG im Spitzengespräch am 9. Februar 2014 wurden die antragstellenden Institutionen sowie eine gekürzte Darstellung des Inhalts der Vorschläge veröffentlicht.

Das Vorschlagsverfahren für 2016 wurde am 28. November 2014 mit der Veröffentlichung der Verfahrensweise im Internet eröffnet. Alle eingegangenen Vorschläge wurden in einer Eingangsliste erfasst. Diese Zusammenstellung der Vorschläge mit Vor-

schlagsnummer, Name der vorschlagenden Institution/Einzelperson und einer stichwortartigen Quintessenz des Vorschlagsinhalts wurde am 19. Mai 2015 auf der Internetseite des InEK veröffentlicht.

Analog zum Vorgehen in den Vorjahren wurden die Eingaben systematisch aufbereitet und ggf. in mehrere, sinnvoll einzeln zu analysierende 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 320 Vorschlagssendungen eingegangen. Dabei wurden 155 Vorschlagssendungen von Fachgesellschaften oder Verbänden sowie weitere 165 Vorschlagssendungen von Einzelpersonen/Institutionen eingebracht. Da eine Vorschlagssendung aus mehreren Teilveranschlägen (also Vorschlägen zu verschiedenen Problemstellungen oder DRGs) bestehen konnte, ergaben sich rund 415 rechenbare einzelne Vorschläge. Dazu kamen 44 Vorschläge aus den beiden vorherigen Vorschlagsverfahren, die erst in diesem Jahr rechenbar waren, typischerweise weil die beschriebenen Leistungen erst in den Kalkulationsdaten des Jahres 2014 zweifelsfrei identifizierbar waren.

Die meisten Vorschläge gingen zu den Fachgebieten Unfallchirurgie/Orthopädie, Kardiologie, Gastroenterologie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe ein. 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“ Kodes vergleichbaren Aufwands. Damit diese Vorschläge sinnvoll bearbeitet werden konnten, bedurfte es wiederum einiger Nachfragen und Konkretisierungen sowie der Erarbeitung umfassenderer Lösungen, teilweise auch durch Kontaktaufnahmen mit Fachgesellschaften.

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 in der Vergangenheit bereits in der Beantwortung der Einzelvorschläge, in Abschlussberichten sowie in Vorträgen und Veranstaltungen zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems hingewiesen.

Beim Vorschlagsverfahren für 2016 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 Codes wurden an die zuständigen Stellen beim DIMDI weitergeleitet, allerdings hatte dies keine Verlängerung der Annahmefrist des DIMDI (28. Februar 2015) 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

Im Rahmen der Bearbeitung der CCL-Matrix wurden in diesem Jahr wieder detaillierte Prüfungen von Diagnosen und Diagnosegruppen im Hinblick auf beispielsweise streitbefangene, wenig belastbare Kodierung und Besonderheiten bei der Verschlüsselung durchgeführt. Schließlich wurden für das G-DRG-System 2016 zahlreiche Diagnosen in die CCL-Matrix aufgenommen bzw. aufgewertet, aus der CCL-Matrix gestrichen bzw. abgewertet oder Änderungen der CC-Ausschlussliste umgesetzt. Zudem erfolgte eine Neubewertung der CCL-Werte von Diagnosen in einzelnen DRGs. Vorschläge aus dem Vorschlagsverfahren bezüglich der Neugruppierung einzelner Diagnosen wurden nur bei eindeutigen Simulationsergebnissen und einer relevanten Fallzahl implementiert. Des Weiteren wurde die PCCL-Formel erneut weiter angepasst. Die Überarbeitung der CCL-Matrix wird in Kapitel 3.3.1.4 detailliert beschrieben.

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

Simulationen auf den Daten der Kalkulationskrankenhäuser konnten nur anhand von Codes durchgeführt werden, die in den Datensätzen vorhanden waren oder aufgrund einer ergänzenden Datenbereitstellung zur Verfügung standen. Mit neu beantragten Codes wurde wie oben beschrieben verfahren. Wurden diese Codes vom DIMDI in die Klassifikationen aufgenommen, können sie ab dem Jahr 2016 verschlüsselt werden und stehen dann spätestens im Jahr 2017 in den Kalkulationsdaten zur Analyse zur Verfügung. Vorschläge, die auf Codes des Jahres 2015 basieren, wurden weitestgehend auf Codes des Jahres 2014 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 von Fachgesellschaften im Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2016. Weiterhin wurden die DKR an Änderungen der Diagnosen-/Prozedurenklassifikation sowie der G-DRG-Klassifikation für 2016 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 2015 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 2016 nicht mit einer Bewertungsrelation belegt (Anlagen 3a und 3b der FPV 2016) 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 5.622 Änderungsvarianten (ohne CCL-Matrix-Berechnungen).

3.3 Schwerpunkte der Weiterentwicklung

3.3.1 Anpassung der Methodik

3.3.1.1 Aktualisierung der Plausibilitätsprüfungen

Die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen analysieren, ob die von den Kalkulationskrankenhäusern übermittelten Datensätze den formalen Anforderungen genügen und 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 zusätzlichen krankenhausespezifischen Informationen zur Kalkulationsgrundlage stellen einen integralen Bestandteil der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen zur Beurteilung der Integrität der Krankenhaus-Gesamtdaten dar. 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 Intensivseinheiten sowie
- Informationen über die Leistungsdokumentation (insbesondere Aufenthaltsdauer, TISS/SAPS-Score, Kosten) bei intensivmedizinischer Betreuung.

Die Leistungsdaten stehen in einem engen Zusammenhang mit den Kosteninformationen im Kalkulationsdatensatz. Daher wurde auf Fallebene geprüft, ob die ausgewiesenen Kosten in Bezug auf die angegebenen Leistungsdaten der Höhe nach plausibel waren. Die fallbezogenen Prüfergebnisse wurden in Verbindung mit den Ergebnissen der krankenhausespezifischen 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, krankenhausespezifische Erklärungen für einzelne Auffälligkeiten übermitteln. Kalkulationsdatensätze wurden tendenziell nicht für die Kalkulation verwendet, wenn das Krankenhaus keine nachvollziehbare Erläuterung für die Kostenhöhe in Bezug zur dokumentierten Leistung lieferte und die übermittelten Kosten von einer plausiblen Größenordnung nennenswert abwichen.

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 darstellen, kommt der inhaltlichen Prüfung der Personalkostenverrechnung auf Krankenhausebene ein besonderes Augenmerk zu. Ein Prüfungsschwerpunkt lag auf der Plausibilität der Personalkostenverrechnung zwischen den einzelnen Kostenstellengruppen unter besonderer Berücksichtigung der Vorgaben zur Mindestdifferenzierung im Kostenstellenplan. Ein zweiter Prüfungsschwerpunkt fokussierte innerhalb einer Kostenstellengruppe auf die Zurechnung der Personalkosten zu den einzelnen Behandlungsfällen. Bei Auffälligkeiten wurde mit dem Kalkulationskrankenhaus geklärt, ob eine besondere krankenhausespezifische Situation die Auffälligkeit – inhaltlich korrekt – determinierte oder ob ein systematischer Kalkulationsfehler vorlag.

Die Gemeinkostenverrechnung in der Kostenstellengruppe 2 „Intensivstation“ erfolgt auf Basis gewichteter Intensivstunden. Dazu müssen für den einzelnen Behandlungsfall die Intensivstunden so erfasst werden, dass unterschiedliche Behandlungsintensitäten in mindestens drei Stufen abgebildet werden können. Die intensiven Diskussionen mit den Kalkulationskrankenhäusern insbesondere im vergangenen Jahr haben gezeigt, dass die bisherige Beschreibung des Kostenzurechnungsmodells einen Interpretationsspielraum enthält, der im Einzelfall zu verzerrenden Kalkulationsergebnissen führen konnte. Zur Klarstellung wurde das Kalkulationshandbuch für die aktuelle Kalkulationsrunde entsprechend neu gefasst und der bestehende Interpretationsspielraum beseitigt. Alle Kalkulationsteilnehmer mussten daher ihr Modell für die Gemeinkostenzurechnung auf der Intensivstation dem InEK zur Freigabe vorlegen. Damit sollte sichergestellt werden, dass Modelle verwendet werden, die den klargestellten Kalkulationsvorgaben entsprechen. In Einzelfällen konnte die krankenhausespezifische Situation vorliegen, dass für die Umsetzung der Klarstellung im Kalkulationshandbuch vorbereitende Maßnahmen in der elektronischen Datenerfassung und/oder Datenverarbeitung erforderlich waren, die bis zum Beginn der Kalkulationsphase nicht mehr umgesetzt werden konnten. In diesen Einzelfällen wurden adäquate Übergangslösungen vereinbart. Die Kalkulationsergebnisse für die Kostenstellengruppe 2 „Intensivstation“ wurden unverändert Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen unterzogen, die u.a. auf den Angaben aus der Information zur Kalkulationsgrundlage zu den Intensiveinheiten basierten. 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) sowie im OP-Bereich (Kostenstellengruppe 4) und in der Anästhesie (Kostenstellengruppe 5) 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 und in der Anästhesie sowie die Kostenverteilungsmodelle auf den Intensivstationen gelegt. Nachgefragt wurden auch auffällige Personal- und Sachkosten auf der Normalstation (Kostenstellengruppe 1), im

Kreisssaal (Kostenstellengruppe 6) und in der Übrigen Diagnostik und Therapie (Kostenstellengruppe 11).

Prüfungen auf Fallebene

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

Die fallindividuelle Kostenzuordnung im OP-Bereich, in der Anästhesie und auf den Intensivstationen stand besonders im Fokus der überarbeiteten Plausibilitätsprüfungen. 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. Dabei wurde nicht nur die kostenstellenbezogene Zuordnung von Personalkosten, sondern auch die Plausibilität der übermittelten Leistungsminuten (Schnitt-Naht-Zeit bzw. Anästhesiologiezeit) geprüft. Die aus den übermittelten Anwesenheitszeiten für die verschiedenen Personen (ärztliches Personal und Funktionspersonal) resultierende Anzahl von gleichzeitig und insgesamt anwesenden Personen während der OP bzw. Anästhesie wurde ebenfalls bei Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen verwendet. Häufig wurde eine fehlerhafte Erfassung der Leistungsdaten als Ursache für die auffällige Kostenzuordnung erkannt und korrigiert.

Die von den Kalkulationskrankenhäusern je Intensivaufenthalt übermittelten gewichteten Intensivstunden sowie die Angaben in den Informationen zur Kalkulationsgrundlage wurden zu Plausibilitätsprüfungen herangezogen. Dabei wurden die Kostensätze für Ärztlichen Dienst und Pflegedienst sowie die Gewichtungen selbst in den Fokus der Prüfungen gerückt. Bei der Kostenzuordnung auf den Intensivstationen wurde auch analysiert, ob die Gesamtsumme der zugeordneten Personalkosten auf Ebene des einzelnen Behandlungsfalls insbesondere bei besonders aufwendigen Patienten noch plausibel war. Die patientenindividuelle Aufteilung der Verweildauer auf Intensivstation(en) und Normalstation(en) wurde, soweit dies die individuelle Datenlage jeweils zuließ, in Augenschein genommen. Gravierende Abweichungen gaben Anlass zur Nachfrage bei den Kalkulationskrankenhäusern, um fehlerhafte Kalkulationen oder Dokumentationen zu identifizieren und möglichst zu beseitigen.

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 das Vorliegen von Mindestkosten bei Angabe entsprechender OPS-Kodes (z.B. multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, Komplexbehandlung bei schwer behandelbarer Epilepsie, Multimodale Schmerztherapie) unter Berücksichtigung der in den OPS-Kodes definierten Leistungen und Leistungsmengen geprüft. Auffällige Kostenwerte wurden als Nachfrage an das Kalkulationskrankenhaus zurückgespielt. Häufig lag die Ursache auffälliger Kostenwerte in einer fehlerhaften Datenerfassung oder Datenverarbeitung. Im Übrigen ließen sich die Auffälligkeiten mit krankenhausindividuellen Besonderheiten erklären. Eine Schwierigkeit in der Diskussion mit den Kalkulationskrankenhäusern lieferte die Tatsache, dass die Kostenstellengruppe 11 eine Reihe von Kostenstellen eines Krankenhauses vereinigt und die nachgefragten Kostenwerte nicht den Kostenstellen entstammen, auf welche die Inhalte der Plausibilitätsprüfungen abzielten. Beispielsweise

konnten auffällige Kostenwerte über eine Aufnahmestation entstehen, obwohl Leistungen einer Komplexbehandlung einer anderen Kostenstelle im Fokus der Prüfung lagen. Hier wäre für die Zukunft zu prüfen, inwieweit eine Trennung der Kostenstellengruppe 11 in einige zentrale Kostenstellengruppen zielführend sein könnte.

Zur Weiterentwicklung der Zusatzentgelte für die Behandlung mit Blutgerinnungsfaktoren wurden die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen 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 erneut auf der Steigerung der Datenqualität im Bereich der Einzelkostenzuordnung. Zusätzlich zu den fallbezogenen Prüfungen wurden krankenhausübergreifende 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 Kosten gebeten. Die Krankenhäuser haben in Reaktion darauf die Kostenzuordnung überprüft und ggf. korrigiert oder die Kostenhöhe in geeigneter Weise nachvollziehbar belegt.

Die intensivierten Analysen auf der Fallebene haben dazu geführt, dass in diesem Jahr deutlich mehr Nachfragen an die Kalkulationskrankenhäuser gestellt wurden. Die zahlreichen Nachfragen haben zur Identifikation wichtiger Kalkulationsauffälligkeiten beigetragen, die somit in der endgültigen Datengrundlage nicht mehr enthalten sind. Die Rückmeldungen der Krankenhäuser haben darüber hinaus wichtige Impulse sowohl für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems als auch für die Weiterentwicklung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen geliefert.

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 erneut einer grundlegenden Überarbeitung unterzogen. Dabei wurden vor allem Prüfungen durch

geänderte Definitionen entschärft, bei denen sich aufgrund der Erfahrungen aus den Rückmeldungen der Krankenhäuser zu bestimmten Kodierungen in den letzten Jahren kein Anlass mehr ergab, den jeweiligen Sachverhalt zu prüfen. 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 wurde die Methodik 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 Katalogs 2016 wurden auch in diesem Jahr im Vorfeld der Kalkulation die Plausibilitätsprüfungen erweitert und weitere Analysen vorgenommen.

Kalkulation

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

Wie in den Vorjahren wurden der Kalkulation nur Datensätze mit ausschließlich belegärztlicher Versorgung zugrunde gelegt. Die Kalkulationsbedingungen wurden unverändert aus dem Vorjahr übernommen.

Aufgrund der erweiterten Plausibilitätsprüfungen und Analysen im Vorfeld konnte die Datenqualität insgesamt weiter verbessert werden. Aus diesem Grund wurden bei solchen DRGs, bei denen die Verletzung lediglich einer Kalkulationsbedingung vorlag, wie im Vorjahr Individualanalysen durchgeführt. Im Einzelnen wurde geprüft, welches Kriterium verletzt wurde und welchen Einfluss dies auf das Kalkulationsergebnis der jeweiligen DRG hatte. Konnte durch die Verletzung der Kalkulationsbedingung keine Beeinflussung des Kalkulationsergebnisses festgestellt werden, wurde eine eigenständige Kalkulation auf Basis der übermittelten und plausibilisierten Datensätze durchgeführt.

Mit 35.940 Datensätzen wurden somit 63 DRGs eigenständig kalkuliert. Eine Aufstellung dieser DRGs befindet sich im Anhang (siehe Tab. A-2). Die Datenbasis ist damit dem allgemeinen Trend eines Rückgangs von Behandlungsfällen in belegärztlicher Versorgung folgend im Vergleich zum Vorjahr deutlich gesunken. Wird die Gesamtheit der gelieferten Daten gem. § 21 KHEntgG betrachtet, repräsentieren diese DRGs gut 62% 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 32,7% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tab. 8).

| Differenz Bewertungsrelation | DRGs kalkuliert | DRGs abgeleitet |
|------------------------------|-----------------|-----------------|
| Bis 10% | 1 | 120 |
| Über 10% bis 20% | 3 | 504 |
| Über 20% bis 30% | 20 | 109 |
| Über 30% bis 40% | 27 | 0 |
| Über 40% bis 50% | 12 | 0 |
| Mittelwert (ungew.) | 32,7% | 14,5% |

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 Belegabteilung entsprechen.

Normativ-analytische Ableitung

Die Methodik der normativ-analytischen Ableitung wurde unverändert beibehalten. Auf Basis der Verweildauer-Strukturanalyse wurde bei 456 DRGs zusätzlich zum Abzug der Arztkosten ein Zu- bzw. Abschlag der verweildauerabhängigen Module vorgenommen (147 DRGs mit Zuschlag, 309 DRGs mit Abschlag). Dadurch wurden die Bewertungsrelationen für belegärztliche Versorgung den mittleren Verweildauern der Belegfälle in den Daten gem. § 21 KHEntgG angepasst. Die Bewertungsrelationen bei den abgeleiteten DRGs liegen im Ergebnis durchschnittlich 14,5% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tab. 8). Bei 280 DRGs (35,0%) wurden lediglich die Arztkosten abgezogen, ohne dass weitere Anpassungen vorgenommen wurden (siehe Tab. 9). Die untere und obere Grenzverweildauer wurden nach den üblichen Vorschriften abgeleitet. Entsprechend wurde für den Katalog bei belegärztlicher Versorgung die obere Grenzverweildauer im Vergleich zur Hauptabteilung 182 Mal abgesenkt und 64 Mal angehoben. Die untere Grenzverweildauer wurde im Vergleich zur Hauptabteilung 45 Mal abgesenkt und 20 Mal angehoben.

| Verfahren | Anzahl DRGs |
|---------------------------------------|-------------|
| Zu- und Abschläge durch VWD-Anpassung | 456 |
| Nur Abzug Arztkosten | 280 |
| Eigenständig kalkulierte DRGs | 63 |
| Gesamt | 799 |

Tabelle 9: Überblick Kalkulationsmethodik der DRGs bei belegärztlicher Versorgung

Für 376 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 16 verringert (Vorjahr: 815 DRGs).

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

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

Die Bewertungsrelationen der genannten Versorgungsformen wurden sowohl bei den eigenständig kalkulierten DRGs als auch bei den normativ-analytisch abgeleiteten DRGs unverändert ausschließlich durch Abzug der jeweils relevanten Kostenmodule ermittelt.

3.3.1.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen

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

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

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

Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung

Für das Datenjahr 2014 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 Kalkulati-

onsbedingungen 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 3.782 Kalkulationsdatensätze der L90B und 184.003 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 | Kosten (€) L90C |
|----------------------------------|------------------------|--------------------|--------------------|
| Ärztlicher Dienst | 1 | 33,68 | 30,74 |
| Pflegedienst | 2 | 55,55 | 58,65 |
| Med.-technischer Dienst | 3 | 33,19 | 20,33 |
| Arzneimittel | 4a | 13,61 | 9,07 |
| Arzneimittel Einzelkosten | 4b | 0,28 | 3,40 |
| Implantate/Transplantate | 5 | 0,00 | 0,00 |
| Übriger med. Bedarf | 6a | 19,71 | 31,94 |
| Übriger med. Bedarf Einzelkosten | 6b | 72,24 | 38,70 |
| Med. Infrastruktur | 7 | 11,23 | 17,98 |
| Nicht med. Infrastruktur | 8 | 48,30 | 44,88 |
| Gesamt | | 287,79 | 255,69 |

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 2014

| Kode | Hauptdiagnose | Fälle |
|-------|---------------------------------------|-------|
| Z49.1 | Extrakorporale Dialyse | 102 |
| N18.5 | Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5 | 33 |

Tabelle 11: Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90B *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse*, Basis: Datenjahr 2014

| Kode | Hauptdiagnose | Fälle |
|-------|---------------------------------------|--------|
| Z49.1 | Extrakorporale Dialyse | 10.373 |
| N18.5 | Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5 | 2.685 |

Tabelle 12: Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90C *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse*, Basis: Datenjahr 2014

| Kode | Prozeduren | Anzahl |
|----------|--|--------|
| 8-857.0 | Peritonealdialyse: Intermittierend, maschinell unterstützt (IPD) | 3.350 |
| 8-857.10 | Peritonealdialyse: Kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD): Bis 24 Stunden | 456 |

Tabelle 13: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90B Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2014

| Kode | Prozeduren | Anzahl |
|---------|---|---------|
| 8-854.2 | Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation | 125.724 |
| 8-855.3 | Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation | 41.686 |
| 8-854.3 | Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen | 9.486 |
| 8-855.4 | Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen | 2.310 |
| 8-853.3 | Hämodifiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation | 2.140 |

Tabelle 14: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2014

3.3.1.4 Überarbeitung der CCL-Matrix

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

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

1. Ermittlung des CCL-Wertes für jede Diagnose eines Patienten, vor allem in Abhängigkeit der Basis-DRG und der Hauptdiagnose: In den DRGs der operativen Partitionen sind ganzzahlige Werte von 0 („kein Einfluss der CC“) bis 4 („äußerst schwere CC“), in den übrigen DRGs ganzzahlige Werte von 0 bis 3 („schwere CC“) möglich. Die CCL-Werte für jede Kombination aus Basis-DRG und Diagnose lassen sich in einem zweidimensionalen Feld darstellen; sie bilden die CCL-Matrix.

2. Durch ein rekursives Ausschlussverfahren mit Exklusionslisten wird erreicht, dass von ähnlichen Diagnosen nur die Diagnose mit dem höchsten CCL-Wert in die Berechnung des PCCL eingeht.
3. Mit Hilfe einer Formel wird schließlich auf Basis der verbleibenden absteigend sortierten CCL-Werte der PCCL, der kumulative Effekt der Einzeldiagnosen, als ganzzahliger Wert zwischen 0 und 6 berechnet.

Mit dem PCCL wird jedem Fall in Abhängigkeit von der Kostenrelevanz seiner Begleiterkrankungen auf hochdifferenzierte Weise ein DRG- und ein fallspezifischer Wert zugeordnet, durch welche die Begleiterkrankungen des Falles implizit in die Zuordnung zu einer Fallpauschale eingehen können, ohne die Aufwandserhöhung durch die Begleiterkrankungen für jeden Fall und jede DRG für jede mögliche Diagnose und Diagnosenkombination explizit messen zu müssen. Dessen ungeachtet werden einzelne, besonders kostenrelevante Nebendiagnosen auch explizit in Gruppierungsbedingungen berücksichtigt.

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

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

Nachdem früher Diagnosen oder Diagnosegruppen überwiegend systemweit auf- bzw. abgewertet wurden, verlagerte sich die Anpassung der CCL-Werte in den letzten Jahren verstärkt hin zu einer individuellen Anpassung bestimmter Diagnosen in bestimmten Basis-DRGs. Auch in diesem Jahr erfolgten umfangreich solche Anpassungen der CCL-Werte.

Bei der Anpassung der Exklusionslisten handelt es sich ebenso um einen kontinuierlichen Prozess, der u.a. die Weiterentwicklung des ICD-10-GM und des G-DRG-Systems, die Kodierrichtlinien, die Kodierung etc. berücksichtigen muss.

Im G-DRG-System 2014 wurde erstmals die Formel zur Berechnung des PCCL geändert, die aus dem australischen AR-DRG-System unverändert übernommen worden war. Auslöser hierfür war die Veränderung der Kodierung von Nebendiagnosen. Da die Auswirkungen dieser Veränderung erst in den Kalkulationsdaten des Datenjahres 2014 sichtbar wurden, wurden Änderungen am CCL-System im letzten Jahr zurückhaltend umgesetzt. Auf eine weitere grundlegende Modifikation wie beispielsweise eine weitere Anpassung der Formel wurde im vergangenen Jahr verzichtet.

In diesem Jahr erfolgte nun erneut eine Anpassung aller Teilschritte. Im Folgenden wird zunächst die Modifikation der PCCL-Formel präsentiert, da diese Anpassung systemweit für alle Fälle und alle DRGs gilt. Anschließend wird auf die Anpassung einzelner CCL-Werte eingegangen, die sich vor allem lokal auswirken, sowie die Anpassung der Exklusionslisten.

Der Gesamtschweregrad reichte bislang in ganzzahligen Schritten von 0 („keine CC“) bis zu 4 („äußerst schwere CC“). Der äußerst schwere Gesamtschweregrad konnte bspw. bereits mit wenigen Diagnosen mit vergleichsweise *hohem* CCL (z.B. eine Diagnose mit CCL = 4 und eine Diagnose mit CCL = 3 oder zwei Diagnosen mit CCL = 3 und einer Diagnose mit CCL = 2), aber auch mit einer gewissen Anzahl an Diagnosen mit *niedrigem* CCL (z.B. sieben Diagnosen mit CCL = 2 und vier Diagnosen mit CCL = 1) erreicht werden. Aufgrund der „Kappungsgrenze“ von 4 hatten Fälle mit Diagnosekonstellationen wie eine Diagnose mit CCL = 4 und eine Diagnose mit CCL = 3 oder zwei Diagnosen mit CCL = 3 und einer Diagnose mit CCL = 2 denselben äußerst schweren Gesamtschweregrad wie Fälle mit Diagnosekonstellationen wie drei Diagnosen mit CCL = 4 und vier Diagnosen mit CCL = 3 oder acht Diagnosen mit CCL = 4.

Für eine Verbesserung der Kalkulation der Fallpauschalen, gerade im Hinblick auf Extremkostenausreißer, ist eine stärkere Differenzierung der Fälle mit äußerst schweren CC vielversprechend. Eine Verbesserung der Abbildbarkeit von Fällen mit äußerst schwerem Gesamtschweregrad ohne eine Veränderung der Abbildung der übrigen Fälle erfolgt im G-DRG-System 2016 durch Etablierung zusätzlicher Schweregrade 5 und 6 („schwerste CC“). Erreicht wird dies durch einen steileren Verlauf der PCCL-Kurve für kumulierte Schweregrade ab dem Wert 5,83, für den die PCCL-Formel den Wert 3,50 annimmt. Im Vorfeld der Anpassung der Formel zur Berechnung des PCCL wurden zahlreiche Analysen zu Modifikationen, u.a. verschiedene (lineare und nicht lineare) Kurvenverläufe und unterschiedliche Werte für den Steigungsparameter τ , vorgenommen und die Ergebnisse auf eine verbesserte Sachgerechtigkeit hin geprüft. Als Resultat wurde die Formel derart verändert, dass die PCCL-Kurve für kumulierte Schweregrade ab 5,83 nicht mehr logarithmisch, sondern linear wächst; der Steigungsparameter ist aktuell $\tau = 1,25$ (siehe Abb. 4 und 5).

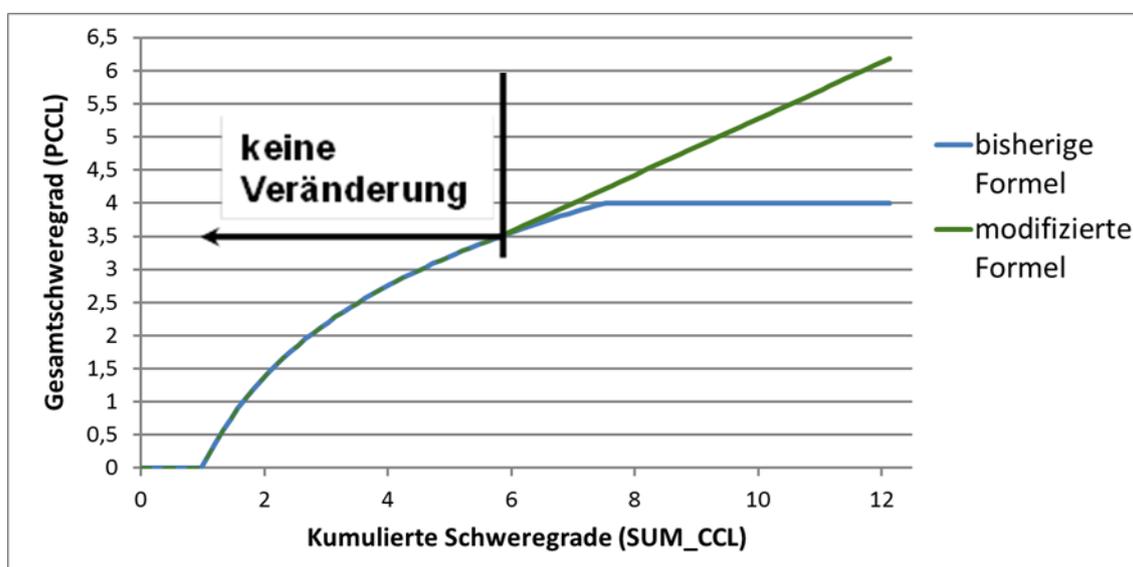


Abbildung 4: Grafische Darstellung der Modifikation der PCCL-Formel

Formel zur Berechnung des patientenbezogenen Gesamtschweregrades (PCCL)

Sei $\{CCL_i\}$ die absteigend sortierte Liste der am Ende des Ausschlussverfahrens ermittelten CCL-Werte. Die Formel zur Berechnung des PCCL lautet folgendermaßen:

$$PCCL = \begin{cases} 0, & \text{falls keine Nebendiagnose mit } CCL > 0 \text{ vorhanden ist} \\ \text{RUNDE}(x), & \text{sonst} \end{cases}$$

mit

$$x = \begin{cases} \frac{4}{\ln(3/\alpha)} \ln(SUM_CCL), & \text{falls } SUM_CCL < 5,83 \\ \tau \frac{4}{\ln(3/\alpha)} \left(\frac{SUM_CCL}{5,83} - 1 \right) + 3,5, & \text{sonst} \end{cases}$$

und

$$SUM_CCL = \sum_{i=k}^n CCL_i e^{-\alpha(i-k)}$$

Der Dämpfungsparameter α hat derzeit den Wert 0,4. Der Steigungsparameter τ hat derzeit den Wert 1,25. Es ist zudem $k = 1$ für die Basis-DRGs P01-P67 und $k = 2$ für alle anderen Basis-DRGs. Der Parameter n steht für die Anzahl der Diagnosen eines Falles (Haupt- und Nebendiagnosen).

Abbildung 5: Formel zur Berechnung des PCCL

Tabelle 15 zeigt einige Beispiele zur Berechnung des PCCL. Die Formeländerung hat nur Auswirkungen auf Fälle mit schwersten CC. Im Ergebnis ergibt sich auf Datengrundlage des Jahres 2014 keine formelbedingte Änderung des PCCL im G-DRG-System für die meisten Fälle (98,4%).

Die Änderung der Formel hat zudem keine Auswirkungen auf die Rangfolge der Diagnosekonstellationen nach Schwere; d.h. hatte eine bestimmte Diagnosekonstellation bislang einen höheren Schweregrad als eine andere Diagnosekonstellation, so ist dies immer noch der Fall.

Die Modifikation der Formel ermöglicht nun den Einbau der Splitbedingungen $PCCL > 4$ und $PCCL > 5$ in die G-DRG-Klassifikation. Im G-DRG-System 2016 finden sich derartige Splits zunächst an einigen wenigen Stellen, an denen sich dies besonders eignet:

- Insgesamt sind zehn Basis-DRGs betroffen: A11 ($PCCL > 5$) und A17, A42, B02, E02, F06, R60, R61, R63 und Y03 (alle mit $PCCL > 4$)
- In weiteren Basis-DRGs (z.B. A07, A09) wurde eine Verwendung der schwersten CC als Splitkriterium analysiert, aber letztlich nicht umgesetzt.

Die Vergütungssituation für einige sehr teure Fälle konnte deutlich verbessert werden (siehe dazu auch Kap. 3.3.2.8 zu den Extremkostenfällen).

Eine abschließende Beurteilung der Modifikation der PCCL-Formel (insbesondere die Linearität des Kurvenverlaufs für hohe kumulierte Schweregrade und die konkrete Wahl des Steigungsparameters) ist erst auf der Datengrundlage der folgenden Jahre möglich. Die stärkere Nutzung der schwersten CC als Kostentrenner ist eine Option für die Zu-

kunft. Hierfür sind weitergehende Untersuchungen in den kommenden Jahren notwendig. Es ist darüber hinaus zu prüfen, ob ggf. die Berechnung des PCCL mit Nachkommastellen sinnvoll ist (z.B. PCCL = 4,23 statt PCCL = 4).

| PCCL | CCL1 | CCL2 | CCL3 | CCL4 | CCL5 | CCL6 | CCL7 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 6* | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 2 | |
| 6* | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| 5* | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 |
| 5* | 4 | 4 | 4 | | | | |
| 5* | 4 | 4 | 3 | 2 | | | |
| 4 | 4 | 3 | | | | | |
| 4 | 4 | 2 | 2 | | | | |
| 4 | 3 | 3 | 2 | | | | |
| 4 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | |
| 3 | 4 | 2 | | | | | |
| 3 | 4 | | | | | | |
| 3 | 3 | 3 | | | | | |
| 3 | 3 | 2 | | | | | |
| 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | |
| 3 | 2 | 2 | 1 | | | | |
| 2 | 3 | | | | | | |
| 2 | 2 | 2 | | | | | |
| 2 | 2 | 1 | | | | | |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| 1 | 2 | | | | | | |
| 1 | 1 | 1 | | | | | |
| 0 | 1 | | | | | | |

Tabelle 15: Beispiele zur Ermittlung des PCCL, *: Mit der früheren Formel hätte sich der Wert 4 ergeben.

Im Rahmen des jährlichen Auftrags zur Überprüfung und Bearbeitung der CCL-Matrix wurden in diesem Jahr erneut zahlreiche Analysen der CCL-Werte der Diagnosen durchgeführt mit dem Ziel der weiteren Adjustierung der Abbildung der Multimorbidität im G-DRG-System. Es wurden DRG-spezifische Anpassungen von CCL-Werten einzelner Diagnosen für eine große Anzahl an DRGs etabliert. Die Vorteile solcher Anpassungen liegen in einer sachgerechten, feiner granulierten Abbildung von Fällen im Schweregradsystem. Die Anzahl der diagnosespezifischen Änderungen der CCL-Systematik im Vergleich zu den Vorjahren ist in Abbildung 6 zu sehen.

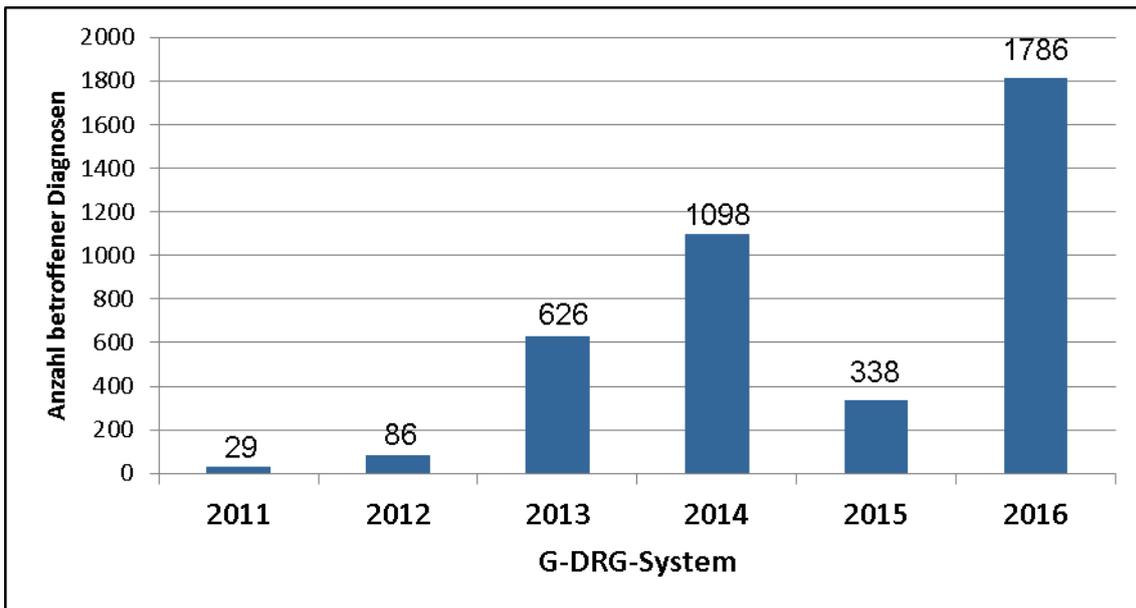


Abbildung 6: Diagnosespezifische Änderungen der CCL-Systematik im Verlauf der letzten Jahre

Zur Überarbeitung der CCL-Matrix sind in diesem Jahr Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren und aus dem Anfrageverfahren für über 620 Diagnosekodes eingegangen. Darüber hinaus wurden im Rahmen eigener Analysen fast 2.000 weitere Diagnosen hinsichtlich ihrer Abbildung in der CCL-Matrix untersucht. Multiple Abwertungen, Streichungen, Aufwertungen und Aufnahmen wurden simuliert. Umfangreiche interne Analysen führten zur Anpassung der Werte bestimmter Diagnosen innerhalb mehrerer DRGs. Im Ergebnis wurden fast 1.800 Diagnosen verändert. Dabei ist zu betonen, dass 78% der Diagnosen in weniger als zehn Basis-DRGs in ihrer Bewertung verändert wurden (siehe Abb. 7).

| | |
|--|--------------|
| DRG-spezifische Abwertung in < 3 Basis-DRGs: | 738 |
| DRG-spezifische Abwertung in 3-9 Basis-DRGs: | 653 |
| DRG-spezifische Abwertung in 10-29 Basis-DRGs: | 176 |
| DRG-spezifische Abwertung in mindestens 30 Basis-DRGs: | 91 |
| Aufwertung nach Einzelanalyse DRG: | 80 |
| Gleichzeitige Auf- und Abwertung je nach Basis-DRG: | 30 |
| Neu aufgenommene Codes (Vorschlagsverfahren): | 12 |
| Global aus der CCL-Matrix gestrichen: | 6 |
| Anzahl geänderter Diagnosen: | 1.786 |

Abbildung 7: Veränderungen an der CCL-Matrix 2016

In die CCL-Matrix wurden für das G-DRG System 2016 folgende Diagnosekodes neu aufgenommen:

- N76.80 Fournier-Gangrän bei der Frau – war bisher in zwei Basis-DRGs CCL-relevant (O01 und O65) und wurde nun systemweit aufgenommen
- N98.1 Hyperstimulation der Ovarien

- Z34 Überwachung einer normalen Schwangerschaft
- Z35.– Überwachung einer Risikoschwangerschaft

Bezüglich der Diagnosen für die Überwachung einer Schwangerschaft wurde im Rahmen des Vorschlagsverfahrens 2016 auf einen höheren Aufwand z.B. bei Narkosevorbereitung und -überwachung bei operativen Fällen außerhalb MDC 14 hingewiesen: z.B. bei einem operativen Eingriff bei einer Sprunggelenkfraktur einer schwangeren Patientin. Es erfolgte eine Aufnahme betroffener Codes in die CCL-Matrix zunächst nur mit relativ geringem Gewicht (CCL = 1) in den operativen DRGs außerhalb MDC 14 und MDC 15. Die Abbildung der Codes wird in den Folgejahren überprüft.

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

Ein Beispiel für Neubewertung von Diagnosen in der CCL-Matrix ist die Abbildung erworbener Herzklappenerkrankungen. Sie werden je nach Ursache und betroffener Klappe einzeln mit ICD-Kodes aus der Kategorie *Chronische rheumatische Krankheiten* (I05.–, I06.–, I07.–, I09.–) bzw. aus der Kategorie der nichtrheumatischen Herzklappenerkrankungen (I34.–, I37.–) verschlüsselt. Zudem existieren Codes für *Krankheiten mehrerer Herzklappen* (I08.–), die in Einzelfällen geringere CCL-Werte aufwiesen als die Codes für einzelne Herzklappenerkrankungen, was einen gewissen Anreiz zur abweichenden Kodierung darstellte. Des Weiteren waren die entsprechenden Exklusionslisten zum Teil noch unvollständig. Bei der Analyse der CCL-Werte der betroffenen Diagnosen wurde festgestellt, dass, gemessen an den Kosten, bestimmte Erkrankungen einzelner Herzklappen zu hoch eingruppiert waren. Diese wurden entsprechend in mehreren Basis-DRGs abgewertet, wobei auch die Exklusionslisten betroffener Diagnosen angeglichen wurden. Auf diese Weise wurde der ggf. bestehende Anreiz zur Fehlkodierung vermindert und die Abbildung der Herzklappenerkrankungen in der CCL-Matrix verbessert.

Als weiteres Beispiel einer Neubewertung in der CCL-Matrix kann die Abbildung von Fällen mit *Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems* genannt werden. Der Mehraufwand der Implantation ist seit Jahren über das unbewertete Zusatzentgelt *Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“)* abgebildet. Im Vorschlagsverfahren 2016 wurde darauf hingewiesen, dass Fälle mit vorhandenem herzunterstützendem System, z.B. bei verlegten Patienten, aufgrund ihrer Hauptdiagnose unterschiedlich gruppiert werden. Bei der Versorgung dieser Patienten entsteht jedoch stets ein deutlich erhöhter Aufwand. Nachdem sich die benannten höheren Kosten auch in den Kalkulationsdaten zeigten, wurde die Diagnose *Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems* (Z95.80) in der CCL-Matrix aufgewertet.

Eine vollständige Liste aller im Rahmen der Bearbeitung der CCL-Matrix verändert abgebildeten Diagnosen für die G-DRG-Version 2016 findet sich in Tabelle A-3 im Anhang und auf der Internetseite des InEK (www.g-drg.de).

Der dargestellte umfangreiche Umbau der CCL-Matrix wurde durch Anpassung der CCL-Exklusionslisten komplettiert. Exklusion im CCL-System bedeutet, dass in die Ermittlung des Gesamtschweregrads (PCCL) bei zwei als nicht unabhängig voneinander gewerteten Nebendiagnosen nur die höher bewertete eingeht. Schließen sich zwei Diagnosen nach CCL-Exklusionsliste aus, gilt dies im gesamten DRG-System und betrifft alle PCCL-Splits. Eine Anpassung bzw. Ergänzung der CCL-Exklusionen erfolgt nur,

wenn die Addition der CCLs DRG-unabhängig nicht sinnvoll ist und ein eindeutig positives Simulationsergebnis vorliegt.

Ergänzungen von Exklusionen erfolgten in diesem Jahr z.B. im Bereich der Kardiologie. Interne Analysen ergaben unvollständige Exklusionen zwischen der Kardiomyopathie (I42.–) und bestimmten Diagnosen für Linksherzinsuffizienz (I50.13 und I50.14). Da Fälle mit beiden Diagnosen keine regelhaft höheren Kosten aufwiesen als Fälle mit nur einer der Diagnosen, wurden diese in die jeweiligen Exklusionslisten aufgenommen.

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 1.220 DRGs wie in Tabelle 16 dargestellt verteilen (siehe auch Tabellen A-4-1 bis A-4-3 im Anhang).

| Kalkulationsbasis | Anzahl DRGs | Anteil DRGs (in %) |
|---|--------------|--------------------|
| Nicht verlegte Fälle | 198 | 16 |
| Nicht verlegte und zusätzlich aufnahmeverlegte Fälle | 183 | 15 |
| Nicht verlegte und zusätzlich entlassverlegte Fälle | 171 | 14 |
| Alle Fälle (nicht verlegte und zusätzlich aufnahme- oder entlassverlegte Fälle) | 623 | 51 |
| DRGs ohne Bewertung (Anlage 3a und 3b) | 45 | 4 |
| Gesamt | 1.220 | 100 |

Tabelle 16: Überblick über die Berücksichtigung der Verlegungsarten im G-DRG-System 2016

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.

Soweit möglich, werden Überlieger im Rahmen der Kalkulation berücksichtigt. Hintergrund ist, dass Langlieger und Fälle aus DRGs mit langen Verweildauern besonders häufig unter den Überliegern zu finden sind.

Beispielsweise wäre die DRG A18Z *Beatmung >999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion* mit einer mittleren Verweildauer von 107,0 Tagen (Fallpauschalen-Katalog 2016) von einer Löschung vieler Überlieger stark betroffen, da rein rechnerisch knapp 30% der Fälle Überlieger aus dem Vorjahr oder Überlieger ins nächste Jahr sind. Unter den Langliegern dieser DRG ist der Anteil an Überliegern noch höher.

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

- Korrekte Kostenkalkulation
- Überleitbarkeit der verwendeten Codes

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

Eine klassifikatorische Voraussetzung für den Verbleib von Überliegern in den Kalkulationsdaten ist die Überleitbarkeit der Leistungsbezeichner (ICD- und OPS-Kodes). Bei einer Differenzierung von Codes (von 2013 auf 2014) ist diese unter Umständen nicht gegeben, da für Überlieger (die noch mit undifferenzierten Codes aus 2013 verschlüsselt sind) keine Information darüber verfügbar ist, mit welchem der inzwischen verfügbaren differenzierten Codes der Fall 2014 verschlüsselt würde.

Ein Beispiel hierfür ist der Code 5-335.2 *Lungentransplantation*. Mit dem OPS 2014 wurde der Code weiter in .20 *Komplett (gesamtes Organ)* bzw .21 *Partiell (Lungenlappen)* differenziert.

Wenn auf Grundlage neu ausdifferenzierter Codes z.B. eine neue DRG definiert wurde – und daher Fälle, die 2013 mit dem gleichen Code verschlüsselt wurden, 2014 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 2013 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 Behandlungsfalls ergibt sich aus seiner Gruppierung unter Anwendung der Abrechnungsbestimmungen. Das bedeutet, dass Abschläge bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer oder bei Verlegung sowie zusätzliche Entgelte bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer ebenso berücksichtigt werden wie Fallzusammenführungen bei Wiederaufnahmen und/oder Rückverlegungen.

Für den Fallpauschalen-Katalog 2015 ergab sich auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG für das Datenjahr 2014 eine Summe effektiver Bewertungsrelationen in Höhe von 19.871.550. Unter Verwendung identischer Daten ergab sich für den Fallpauschalen-Katalog 2016 eine Summe effektiver Bewertungsrelationen in Höhe von 19.871.496. Die Differenz der effektiven Bewertungsrelationen beträgt -54. Die Bezugsgröße zur Ermittlung der Bewertungsrelationen für den Fallpauschalen-Katalog für 2016 beträgt dann 2.865,71 €.

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.

Die Vielfältigkeit der Fälle des Fachgebiets Abdominalchirurgie kommt auch darin zum Ausdruck, dass diese Fälle bereits hochdifferenziert in mehr als 60 operativen DRGs der MDC 06 und 07 abgebildet sind. Im Vorschlagsverfahren wurde nur eine vergleichsweise kleine Anzahl an Vorschlägen zu diesem Fachgebiet eingereicht.

Jedoch konnte für einen nennenswerten Teil der eingereichten Vorschläge eine der vorgeschlagenen Varianten oder eine InEK-interne Lösungsvariante umgesetzt werden, um die Abbildung der betroffenen Fälle im Sinne der Vorschläge weiter zu verbessern.

Unabhängig vom Vorschlagsverfahren wurde bei der Analyse von Fällen der Abdominalchirurgie schwerpunktmäßig sowohl die Abbildung der Fälle im Kindesalter als auch die Abbildung der intensivmedizinischen Fälle geprüft. Entsprechend den Kosten der Fälle wurde entweder eine Neuuzuordnung zu bestehenden DRGs (im Sinne einer Auf- oder Abwertung) oder ggf. auch die Etablierung neuer DRGs geprüft.

Die folgende Auflistung gibt eine orientierende Darstellung derjenigen Basis-DRGs, die im Zuge der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2016 hinsichtlich ihrer Definitionskriterien (Basis-DRG oder Splitbedingungen) verändert wurden:

- **G01** *Eviszeration des kleinen Beckens*
- **G03** *Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum*
- **G04** *Adhäsiolyse am Peritoneum [...]*
- **G09** *Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien [...]*
- **G19** *Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...]*
- **G26** *Andere Eingriffe am Anus [...]*
- **G36** *Intensivmedizinische Komplexbehandlung*
- **H08** *Laparoskopische Cholezystektomie*
- **H09** *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen*
- **H12** *Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System*

Die einzelnen Umbauten im Bereich der Abdominalchirurgie sind nachfolgend beschrieben.

Komplexe Herniotomien

Fälle mit einem Verfahren zur Herniotomie werden in der MDC 06 abgebildet, wobei die weniger kostenintensiven Fälle typischerweise der Basis-DRG G24 *Eingriffe bei Hernien* und die kostenaufwendigeren Fälle, z.B. mit komplexeren Eingriffen, vor allem der Basis-DRG G09 zugeordnet werden. Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens gab es einen Hinweis, dass Fälle mit einem *Verschluss der Hernia inguinalis mit Darmresektion, ohne zusätzliche Laparotomie bei Rezidiv* schlechter gestellt seien als Fälle mit einem vermutlich weniger komplexen Ersteingriff: *Verschluss einer Hernia inguinalis mit Darmresektion, ohne zusätzliche Laparotomie*. Bisher führte nur letzteres Verfahren in die höher bewertete DRG G09Z, obwohl sich Fälle bei Rezidiv-Eingriffen bei Darmresektion, ohne zusätzliche Laparotomie bei Leisten- oder Schenkelhernien als vergleichbar aufwendig zeigten. Im G-DRG-System 2016 sind Fälle mit *Verschluss einer Leisten- oder Schenkelhernie mit Darmresektion ohne zusätzliche Laparotomie* einheitlich abgebildet. Sowohl die Prozeduren für *Verschluss einer Leisten- oder Schenkelhernie mit Darmresektion ohne zusätzliche Laparotomie* bei Rezidiv als auch bei Ersteingriff wurden in die Zugangsbedingungen zur DRG G09Z aufgenommen und damit die entsprechenden Fälle gegenüber dem Vorjahr aufgewertet.

Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum

Fälle mit kostenaufwendigen großen Eingriffen am Magen, Ösophagus oder Duodenum, z.B. mit *(Totaler) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität [...]: Mit Magenhochzug (Schlauchmagen) und intrathorakaler Anastomose* werden differenziert in der Basis DRG G03 *Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum* abgebildet. Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren deuteten auf eine uneinheitliche, möglicherweise nicht sachgerechte Abbildung von Fällen mit *(Totaler) Gastrektomie mit subtotaler Ösophagusresektion mit Darminterponat* hin. Im G-DRG-System 2015 wurden Fälle mit subtotaler Ösophagusresektion mit Lymphadenektomie und Dünndarminterponat der DRG G03B zugeordnet, Fälle mit Dickdarminterponat sowie Fälle ohne Lymphadenektomie waren hingegen lediglich der DRG G03C zugewiesen. Folglich wurde die Abbildung der Fälle mit verschiedenartig kombinierten Gastrektomien kostenbezogen analysiert und in mehreren Varianten auch auf eine mögliche Höhergruppierung untersucht. Die Analysen zeigten, dass Fälle mit einem Darminterponat vergleichbare Kosten, unabhängig davon, ob es sich um ein Dick- oder Dünndarminterponat handelt, aufwiesen. Ebenfalls im Vorschlagsverfahren wurde angeregt, eine zusammen mit diesen Eingriffen an Magen und Ösophagus durchgeführte Lymphadenektomie daraufhin zu untersuchen, ob sich diese Eingriffe als weiteres Splitkriterium eignen. Analysen zeigten jedoch, dass die überwiegende Mehrheit der Fälle mit einem solchen Eingriff einen Code mit gleichzeitig durchgeführter Lymphadenektomie aufweist und zudem keine regelhaften Kostenunterschiede zwischen Fällen mit bzw. ohne Lymphadenektomie vorlagen. Daher werden im G-DRG-System 2016 alle Fälle mit *(Totaler) Gastrektomie mit subtotaler Ösophagusresektion und Darminterponat, mit / ohne Lymphadenektomie* einheitlich in der G03B abgebildet.

Laparoskopische Cholezystektomie

Bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2016 wurde ausgehend von verschiedenartigen Vorschlägen zum Thema Aufwertung bestimmter komplizierender Konstellationen

tionen oder Diagnosen bei laparoskopischen Cholezystektomien der Split zur DRG H08A *Laparoskopische Cholezystektomie* kritisch untersucht. Es zeigte sich als sachgerecht, die Splitbedingungen zur H08A für Fälle der Basis-DRG H08, die die Bedingung der Funktion *Komplizierende Konstellation I* erfüllen, zu erweitern. Des Weiteren wurde die mögliche Höhergruppierung von Fällen mit laparoskopischer Cholezystektomie bei Vorhandensein verschiedener Krankheiten (Diagnosen) analysiert. Als komplizierende Diagnose bei Cholezystektomie ergaben sich im Ergebnis für das G-DRG-System 2016 *Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser oder nichtinfektiöser Genese mit Organkomplikation* (R65.1, R65.3) und *Leberabszess* (K75.0). Dementsprechend werden diese Fälle ab 2016 in die höherbewertete DRG H08A eingruppiert.

Andere Eingriffe am Anus

Interne Analysen innerhalb der MDC 08 zu spezifischen Kosten der Fälle verschiedener Altersgruppen zeigten, dass Kinder, speziell in der Altersgruppe unter 14 Jahren, in der DRG G26Z *Andere Eingriffe am Anus* deutlich höhere Tageskosten aufwiesen als die Mehrheit der Fälle in der Altersgruppe über 13 Jahre. Des Weiteren zeigte sich, dass Fälle der Altersgruppe über 13 Jahre mit bestimmten bösartigen Neubildungen vergleichbar aufwendig waren wie die Fälle mit Kindern. Im Ergebnis wurde die DRG G26Z gesplittet und die als kostenaufwendiger identifizierten Fälle der neuen DRG G26A *Andere Eingriffe am Anus, Alter < 14 Jahre oder bei bestimmter bösartiger Neubildung* zugeordnet.

Implantation eines Antireflux-Stimulationssystems

Im Vorschlagsverfahren wurde von der Fachgesellschaft ein Vorschlag zur Aufwertung von Fällen mit Behandlung der gastroösophagealen Refluxkrankheit durch Implantation eines Antirefluxstimulationssystems (5-429.r) vorgelegt. Das Verfahren hat seit 2013 auch NUB-Status 1. Die Fälle wurden im G-DRG-System 2015 der DRG G19C *Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung [...] ohne komplexen Eingriff* zugeordnet. Von der Fachgesellschaft wurde eine Eingruppierung in die G04A *Adhäsioolyse am Peritoneum, [...] oder kleine Eingriffe oder bestimmte PTAs an abdominalen Gefäßen [...]* vorgeschlagen. Die Analysen bestätigten die Kostenaufwendigkeit der Fälle. Im Endergebnis werden für das G-DRG-System 2016 Fälle mit Implantation eines Antirefluxstimulationssystems der G04A zugeordnet.

Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen

In der Basis-DRG H09 wurde eine Änderung der Abbildung von Fällen mit Anlegen eines Stents bei portosystemischem Shunt (TIPSS) vorgenommen. Da seit dem Jahr 2013 für das Einlegen eines gecoverten oder ungecoverten Stents unterschiedliche OPS-Kodes vorliegen, konnte bei der Entwicklung des G-DRG-Systems 2016 anhand einer ausreichenden Anzahl von Fällen der Kostenunterschied bei Anwendung eines gecoverten oder eines ungecoverten Stents geprüft werden. Diese im Vorschlagsverfahren von der Fachgesellschaft angeregte Überprüfung wurde während der Weiterentwicklung in zahlreichen verschiedenen Varianten berechnet. Im Ergebnis wurden die Fälle mit perkutanem Anlegen eines ungecoverten Stents von der DRG H09A *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC, mit bestimmtem Eingriff an Leber, Pankreas und Gallengängen* in die den geringeren Kosten der Fälle besser entsprechende DRG H09B verschoben.

Intensivmedizinische Komplexbehandlung

Im G-DRG-System 2016 wurden auch in einigen der Abdominalchirurgie zugehörigen Basis-DRGs mehrere Umbauten im Sinne einer Aufwertung von Fällen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung vorgenommen.

- Erweiterung der Basis-DRG G36 um Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter mit mehr als 392 Aufwandspunkten und um Fälle mit aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung (Super-SAPS) mit mehr als 552 Aufwandspunkten. In diesem Zusammenhang erfolgte auch eine Änderung der Bedingung der DRG G01Z *Eviszeration des kleinen Beckens* und Etablierung einer neuen DRG G36C *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392/552/- Aufwandspunkte und < 1177/1105/- Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*.
- Aufwertung von Fällen mit aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung ab 369 Aufwandspunkten in folgenden Basis-DRGs: G02 *Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung [...]*, G03 *Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...]*, G16 *Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion [...]*, G18 *Bestimmte Eingriffe an Dün- und Dickdarm [...]* und H01 *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen [...]*.
- Aufwertung von Fällen mit aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung ab 369 Aufwandspunkten und von Fällen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter ab 393 Aufwandspunkte in der Basis-DRG H01 *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen [...]*.

Weitere Umbauten

Für das G-DRG-System 2016 wurden in der Basis-DRG H12 *Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System* Fälle, die neben einem gruppierungsrelevanten Eingriff am hepatobiliären System auch eine endoskopische transgastrale Entfernung von Pankreasnekrosen mit Einlegen eines Stents aufweisen, aufgrund ihrer hohen Kosten von der DRG H12B in die DRG H12A *Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff* verschoben und somit aufgewertet.

In der Basis-DRG G19 *Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum* wurde die Abbildung von Fällen mit bestimmten Prozeduren kritisch überprüft. Im Ergebnis werden im G-DRG-System 2016 kostenentsprechend die Fälle mit einer Prozedur für *Myotomie des M. constrictor pharyngis ohne Pharyngotomie* (5-299.00) oder mit *laparoskopischer Ösophago-Gastromyotomie [Kardiomyotomie]* (5-420.22) oder mit *Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Pharynx* (5-292 ff) statt in die DRG G19B *Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...]* mit komplexem Eingriff in die dem Aufwand der Fälle besser entsprechende DRG G19C *ohne komplexen Eingriff* eingruppiert.

Umbauten im Sinne einer Abwertung bestimmter unspezifischer Prozeduren wurden auch in der Basis-DRG H02 *Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen bei bösartiger Neubildung* vorgenommen. Die Prozeduren für *Andere Rekonstruktion der Gallengänge - Naht nach Verletzung* (5-516.0), *Destruktion an Gallenwegen* (5-514.40, .42) und für *sonstiges Einlegen oder Wechseln von selbstexpandierenden Stents und Stent-Prothesen in die Gallengänge* (5-517.x0, x2) bei einem offen chirurgischen Vorgehen oder bei Umsteigen laparoskopisch-offen chirurgisch wurden aus der Basis-DRG H02 in die Basis DRG H06 *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und*

Pankreas verschoben, da die Kosten der entsprechenden Fälle sich als deutlich geringer zeigten als die der anderen Fälle der Herkunfts-DRG.

3.3.2.2 Augenheilkunde

In der MDC 02 *Krankheiten und Störungen des Auges* sind die ophthalmologischen Erkrankungen bereits hochdifferenziert abgebildet. Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden dennoch erneut Vorschläge zur verbesserten Abbildung von aufwendigeren ophthalmologischen Fällen eingereicht.

So wurde im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für das Jahr 2016 darauf hingewiesen, dass ein erhöhter Aufwand sowohl bei Fällen mit beidseitigem Eingriff an den Augen als auch bei Fällen mit beidseitigem Eingriff an den Tränenwegen besteht. Nach Analyse zeigten sich allenfalls geringe Kostenunterschiede für diese Fälle, jedoch erhöhte Kosten für Fälle mit beidseitigem Eingriff an den Tränenwegen und einem weiteren beidseitigen Eingriff an den Augen. Dementsprechend wurden die betroffenen Fälle in DRG C20A *Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter < 16 Jahre oder beidseitige Eingriffe an Augen und Tränenwegen* aufgewertet.

3.3.2.3 Eingriffe an der Mamma

Bei der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems ergaben sich einige Änderungen, die sowohl Eingriffe an der Mamma als auch Eingriffe an Haut und Unterhaut betreffen.

Innerhalb der MDC 09 gibt es für Fälle mit beidseitigen Eingriffen an der Mamma viele spezifische Abbildungsmöglichkeiten, z.B. in der Basis-DRG J16 *Beidseitige Mastektomie [...]*. Aus dem Vorschlagsverfahren ging beispielsweise hervor, dass bisher keine spezifische Abbildung für Fälle mit beidseitigen, besonders aufwendigen Rekonstruktionsverfahren besteht. Es zeigte sich ein deutlicher Kostenunterschied zwischen einseitiger und beidseitiger Rekonstruktion der Mamma. Aufgrund dessen werden diese Fälle zukünftig der neuen DRG J12Z *Komplexe beidseitige plastische Rekonstruktion der Mamma* zugeordnet und dadurch deutlich aufgewertet.

3.3.2.4 Eingriffe an Haut und Unterhaut

Nach Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren wurde die Abbildung von Kindern mit Alter < 10 Jahre sowie von Neugeborenen mit Epidermolysis bullosa im G-DRG-System analysiert. Sowohl in der MDC 09 als auch in der MDC 15 konnten Kostenunterschiede festgestellt werden. Zum einen wurde daraufhin der Split zur DRG J61A *Schwere Erkrankungen der Haut [...], Hautulkus bei Para-/Terapl. [...]* um die Bedingungen Alter < 10 Jahre und Epidermolysis bullosa erweitert. Zum anderen wurden die Diagnosen für Epidermolysis bullosa (Q81.- und L12.3) in die Funktionen „schweres Problem“ bzw. „mehrere schwere Probleme bei Neugeborenen“ aufgenommen und damit innerhalb der MDC 15 aufgewertet.

Ebenso sollte im Zuge des diesjährigen Vorschlagsverfahrens überprüft werden, ob sich In-situ-Neubildungen als Splittkriterium eignen. Insbesondere sollte die Kombination von bösartigen Neubildungen der Haut oder Mamma oder einer entsprechenden In-situ-Neubildung mit einer (weiteren) In-situ-Neubildung analysiert werden. Allerdings ergaben sich erst für die Kombination von mindestens drei bösartigen oder In-situ-Neubildungen der Haut (davon mind. eine bösartige Neubildung) Kostenunterschiede, sodass zukünftig Fälle mit dieser Kombination explizit der DRG J22A *Andere Hauttransplantationen [...] ohne Weichteildeckung mit Mehrfachtumoren der Haut* zugeordnet werden.

Kleinflächige Weichteildeckungen (außer bei Verbrennungen), z.B. mit alloplastischem Material, zeigten systemweit deutlich geringere Kosten als andere operative Verfahren. Es wurde daher analysiert, ob eine Einstufung als operative Prozedur im G-DRG-System noch gerechtfertigt ist. Zahlreiche Analysen führten schließlich zu einer vollständigen Streichung der Gruppierungsrelevanz der temporären, kleinflächigen Weichteildeckungen (5-916.0, 5-916.1, 5-916.2, 5-916.3, 5-916.4).

3.3.2.5 Eingruppierung verstorbener Patienten

Bereits im australischen AR-DRG-System und somit auch im ersten deutschen DRG-System (G-DRG 1.0) von 2003 existierten einige Fallpauschalen, in denen in den ersten Tagen ihres Aufenthalts verstorbene Patienten spezifisch abgebildet waren. Ein Beispiel ist die DRG B70D *Apoplexie, verstorben oder verlegt < 5 Tage nach Aufnahme* (G-DRG 1.0). In den ersten Jahren der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems kamen einige wenige solche DRGs hinzu, z.B. die DRG T60D *Sepsis, verstorben < 8 Tage nach Aufnahme* (G-DRG 2004). Hintergrund dieser mitunter als „Todesfall-DRGs“ bezeichneten Klassen ist, dass sich früh verstorbene Fälle hinsichtlich einer Vielzahl von Parametern von den anderen Fällen der gleichen Basis-DRG unterscheiden können, etwa der Verweildauer oder der Tageskosten, und dies (insbesondere in DRGs mit vergleichsweise hohen Anteilen an verstorbenen Patienten) bei Abbildung in der gleichen DRG zu einer ungünstigen Beeinflussung von Verweildauer- und/oder Erlösparametern (z.B. der Relativgewichte) führen könnte.

Entsprechend kann die Etablierung eigenständiger DRGs für früh verstorbene (und zum Teil auch für früh verlegte Patienten) bei kürzerem Verweildauerprofil und oft auch höheren Tageskosten (beispielsweise aufgrund höheren Pflegeaufwands) der Fälle beispielsweise folgende Auswirkungen mit sich bringen:

- Höhere Vergütung bei sehr kurzer Verweildauer, insbesondere im Vergleich zur Abbildung über explizite oder implizite Ein-Belegungstag-DRGs
- Je nach Definitionskriterien und Profil der Basis-DRG höhere oder niedrigere Vergütung von Verstorbenen mit Verweildauern > 1 Tag (im Vergleich zu den anderen DRGs der Basis-DRG)
- Insbesondere bei Fällen nahe der Verweildauerschwelle sind auch deutlich geringere Vergütungen möglich
- Oft höhere Vergütung für die (verstorbenen oder nicht verstorbenen) Patienten mit längerer Verweildauer in der jeweiligen Basis-DRG

Da es somit weder eine eindeutige Tendenz hinsichtlich der Auswirkungen eigenständiger Todesfall-DRGs auf die Vergütung früh verstorbener Fälle gibt noch diesbezüglich ein festes Regelwerk für die Weiterentwicklung (zur Etablierung weiterer solcher DRGs

oder ggf. ihrer Abschaffung) vorliegt, blieb die Eingruppierung Verstorbener in den zurückliegenden Weiterentwicklungszyklen weitgehend unverändert. Im Einzelnen existierten im G-DRG-System 2015 die folgenden Basis-DRGs mit eigenständiger Abbildung früh verstorbener Patienten:

- **A13** *Beatmung > 95 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764/1656/1656 Aufwandspunkte*
- **B70** *Apoplexie*
- **P01** *Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur*
- **P60** *Neugeborenes, verstorben oder verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur*
- **P61** *Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 750 g*
- **P62** *Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750–999 g*
- **T60** *Sepsis*
- **W60** *Polytrauma, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme*

Für 2016 wurde im Vorschlagsverfahren angeregt, die Abbildung früh verstorbener Fälle systematisch zu untersuchen, insbesondere in DRGs, in denen der „Anteil der Fälle mit Entlassungsgrund Tod an den Fällen mit geringer Verweildauer von 2 bis 5 Tagen bei 10 Prozent oder höher“ liegt. Es wurde in diesem Vorschlag nicht spezifiziert, ob eher eine Problematik hinsichtlich Über- oder Untervergütung bestimmter Patientengruppen gesehen wird – was, wie dargestellt, ja auch nicht typischerweise eine eindeutige Tendenz aufweist.

Für die vom Vorschlag angeregte Prüfung, „ob sich das Merkmal Entlassungsgrund Tod in weiteren DRGs als Splitkriterium eignet“, existiert derzeit kein etablierter datengestützter Entscheidungsmechanismus. Das Maß der erklärten Streuung (R^2) ist an dieser Stelle sicher nicht geeignet, da aufgrund eines sehr starken Verweildauerbezugs bei Schaffung einer neuen „Todesfall-DRG“ immer mit einer daraus resultierenden deutlichen Verbesserung dieses Parameters zu rechnen ist.

Aufgrund der stets uneindeutigen Auswirkungen auf die Vergütung sowie der Grundsätzlichkeit der Thematik ist in Frage zu stellen, ob die Abbildung früh verstorbener Patienten überhaupt unter primär ökonomischen Gesichtspunkten diskutiert werden kann. Denn bei Gesamtwürdigung der Problematik lassen sich selbst bei eindeutigem Ergebnis der Fallkostenanalyse die nachfolgenden gegensätzlichen Fragen wohl nicht einfach und schnell beantworten:

- Eignet sich das Attribut „verstorben“ überhaupt als Definitionsparameter und damit ggf. Auslöser einer im Vergleich zum nicht-verstorbenen Fall geringeren Vergütung?
- Eignet sich das Attribut „verstorben“ überhaupt als Definitionsparameter und damit ggf. Auslöser einer im Vergleich zum nicht-verstorbenen Fall höheren Vergütung?

Daher wurde trotz einer Vielzahl durchgeführter Analysen für 2016 weder eine neue „Todesfall-DRG“ etabliert noch eine der bestehenden gestrichen, da jede Änderung je nach Einzelfall und je nach Sicht der Beteiligten als Vor- oder Nachteil hätte gewertet werden können.

Der Umgang mit den beschriebenen Fällen im G-DRG-Entgeltsystem bedarf der intensiven Reflexion und Diskussion. Entsprechend hat das InEK diesen Punkt der Selbstverwaltung zur Beratung vorgeschlagen. Daraus haben sich noch keine für 2016 umsetzbaren Ergebnisse ergeben.

3.3.2.6 Endokrinologie

Im Bereich Endokrinologie in der MDC 10 ergaben sich sowohl durch interne als auch durch externe Hinweise Änderungen in der Abbildung auffälliger Fälle.

Bei der wie in jedem Jahr durchgeführten systematischen Analyse auf Kostenauffälligkeiten von Patienten im Kindesalter zeigte sich eine relevante Anzahl von Fällen <16 Jahre, die in der DRG K63C *Angeborene Stoffwechselstörungen, 1 Belegungstag* deutlich höhere Kosten aufwiesen. Daher wurde die DRG K63C anhand der Bedingung Alter <16 Jahre gesplittet.

Diabetes mellitus

Die Behandlung von 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. Die Zuordnung erfolgt dabei über die Hauptdiagnose.

Eine rein hauptdiagnoseabhängige 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. 8).

| Zuordnung über Hauptdiagnose | und bestimmte operative Eingriffe |
|--|--------------------------------------|
| MDC 10 | MD05: Im Speziellen Basis-DRG F27 |
| Ggf. Umleitung  | |
| MDC 05 | |

Abbildung 8: Basis-DRG F27

Nach Hinweisen im Vorschlagsverfahren wurden Fällen mit komplexen Hauteingriffen, wie z.B. plastische Rekonstruktionen oder Hauttransplantationen, bei diabetischem Fußsyndrom auf ihre Abbildung im G-DRG-System untersucht. Es zeigte sich, dass auch diese Fälle in der MDC 05 differenzierter abgebildet werden können als in der MDC 10. Daher werden ab dem G-DRG-System 2016 diese Fälle ebenfalls in die Basis-DRG F27 umgeleitet und überwiegend der DRG F27B *Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC oder komplexer Arthrodese des Fußes oder komplexe Hauteingriffe* zugeordnet.

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens wurde des Weiteren die Abbildung von Kindern bis 18 Jahre mit Diabetes mellitus im Zusammenhang mit der multimodalen Komplexbehandlung thematisiert. Bisher wurden nur Kinder < 16 Jahre der DRG K60A *Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 16 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus* zugeordnet. Laut der Fachgesellschaft verursachen aber auch Kinder < 18 Jahre durch vergleichbare Behandlungen ähnliche Kosten. Die Analyse der Daten bestätigte diesen Sachverhalt. Daher wurde zunächst die DRG K60A um die Bedingung Alter < 18 Jahre erweitert und anschließend nach der Bedingung Alter < 6 Jahre gesplittet, da diese Gruppe nochmals höhere Kosten aufwies als Kinder im Alter von 6–17 Jahren. Kinder zwischen 6 und 17 Jahren, die im G-DRG-System 2015 überwiegend in den DRGs K60A, K60D und K60E abgebildet waren, werden zukünftig in der DRG K60B *Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre und multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus* abgebildet, was für Patienten im Alter von 16 oder 17 Jahren einer Aufwertung aus den DRGs K60D und K60E entspricht.

Radiojodtherapie und -diagnostik

In der DRG K15A *Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, [...] mit hochkomplexer Radiojodtherapie* werden Fälle mit Radiojodablation mit rh-TSH-Gabe – dies betrifft vorwiegend Fälle mit Schilddrüsentumoren – sachgerecht abgebildet. Von der Fachgesellschaft wurde darauf hingewiesen, dass Fälle mit Radiojodablation ohne rh-TSH-Gabe bei bösartigen Schilddrüsentumoren, eine geringere Verweildauer aufweisen als Fälle mit Radiojodablation ohne rh-TSH-Gabe bei gutartigen Schilddrüsenenerkrankungen. Beide Fallmengen führten im G-DRG-System 2015 in die DRG K15C *Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, [...] mit mäßig komplexer Radiojodtherapie*. Durch die geringere Verweildauer von Fällen mit bösartiger Neubildung ergaben sich eine Übervergütung dieser Fälle und eine Untervergütung der Radiojodtherapie bei gutartigen Schilddrüsenenerkrankungen. Die Auflösung dieser Misch-DRG führt neben der Aufwertung von der Radiojodtherapie bei gutartigen Schilddrüsenenerkrankungen auch zu einer Abwertung der Fälle mit bösartiger Neubildung. Dies zeigte sich zum einen anhand der Kalkulationsdaten als sachgerecht, zum anderen sah die Fachgesellschaft in der bisherigen Abbildung einen Fehlreiz für die Therapie von Schilddrüsenkarzinomen ohne rh-TSH-Gabe, sodass ein Split der DRG K15C nach dem Kriterium bösartige Neubildung explizit vorgeschlagen wurde. Tabelle 17 zeigt die Relativgewichte und mittleren Verweildauern der DRGs der Basis-DRG K15 im G-DRG-System 2016 und verdeutlicht nochmals den von der Fachgesellschaft benannten Verweildauerunterschied.

| DRG | RG | VWD |
|------|-------|-----|
| K15A | 1,158 | 3,3 |
| K15B | 1,199 | 6,2 |
| K15C | 0,901 | 3,6 |
| K15D | 1,028 | 7,0 |
| K15E | 0,669 | 3,5 |

Tabelle 17: Relativgewichte und VWD der Basis-DRG K15 im G-DRG-System 2016

Adipositaschirurgie

Interne Prüfungen ergaben, dass die DRG K04B *Große Eingriffe bei Adipositas ohne komplexen Eingriff* zum einen eine sehr geringe Fallzahl aufwies und zum anderen einen geringen Kostenunterschied zur DRG K04A zeigte. Aus diesem Grund wurden beide DRGs zur neuen DRG K04Z *Große Eingriffe bei Adipositas* kondensiert.

3.3.2.7 Epilepsie

Konservativ behandelte Fälle mit einer Epilepsie werden in der Basis-DRG B76 *Anfälle* abgebildet. Diese ist bereits im G-DRG-System 2015 anhand zahlreicher verschiedener Attribute, wie beispielsweise Alter, PCCL oder auch komplizierende Nebendiagnose, sechsfach differenziert. Diese und weitere Splitkriterien werden routinemäßig auf ihre Eignung als Kostentrenner überprüft und ggf. Modifikationen vorgenommen.

Als Ergebnis konnte in diesem Jahr eine neue Kinder-DRG B76D *Anfälle, ein Belegungstag oder [...], Alter < 1 Jahr* etabliert werden. Weiterhin gelang es, Fälle mit organischem Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma innerhalb der Basis-DRG B76 besserzustellen.

3.3.2.8 Extremkosten

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 17. März 2015 hat das InEK erstmals den sogenannten Extremkostenbericht vorgelegt, in dem die Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern auf Basis des Datenjahres 2013 aufgearbeitet wurde. In diesem Bericht wird transparent und umfassend die Vorgehensweise zur Ermittlung und Analyse von Extremkostenfällen erläutert sowie auf verbesserte Abbildungen im G-DRG-System 2015 eingegangen. Wie dort dargestellt, können Veränderungen in der G-DRG-Systematik einen erheblichen Beitrag zur verbesserten Abbildung der Extremkostenfälle leisten. Wie bereits im Jahr 2015 ist auch die Weiterentwicklung zur G-DRG-Version 2016 in starkem Maße von den Erkenntnissen aus den Extremkostenanalysen geprägt.

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. In diesem Jahr wurde darüber hinaus das Augenmerk auf Extremkostenausreißer im Sinne des Extremkostenberichts gelegt. Insgesamt 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 notwendig sind.

Neben einer Vielzahl von Detailveränderungen zur Verbesserung der Abbildung spezifischer aufwendiger Leistungen erwiesen sich im Rahmen der diesjährigen klassifikatorischen Weiterentwicklung der G-DRG-Systems vier systematische Ansätze als besonders geeignet, um die Vergütungssituation von Extremkostenfällen zu verbessern:

- eine Modifikation der PCCL-Formel (für technische Details siehe Kap. 3.3.1.4),
- zahlreiche Anpassungen hinsichtlich der Prozeduren der intensivmedizinischen Komplexbehandlung,
- eine verbesserte Abbildung von Fällen mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern (siehe hierzu Kap. 3.3.2.4) sowie
- die systematische Überprüfung von Fällen mit einem Belegungstag (siehe Kap. 3.3.2.9).

Auf die beiden erstgenannten Ansätze wird im Folgenden näher eingegangen, während die letzten beiden Ansätze detailliert in den jeweiligen Kapiteln ausgeführt werden.

Die Modifikation der PCCL-Formel hinsichtlich einer Verbesserung der Abbildbarkeit von Fällen mit schwersten Komplikationen und/oder Komorbiditäten ermöglicht mit den Splitkriterien $PCCL > 4$ bzw. $PCCL > 5$ die Aufwertung von Fällen mit schwersten Begleiterkrankungen. Exemplarisch führen wir dies an den Basis-DRGs F06 *Koronare Bypass-Operation* und A11 *Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764/1656/1656 Aufwandspunkte* aus.

Abbildung 9 zeigt den Zusammenhang von Schweregrad (PCCL), Fallzahl (relativ in Bezug auf die DRG) und Kosten in der DRG F06F vor dem Einbau der Splitbedingung $PCCL > 4$. Die Größe der Blasen zeigt dabei den relativen Anteil der Fälle innerhalb der DRG mit dem jeweiligen Schweregrad an: z.B. haben 83,3% der Fälle einen PCCL von 0 bis 3. Die Lage der Mittelpunkte der Blasen zeigt die mittleren Kosten der jeweiligen Gruppe an. Offensichtlich weist die sehr kleine Gruppe der Fälle mit $PCCL = 5$ oder $PCCL = 6$ (ca. 1,6% der Gesamtfallzahl) deutlich höhere Kosten auf. Das Kriterium $PCCL > 4$ eignet sich als Splitbedingung, um eine geringe Anzahl von (sehr) teuren Fällen aus der DRG F06F in die DRG F06E *Koronare Bypass-Operation [...] mit [...] schwersten CC [...] aufzuwerten*. Aus den deutlich höheren Kosten der Fälle resultiert für 2016 somit ein deutlicher Erlösunterschied.

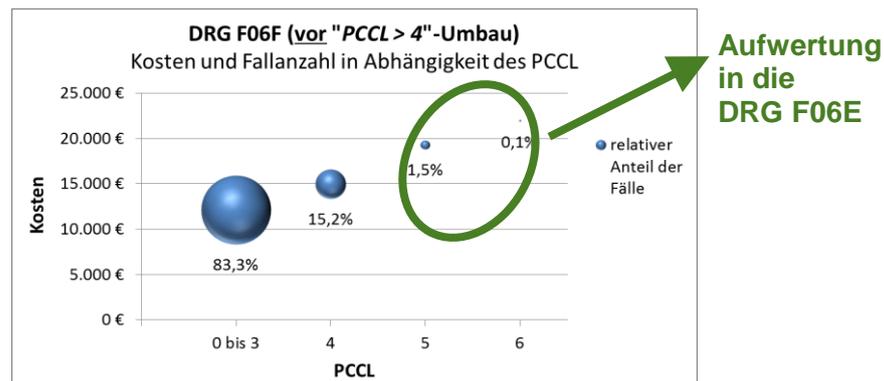


Abbildung 9: Darstellung des Zusammenhangs von Schweregrad, Fallzahl und Kosten in der DRG F06F vor dem Einbau der Splitbedingung PCCL > 4

Entsprechend zeigt Abbildung 10, dass sich das Kriterium PCCL > 5 eignet, um in der Basis-DRG A11 eine sehr geringe Anzahl von (sehr) teuren Fällen aus den DRGs A11H und A11I in die DRG A11G *Beatmung > 249 Stunden [...], Alter > 5 Jahre, mit kompl. Diagnose oder Prozedur oder Alter < 16 J. oder schwerste CC* aufzuwerten. Aus den unterschiedlichen Kosten zwischen Herkunfts-DRGs und Ziel-DRG ergibt sich ein deutlich verbesserter Erlös für die aufgewerteten Fälle. In Bezug auf die DRG A11H verbessert sich zusätzlich die Situation der Langlieger aufgrund der niedrigeren OGV und des höheren Langliegerzuschlags der Ziel-DRG.

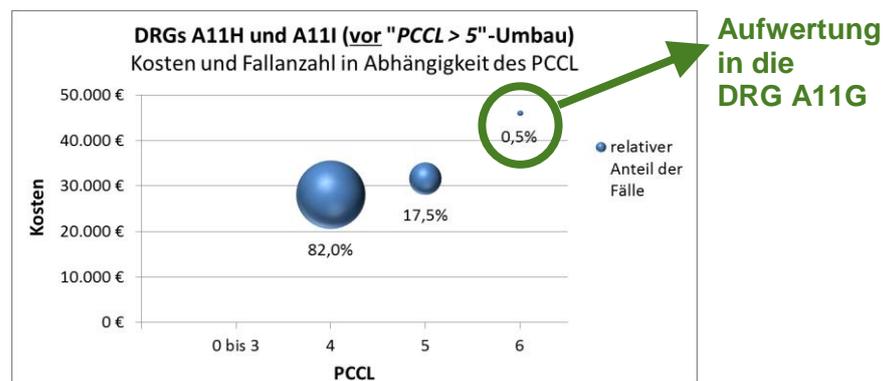


Abbildung 10: Darstellung des Zusammenhangs von Schweregrad, Fallzahl und Kosten in den DRGs A11H und A11I vor dem Einbau der Splitbedingung PCCL > 5

Im G-DRG-System 2016 finden sich derartige PCCL-Splits zunächst an einigen wenigen Stellen, an denen sich dies zur Verbesserung der Vergütungssituation von Extremkostenausreißern besonders eignet: Neben den gerade vorgestellten Basis-DRGs A11 und F06 sind dies die Basis-DRGs A17 *Nierentransplantation*, A42 *Stammzellentnahme bei Eigenspender*, B02 *Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation*, E02 *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen*, R60 *Akute myeloische Leukämie*, R61 *Lymphom und nicht akute Leukämie*, R63 *Andere akute Leukämie* und Y03 *Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen* (alle jeweils mit PCCL > 4).

Die im Rahmen der letzten Kalkulationsphase begonnene Analyse des sogenannten „Super-SAPS“ im G-DRG-System wurde in diesem Jahr fortgesetzt. Für Fälle mit diesen Prozeduren für die „Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung“, die im OPS 2013 zur Abbildung hochaufwendiger Intensivpatienten ohne Langzeitbeatmung,

aber auch zur Differenzierung innerhalb der Beatmungs-DRGs etabliert worden waren, wurden im Vorjahr bereits zahlreiche Anpassungen des G-DRG-Systems vorgenommen. Allerdings wurden diese Änderungen bislang nur bei erheblichen Kostendifferenzen in intensivmedizinischen DRGs umgesetzt. In diesem Jahr wurden diese komplexen Fallkonstellationen nun erneut betrachtet, wobei auch eine Überprüfung aller weiteren bislang zur Gruppierung verwendeten Kriterien (Prozeduren, Diagnosen, Alter, PCCL,...) erfolgte. Neben den Beatmungs-DRGs der Prä-MDC wurden sowohl andere intensivmedizinische DRGs, in denen diese Prozeduren bereits abgebildet waren, als auch Fallpauschalen, in denen die intensivmedizinische Komplexbehandlung bislang keine Berücksichtigung fand, analysiert.

Insgesamt findet die „Intensivmedizinische Komplexbehandlung“ 2016 wesentlich häufiger Berücksichtigung als im Vorjahr. An vielen weiteren Stellen des Algorithmus wurden die Prozeduren für „Intensivmedizinische Komplexbehandlung“ mit individuell an die jeweiligen Fallpauschalen angepassten Punktwerten ins G-DRG-System implementiert. Dieser Prozess wird sich – je nach Datenlage – auch in den kommenden Jahren weiter fortsetzen.

Neben den genannten systematischen Umbauten wurden im Rahmen der klassifikatorischen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems an vielen Stellen Extremkostenanalysen vorgenommen. Die daraus resultierenden zahlreichen Umbauten werden anschließend kurz zusammengefasst und in den einzelnen Kapiteln dieses Berichts dann detailliert beschrieben.

Die MDC 01 beinhaltet Fälle mit *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*. Im Rahmen von Einzelfallanalysen fanden sich jedoch Konstellationen, bei denen aufgrund einer vorliegenden Nebendiagnose – beispielsweise Knochenmetastasen – hochpreisige und für diese Hauptdiagnosegruppe untypische Prothesen implantiert werden mussten. Im G-DRG-System 2016 werden derartige Prozeduren für bestimmte hochaufwendige Implantate in die Bedingung der DRG B36B *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176/1104/1104 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 588/552/552 Punkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder bestimmte hochaufwendige Implantate* abgebildet, wo diese besonderen Einzelfälle sachgerecht abgebildet sind.

Im Rahmen der Extremkostenanalysen rückte innerhalb der MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* vor allem die Basis-DRG E77 *Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane* in den Fokus. Die Abbildung von Fällen mit bestimmten, als besonders kostenintensiv identifizierten Konstellationen konnte durch eine Reihe von Umbauten nachhaltig verbessert werden: z.B. wurden Fälle mit Hauptdiagnose *Pneumonie durch Pseudomonas* in verschiedenen DRGs der Basis-DRG E77 aufgewertet.

In der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* wurde zum einen die Abbildung von Fällen mit Implantation eines Zwei-Kammer-Defibrillators und äußerst schweren CC bzw. mit Implantation eines Defibrillators mit subkutaner Elektrode innerhalb der Basis-DRG F01 *Implantation Kardioverter/Defibrillator (AICD) oder Implantation eines myokardmodulierenden Systems* verbessert. Zum anderen konnten Fälle mit Zweifacheingriff und Ersatz oder Wechsel der Aortenklappe durch ein ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten in die DRG F03A *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie oder bestimmter Zweifacheingriff* aufgewertet werden.

Die perorale endoskopische Ösophagomyotomie (POEM) wurde in der MDC 06 als kostenintensiv identifiziert. Fälle mit dieser Prozedur wurden aus den DRGs G47Z *Gastroskopie [...] ohne äußerst schwere oder schwere CC [...]* und G50Z *Komplexe therapeutische Gastroskopie [...]* in die DRG G46B *Komplexe therapeutische Gastroskopie [...]* verschoben und damit deutlich aufgewertet.

In der MDC 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* ist hier die Basis-DRG H41 *ERCP* zu nennen. Insbesondere durch die Etablierung einer neuen DRG H41B *Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur* konnten Extremkostenfälle bessergestellt werden, z.B. Fälle mit bestimmten transgastralen endoskopischen Eingriffen am Pankreas mit Einlage eines Stents.

Im Jahr 2015 wurden bereits Fälle mit *Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation von extrakorporal expandierbaren Stangen* mit zwei und mehr Implantaten in die DRG I06A *Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit hochkomplexem Korrekturingriff oder bestimmtem mehrzeitigen Eingriff [...]* aufgewertet. Die Analyse der Daten des Datenjahres 2014 zeigte erhöhte Kosten auch für die Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch die Implantation einer extrakorporal expandierbaren Stange. Die Vergütungssituation solcher Fälle konnte durch eine Aufwertung in die 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* verbessert werden.

In der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* fielen Fälle mit beidseitiger plastischer Rekonstruktion der Mamma mit freiem Haut-/Muskeltransplantat, bzw. freiem lipokutanem Transplantat mit mikrovaskulärer Anastomosierung mit hohen Kosten auf. Für diese Fälle konnte die neue DRG J12Z *Komplexe beidseitige plastische Rekonstruktion der Mamma* etabliert werden, um ihre Vergütungssituation erheblich zu verbessern. Des Weiteren wurde eine verbesserte Abbildung von Extremkostenfällen durch die Aufwertung von Kindern mit Alter < 10 Jahre und der Diagnose *Epidermolysis bullosa* in die DRG J61A *Schwere Erkrankungen der Haut [...], Hautulkus bei Para-/Tetrapl. [...]* erreicht.

Darüber hinaus wurde die bisherige DRG L12Z anhand des Kriteriums „mehr als neun Bestrahlungen“ aufgespalten in die DRGs L12A *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen* und L12B [...], *weniger als 10 Bestrahlungen*. Durch die so erzielte sachgerechtere Vergütung innerhalb der Basis-DRG L12 konnte die Vergütungssituation der Extremkostenfälle erheblich verbessert werden.

Nach Analyse der Fälle der MDC 14 *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* wurden Fälle mit *Tamponade von Uterus und Vagina mit Einführung eines Tamponade-Ballons* innerhalb der MDC in den Basis-DRGs O01 *Sectio caesarea [...]*, O02 *Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur* und O60 *Vaginale Entbindung [...]* aufgewertet, da sie in ihren Ursprungs-DRGs durch deutlich höhere Kosten auffielen.

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

Ferner verweisen wir auf den zweiten Extremkostenbericht, der zum 29.02.2016 veröffentlicht wird.

3.3.2.9 Fälle mit einem Belegungstag

Fälle, die am Aufnahmetag wieder entlassen werden, ebenso wie Fälle mit einer Übernachtung im Krankenhaus (Entlassung am Folgetag des Aufnahmetages) werden im G-DRG-System als Fälle mit einem Belegungstag (nachfolgend auch als „Tagesfälle“ bezeichnet) betrachtet. Die zur Abrechnung kommenden effektiven Relativgewichte dieser Fälle kommen dabei auf drei unterschiedlichen Wegen zustande:

Explizite Ein-Belegungstag-DRGs

Diese Fallpauschalen sind im Grouper-Algorithmus explizit mit der Bedingung „Verweildauer = 1 Belegungstag“ definiert. Folglich enthalten diese DRGs ausschließlich Fälle mit einem Belegungstag – alle Fälle sind Inlier. Das Relativgewicht dieser DRGs wird somit direkt aus den mittleren Kosten der zugeordneten Tagesfälle ermittelt.

Abbildung 11 zeigt ein Beispiel für eine solche explizite Ein-Belegungstag-DRG:

| DRG | Bezeichnung | Bewertungsrelation bei Hauptabteilung | Mittlere VWD |
|------|-----------------------------|---------------------------------------|--------------|
| B70I | Apoplexie, ein Belegungstag | 0,332 | 1,0 |

Abbildung 11: Ausschnitt aus dem Fallpauschalen-Katalog für 2016 für DRG B70I

Enthält eine DRG die Bedingung „Verweildauer = 1 Belegungstag“ als eine von mehreren alternativen Bedingungen (logisches Oder), dann enthält diese DRG nicht ausschließlich Tagesfälle und kann somit keine explizite Ein-Belegungstag-DRG sein. In diesem Fall erfolgt die Vergütung von Tagesfällen über Abschläge bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer (und damit gemäß Punkt 2. oder 3. der nachfolgenden Darstellung).

Abbildung 12 zeigt ein Beispiel aus dem Fallpauschalen-Katalog 2016:

| DRG | Bezeichnung | Bewertungsrelation bei Hauptabteilung | Mittlere VWD | Erster Tag mit Abschlag |
|------|---|---------------------------------------|--------------|-------------------------|
| B66D | Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre | 0,840 | 5,8 | 1 |

Abbildung 12: Ausschnitt aus dem Fallpauschalen-Katalog für 2016 für DRG B66D

Implizite Ein-Belegungstag-DRGs

In DRGs mit einer unteren Grenzverweildauer (UGV) von 2 Tagen (im Katalog als „erster Tag mit Abschlag = 1“ ausgewiesen) ist die einzige Konstellation, bei der ein Abschlag wegen Unterschreitens der unteren Grenzverweildauer in Betracht kommt, ein Fall mit einem Belegungstag. Die Kalkulation des Abschlags muss also nur genau dieser Situation gerecht werden. Sofern in den plausiblen Kalkulationsdaten in einer DRG mit UGV = 2 eine ausreichende Anzahl von Fällen mit einem Belegungstag vorliegt, ist es möglich und sachgerecht, den Abschlag derart zu ermitteln, dass das resultierende

effektive Relativgewicht für Tagesfälle demjenigen entspricht, das bei Etablierung einer expliziten Ein-Belegungstag-DRG ausgewiesen worden wäre.

Somit ergibt sich auch in diesem Fall die Vergütung der Tagesfälle direkt aus den mittleren Kosten der der jeweiligen DRG zugeordneten Fälle mit einem Belegungstag – ohne dass eine eigenständige Tagesfall-DRG in Grouper und Katalog sichtbar wäre. Diese seit Jahren vom InEK angewandte Vorgehensweise bezeichnet man auch als **implizite Ein-Belegungstag-DRG**.

Abbildung 13 zeigt ein Beispiel dafür:

| DRG | Bezeichnung | Bewertungsrelation bei Hauptabteilung | Mittlere VWD | Erster Tag mit Abschlag | Abschlag bei Unterschreiten UGV |
|------|---|---------------------------------------|--------------|-------------------------|---------------------------------|
| F70B | Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC | 0,660 | 5,1 | 1 | 0,485 |

Abbildung 13: Ausschnitt aus dem Fallpauschalen-Katalog für 2016 für DRG F70B

Das effektive Relativgewicht eines Tagesfalles in dieser DRG ergibt sich aus:
 $(0,660 - 0,485) = 0,175$. Für eine explizite Ein-Belegungstag-DRG „Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC, ein Belegungstag“ würde sich das identische Relativgewicht ergeben.

DRGs mit normativ ermitteltem Kurzliegerabschlag

Bei einer UGV von mehr als 2 Tagen (oder bei UGV = 2 und einer für die Kalkulation gemäß Abschnitt „Implizite Ein-Belegungstag-DRGs“ nicht ausreichenden Anzahl von Tagesfällen) wird der Abschlag für das Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer normativ berechnet. Dabei spielen die variablen Kosten der Inlier (Fallkosten ohne die sogenannte Hauptleistung) und die mittlere Verweildauer sowie die Höhe der UGV eine Rolle. Im Ergebnis kann sich ein effektives Relativgewicht für Tagesfälle ergeben, das von den mittleren Kosten der Tagesfälle abweicht.

Abbildung 14 zeigt ein Beispiel für eine DRG mit normativ ermitteltem Kurzliegerabschlag:

| DRG | Bezeichnung | Bewertungsrelation bei Hauptabteilung | Mittlere VWD | Erster Tag mit Abschlag | Abschlag bei Unterschreiten UGV |
|------|---|---------------------------------------|--------------|-------------------------|---------------------------------|
| F70A | Schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren CC | 1,701 | 10,7 | 3 | 0,409 |

Abbildung 14: Ausschnitt aus dem Fallpauschalen-Katalog für 2016 für DRG F70A

Das effektive Relativgewicht eines Tagesfalles in der DRG F70A ergibt sich aus:
 $(1,701 - 3 * 0,409) = 0,474$.

Im Gegensatz zu expliziten/impliziten Ein-Belegungstag-DRGs ergibt sich der Erlös der Tagesfälle hier **nicht** direkt aus den mittleren Kosten der jeweiligen DRG zugeordneten Fälle mit einem Belegungstag. Inwieweit das im Vergleich zu den Tagesfällen der DRG F70B deutlich höhere effektive Relativgewicht für Tagesfälle der F70A hier auch in entsprechendem Maße höheren Kosten der Fälle (z.B. aufgrund der Begleiterkrankungen) entspricht, kann anhand der Kalkulationsdaten überprüft werden.

Systematische Überprüfung für das G-DRG-System 2016

Im Zuge der Weiterentwicklung zur G-DRG-Version 2016 wurde eine systematische Analyse zur Abbildung von Tagesfällen durchgeführt. Dabei ist als mit Abstand wichtigstes Ergebnis zunächst festzustellen, dass deutlich über 90% aller Tagesfälle im G-DRG-System bereits in expliziten oder impliziten Ein-Belegungstag-DRGs abgebildet sind und somit bereits orientiert an den typischen Ist-Kosten sachgerecht vergütet werden. Bei der Überprüfung der verbleibenden Fälle steht u.a. die Frage im Vordergrund, ob sich Splitkriterien, die typischerweise anhand von Kostenunterschieden bei Inliern etabliert worden sind, in der jeweiligen Basis-DRG gleichermaßen auch für Tagesfälle eignen. So ist beispielsweise zu prüfen:

- a) Wenn innerhalb einer Basis-DRG Tagesfälle deutlich unterschiedliche Erlöse erzielen (z.B. weil eine unterschiedliche Eingruppierung in DRGs mit unterschiedlicher unterer Grenzverweildauer und somit unterschiedlichem Verfahren der Abschlagsermittlung erfolgt), sind die entsprechenden Erlöse im Hinblick auf die Kosten der Tagesfälle sachgerecht? Oder wäre bei ähnlichen Kosten eine einheitliche Abbildung der Tagesfälle geeigneter?
- b) Gibt es innerhalb der Gruppe der Tagesfälle erhebliche Unterschiede in Bezug auf Leistungen und Kosten der Fälle untereinander, die in dieser DRG eine noch differenziertere Abbildung der Tagesfälle nahelegen?

Ein Beispiel für Konstellation a) ist die Weiterentwicklung der Basis-DRG I69 *Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien [...]*. Diese war im G-DRG-System 2015 anhand verschiedener Diagnosebedingungen unterteilt in eine DRG I69A *mit komplexer Diagnose oder [...] bei Para-/Tetraplegie* und eine DRG I69B ohne diese Kriterien. Bei der Analyse der Tagesfälle zeigten sich diese in beiden DRGs mit so ähnlichen Kosten, dass zukünftig eine einheitliche Abbildung in der umgestalteten DRG I69B *Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien ohne komplexe Diagnose oder ein Belegungstag* erfolgt:

| DRG | Bezeichnung | Bewertungsrelation bei Hauptabteilung | Mittlere Verweildauer |
|------|---|---------------------------------------|-----------------------|
| I69A | Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien mit komplexer Diagnose oder Muskel- und Sehnenenerkrankungen bei Para-/Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag | 0,865 | 8,8 |
| I69B | Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien ohne komplexe Diagnose oder ein Belegungstag | 0,686 | 6,7 |

Abbildung 15: Ausschnitt aus dem Fallpauschalen-Katalog für 2016 für die DRGs I69A und I69B

Somit erfolgt zukünftig eine Abbildung aller Tagesfälle der Basis-DRG I69 als implizite Ein-Belegungstag-DRG, ausgehend von den Ist-Kosten der Tagesfälle, während zuvor die Vergütung in der DRG I69A aufgrund der längeren mittleren Verweildauer mittels normativ ermitteltem Abschlag erfolgte.

Ein Beispiel für Konstellation b) ist die Umgestaltung der DRG L64 *Harnsteine und Harnwegsobstruktion oder Urethrastrikturen, andere leichte bis moderate Erkrankungen der Harnorgane* [...] für das G-DRG-System 2016. Nach detaillierter Analyse der Kosten- und Leistungsparameter werden Tagesfälle in dieser DRG auch weiterhin differenziert abgebildet, jedoch mit leicht von der Einteilung bei den Inliern abweichenden Splitkriterien. Bestimmte Hauptdiagnosen oder ein hoher PCCL, die für Inlier bewährte Kostentrenner darstellen, zeigen bei Tagesfällen keinen Zusammenhang mit den Fallkosten – die Splitkriterien *Alter < 14 Jahre* und *Urethrozystoskopie* hingegen schon. Folglich werden Fälle mit einem Belegungstag innerhalb der Basis-DRG L64 ab dem Jahr 2016 wie folgt eingruppiert:

- Tagesfall mit Urethrozystoskopie L64A
- Tagesfall < 14 Jahre L64B
- Alle anderen Tagesfälle, unabhängig von Hauptdiagnose/PCCL L64C

| DRG | Bezeichnung | Bewertungsrelation bei Hauptabteilung | Mittlere VWD | Erster Tag mit Abschlag | Abschlag bei Unterschreiten UGV |
|------|---|---------------------------------------|--------------|-------------------------|---------------------------------|
| L64A | Harnsteine und Harnwegsobstruktion mit äußerst schweren oder schweren CC [...] oder andere leichte bis moderate Erkrankung der Harnorgane [...], mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie | 0,584 | 3,8 | 1,0 | 0,210 |
| L64B | Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC [...], Alter < 14 Jahre | 0,441 | 2,5 | 1,0 | 0,146 |
| L64C | Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC [...], Alter > 13 Jahre | 0,348 | 2,6 | 1,0 | 0,147 |

Abbildung 16: Ausschnitt aus dem Fallpauschalen-Katalog für 2016 für die DRGs L64A, L64B, L64C

Wie der Ausschnitt aus dem Fallpauschalen-Katalog zeigt, weisen alle drei DRGs der Basis-DRG L64 eine UGV von 2 Tagen auf, können also bei ausreichender Fallzahl als implizite Ein-Belegungstag-DRGs kalkuliert werden. Die effektiven Bewertungsrelationen für Tagesfälle fallen jedoch – entsprechend den deutlich unterschiedlichen Kosten der Fallmengen – mit 0,374 / 0,295 / 0,201 erheblich unterschiedlich aus.

Die dargestellte systematische Überprüfung aller Tagesfälle im G-DRG-System führte letztlich für das Jahr 2016 zur Etablierung von vier neuen expliziten Ein-Belegungstag-

DRGs sowie Anpassungen (wie den oben gezeigten) ohne Etablierung neuer DRGs in weiteren 24 Basis-DRGs.

3.3.2.10 Frührehabilitation

Bei der Abbildung frührehabitativer Leistungen im G-DRG-System hat sich im Vergleich zum Vorjahr erneut keine Änderung ergeben. Für den weitaus überwiegenden Anteil der Fallpauschalen müssen weiterhin nach § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntG krankenhaushausindividuelle Entgelte vereinbart werden, was der geringen Bereitschaft der entsprechenden Leistungserbringer zur Teilnahme an der Kalkulation geschuldet ist. Die vorliegenden Daten lassen eine Bewertung weiterer DRGs nicht zu, sodass von den 17 DRGs für neurologisch-neurochirurgische bzw. fachübergreifende Frührehabilitation von mehr als 14 Tagen weiterhin lediglich die Basis-DRG B42 *Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage* mit Relativgewichten versehen werden konnte.

3.3.2.11 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 und für ein einzelnes Krankenhaus nicht absehbar ist, ob und in welchem Umfang im Budgetjahr solche Patienten behandelt werden. Ein derartiges Risiko ist durch ein pauschaliertes System nicht abbildbar. Aus diesem Grund existiert seit Einführung des G-DRG-Systems ein unbewertetes extrabudgetäres 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“ konnte. Die genauen Regelungen, welche Fälle dem Zusatzentgelt zuzuordnen waren, unterschieden sich von Bundesland zu Bundesland, beispielsweise auch in Hinblick auf die Berücksichtigung erworbener Gerinnungsstörungen.

Erstmals mit dem G-DRG-System 2013 wurde eine 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 abgerechnet werden, wenn ein definierter Schwellenwert überschritten wird. Für die Jahre 2014 und 2015 galt ein Schwellenwert von 9.500 € für die Summe der im Rahmen der Behandlung des Patienten für Blutgerinnungsfaktoren angefallenen Beträge. Gemäß dem Entschluss der Selbstverwaltungspartner sollte erstmals ab dem Jahr 2016 dieser Schwellenwert auf Grundlage von Kalkulationsdaten festgelegt werden.

Dementsprechend erfolgte im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung eine umfangreiche Analyse aller Fälle mit Gabe von Gerinnungsfaktoren. Im Datenjahr 2014 lagen erstmals durch Definition differenzierter Dosisklassen für die Gerinnungsfaktoren (neu definiert über den OPS Version 2014) und durch die obligate Verschlüsselung der

zu differenzierenden ICD-Kodes gemäß Tabelle 3, Anlage 7 des Fallpauschalen-Katalogs mit zusätzlichen ICD-Schlüsselnummern (U69.11! für dauerhaft Gerinnungsstörungen und U69.12! für temporäre Gerinnungsstörungen) die notwendigen Informationen in der regulären Datenlieferung vor. Neben den ICD-Kodes zur Fallidentifikation und den OPS-Kodes mit faktorspezifischer Dosisklasse enthielt der DRG-Datensatz gem. § 21 KHEntgG darüber hinaus Angaben zu den abgerechneten Entgelten für die genannten Zusatzentgelte. Allerdings lagen nur für die Fälle aus den Kalkulationskrankenhäusern mittels ergänzender Datenbereitstellung detaillierte Daten zur kumulativen Dosis und zu den genauen Kosten je Gerinnungsfaktor vor, die entscheidend für eine exakte datenbasierte Analyse zum Schwellenwert erforderlich sind. Für Daten aus Krankenhäusern, die nicht an der Kostenkalkulation teilnehmen, liegen dagegen weder Kosten noch genaue Dosisangaben zu Gerinnungsfaktoren vor. Aus diesem Grund erfolgte die Abschätzung der Kosten mittels eines „Erwartungswertes“. Der Erwartungswert für jeden Faktor berechnet sich wie folgt: Dosis gemäß verschlüsseltem OPS-Kode multipliziert mit den typischen Kosten pro Einheit (ermittelt aus der ergänzenden Datenbereitstellung aller gelieferten Fälle aus Kalkulationskrankenhäusern). Ungenau wird dieser Erwartungswert im Wesentlichen dadurch, dass der OPS-Kode Intervallangaben enthält, d.h. die genaue verabreichte Menge ist nicht bekannt. Um anhand der verschlüsselten Dosisklasse dennoch eine realistische Abschätzung vornehmen zu können, wurde als Schätzer für die unbekannte Dosis der Klassenmittelwert des Dosisintervalls angenommen.

Ein Beispiel für eine derartige Abschätzung der Kosten ist in Tabelle 18 dargestellt. Für den dargestellten exemplarischen Fall aus einem Kalkulationskrankenhaus mit einer temporären Gerinnungsstörung wurden im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung für insgesamt drei Gerinnungsfaktoren die genaue Dosis und die jeweils entstandenen Kosten übermittelt. Gemäß der ergänzenden Datenbereitstellung entfiel auf die Summe der Gerinnungsfaktoren ein Betrag von 8.820 €. Eine Abschätzung der Kosten mit Hilfe der oben beschriebenen Vorgehensweise anhand der mittleren Dosis der OPS-Klasse und der typischen Kosten pro Dosis führte dagegen zu abgeschätzten Kosten von insgesamt 11.400 €. Damit wäre dieser Fall auf Basis von abgeschätzten Kosten in die (für 2014 und 2015) gültige Definition des ZE20XX-98 (Schwellenwert von 9.500 €) gefallen, die wahren Kosten lagen dagegen unterhalb der Schwelle. Eine Abrechnung über das genannte Zusatzentgelt ist damit nicht möglich gewesen. Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass bei einigen Gerinnungsfaktoren die Unsicherheit der Kostenabschätzung (begründet durch große Klassenbreite) zum Teil bei ± 10.000 € lag.

| Gerinnungsfaktor | Kode gemäß §21-Lieferung | Dosisklasse gemäß OPS-Kode | mittlere Dosis gemäß OPS | Erwartungswert der Kosten [€] | Dosis gemäß ED | Kosten gemäß ED |
|--------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|----------------|-----------------|
| Rekombinanter aktivierter Faktor VII | 8-810.68 | 300 KIE bis unter 400 KIE | 350 | 5.950 | 300 | 4.500 |
| Plasmatischer Faktor VIII | 8-810.97 | 3.000 Einh. unter 4.000 Einh. | 3.500 | 3.500 | 3.000 | 2.700 |
| Fibrinogenkonzentrat | 8-810.j9 | 6,0 g bis unter 7,0 g | 6,5 | 1.950 | 6,0 | 1.620 |
| | | | | 11.400 | | 8.820 |

Tabelle 18: Beispielhafter Vergleich des Erwartungswertes für die Kosten (ermittelt anhand der mittleren Dosis multipliziert mit den typischen Kosten pro Einheit, die aus der ergänzenden Datenbereitstellung aller gelieferten Fälle der Kalkulationskrankenhäuser für den entsprechenden Gerinnungsfaktor ermittelt wurden) mit den tatsächlich entstandenen Kosten eines Falles

Über die dargestellte Unschärfe der Kostenschätzung hinaus fielen bei der Analyse des Zusatzentgelts ZE20xx-98 folgende Abweichungen der abgeschätzten Kosten und abgerechneten Entgelte auf:

- Hohe erwartete Kosten laut Kodierung, aber kein Entgelt oder kein Entgelt in entsprechender Höhe
- Hohes Entgelt, aber kein OPS oder nur geringe (gemäß OPS) erwartete Kosten
- Nicht vereinbartes Entgelt (z.B. 600-€-Entgelt), aber hohe abgeschätzte Kosten
- Abrechnung des alten Entgelts ZE2012-27 (ohne Schwelle)

Des Weiteren zeigte die Analyse der über die OPS-Kodierung abgeschätzten Kosten, dass bei einem Schwellenwert von 9.500 € mehr als zwei Drittel der abgeschätzten Kosten auf nur zwei Gerinnungsfaktoren entfielen (siehe Abbildung 17: Kostenanteil von ca. 70% für den rekombinanten Faktor VIII und Fibrinogenkonzentrat).

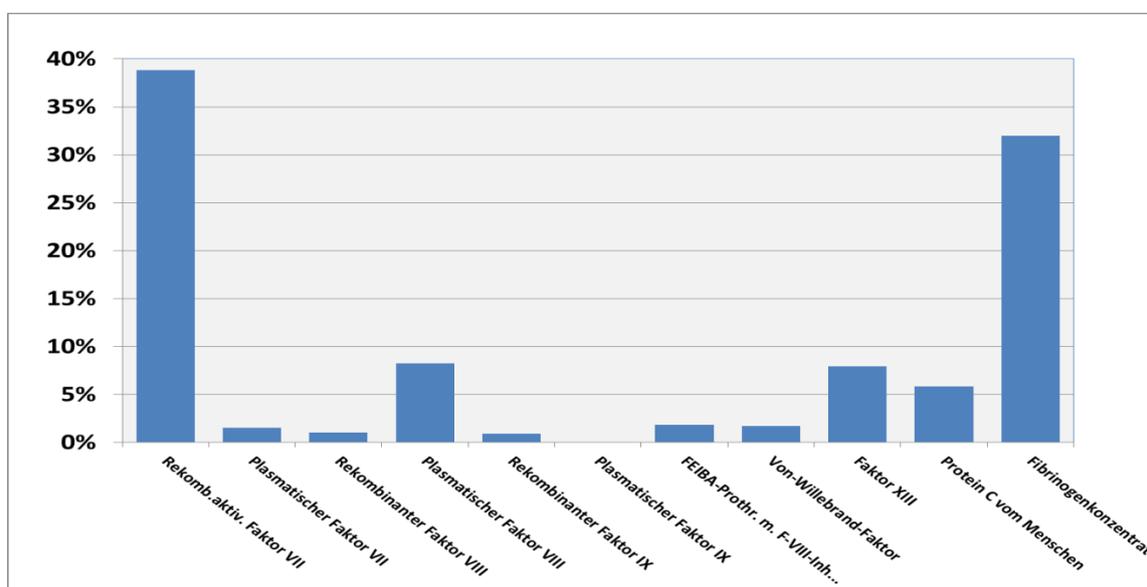


Abbildung 17: Verteilung der Gerinnungsfaktoren auf das Gesamtvolumen der abgeschätzten Kosten (Fälle mit Faktorkosten (Summe) > 9.500 €)

Zusammenfassend war auf Basis der vorliegenden Daten eine sachgerechte Beurteilung zur Änderung des Schwellenwertes für das Zusatzentgelt ZE20XX-98 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren basierend auf der Summe der Kosten für alle verabreichten Gerinnungsfaktoren nicht möglich. Es ist damit zu rechnen, dass sich aufgrund der zunehmend einheitlicheren Abrechnung der genannten Zusatzentgelte die Datengrundlage im nächsten Jahr weiter verbessern wird. Gemäß dem Beschluss der Selbstverwaltung gilt für das Jahr 2016 weiterhin ein Schwellenwert in Höhe von 9.500 €.

Bezüglich der Gabe von Gerinnungsfaktoren wurde im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2016 thematisiert, dass für bestimmte Gerinnungsstörungen bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett die ICD-10-GM ausschliesse, dass ein Code aus Kapitel III für Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen („D-Kodes“) verschlüsselt werden könne. Über eine Regelung auf Ebene der ICD-10-GM (Streichung entsprechender Exklusiva) kann ab 2016 bei Gerinnungsstörungen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nun zusätzlich zum Code aus Kapitel XV auch eine Diagnose aus Kapitel III angegeben werden. Damit ist für bestimmte betroffene Fälle

mit Gabe von Gerinnungsfaktoren bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ohne Erweiterung der ICD-Listen in Anlage 7 der FPV eine Abrechnung über die Zusatzentgelte ZE20xx-97 und -98 jetzt eindeutig möglich.

3.3.2.12 Gastroenterologie

Die nichtoperativen Partitionen der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* und der MDC 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* bieten eine hochdifferenzierte Abbildung für Fälle mit interventioneller und konservativer Therapie gastroenterologischer Erkrankungen.

Dazu trägt auch die sehr engagierte Mitarbeit der Fachgesellschaft bei. So gingen in diesem Jahr zahlreiche Hinweise im Rahmen des Vorschlagsverfahrens ein.

Die typischen Fälle mit gastroenterologischen Erkrankungen werden in den Basis-DRGs der sonstigen und konservativen Partition abgebildet, wie beispielweise:

- G46 *Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie*
- G48 *Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC [...]*
- H41 *ERCP*
- G67 *Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung [...]*
- H61 *Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas*
- H62 *Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung*

Die Anfragen zum Vorschlagsverfahren für das Jahr 2016 betrafen vor allem Fälle mit endoskopischen Eingriffen, d.h. mit einem gastro- oder koloskopischen Verfahren oder einer endoskopischen retrograden Cholangiopankreatikographie (ERCP), darunter auch Fälle mit Eingriffen unter Verwendung teurer Sachmittel.

Problemstellungen aus dem Vorschlagsverfahren bezogen sich schwerpunktmäßig auf unterschiedliche medizinische Konstellationen, die als komplexer und damit kostenaufwendiger eingeschätzt wurden, wie z.B. mehrzeitige/-fache Eingriffe oder Eingriffe bei schwieriger, zum Teil veränderter Anatomie (z.B. Zustand nach operativem Eingriff oder bei malignen Erkrankungen).

Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP)

In der Basis-DRG H41 werden typischerweise die Fälle mit einem Verfahren der endoskopischen retrograden Cholangiopankreatikographie abgebildet.

Zahlreiche Vorschläge, aber auch umfangreiche interne Analysen betrafen die Abbildung von Fällen mit komplexen Konstellationen bei endoskopischen Eingriffen an Gallenwegen oder am Pankreas.

Im G-DRG-System 2015 konnten diese Fälle innerhalb der Basis-DRG H41 über drei verschiedene DRGs differenziert abgebildet werden, beispielsweise Fälle mit photodynamischer Therapie an den Gallengängen oder Fälle mit endoskopischer Stentimplantation in den Gallenwegen und einem PCCL > 3 in der DRG H41A und Fälle mit aufwendigen Stentimplantationen durch transhepatischen Zugang bei PCCL < 3 in der

DRG H41B. Dabei existierte zwischen diesen beiden DRGs ein vergleichsweise großer Erlössprung (RG 2015: H41A = 2,828; H41B = 1,537).

Durch die Analysen konnten verschiedene Fallkonstellationen identifiziert werden, die weniger kostenaufwendig waren als die Fälle der höchstbewerteten DRG H41A, aber deutlich kostenaufwendiger als typische Fälle der DRG H41B. Um eine sachgerechte Abbildung dieser Fälle zu erreichen, wurde für das G-DRG-System 2016 ein komplexer Umbau der Basis-DRG H41 durchgeführt (siehe Abb. 18).

So wurde für die sachgerechte Abbildung der Fälle mit den identifizierten Konstellationen zwischen der bisherigen DRG H41B und der DRG H41A eine neue DRG etabliert. Eine Zuordnung in diese neu etablierte DRG („neue“ DRG H41B *Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur*) erfolgte für Fälle mit:

- bestimmten endoskopischen Eingriffen an Gallenwegen in Kombination mit einem anderen Eingriff an den Gallengängen, der durch transhepatischen Zugang durchgeführt wird,
- perkutan-transhepatischer Einlage von selbstexpandierenden Stents und Stent-Prothesen in die Gallengänge bei schweren CC oder bestimmten weiteren Eingriffen,
- bestimmten transgastralen endoskopischen Eingriffen am Pankreas mit Einlage eines Stents, wie Entfernung von Pankreasnekrosen oder Drainage einer Pankreaszyste,
- photodynamischer Therapie an den Gallenwegen (ohne äußerst schwere CC).

Gleichzeitig erfolgte eine Schärfung der Splitbedingungen der DRG H41A *Bestimmte ERCP mit äußerst schweren CC* für Fälle mit einer photodynamischen Therapie an Gallengängen, die jetzt entsprechend den Kosten der Fälle nur noch bei äußerst schweren CC der DRG H41A zugeordnet werden.

Fälle mit einem Verfahren zur *Radiofrequenzablation an den Gallengängen (RFA)* kombiniert mit einem Verfahren für endoskopisches Einlegen von Stents/Prothesen in die Gallengänge und Fälle mit *perkutaner Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber durch hochfrequenzinduzierte Thermotherapie* wurden aufgewertet und der „neuen“ DRG H41C *Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, [...] mit Radiofrequenzablation und endoskopischer Stentimplantation* zugeordnet.

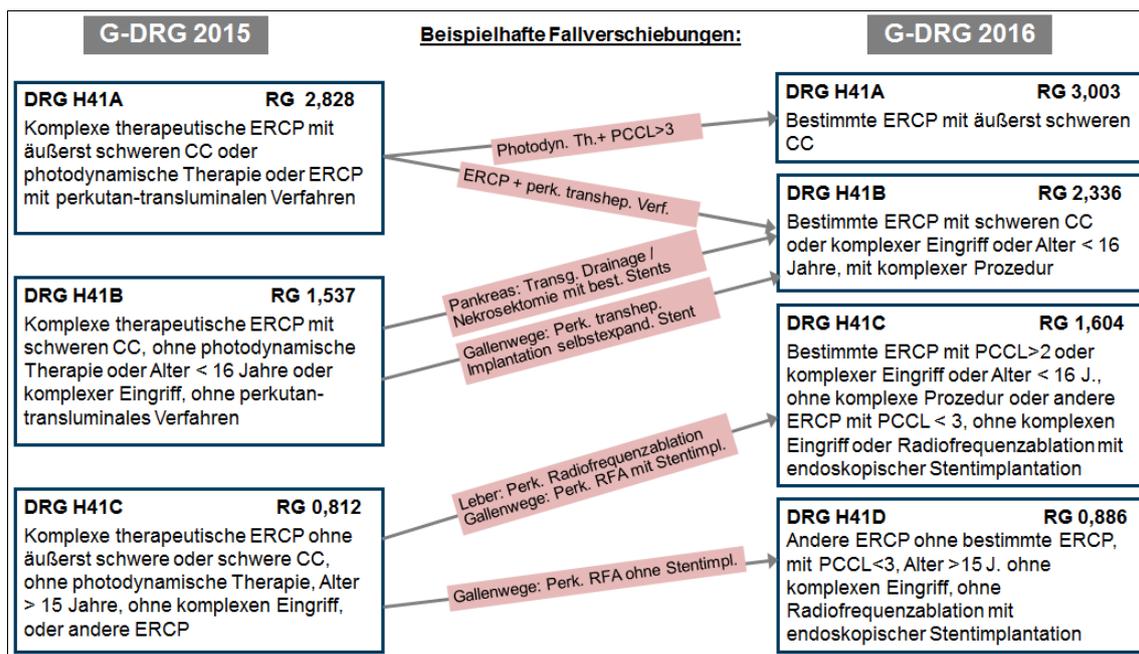


Abbildung 18: Umbau der Basis-DRG H41 ERCP

Mehrzeitigkeit/Mehrfacheingriffe

Im Rahmen der Analysen von Verfahren zur endoskopischen retrograden Cholangiopankreatikographie und auch von Verfahren zur endoskopischen Blutstillung bei gastrointestinalen Blutungen wurden ausführlich verschiedene Konstellationen für Fälle mit mehrzeitigen/mehrfachen Eingriffen untersucht. Zum Thema „Mehrzeitigkeit“ gingen mehrere Hinweise im Vorschlagsverfahren ein.

Als „mehrzeitig“ wird vom G-DRG-Groupier in der Regel ein Vorgehen gewertet, bei dem die betreffenden Leistungen mehrfach im selben Aufenthalt, aber in unterschiedlichen Sitzungen an unterschiedlichen Tagen durchgeführt wurden.

Bei vorgenommenen Analysen von Fällen mit mehrzeitiger ERCP wurden nach ausführlicher Kommunikation mit der Fachgesellschaft unterschiedliche Kodelisten für v.a. therapeutische ERCP-Eingriffe bei unterschiedlichen Krankheitsbildern (Diagnosen) überprüft. Ebenfalls wurde die Anzahl der Sitzungen (zwei, drei und mehr) variiert. Bei Überprüfung der Abbildung verlegter Fälle wurde zwischen verlegten Fällen bis 24 Stunden und denen nach 24-stündigem Aufenthalt im verlegenden Krankenhaus unterschieden. Es wurden mehrere Diagnosen (Perforation der Gallenwege, sog. technische Schwierigkeiten bei Durchführung einer ERCP, wie z.B. angeborene Fehlbildungen der Gallengänge oder des Pankreas, oder Diagnosen für bestimmte Komplikationen nach Eingriffen) auf Belastbarkeit zur Identifizierung der komplizierten verlegten Fälle geprüft. Die Prüfung der Abbildung von ERCP-Fällen bei schwieriger Anatomie erfolgte anhand des Zusatzcodes für *Zugang durch retrograde Endoskopie*.

Trotz der umfassenden Analysen der Abbildung von Fällen mit mehrzeitiger ERCP ließ sich keine Verbesserung der sachgerechten Darstellung dieser Fälle unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf das Gesamtsystem erzielen.

Die Fälle zeigten zwar erwartungsgemäß eine verlängerte Verweildauer und auch Mehrkosten, aber diese Mehrkosten gingen oft deutlich über die plausiblen Kosten des

zweiten Eingriffs hinaus. Die Mehrkosten ließen sich auch über zusätzliche Kriterien nicht regelhaft bestimmten Konstellationen zuordnen. Hinzu kam, dass für das Kriterium „mehrzeitig“ keine sogenannte „Schieflage“ bestand, d.h. eine mögliche Aufwertung von mehrzeitigen Fällen mit ERCP würde bei der weit überwiegenden Anzahl der Leistungserbringer durch konsekutive Abwertungen anderer Fälle praktisch vollständig kompensiert. Die durch einen Systemumbau erreichbare Case-Mix-Veränderung war für alle Krankenhäuser sehr gering.

Dem minimalen Effekt der verschiedenen Umbauvarianten zur mehrzeitigen ERCP ist andererseits eine mögliche Anreizwirkung durch den Grouper-Umbau gegenüberzustellen. Nach Gesamtwürdigung aller Ergebnisse wurde auf einen solchen Umbau verzichtet.

Mehrzeitige therapeutische Blutstillungen bei akuter Blutung

Die Situation der Mehrzeitigkeit stellte sich bei Fällen mit einem Verfahren zur Blutstillung bei akuter Blutung im oberen oder unteren Gastrointestinaltrakt geringfügig anders dar. In der Basis-DRG G46 und G48 werden im G-DRG-System 2015 lediglich Fälle mit äußerst schweren oder schweren CC und einem endoskopischen Verfahren zur Blutstillung am Gastrointestinaltrakt abgebildet. Fälle mit endoskopischen Blutstillungsverfahren ohne äußerst schwere oder schwere CC (PCCL < 3) werden den konservativen Basis-DRGs G67 *Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung [...]* und G73 *Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC [...]* zugeordnet. Die Fachgesellschaft wies im Rahmen des Vorschlagsverfahrens auf eine möglicherweise nicht sachgerechte Abbildung von Fällen mit mehrzeitigen Verfahren zur Blutstillung bei akuter Blutung im oberen oder unteren Gastrointestinaltrakt in den konservativen DRGs hin.

Bei einer differenzierten Analyse der Fälle mit gastrointestinaler Blutung (Blutstillung in oberem/unterem Gastrointestinaltrakt) traf die bereits zur ERCP dargestellte Situation (inkl. Schieflage) bei den Fällen mit mehrzeitigen Eingriffen zur Blutstillung am oberen Gastrointestinaltrakt in gleicher Weise zu.

Hingegen stellten sich die Fälle mit mehrzeitigen endoskopischen Blutstillungen am unteren Gastrointestinaltrakt vor allem in den konservativen DRGs G73Z (RG=0,854) oder G67B (RG=0,573) nicht nur als erheblich kostenintensiver im Vergleich zu den übrigen Fällen der ihnen zugeordneten DRGs dar, sondern es trafen auch die bei der mehrzeitigen ERCP dargestellten Einschätzungen nicht in gleichem Maße zu. Im Ergebnis wurde die Abbildung von Fällen mit einem mehrzeitigen Verfahren zur Blutstillung am unteren Gastrointestinaltrakt durch eine Aufnahme bestimmter mehrzeitiger Eingriffe in die Basis-DRG G48 für das G-DRG-System 2016 weiter verbessert. Die Fälle werden zukünftig in der DRG G48B (RG=1,314) abgebildet, was einer vergleichsweise moderaten Aufwertung in sicher vertretbarem Umfang entspricht.

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.

Für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2016 wurden durch die Fachgesellschaft insbesondere folgende Leistungen mit hohen Sachkosten thematisiert:

- Perorale endoskopische Ösophagomyotomie (POEM)
- Kapselendoskopie des Dünndarms
- Endoskopische Radiofrequenzablation an den Gallengängen
- Transgastrale Nekrosektomie am Pankreas

Die perorale endoskopische Ösophagomyotomie (POEM) stellt ein neues Therapieverfahren bei Achalasie dar. Im G-DRG-System 2015 werden Fälle mit einem Verfahren für perorale endoskopische Ösophagomyotomie überwiegend in der DRG G47Z *Gastroskopie [...] ohne äußerst schwere oder schwere CC [...]* abgebildet. Die Analysen von Fällen mit diesem Eingriff konnten im Datenjahr 2014 zwar nur an einer geringen Fallzahl durchgeführt werden, trotzdem wurden die überdurchschnittlichen Kosten, auf die von der Fachgesellschaft hingewiesen worden ist, bestätigt. Daher werden für das Jahr 2016 die Fälle mit peroraler endoskopischer Ösophagomyotomie der DRG G46B *Komplexe therapeutische Gastroskopie [...]* zugeordnet.

Basierend auf weiteren Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren wurde die sachgerechte Abbildung von Fällen mit einer Kapselendoskopie des Dünndarms in mehreren DRGs der MDC 06 untersucht. Im G-DRG-System 2015 wurden Fälle mit einer Kapselendoskopie des Dünndarms typischerweise der DRG G47Z *Andere Gastroskopie bei komplexer Diagnose [...]* zugeordnet. Kostenaufwendigere Fälle mit einem Verfahren der Kapselendoskopie, z.B. bei schwerer oder äußerst schwerer CC oder einem Alter von < 16 Jahren, wurden bereits der höher bewerteten Basis-DRG G48 *Koloskopie [...]* zugeordnet. Die Analysen von Fällen mit Kapselendoskopie zeigten, dass die Mehrkosten nicht ausschließlich auf die entsprechenden Sachkosten zurückzuführen sind, sondern z.B. auch auf die längere Verweildauer der entsprechenden Fälle. Daher werden im G-DRG-System 2016 Fälle gegenüber dem Vorjahr durch Eingruppierung in die Basis-DRG G46 *Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie* in der DRG G46C leicht aufgewertet.

Weitere endoskopische Leistungen mit hohem Sachkostenanteil, wie beispielsweise die Radiofrequenzablation an den Gallengängen, wurden nach umfassenden Analysen im Rahmen des komplexen Umbaus der Basis-DRG H41 (siehe oben) aufgewertet.

Sonstige Umbauten

Darüber hinaus wurden für das G-DRG-System 2016 folgende Änderungen vorgenommen:

- Kostenentsprechende Vereinheitlichung der Abbildung von Fällen mit den Hauptdiagnosen *Chronisches Leberversagen* und *Alkoholisches Leberversagen* in den Basis-DRGs H62 *Erkrankungen des Pankreas außer BNB oder Leberzirrhose [...]* und H60Z *Leberzirrhose*.
- Kostenentsprechende Aufwertung von Fällen im Kindesalter unter 17 Jahren durch Etablieren einer neuen DRG H61B *Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas [...]*.
- Kostenentsprechende Verbesserung der Abbildung von Kindern durch Erweiterung der Splitbedingungen zur DRG H62A für Fälle mit Leberzirrhose und bestimmten nicht infektiösen Hepatitiden im Alter unter 16 Jahren

Im Zuge der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2016 wurden auch die Fälle der fallzahlstärksten DRG G67 *Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung [...]*, insbesondere die kostenaufwendigeren, einer Analyse auf eine sachgerechte Abbildung unterzogen. Im Ergebnis werden bestimmte Fälle mit einer Prozedur für intensivmedizinische Komplexbehandlung mit > 196/185/185 Aufwandspunkten oder Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder Endosonographie durch Erweiterung der Splitbedingung zu den DRGs G67A und G67B aufgewertet.

Die Basis-DRG G48 *Koloskopie mit PCCL > 2 [...]* war im G-DRG-System 2015 dreifach gesplittet. Das Kriterium „bestimmte komplizierende Diagnosen bei Koloskopie“ (z.B. Crohn-Krankheit, Peritonitis, Ulzeröse Kolitis u.a.) zur DRG G48B zeigte in den Daten des Jahres 2014 keinen relevanten Kostenunterschied mehr. Die DRGs G48B und G48C wurden zusammengelegt, sodass im G-DRG-System 2016 die Fälle der Basis-DRG G48 nur in zwei DRGs abgebildet werden.

Für Fälle mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern (siehe Kap. 3.3.2.4) wurde in der MDC 06 die Bedingung der DRG G77Z geschärft, indem die Prozedur für *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern nicht auf spezieller Isoliereinheit mit mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstagen* in dieser DRG nicht mehr gruppierungsrelevant ist. In der MDC 07 wurde eine neue DRG H77Z *Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* etabliert.

3.3.2.13 Geburtshilfe

In diesem Jahr erreichten uns im Vorschlagsverfahren erneut sehr umfangreiche Hinweise der Fachgesellschaft zu zahlreichen Themen der Geburtshilfe, von denen einige im Folgenden näher erläutert werden. Diese bezogen sich sowohl auf Änderungen der DRG-Klassifikation, beispielsweise hinsichtlich der DRGs für präpartale Aufenthalte, als auch auf die Analyse bestimmter komplizierender Diagnosen im Zusammenhang mit Entbindungen sowie auf den Bereich der Geburtshilfe in den Deutschen Kodierrichtlinien.

Im Fokus der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2016 stand in der MDC 14 *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* die Abbildung von präpartalen Fällen mit langer Verweildauer, aber ohne Entbindung, bei denen die Vermeidung einer Früh- oder Fehlgeburt im Vordergrund steht. Diese Fälle werden typischerweise der Basis-DRG O65 *Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme* bzw. der Basis-DRG O05 *Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft [...]* zugeordnet, wenn ein operativer Eingriff erfolgt ist. Problematisch hinsichtlich der Abbildung und Analyse dieser Fälle ist u.a., dass aktuell – über die Verweildauer hinaus – keine spezifischen Leistungsbezeichner zur Detektion dieser Fälle zur Verfügung stehen. Obwohl die Basis-DRG O65 in der Version 2015 bereits dreifach gesplittet ist und viele komplizierende Attribute wie eine geringe Schwangerschaftsdauer, ein hoher PCCL oder bestimmte komplizierende Diagnosen wie z.B. eine Mehrlingsschwangerschaft, vorzeitiger Blasensprung oder präpartale Blutungen bereits als Schweregrad steigernd berücksichtigt werden, besteht die Problematik, dass dies nicht zu einer besseren Vergütung von Langliegern führt. Dies wird durch die folgende Abbildung 19, welche die effektiven Relativgewichte in der Basis-DRG O65 in 2015 darstellt, verdeutlicht:

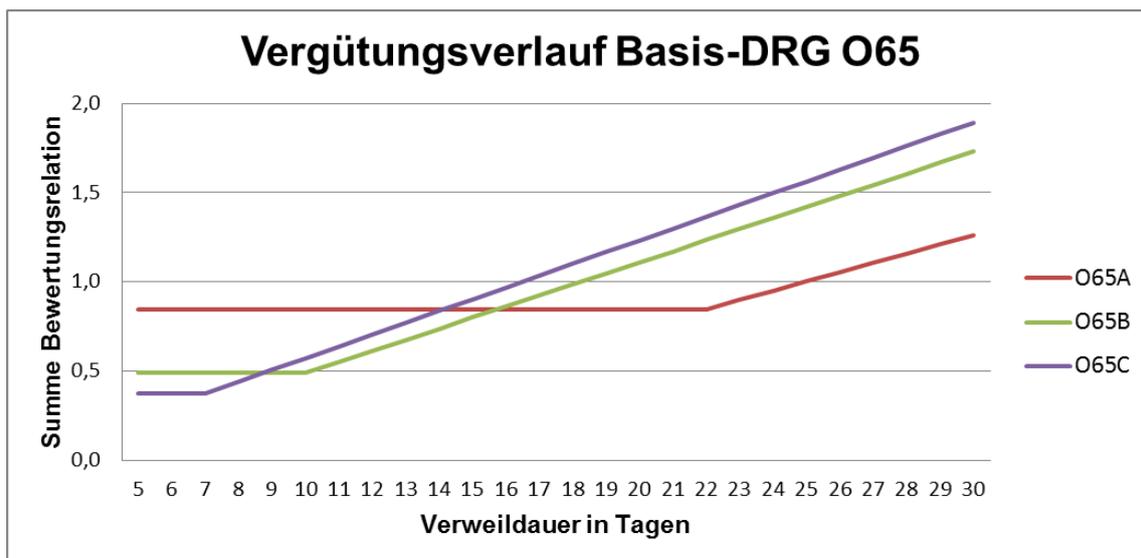


Abbildung 19: Vergütungsverlauf in der Basis-DRG O65 (G-DRG-Version 2015)

Dies zeigt, dass bei zunehmender Verweildauer das Vorliegen von Schweregrad steigernden Faktoren und eine Eingruppierung in die DRG O65A die Vergütung von Langliegern nicht verbessert. Ursächlich dafür ist, dass alle DRGs der Basis-DRG O65 ähnliche Tageskosten aufweisen. Die in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser zur Verfügung stehenden Attribute wurden für 2016 hinsichtlich ihrer Eignung als Kostentrenner untersucht. Dabei zeigte sich u.a., dass z.B. auch bei Diagnosen für die *Schwangerschaftsdauer* (O09.-) keine Unterschiede in den Tageskosten der Fälle bestehen. Für die G-DRG-Version 2016 wurde die Basis-DRG O65 nach umfangreichen Analysen umgestaltet, wobei die Definition der Basis-DRG unverändert belassen und die DRG O65C gestrichen wurde. Für die DRG O65A erwiesen sich zur Lösung der oben beschriebenen Problematik für 2016 folgende Splitkriterien als geeignet:

- PCCL > 2 oder
- Diagnosen für eine schwere oder komplizierende Erkrankungen in der Schwangerschaft oder Mehrlingsschwangerschaft oder
- Prozeduren für bestimmte endoskopische Eingriffe oder Peritoneoskopie oder
- Verweildauer = 1 Tag

Im Ergebnis erzielen die der DRG O65A zugeordneten Fälle gemäß G-DRG-Version 2016 stets ein höheres Relativgewicht als Fälle der DRG O65B. Dies gilt sowohl für Normallieger (Inlier) als auch für Langlieger.

Zusätzlich wurde die Basis-DRG O65 hinsichtlich der Bewertung von Diagnosen in der CCL-Matrix intensiv überprüft, was sowohl zur Auf- als auch zur Abwertung zahlreicher Diagnosen für 2016 geführt hat. Durch die hier beschriebenen Änderungen wird die Vergütung von Fällen mit langer Verweildauer ab 2016 verbessert.

Die Abbildung von präpartalen Aufenthalten mit operativem Eingriff wurde für 2016 dadurch geschärft, dass zum einen die DRG O05A *Cerclage und Muttermundverschluss oder komplexe OR-Prozedur [...]* nur noch bei einer Verweildauer von mehr als einem Belegungstag erreicht werden kann. Zum anderen wurden in diesem Jahr erneut weitere wenig aufwendige Leistungen, die bisher in der Funktion „Bestimmte OR-Prozeduren“ enthalten waren, gestrichen. Dies sind beispielsweise die Inzision der Vagina, bestimmte Exzisionen und Destruktionen von erkranktem Gewebe der Vagina

oder Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste). 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.

Ein weiterer Schwerpunkt in der MDC 14 lag in der Analyse des PCCL als wichtiges Instrument zur Trennung aufwendiger Fälle. Hervorgegangen ist dies auch aus einem Hinweis im Vorschlagsverfahren in Zusammenhang mit den Kodierrichtlinien hinsichtlich der Freigabe einer Doppelkodierung bei Fällen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Dies meint die generell zusätzliche Verschlüsselung eines Organkodes zu Diagnosen aus Kapitel XV (O00–O99) der ICD-10-GM, die oft unspezifisch sind. Problematisch ist hierbei, dass dies über das CCL-System zu einer Höhergruppierung von Fällen führen kann, die im Katalog des jeweiligen Jahres noch nicht kalkuliert werden konnte. Gemäß Kodierrichtlinien ist die zusätzliche Angabe eines Organkodes nur in ausgewählten Situationen explizit erlaubt, wobei eine Doppelkodierung bereits für die G-DRG-Versionen 2014 und 2015 in der DKR 1510 *Komplikationen in der Schwangerschaft* für folgende Bereiche freigegeben wurde:

- O23. *Infektionen des Urogenitaltraktes in der Schwangerschaft*
- O24.- *Diabetes mellitus in der Schwangerschaft*
- O26.6 *Leberkrankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts*

Um Auswirkungen auf den Gesamtschweregrad eines Falles dabei weitestgehend zu vermeiden, wurden vorab erforderliche Anpassungen in der CCL-Matrix bezüglich der CCL-Werte einzelner Diagnosen und der Exklusionslisten vorgenommen. Um diesen Prozess weiter zu unterstützen, wurden von der Fachgesellschaft umfangreiche Vorschläge zur Weiterentwicklung der CCL-Matrix, vorwiegend die Geburtshilfe betreffend, eingereicht. Für 2016 hat dies beispielsweise zur Ergänzung der Exklusionslisten für *Anämie in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* (O99.0) mit spezifischen Diagnosen für Anämie, die Aufnahme von Codes für die Überwachung einer normalen Schwangerschaft/Risikoschwangerschaft (Z34, Z35.-) oder die Aufwertung von Embolien in der Gestationsperiode geführt. Darüber hinaus wurden auch Exklusionslisten von Diagnosen, bei denen die Doppelkodierung schon zulässig ist, sowie die CCL-Werte weiterer Diagnosen angepasst (Auf- und Abwertungen). Zudem hat sich gezeigt, dass sich über die Basis-DRGs O01 *Sectio caesarea [...]* und O65 hinaus der PCCL ab 2016 auch in der Basis-DRG O02 *Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur* als Kostentrenner eignet und demzufolge etabliert wurde.

Aufgrund von externen Hinweisen wurde die Zuordnung von Fällen zu DRGs für vaginale Entbindungen überprüft. Ein Fall wird in der MDC 14 als Entbindung eingestuft und der Basis-DRG O02 *Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur* bzw. O60 *Vaginale Entbindung [...]* zugeordnet, wenn entweder eine Nebendiagnose für das *Resultat der Entbindung* (Z37.-) oder eine Hauptdiagnose für eine komplizierte vaginale Entbindung oder für die Spontangeburt eines Einlings vorliegt. Die letztgenannte Hauptdiagnosenliste enthält allerdings auch Diagnosen, die nicht zwingend damit verbunden sind, dass die Entbindung auch in demselben Aufenthalt stattgefunden hat, was dazu führt, dass eine DRG für vaginale Entbindung auch „ohne Entbindung“ erreicht werden kann. Dies gilt beispielsweise für Diagnosen auf einen *Dammriss unter der Geburt* (O70.-) sowie für bestimmte postpartale Blutungen (O72.0, O72.1). Gemäß G-DRG-Version 2016 werden Fälle mit diesen Diagnosen nur noch bei Vorliegen einer

Diagnose für das *Resultat der Entbindung* (Z37.-) der Basis-DRG O02 bzw. O60 zugeordnet. Anderenfalls erfolgt eine Eingruppierung in die DRG O61Z *Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort* bzw. in die Basis-DRG O04 *Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur*, wenn ein operativer Eingriff erfolgt ist.

Die Definition der Basis-DRG O04 wurde für 2016 zusätzlich noch um bestimmte Inzisionen und Exzisionen an der Mamma erweitert. Dies bedeutet eine Aufwertung von Fällen mit Mastitis und Abszess der Mamma und einer entsprechenden Maßnahme, die bisher in der DRG O61Z abgebildet waren.

Hinsichtlich der Abbildung von geburtshilflichen Komplikationen wurde im Vorschlagsverfahren auch auf die Behandlung von Blutungen mittels *Tamponade von Uterus und Vagina* (5-759.0) hingewiesen. Diese sei mit deutlich höheren Kosten verbunden. Im OPS ist diese Leistung differenziert nach *ohne Einführung eines Tamponade-Ballons* (5-759.00) und *mit Einführung eines Tamponade-Ballons* (5-759.01). In den durchgeführten Analysen zeigten sich insbesondere Fälle mit dem Code 5-759.01 kostenauffällig und wurden dementsprechend in Zusammenhang mit einer Entbindung in den Basis-DRGs O01 *Sectio caesarea [...]*, O02 *Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur* und O60 *Vaginale Entbindung [...]* aufgewertet.

Darüber hinaus erfolgten, ausgehend von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren für 2016, folgende Umbauten in den Basis-DRGs O01, O02 und O60:

- Aufwertung von Diagnosen für infektiöse und parasitäre Krankheiten der Mutter (O98.-) von der DRG O60D in die DRG O60C
- Aufwertung der Diagnosen für eine Schwangerschaftsdauer bis zu 33 vollendeten Wochen in der Basis-DRG O60. Daraus resultiert eine verbesserte Abbildung von Fällen aus der DRG O60C in der DRG O60B und aus der DRG O60D in der DRG O60C.
- Die Gruppierungsrelevanz der Diagnosen für *protrahierte Geburt* (O63.-) sowie für *protrahierte Geburt nach Blasensprengung* (O75.5) wurde an die der Diagnose für *protrahierte Geburt nach spontanem oder nicht näher bezeichnetem Blasensprung* (O75.6) angeglichen. Dadurch sind diese Diagnosen ab 2016 zusätzlich in der Basis-DRG O01 vergütungsrelevant.
- In der Basis-DRG O02 werden Diagnosen für *schwere Präeklampsie* (O14.1), *HELLP-Syndrom* (O14.2) sowie *Uterusruptur während der Geburt* (O71.1) zukünftig als komplizierende Diagnose gewertet und die betroffenen Fälle dadurch in die DRG O02A aufgewertet.

In Kapitel 15 der Kodierrichtlinien wurde in der DKR 1504 *Komplikationen nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft* (O08.-) in Beispiel 1 der Code D65.1 *Disseminierte intravasale Gerinnung [DIG, DIC]* als Nebendiagnose ergänzt. Dies erfolgte aufgrund einer geänderten Kodierung von Blutgerinnungsstörungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ab 2016. In der ICD-10-GM Version 2016 wurden zu diesem Zweck bei folgenden Diagnosen aus Kapitel XV *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* Hinweise eingefügt, welche die zusätzliche Angabe einer Schlüsselnummer aus D65–D69 *Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen* vorsehen, um das Vorliegen einer Blutgerinnungsstörung in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett anzugeben:

- O00-O08 *Schwangerschaft mit abortivem Ausgang*
- O45.0 *Vorzeitige Plazentalösung bei Gerinnungsstörung*
- O46.0 *Präpartale Blutung bei Gerinnungsstörung*
- O67.0 *Intrapartale Blutung bei Gerinnungsstörung*
- O72.3 *Postpartale Gerinnungsstörungen*

Um zu vermeiden, dass die geänderte Kodierung ab 2016 Auswirkungen auf die Eingruppierung hinsichtlich des PCCL eines Falles hat, wurden vorab erforderliche Anpassungen in der CCL-Systematik (Exklusionen) vorgenommen. Damit wurde auch für einen weiteren Bereich die bereits oben beschriebene Doppelkodierung in der Geburtshilfe freigegeben. Die geänderte Verschlüsselung von Blutgerinnungsstörungen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett hat auch unmittelbare Auswirkungen auf die Abrechnung der Zusatzentgelte ZE201x-97 *Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren* und ZE201x-98 *Gabe von Blutgerinnungsfaktoren*, da die Verschlüsselung der in der Definition dieser Zusatzentgelte enthaltenen Diagnosen aus D65–D69 bisher durch Exklusiva in der ICD-10-GM ausgeschlossen und die oben genannten Diagnosen aus Kapitel XV der ICD-10-GM nicht Bestandteil der Definition dieser Zusatzentgelte war. Weiterführende Informationen dazu finden Sie auch in Kapitel 3.3.2.11.

In der DKR 1521 wurde darüber hinaus klargestellt, dass auch mehr als eine Diagnose aus der in der DKR aufgeführten Liste der Diagnosen, die eine protrahierte Geburt kennzeichnen, angegeben werden kann. Dies kann beispielsweise erforderlich sein, wenn bei einer protrahierten Geburt sowohl die Eröffnungs- als auch die Austreibungsperiode protrahiert verlaufen ist.

3.3.2.14 Gefäßchirurgie und -interventionen

Die Abbildung der Behandlung von Erkrankungen nicht koronarer Gefäße bildet neben der Behandlung von Herzerkrankungen einen wichtigen Teilbereich der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*. Auch in diesem Jahr gingen im Vorschlagsverfahren für das G-DRG System 2016 zahlreiche Hinweise zu diesem interdisziplinär betreuten Teilbereich ein. Ein Großteil der Vorschläge wurde von Fachgesellschaften und Verbänden eingereicht.

Basierend auf den eingereichten Vorschlägen und internen Untersuchungen waren inhaltliche Schwerpunkte der diesjährigen Analysen:

- die Abbildung von Fällen mit thorakoabdominalem Aortenaneurysma bzw. Aortendissektion in operativen und konservativen DRGs
- die Abbildung von Fällen mit verschiedenen Verfahren zur Rekanalisation/Revascularisation von peripheren Gefäßen

Im Ergebnis konzentrierte sich ein Großteil der Änderungen für das G-DRG-System 2016 im Bereich Gefäßchirurgie und -interventionen auf die beiden Basis-DRGs F08 *Rekonstruktive Gefäßeingriffe oder thorako-abdominales Aneurysma mit komplexem Aorteneingriff* und F59 *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe*.

Basis-DRG F08: Rekonstruktive Gefäßeingriffe oder thorakoabdominales Aneurysma mit komplexem Aorteneingriff

Die chirurgische oder interventionelle Behandlung von Fällen mit Aortenaneurysma oder Aortendissektion wird in verschiedenen DRGs der operativen Partition der MDC 05 abgebildet. So werden Fälle mit einem chirurgischen Verfahren zur Rekonstruktion großer Gefäße beispielsweise in den Basis-DRGs F07 *Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine* und F08 *Rekonstruktive Gefäßeingriffe* abgebildet, Fälle mit einer endovaskulären Aortenreparatur u.a. in den Basis-DRGs F08, F42 [...] *best. rekonstruktive Gefäßeingriffe oh. Herz-Lungen-Maschine [...]* und F51 *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen*.

Neben der DRG-spezifischen Vergütung können außerdem bei Fällen mit Implantation bestimmter Prothesen/Stents unbewertete Zusatzentgelte zur Abrechnung kommen (siehe Tab. 19):

| ZE | Bezeichnung |
|-----------|---|
| ZE2016-50 | Implantation einer (Hybrid)-Prothese an der Aorta |
| ZE2016-53 | Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm |
| ZE2016-67 | Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal |

Tabelle 19: Zusatzentgelte für Implantation von Prothesen/Stents an der Aorta

Bei der diesjährigen Analyse zeigte sich, dass bestimmte Konstellationen für Fälle mit einem Eingriff zur offen chirurgischen Resektion im Thorax-Bereich (z.B. Aortenbogen, Aorta ascendens) innerhalb der operativen Partition der MDC 05 in verschiedene DRGs verteilt und zum Teil nicht sachgerecht abgebildet wurden, während aufwandsentsprechende Fälle mit Eingriff im Bereich der abdominalen Aorta sachgerecht in der DRG F08A *Rekonstruktive Gefäßeingriffe mit komplizierenden Konstellationen [...]* oder *komplexer Aorteneingriff* abgebildet wurden. Für das G-DRG-System 2016 erfolgte eine Aufwertung und sachgerechte Neuordnung der entsprechenden Fälle zur Basis-DRG F08 mit Eingruppierung typischerweise in die DRG F08A.

Des Weiteren wurden im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2016 Fälle, die die Bedingungen für die Funktion *Komplexe Vakuumbehandlung* erfüllen, analysiert. Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren betrafen eine möglicherweise nicht sachgerechte Abbildung dieser Fälle innerhalb der MDC 05. Bisher wurden Fälle innerhalb der MDC 05 nicht über die Funktion *Komplexe Vakuumbehandlung* abgebildet.

Die Analyse der fallspezifischen Kosten zeigte, dass Fälle mit *Komplexer Vakuumbehandlung* zwar regelhaft hohe Kosten auswiesen, diese aber in vielen Fällen überwiegend durch lange Liegezeiten begründet waren. Insofern erwies sich eine Vielzahl dieser Fälle in den ihnen zugeordneten DRGs unter Berücksichtigung des DRG-spezifischen Langliegerzuschlags als sachgerecht vergütet. Dennoch konnte die Abbildung einer bestimmten Teilmenge von Fällen über die Funktion *Komplexe Vakuumbehandlung* verbessert werden: Entsprechende Fälle der Basis-DRG F08 wurden der DRG F08A *Rekonstruktive Gefäßeingriffe mit komplizierenden Konstellationen oder komplexe Vakuumbehandlung oder thorakoabdominales Aneurysma oder komplexer Aorteneingriff* zugeordnet.

Einem weiteren Vorschlag folgend wurde außerdem innerhalb der Basis-DRG F08 die Abbildung von Fällen mit distal mündenden Gefäßbypässen an der unteren Extremität (femorocruralen oder femoropedalen und popliteocrural oder popliteopedal) untersucht. Bisher wurden Fälle mit popliteocruralen oder popliteopedalen Bypässen geringer bewerteten DRGs der Basis-DRG F08 zugeordnet als Fälle mit femorocruralen oder femoropedalen Bypässen. Bei den Analysen zeigten sich jedoch vergleichbare hohe Kosten bei den analysierten Verfahren mit distal mündenden Bypässen, sodass durch Aufwertung der Fälle mit popliteocruralen oder popliteopedalen Bypässen und Neuordnung zu den DRGs F08B und F08D diese Eingriffe den anderen Bypässen gleichgestellt und ihre sachgerechte Abbildung verbessert werden konnte (siehe Abb. 20).

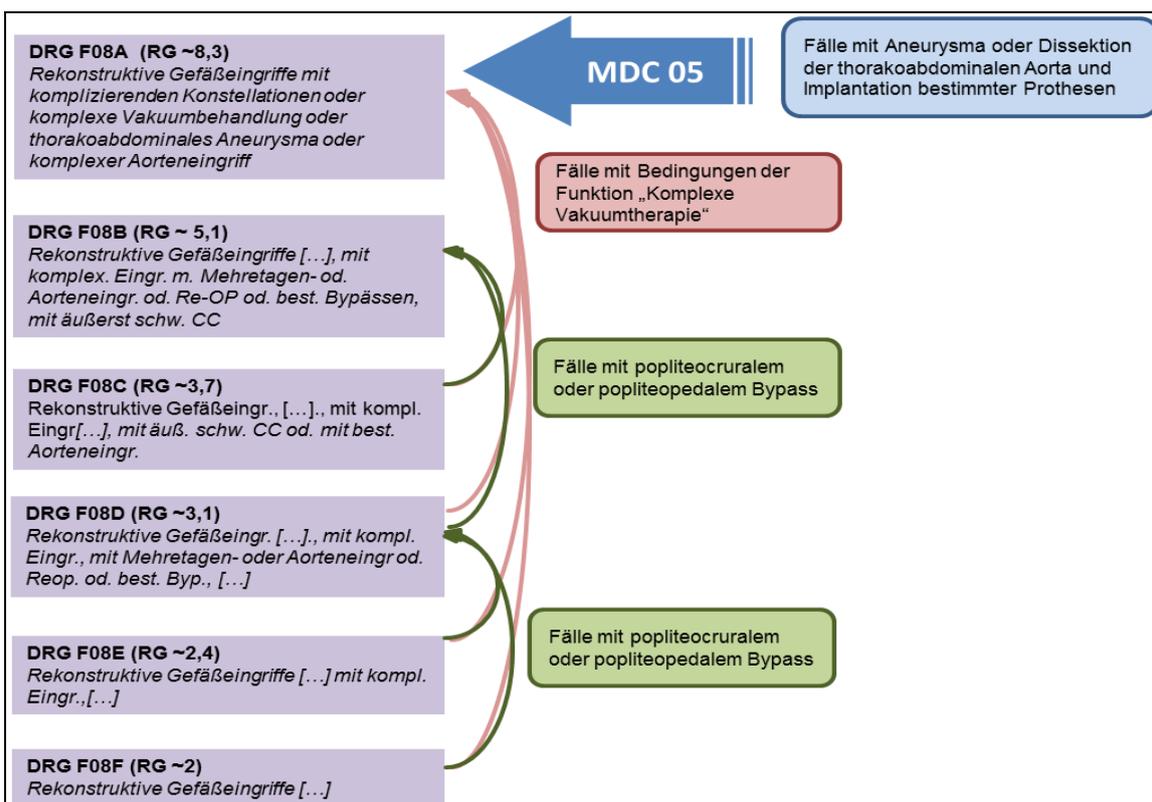


Abbildung 20: Veränderungen der Basis-DRG F08 für das G-DRG-System 2016

Basis-DRG F59: Mäßig komplexe Gefäßeingriffe

Auch in diesem Jahr gingen zahlreiche Vorschläge zur Verbesserung der Abbildung von Fällen mit perkutan-transluminaler Implantation von Stents unterschiedlichsten Typs und verschiedenster peripherer Lokalisationen ein. Diese Fälle werden vor allem in den Basis-DRGs F14 *Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe* und F59 abgebildet.

Nach umfangreicher Analyse der Abbildung von Fällen in diesen DRGs mit unterschiedlichsten Stent-Konstellationen konnte eine verbesserte Abbildung von Fällen mit perkutan transluminaler Implantation von gecoverten Stents innerhalb der Basis-DRG F59 erzielt werden (vgl. auch Abb. 21). Dabei erfolgte eine kostenentsprechende Neuordnung von Fällen bei Implantation **von einem** gecoverten Stent in Abhängigkeit von der Lokalisation in die DRG F59C bzw. DRG F59B und von Fällen mit bestimmten Lokalisationen bei Implantation **von mehr als einem** Stent in die DRG F59B. Im G-DRG-

System 2016 werden Fälle mit Implantation von gecoverten Stents innerhalb der Basis-DRG F59 jetzt mindestens der DRG F59C zugeordnet.

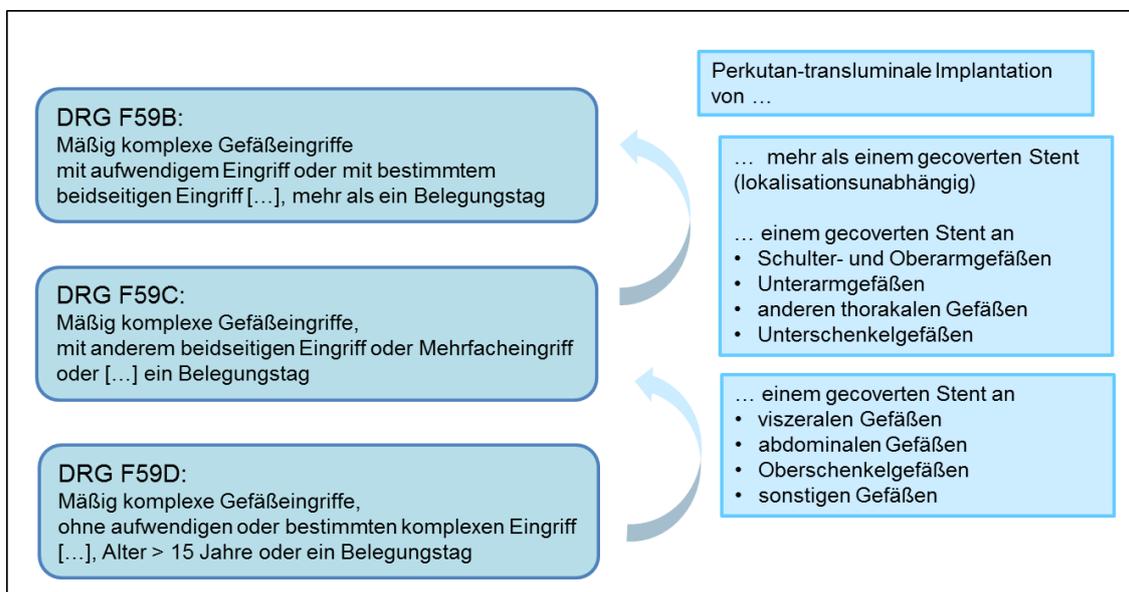


Abbildung 21: Aufwertung von Fällen mit perkutan transluminaler Implantation von gecoverten Stents innerhalb der Basis-DRG F59

Außerdem führten interne Untersuchungen zu einer Verbesserung der Abbildung weiterer Fälle der Basis-DRG F59. Die Analysen resultierten in einer kostenentsprechenden Gleichstellung der Abbildung von Fällen mit perkutan-transluminale Ballon-Angioplastie an künstlichen Gefäßen zu einem entsprechenden Verfahren an Extremitäten-Gefäßen, des Weiteren in einer Schärfung der Zugangsbedingungen zur DRG F59B, sodass nunmehr nur Fälle mit mehr als einem Belegungstag der DRG F59B *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe, mit aufwendigem Eingriff oder [...], mehr als ein Belegungstag* zugeordnet werden.

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens wurde überdies auf eine möglicherweise nicht sachgerechte Abbildung von Fällen mit selektiver Thrombolyse an künstlichen Gefäßen im System hingewiesen. Diese Fälle seien schlechter gestellt als an einigen Lokalisationen nativer Gefäße, speziell an Oberschenkelgefäßen. Nach umfangreichen Analysen erfolgte eine sachgerechte Neuuzuordnung eines Teils der Fälle mit selektiver Thrombolyse an Oberschenkelgefäßen der Basis-DRG F14 *Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe* zur Basis-DRG F59 *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe*, womit im Ergebnis eine Gleichstellung bei ähnlich hohen Kosten umgesetzt wurde.

Weitere Änderungen für 2016:

- Erweiterung der Definition für das bewertete Zusatzentgelt ZE137 *Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen* um das Verfahren zur perkutan-transluminale Ballon-Angioplastie an künstlichen Gefäßen.
- Etablierung einer weiteren „Reste“-DRG F21D *Andere OR-Prozeduren bei Kreislaufkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff* für Fälle mit weniger kostenintensiven Eingriffen.

- Neuzuordnung von Fällen mit perkutan-transluminaler Implantation von Stents an thorakalen Gefäßen (z.B. A. subclavia, Truncus brachiocephalicus) und an Schulter- und Oberarmgefäßen mit verschiedenen Hauptdiagnosen als Folge einer Minderperfusion von Hirngewebe (z.B. TIA) aus den Fehler-DRGs, wie z.B. 901D, zur Basis-DRG B04 *Interventionelle oder beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen* (MDC 01).

3.3.2.15 Geriatrie

Die jährliche Analyse von Fällen mit geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung gestaltet sich seit langer Zeit schwierig. Den Wünschen der Fachgesellschaften nach Etablierung weiterer DRGs steht Jahr für Jahr die oft bemängelte, schwache Beteiligung der geriatrischen Fachkrankenhäuser an der Kalkulation des G-DRG-Systems gegenüber. So wurde zwar im Rahmen des Strukturierten Dialogs erneut die Etablierung neuer DRGs in den MDCs 03, 12 und 13 vorgeschlagen, die sehr geringen Fallzahlen machten eine Umsetzung jedoch unmöglich. Darüber hinaus bestätigten die zur Analyse herangezogenen DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG jedoch auch, dass ohnehin bereits mehr als 90% dieser Fälle in den 17 bestehenden spezifischen geriatrischen DRGs sachgerecht abgebildet sind.

Bei der erneuten, auf Wunsch der Fachgesellschaft durchgeführten Untersuchung der Prozedur für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit mindestens 7 Behandlungstagen und 10 Therapieeinheiten erwies sich diese Leistung wiederum nicht als prägend für die Kosten der jeweiligen Fälle, sodass hier kein Handlungsbedarf bestand.

An der wiederholt dargestellten schwachen Beteiligung der auf die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung spezialisierten Häuser an der Kalkulation des G-DRG-Systems hat sich auch in diesem Jahr nichts geändert.

3.3.2.16 Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Bei bereits hochdifferenzierter Abbildung in der MDC 03 *Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses* bezogen sich die Anregungen aus dem Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2016 sowie die internen Analysen in dieser MDC vor allem auf Präzisierung bereits bestehender DRGs und deren Logiken.

So wurde z.B. im Vorschlagsverfahren auf eine mögliche Untervergütung von Fällen mit Implantation von Knochenankern zur Befestigung eines Hörgeräts mit Befestigung einer Kupplung am Knochenanker (einzeitige Versorgung) sowie von Fällen mit Implantation von Knochenankern zur Befestigung eines Hörgeräts ohne Befestigung einer Kupplung am Knochenanker und mit Befestigung einer Kupplung an einem bereits implantierten Knochenanker als selbständiger Eingriff (zweizeitige Versorgung) hingewiesen. Die zweizeitige Versorgung ist hauptsächlich bei Kindern die bevorzugte Vorgehensweise. Die Analyse der Fälle ergab deutliche Kostendifferenzen. Als Ergebnis wurden Fälle mit Implantation von Knochenankern zur Befestigung eines Hörgeräts mit bzw. ohne Befestigung einer Kupplung am Knochenanker in die DRG D12A *Andere aufwendige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals* aufgenommen und dadurch aufgewertet.

Interne Analysen ergaben, dass bestimmte Prozeduren für Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut nicht so kostenintensiv sind wie die anderen Prozeduren der DRG D12A. Betroffene Prozeduren wurden innerhalb der Basis-DRG D12 abgewertet.

Auf internen Analysen basierend wurden des Weiteren weniger komplexe Eingriffe wie *sonstige und nicht näher bezeichnete Gingivoplastik* in mehreren Basis-DRGs der MDC 03 abgewertet. In der Zukunft werden diese in die Basis-DRG D13 *Kleine Eingriffe an Nase, Ohr und Mund* eingruppiert.

3.3.2.17 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 2016 gingen erneut Hinweise und Vorschläge von Fachverbänden und Anwendern zur Revision des Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) beim DIMDI ein. Zusätzlich zu Klarstellungen und Vereinheitlichungen von Begriffsdefinitionen wurden auch umfangreiche Vorschläge zur Etablierung eines PKMS für Früh-/Neugeborene und Säuglinge sowie zur Erweiterung des PKMS um spezifische Bereiche der Pflege wie beispielsweise die Medikation oder Atmung betreffend eingereicht. Letztendlich konnte diesbezüglich kein fachlicher Konsens erreicht werden, sodass das DIMDI von einer Veränderung in diesen Bereichen absah. Erwähnenswert im Bereich des PKMS für Erwachsene ist die Ergänzung von schweren kognitiven Funktionseinschränkungen (ICD-10-GM U51.2-) entsprechend erweitertem Barthel-Index, kognitivem FIM (Functional Independence Measure) oder MMSE (Mini Mental State Examination) als weiterer Grund für hochaufwendige Pflege in den Leistungsbereichen Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung sowie Bewegen/Lagern/Mobilisation/Sicherheit. Diese Diagnosen werden im G-DRG-System bereits seit mehreren Jahren als Attribut zur Abbildung hochaufwendiger Patienten im Zusammenhang mit geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems (Basis-DRG B44) verwendet. Vor dem Hintergrund, dass die Prozeduren für hochaufwendige Pflege seit 2012 durch die Schaffung der Zusatzentgelte ZE 130 *Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen* und ZE 131 *Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen* erlösrelevant sind, ist es wichtig zu betonen, dass bei Änderung der Prozedurenklassifikation die Überleitbarkeit der Codes gegeben ist und damit die Kongruenz zwischen Kalkulation und Abrechnung gewahrt bleibt. Bereits für den OPS Version 2014 wurde im Codebereich 9-202 *Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern* eine weitere Klasse geschaffen für Fälle mit 37 bis 42 Aufwandspunkten. Diese konnte im Rahmen der diesjährigen Kalkulation des G-DRG-Systems für 2016 hinsichtlich einer möglichen Erweiterung des ZE 131 erstmals analysiert werden. Als Ergebnis konnte der Code für 37 bis 42 Aufwandspunkte bei der hochaufwendigen Pflege von Kleinkindern in das ZE 131 aufgenommen werden. Für 2016 liegt beim Zusatzentgelt ZE 130 die Differenzierung nach Aufwandspunkten unverändert bei „43 bis 129 Aufwandspunkte“ und bei „mehr als 129 Aufwandspunkte“. Beim ZE 131 wurde diese Schwelle um eine Klasse verschoben, sodass hier zukünftig schon mit mehr als 100 Aufwandspunkten das ZE 131.02 erreicht wird.

Seit 2014 steht im OPS der Codebereich 9-984 *Pflegebedürftigkeit* zur Verfügung, mit dem differenziert die Pflegestufe eines Patienten oder die Tatsache, dass diese beantragt wurde, dokumentiert werden kann. Seit 2015 kann zusätzlich eine Pflegebedürftig-

keit nach Pflegestufe 0 verschlüsselt werden, um Patienten mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI zu kennzeichnen. Diese Codes waren zunächst nur für Patienten anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17d KHG behandelt werden. Mit der Version 2016 des OPS wurde der Kodebereich 9-984 für alle Patienten geöffnet und wird somit auch bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems weitere Analysen im Bereich der Pflege ermöglichen.

3.3.2.18 Infektiöse und parasitäre Krankheiten

Fälle mit infektiösen und parasitären Krankheiten ohne klaren Bezug zu einem einzelnen Organsystem werden vor allem in den MDCs 18A *HIV* und 18B *Infektiöse und parasitäre Krankheiten* abgebildet.

Aufgrund interner Analysen wurden im G-DRG-System 2016 zahlreiche Detailänderungen in MDC 18B vorgenommen:

Fälle der DRG T01A *OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit komplexer OR-Prozedur, komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation [...] mit aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung (> 368 Aufwandspunkte) oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter (> 392 Aufwandspunkte)* werden in die DRG T36Z *Int. Komplexbeh. > 588/552/552 Aufwandsp. bei infektiösen und parasitären Krankheiten od. OR-Proz. b. inf. u. paras. Krankh. m. komplexer OR-Proz., kompliz. Konst. oder bei Zust. n. Organtranspl. mit int. Komplexbeh. > 392/368/- Aufwandsp. aufgewertet*.

Fälle mit OR-Prozedur und infektiösen und parasitären Krankheiten, jedoch ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung oder einem Aufwandspunktwert < 393/369/553 werden in die Basis-DRG T01 *OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten* eingruppiert. Dabei waren bislang Fälle mit Sepsis uneingeschränkt der DRG T01B zugeordnet. Mit Hilfe einer Ausschlusstabelle für „wenig komplexe Eingriffe bei Sepsis“ wird die Splitbedingung der DRG T01B nun präzisiert und dadurch eine Verbesserung im Sinne einer sachgerechten Vergütung innerhalb der Basis-DRG T01 erreicht.

Auch in diesem Jahr war die Basis-DRG T60 *Sepsis* Gegenstand zahlreicher Analysen hinsichtlich bestehender und möglicher zukünftiger Kostentrenner: Im Ergebnis wird im G-DRG-System 2016 die Splitbedingung der DRG T60A um die Prozeduren für die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter ab 393 Aufwandspunkten und für die aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung ab 369 Aufwandspunkten erweitert. Zudem werden nun Ein-Belegungstag-Fälle der DRG T60E in der neu etablierten DRG T60G *Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ein Belegungstag* abgebildet. Ferner erfolgten in der Basis-DRG T60 geringfügige Anpassungen einzelner Diagnosen (z.B. aus dem Bereich endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten) in der CCL-Matrix.

Im G-DRG-System 2016 ist die bisherige Splitbedingung der DRG T64B nur noch für Fälle mit mehr als einem Belegungstag kostentrennend. Fälle mit nur einem Belegungstag werden nun in die DRG T64C *Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose* eingruppiert.

3.3.2.19 Intensivmedizin

Die Aufwandspunkte nach TISS/SAPS (Therapeutic Intervention Scoring System/Simplified Acute Physiology Score) sind neben der Anzahl der Beatmungsstunden für die Abbildung intensivmedizinisch behandelter Fälle im G-DRG-System von besonderer Bedeutung. Über den Aufenthalt im Krankenhaus summiert, werden sie als intensivmedizinische Komplexbehandlung im Erwachsenen- (normale SAPS) oder Kindesalter (Kinder-SAPS) neben Attributen wie Operationen, Haupt- und Nebendiagnosen sowie Alter in den intensivmedizinischen DRGs für eine differenzierte Abstufung genutzt und stellen hier insbesondere die sachgerechte Abbildung von Intensivpatienten ohne Langzeitbeatmung sicher.

Mit der Implementierung der neuen Prozeduren für aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung – dem sogenannten „Super-SAPS“ – durch das DIMDI im OPS 2013 wurden die Möglichkeiten der Verschlüsselung intensivmedizinischer Leistungen erheblich erweitert. Neben den bereits existierenden Prozeduren für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung und Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter stellten diese neuen Prozeduren deutlich höhere Anforderungen an die personelle und apparative Ausstattung der Leistungserbringer. In Zusammenarbeit mit den medizinischen Fachgesellschaften wurden schärfere Regelungen bezüglich ärztlicher Qualifikation und Anwesenheit sowie Verfügbarkeit spezialisierter diagnostischer Verfahren (z.B. Labor, Blutbank, Röntgen) und klinischer Konsiliardienste (innerhalb von maximal 30 Minuten) festgelegt.

Die Abbildung dieser eigens für eine hochaufwendige Intensivbehandlung im G-DRG-System entwickelten Leistung gestaltete sich im Vorjahr insofern schwierig, als dass deutlich weniger Universitätskliniken bzw. Krankenhäuser der Maximalversorgung diese Prozedur verschlüsselten, als ursprünglich erwartet worden war. Um trotzdem das Leistungsvolumen für dieses Jahr korrekt einschätzen zu können, wurden die Gründe dieser geringen Kodierquote im Rahmen einer Abfrage bei zahlreichen Krankenhäusern eruiert, bei denen aufgrund ihrer Größe und ihres Leistungsangebots eine umfangreichere Nutzung der neuen Prozeduren für aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung zu erwarten gewesen wäre. Auf Basis der Antworten wurden dann in der Kalkulation den entsprechenden Fällen die fehlenden „Super-SAPS“-Kodes zugefügt sowie eine Abschätzung des Umfangs der Kodierung in den §-21-Daten vorgenommen. So gelang es auch, die neuen Prozeduren bei Vorliegen von erheblichen Kostendifferenzen nicht nur in den Beatmungs-DRGs der Prä-MDC, sondern auch in diversen intensivmedizinischen Fallpauschalen als Kostentrenner einzusetzen und diese aufwendigen Leistungen sachgerecht abzubilden. Dennoch konnten diese Umbauten im Vorjahr nur ein erster Schritt eines jahrelangen Prozesses sein.

Bei den Analysen in diesem Jahr ergaben sich erneut kalkulatorische Probleme, da trotz einer im Vergleich zum Vorjahr deutlichen Verbesserung auch im Jahr 2014 von den Krankenhäusern mit einer großen Anzahl intensivmedizinisch behandelter Patienten, die potentiell über die entsprechenden infrastrukturellen und personellen Gegebenheiten verfügen, keine durchgängige Kodierung des „Super-SAPS“ vorgenommen wurde. Auch stimmten in den Zusatzinformationen zu Aufenthalten auf der Intensivstation stellenweise die Angaben nicht mit der Kodierung überein. Dies hätte zur Folge, dass (teurere) Fälle ohne Kodierung des „Super-SAPS“ den falschen (weniger aufwendigen) DRGs zugeordnet würden und somit eine Fehlallokation zwischen einzelnen DRGs entstünde. Somit musste erneut – wenn auch nicht in einem ähnlich großen Rahmen wie im Vorjahr – eine zusätzliche Abfrage bei Kalkulationskrankenhäusern und Nicht-Kalkulationskrankenhäusern durchgeführt werden. Insbesondere bei Häusern, die

die nachfolgenden Bedingungen erfüllten, war eine Rückfrage zur Kodierung des „Super-SAPS“ angezeigt:

- Maximal- und Schwerpunktversorger oder Fachkliniken
- Mindestens 200 Betten im DRG-Entgeltbereich
- Mindestens 200 Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung
- Anteil der Quote mit „Super-SAPS“ geringer als 75% an allen Fällen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung

Auf Basis der regulären sowie der ergänzend abgefragten Daten wurden nun die entsprechenden Fälle individuell analysiert. Der Fokus lag neben den per definitionem intensivmedizinischen DRGs der Prä-MDC in diesem Jahr auch auf diversen DRGs anderer MDCs. Dabei wurden die SAPS-Grenzen sowohl operativer als auch konservativer Fallpauschalen untersucht.

Die Maxime des Vorjahres, Änderungen in den hochspezifischen intensivmedizinischen DRGs nur bei Vorliegen von erheblichen Kostendifferenzen vorzunehmen, galt auch für dieses Jahr. In der Basis-DRG A05 *Herztransplantation* – bislang gesplittet anhand der Bedingung *Beatmung > 179 Stunden oder Alter < 16 Jahre* – traten diese Kostenunterschiede deutlich zutage. Dagegen erwies sich das Alter anhand der Daten des Jahres 2014 nicht mehr als geeigneter Kostentrenner, sodass die Splitbedingung dementsprechend angepasst wurde (siehe Abb. 22):

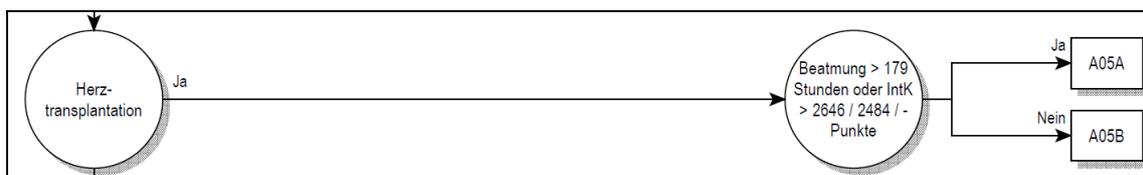


Abbildung 22: Änderung der Splitbedingung der DRG A05A im G-DRG-System 2016

Fälle mit „Kinder-SAPS“ sowie „Super-SAPS“ wurden demnach aufgewertet, während die „normale“ intensivmedizinische Komplexbehandlung in der Basis-DRG A05 nicht höhergruppierend wirkt.

Innerhalb der Basis-DRG A06 *Beatmung > 1799 Stunden* wurden ebenfalls alle verwendeten Splitkriterien daraufhin untersucht, ob ihre Eignung als Kostentrenner auch in den Daten des Jahres 2014 fortbesteht. Dabei zeigten sich gleich in mehrfacher Hinsicht Kostenunterschiede im Vergleich zum Vorjahr, sodass daraus letztlich ein komplexer Umbau resultierte. Zunächst wurde die Bedingung der DRG A06A insofern angepasst, als dass die SAPS-Grenze für die intensivmedizinische Komplexbehandlung von 3680 auf 5520 Aufwandspunkte angehoben wurde. In der DRG A06B waren im G-DRG-System 2015 zwei heterogene Fallkollektive vereint, einerseits Fälle mit einem komplexen Eingriff oder Polytrauma und andererseits Fälle, die neben ihrer Langzeitbeatmung typischerweise keine weiteren komplizierenden Faktoren aufwiesen. Da die zweite Fallgruppe in den aktuellen Kalkulationsdaten mit deutlich geringeren Kosten assoziiert war, wurde die DRG A06B dementsprechend unterteilt (siehe Abb. 23):

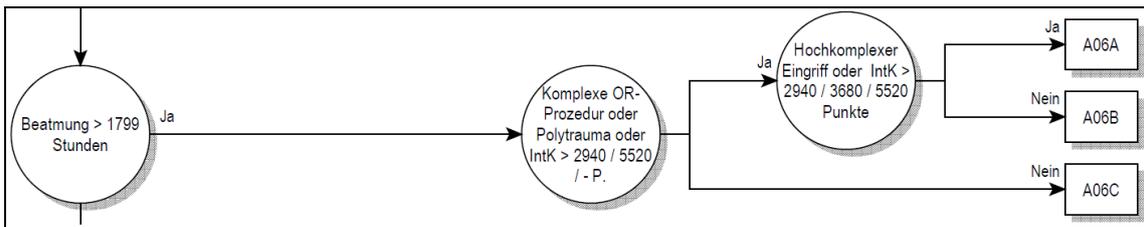


Abbildung 23: Komplexer Umbau der Basis-DRG A06 im G-DRG-System 2016

Analog zum oben beschriebenen Vorgehen wurden die Fälle der Basis-DRG A09 *Beatmung > 499 Stunden* untersucht. Bereits im G-DRG-System 2015 wies die Basis-DRG A09 einen hohen Differenzierungsgrad auf, wobei diverse Attribute Verwendung fanden, wie beispielsweise:

- Intensivmedizinische Komplexbehandlung
- Alter
- Diagnosen (bösartige Neubildungen, Fehlbildungen,...)
- Komplexe Eingriffe
- Polytrauma
- Komplizierende Konstellation

In der DRG A09D wurden zunächst Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung abgefragt, anschließend Fälle mit der Bedingung „Komplexe Diagnose oder komplexe Prozedur“ in der DRG A09E. Die sehr umfangreiche und allgemein gehaltene Tabelle mit Hauptdiagnosen“ enthielt allerdings auch eher weniger schwere Erkrankungen, wie z.B. die *Prellung der Leber* oder *Bronchopneumie, nicht näher bezeichnet*. In der DRG A09F verblieben die restlichen Fälle, die keine höhergruppierende Bedingung erfüllten.

Die Analyse der Kalkulationsdaten des Jahres 2014 hatte schließlich einen mehrstufigen Umbau dieses Teils der Basis-DRG A09 zur Folge. Zunächst wurden die Grenzen für den „normalen SAPS“ für die DRG A09D angehoben, bevor auch Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung in die Bedingung der DRG A09E aufgenommen wurden. Dagegen wurde die oben genannte Hauptdiagnostentabelle aus dieser Bedingung gestrichen, wobei Fälle mit einer komplexen Nebendiagnose wie Zustand nach Organtransplantation oder Darminfektion durch enterohämorrhagische *Escherichia coli* in der DRG A09E verbleiben (siehe Abb. 24).

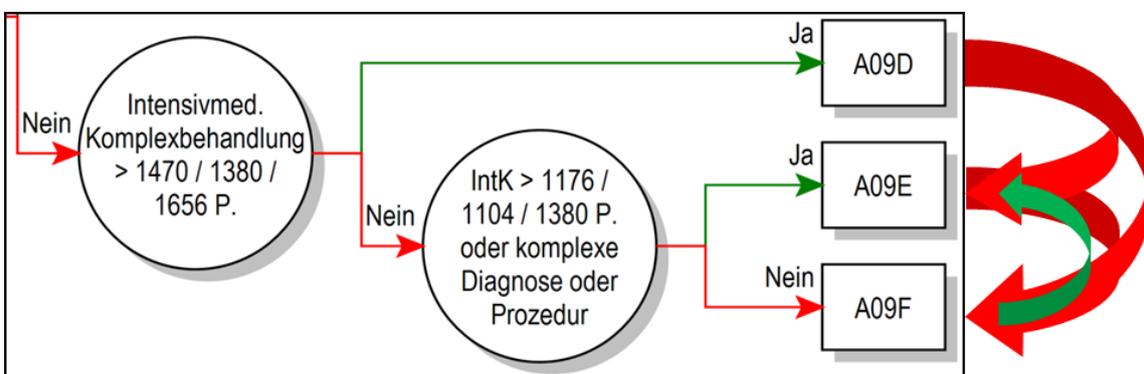


Abbildung 24: Komplexer Umbau der Basis-DRG A09 im G-DRG-System 2016

Neben den geschilderten Umbauten innerhalb der Prä-MDC wurden Änderungen der Abbildung der intensivmedizinischen Komplexbehandlung auch an weiteren Stellen des DRG-Systems vorgenommen. Sowohl für Fallpauschalen, bei denen TISS/SAPS bereits als Kostentrenner genutzt wurde, als auch für DRGs, in denen die Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung bislang keine Gruppierungsrelevanz besaßen, wurden jeweils verschiedene, DRG-individuelle Kombinationen der einzelnen Formen intensivmedizinischer Komplexbehandlung berechnet. So fanden sich z.B. innerhalb der Basis-DRG F65 *Periphere Gefäßkrankheiten* Fälle, die schon bei vergleichsweise niedrigeren SAPS-Werten deutlich höhere Kosten aufwiesen. Somit wurde die Splitbedingung der DRG F65A um die entsprechenden Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung erweitert. Diese Anzahl der zur Gruppierung in die DRG F65A *Periphere Gefäßkrankheiten [...] oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196/184/184 Aufwandspunkte* benötigten Punkte entspricht immerhin einer aufwendigen Behandlung von mindestens drei Tagen auf einer Intensivstation.

Im G-DRG-System 2016 wurde die intensivmedizinische Komplexbehandlung an 23 Stellen im Algorithmus neu eingeführt, u.a. in folgenden Basis-DRGs:

- A04 *Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion [...]*
- A07 *Beatmung > 999 Stunden [...]*
- B02 *Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation [...]*
- F01 *Implantation Kardioverter/Defibrillator [...]*
- F03 *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine [...]*
- G18 *Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm [...]*
- H01 *Eingriffe an Pankreas und Leber [...]*
- I08 *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur [...]*
- I66 *Andere Erkrankungen des Bindegewebes [...]*
- L60 *Niereninsuffizienz [...]*
- R60 *Akute myeloische Leukämie*
- T60 *Sepsis*
- 901 *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose*

Die genannten Prozeduren besitzen nun in insgesamt 37 verschiedenen Basis-DRGs – nicht selten mehrfach – Gruppierungsrelevanz. Dabei finden sie in 12 der 25 Hauptdiagnosegruppen (MDCs) Anwendung (siehe Tab. 20).

| MDC | Betroffene Basis-DRGs |
|---|-----------------------|
| Prä-MDC | 8 |
| MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems | 4 |
| MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane | 2 |
| MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems | 6 |
| MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane | 7 |
| MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas | 1 |
| MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe | 2 |
| MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane | 1 |
| MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen | 1 |
| MDC 18B Infektiöse und parasitäre Krankheiten | 2 |
| MDC 21A Polytrauma | 1 |
| MDC 22 Verbrennungen | 1 |
| Fehler-DRGs und sonstige DRGs | 1 |

Tabelle 20: Verwendung der Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung auf MDC-Basis

Diese umfassende Überarbeitung im Themenkomplex „Intensivmedizin“ führt zu einer detaillierten Abbildung intensivmedizinisch behandelter Patienten im G-DRG-System. Trotzdem sind diese Umbauten nur ein weiterer Schritt im Rahmen eines längeren Prozesses, bei dem perspektivisch – in Abhängigkeit von der jeweiligen Datenlage – weitere Änderungen vorgesehen sind.

3.3.2.20 Kardiologie und Herzchirurgie

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2016 wurden zum Themengebiet der Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems deutlich weniger Vorschläge als in den vergangenen Jahren eingebracht. Zudem bezogen sich zahlreiche Vorschläge auf neue und vielfach noch nicht kodierbare Verfahren (wie z.B. die CT-Koronarangiographie: mit Bestimmung der fraktionellen myokardialen Flussreserve [FFRmyo]). Die im Folgenden beschriebenen Änderungen im Bereich der Kardiologie innerhalb der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* basieren deshalb im Wesentlichen auf internen Analysen.

Im Rahmen dieser internen Untersuchungen wurden Fälle mit Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken eingehend analysiert. Die entsprechenden Prozeduren waren für das G-DRG-System 2014 in die Bedingung der Basis-DRG F24 *Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention* [...] aufgenommen worden. Die Analysen der Daten aus 2014 verdeutlichen, dass betroffene Fälle dort mittlerweile deutlich übervergütet waren. Aus diesem Grund erfolgte für das G-DRG-System eine Neubewertung und Zuordnung der Prozeduren zur Basis-DRG F52 *Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose [...] oder bestimmte Intervention* und damit Abwertung betroffener Fälle.

Ein weiterer Schwerpunkt der Analysen war die eingehende Untersuchung von Fällen der Basis-DRG F50 *Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie*. Auf Basis der dabei erhaltenen Ergebnisse wurden folgende Änderungen vorgenommen:

- Aufwertung von Kindern durch Eingruppierung in die DRG F50B
- Aufwertung von Fällen mit gekühlter Radiofrequenzablation oder mit Kryoablation am linken Vorhof durch Eingruppierung in die DRG F50C
- Abwertung von Fällen mit dreidimensionalem, elektroanatomischem Mappingverfahren mit und ohne Messung des Anpressdrucks am AV-Knoten durch Eingruppierung in die DRG F50C
- Abwertung von Fällen mit bipolarer phasenverschobener Radiofrequenzablation am linken Vorhof und an den Pulmonalvenen durch Eingruppierung in die DRG F50B
- Abwertung von Fällen mit konventioneller Radiofrequenzablation am linken Ventrikel durch Eingruppierung in die DRG F50C

Im G-DRG-System 2015 führte eine im gleichen Aufenthalt durchgeführte Herzkatheter-Untersuchung innerhalb der Basis-DRGs für Herzklappeneingriffe (F03) bzw. für koronare Bypass-Operation (F06) zur direkten Höhergruppierung. Beispielsweise war eine Rechtsherz-Katheteruntersuchung in Zusammenhang mit einer Bypass-Operation mit einem Erlössprung von 0,827 RG verbunden. Die Analysen auf Basis der Daten des Jahres 2014 verdeutlichten, dass eine Höhergruppierung für Fälle mit Rechtsherz-Katheteruntersuchung oder mit transarterieller Linksherz-Katheteruntersuchung ohne weitere Maßnahmen aufgrund entsprechend höherer Kosten nicht mehr gerechtfertigt ist. Folglich erfolgte eine Streichung der entsprechenden Prozeduren aus der Bedingung der DRG F06E und eine Eingruppierung betroffener Fälle in die DRG F06F. Innerhalb der Basis-DRG F03 zeigten die Analysen im Vergleich dazu ein stärker uneinheitliches Kostenbild. Insofern erfolgte in dieser Basis-DRG keine entsprechende Anpassung.

Innerhalb der Basis-DRG F01 *Implantation Kardioverter/Defibrillator (AICD)* erfolgten neben der zukünftigen Berücksichtigung der intensivmedizinischen Komplexbehandlung im Kindesalter bzw. aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung (siehe dazu auch Kap. 3.3.2.19) für das G-DRG-System 2016 zwei Änderungen. Zum einen wurde die Prozedur für die Implantation eines Defibrillators mit subkutaner Elektrode mit den Prozeduren für die Implantation von 3-Kammer-Systemen gleichgestellt. Zum anderen konnten auf Grundlage der Daten des Jahres 2014 Fälle mit Implantation eines 2-Kammer-Systems und äußerst schweren CC durch Zuordnung zur DRG F01E *Implantation Kardioverter/Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation oder Zwei-Kammer-Stimulation, [...], mit äußerst schweren CC* aufgewertet werden.

Auf Basis der Ergebnisse der internen Analysen konservativer Fälle der MDC05 erfolgten innerhalb der Basis-DRG F62 *Herzinsuffizienz und Schock* die in Abbildung 25 zusammenfassend dargestellten Änderungen für das G-DRG-System 2016: Zukünftig werden innerhalb dieser Basis-DRG Fälle mit komplizierenden Konstellationen der DRG F62A zugeordnet. Durch Neubewertung von Diagnosen innerhalb der CCL-Matrix werden einige Fälle dagegen nicht mehr in diese DRG eingruppiert. Zudem wurde innerhalb der Basis-DRG F62 eine explizite Ein-Belegungstag-DRG etabliert (F62C, siehe dazu auch Kap. 3.3.2.9).

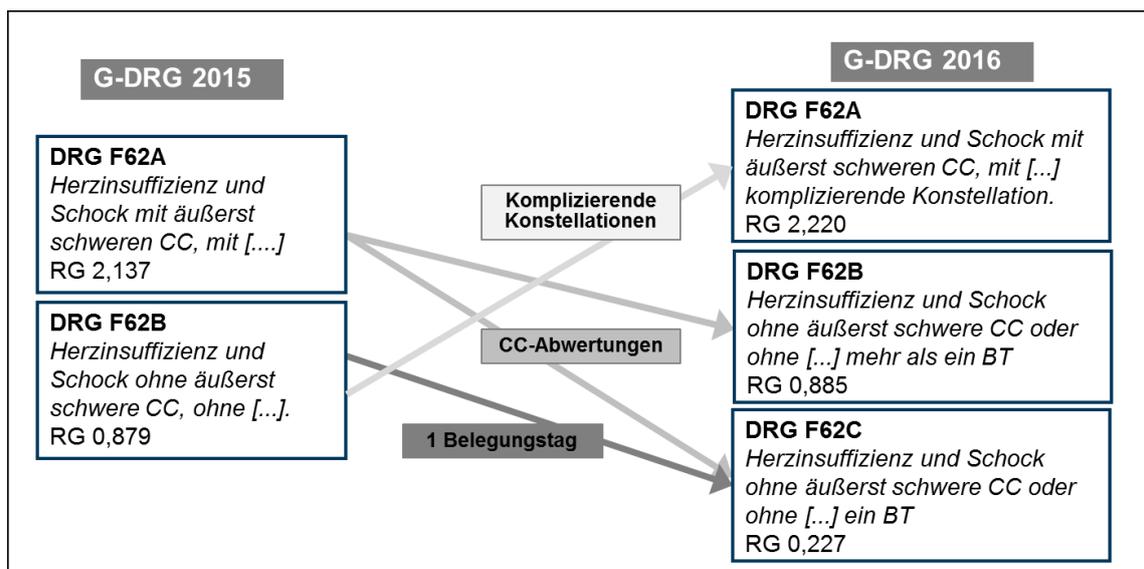


Abbildung 25: Änderung innerhalb der Basis-DRG F62 für das G-DRG-System 2016

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie thematisierte im Rahmen des Vorschlagsverfahrens das Problem, dass bei Patienten mit Myokardinfarkt und zeitnaher bzw. nächtlicher Intervention (diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Kreislauf und/oder perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen) der Anteil kritischer und damit aufwendiger Patienten höher sei, als bei späterer Intervention. Da dieser Umstand im DRG-System bisher keine Berücksichtigung finde (keine spezifische Kodierung möglich) wurde von der Fachgesellschaft vorgeschlagen, den beschriebenen Sachverhalt anhand von „Surrogatparametern“ in den Basis-DRGs F24 und F52 (Infarkt-PTCA) zu untersuchen. Als Surrogatparameter bzw. Marker für aufwendige Fälle wurde vorgeschlagen: Durchführung einer diagnostischen Herzkatheteruntersuchung oder perkutan-transluminale Gefäßintervention, innerhalb von 120 min nach Aufnahmezeitpunkt bzw. zwischen 22:00 Uhr und 6:00 Uhr. Die vorgeschlagenen Parameter konnten zwar anhand der regelhaften Analysemethoden nicht direkt untersucht werden, da in den Kalkulationsdaten die genaue Uhrzeit der Prozedur noch nicht in jedem Fall zuverlässig erfasst wird und zudem auch Artefakte wie die Angabe einer Uhrzeit von „0:00:00“ Uhr zu beachten waren. Jedoch konnten die beschriebenen Konstellationen unter den genannten Einschränkungen auf Basis eines Großteils der Kalkulationsdaten mit verlässlichen Zeitangaben untersucht werden. Im Ergebnis zeigten dabei Fälle mit einer Gefäßintervention innerhalb von 2 Stunden nach Aufnahme ebenso wie Fälle mit nächtlicher Gefäßintervention ein uneinheitliches Bild mit zum Teil höheren, aber auch zum Teil geringeren Kosten als die im Vorschlag beschriebenen weniger aufwendigen Fälle mit späterer Intervention. Dementsprechend ergab sich kein Hinweis, die beschriebenen Attribute in den DRG-Algorithmus zu implementieren.

Im Rahmen des diesjährigen Vorschlagsverfahrens wurde thematisiert, dass Fälle mit Ersatz der Aortenklappe durch ein nahtfreies, selbstexpandierendes Xenotransplantat bzw. Ersatz der Aortenklappe durch ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten in Kombination mit einem weiteren Herzklappen-Eingriff oder einem koronarchirurgischen Eingriff innerhalb der Basis-DRG F03 für Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine trotz schrittweiser Aufwertung in den vergangenen zwei Jahren weiterhin noch nicht sachgerecht abgebildet wären. Eingehende Analysen beider Verfahren verdeutlichten, dass Fälle mit Ersatz durch *selbstexpandierendes Xenotransplantat, nahtfrei* sachgerecht abgebildet sind. Fälle mit Ersatz durch *ballonexpandierendes Xe-*

notransplantat mit Fixierungsnähten zeigten dagegen bei Zweifacheingriff deutlich höhere Kosten und werden ab dem G-DRG-System 2016 der DRG F03A *Herzklappen-eingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit [...] oder bestimmter Zweifacheingriff* zugeordnet. Ebenfalls auf Basis von Informationen aus dem Vorschlagsverfahren konnten innerhalb der Basis-DRG F03 Fälle mit Rekonstruktion der Aortenwurzel mit Implantation einer Gefäßprothese nach David durch Eingruppierung in die DRG F03E *Herzklappen-eingriff mit Herz-Lungen-Maschine, [...] mit Zweifacheingr. od. kompl. Eingriff od. bei Endokarditis od. bei angeborenem Herzfehler* aufgewertet werden.

3.3.2.21 Komplizierende Konstellationen

Logische Definitionen, die an mehreren Stellen des DRG-Gruppierungsalgorithmus – auch MDC-übergreifend – vorkommen, lassen sich in Funktionen zusammenfassen. Diese beinhalten Prozeduren, die in unterschiedlichen Behandlungszusammenhängen jeweils einen höheren Ressourcenverbrauch bedingen.

Die in der G-DRG-Klassifikation 2016 verwendeten Funktionen werden 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 Funktionen verwendet werden.

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 wie im Vorjahr folgende sechs Funktionen zur Verfügung:

- Komplizierende Konstellationen I (KKI)
- Komplizierende Konstellationen II (KKII; impliziert KKI, d.h. alle Fälle, die KKII erfüllen, erfüllen auch KKI – aber nicht notwendigerweise umgekehrt)
- Komplizierende Konstellationen III (impliziert KKII und damit auch KKI)
- Komplizierende Konstellationen Wirbelsäule (impliziert KKI)
- Komplizierende Konstellationen 901 (impliziert KKI)
- Komplizierende Konstellationen Prä-MDC (keine Implikationen mit anderen Funktionen)

Im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2016 wurden die einzelnen Bestandteile aller Funktionen auf ihre weitere Eignung als Kostentrenner und auf ihren erhöhten Ressourcenbedarf hin untersucht.

Einheitliche Einstiegsschwellen für Pool- und Apherese-Thrombozytenkonzentrate innerhalb der Funktionen für „Komplizierende Konstellationen“ dienen einer sachgerechten Vergütung. Die Angleichung der Einstiegsschwellen erforderte lediglich kleine Anpassungen in den „Komplizierenden Konstellationen Wirbelsäule“.

Im Gruppierungsalgorithmus wurde die Funktion für die „Komplizierenden Konstellationen I“ in die Splitbedingungen der DRGs F62A *Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit [...] komplizierender Konstellation*, H08A *Laparoskopische Cholezystektomie mit [...] komplizierender Konstellation*, I66A *Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, mit [...] komplizierender Konstellation [...]* und R13A *Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur*,

ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit [...] komplizierender Konstellation sowie die Funktion für die „Komplizierenden Konstellationen Prä-MDC“ in die DRG A07D *Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1176/1104/2208 und < 2353/1933/2209 Aufwandspunkte, mit [...] komplizierender Konstellation* neu aufgenommen.

3.3.2.22 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane

Innerhalb der MDC 04 werden vor allem Leistungen der beiden medizinischen Teilgebiete Thoraxchirurgie und Pneumologie abgebildet. Sie gehört mit zu den fallzahlstarken Hauptdiagnosegruppen im G-DRG-System, für die auch in diesem Jahr eine Vielzahl von Hinweisen zur Weiterentwicklung für das G-DRG-System eingesandt wurde. Dabei lag die Anzahl der eingegangenen Hinweise geringfügig über der des letzten Jahres.

Themenschwerpunkt der Anfragen waren auch in diesem Jahr verschiedene therapeutische und diagnostische Verfahren bei obstruktiven und onkologischen Lungenerkrankungen und anderen Störungen der Atemfunktion.

Operative und interventionelle Verfahren bei onkologischer Lungenerkrankung

Im Rahmen der Folge- oder Nachbehandlung onkologischer Grunderkrankungen können einzelne Konstellationen zu einer uneinheitlichen Kodiersituation führen. Dies geschieht, wenn für einen Fall eine kostenaufwendige Leistung erbracht wird, die für die ihm aufgrund der Grunderkrankung zugewiesene MDC eher untypisch ist. Innerhalb einer MDC, für die diese Leistung eher typisch wäre, wird diese Leistung im Allgemeinen spezifisch und differenziert Vergütungsgruppen zugeordnet, während Fälle mit dieser Leistung innerhalb der MDC der onkologischen Grunderkrankung eher unspezifisch, d.h. nicht anhand dieser Leistung abgebildet sind und unter Umständen einer sogenannten Fehler-DRG zugeordnet werden.

Für Fälle mit Hauptdiagnose einer bösartigen Neubildung der Atmungsorgane und einer Folge- bzw. Nachbehandlung konnten gleich zwei solche Konstellationen im Rahmen der Weiterentwicklung für das G-DRG-System 2016 identifiziert und einer sachgerechteren Vergütung zugeführt werden:

So wurden einem Hinweis folgend Fälle mit operativer Entfernung einer Hirnmetastase innerhalb des G-DRG-Systems analysiert. Bei Hauptdiagnose einer intrakraniellen bösartigen Neubildung mit Nebendiagnose einer bösartigen Neubildung der Atmungsorgane werden diese Fälle innerhalb der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* vornehmlich in den DRGs B02C *Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, mit bestimmtem komplexen Eingriff [...]* und B20B *Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, [...]* differenziert abgebildet, während sich Fälle mit Hauptdiagnose einer bösartigen Neubildung der Atmungsorgane und Nebendiagnose einer intrakraniellen bösartigen Neubildung u.a. in der DRG E02C *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen [...]* und der DRG 901B *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose [...]* einsortieren. Für das G-DRG-System 2016 erfolgt eine kostenentsprechende Zuordnung dieser Fälle zur Basis-DRG E05 *Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Eingriffe zur Entfernung von intrakraniellm Gewebe*.

Interne Untersuchungen identifizierten eine ähnliche Gegebenheit für Fälle mit Diagnose eines Venenkompressionssyndroms und einem Verfahren zur perkutan-transluminale Implantation eines Stents an der Vena cava. Bei Hauptdiagnose eines Venenkompressionssyndroms und Nebendiagnose einer bösartigen Neubildung der Atmungsorgane werden diese Fälle differenziert innerhalb der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* abgebildet, während bei umgekehrter Diagnosen-Zuordnung diese Fälle häufig den DRGs E02C und 901D *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose [...] zugeordnet werden*. Für das G-DRG-System 2016 erfolgt eine kostenentsprechende Zuordnung dieser Fälle zur DRG E02B *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, mit aufwendigem Eingriff oder schwerste CC, Alter > 9 Jahre*.

Schlaflabor

Seit einigen Jahren werden Fälle mit einem Verfahren zur *kardiorespiratorischen Polysomnographie* (1-790) bei weniger als 3 Belegungstagen MDC-übergreifend zusammen mit Fällen der MDC 04 und Hauptdiagnose Schlafapnoesyndrom in der Basis-DRG E63 *Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie [...] abgebildet*. Diese Eingruppierung wurde etabliert, da Fälle mit einem solchen Verfahren ungeachtet ihrer Hauptdiagnose vergleichbare Kostenstrukturen haben (siehe Abb. 26).

Von dieser einheitlichen Abbildung ausgenommen sind Fälle mit Diagnostik im Schlaflabor, aber typischerweise abweichenden Kosten, z.B. bei Operationen.

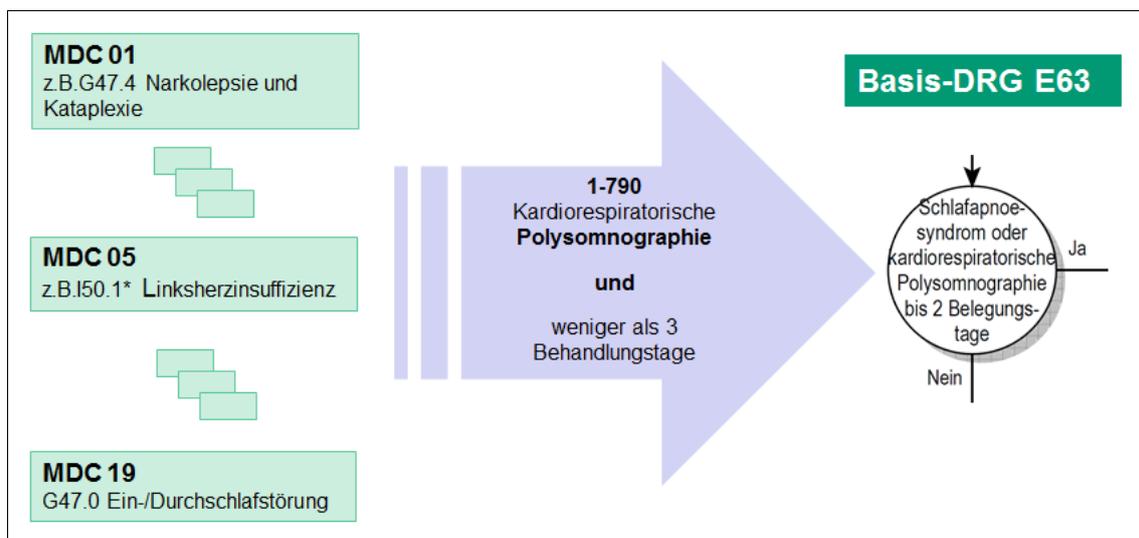


Abbildung 26: Fälle mit Polysomnographie im G-DRG-System 2015

Interne Analysen der Basis-DRG E63 zeigten, dass Fälle mit Kindern, d.h. im Alter unter 16 Jahren, höhere Tageskosten aufwiesen als Fälle mit Erwachsenen (Alter > 15 Jahre). Für das G-DRG-System 2016 erfolgte deshalb eine Aufwertung von Kindern durch getrennte Abbildung von Fällen mit einem Alter von unter 16 Jahren durch Split der DRG E63Z in die DRG E63A *Schlafapnoesyndrom [...], Alter < 16 Jahre* und die DRG E63B *Schlafapnoesyndrom [...], Alter > 15 Jahre*.

Kardiorespiratorische Polygraphie

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens wurden Fälle mit einem dem Verfahren der *kardiorespiratorischen Polysomnographie* verwandten, bisher nicht gruppierungsrelevanten Verfahren untersucht, der *kardiorespiratorischen Polygraphie* (1-971).

Die inhaltliche Definition für den Code für die *kardiorespiratorische Polygraphie* ist inhaltlich weitgehend identisch mit der Definition für den Code für die *kardiorespiratorischen Polysomnographie*. Diese kann man den Hinweistexten im OPS-Katalog (z.B. Version 2016) entnehmen (siehe Abb. 27):

| | |
|--------------|---|
| 1-790 | Kardiorespiratorische Polysomnographie Hinw.: Dauer mindestens 6 Stunden Obligate Verfahren: Videomonitoring, 2 x EEG, 3 x EMG, 2 x EOG, Schnarchgeräusch, Bestimmung von Körperposition, oro-nasalem Atemfluss, thorakalen und abdominalen Atemexkursionen, EKG und Pulsoxymetrie (mindestens 14 Kanäle) Fakultative Verfahren: Ösophagusdruckmessung, Bestimmung des transkutanen Sauerstoff-/Kohlendioxid-Partialdruckes, transkranielle Dopplersonographie, Körpertemperaturmessung, Aktographie, Blutdruckmessung, Tumescenzmessung |
| 1-791 | Kardiorespiratorische Polygraphie Hinw.: Dauer mindestens 6 Stunden Obligate Verfahren: Schnarchgeräusch, Bestimmung von Körperposition, oro-nasalem Atemfluss, thorakalen und abdominalen Atemexkursionen, EKG und Pulsoxymetrie (mindestens 7 Kanäle) Fakultative Verfahren: Ösophagusdruckmessung, Bestimmung des transkutanen Sauerstoff-/Kohlendioxid-Partialdruckes, Blutdruckmessung |

Abbildung 27: Inhaltliche Verwandtschaft der beiden physiologischen Funktionstests

Bei den Analysen der Daten im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zeigten sich Fälle mit kardiorespiratorischer Polygraphie im G-DRG-System 2015 anhand unterschiedlicher Hauptdiagnosen über verschiedene MDCs bzw. DRGs verteilt. Insbesondere Fälle mit weniger als 3 Behandlungstagen zeigten ungeachtet der Hauptdiagnosen sehr ähnliche, dem Verfahren *kardiorespiratorische Polysomnographie* vergleichbare Kosten.

Aufgrund der inhaltlichen Verwandtschaft und ähnlicher Kostenstruktur erfolgte deshalb eine Gleichstellung von Fällen mit *kardiorespiratorischer Polygraphie* zu Fällen mit *kardiorespiratorischer Polysomnographie*. Für das G-DRG-System 2016 erfolgte eine sachgerechte Neuuzuordnung von Fällen mit *kardiorespiratorischer Polygraphie* und weniger als 3 Behandlungstagen zur Basis-DRG E63 *Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie oder Polygraphie bis 2 Belegungstage*.

Für die Mehrzahl der so zugeordneten Fälle bedeutet diese Änderung eine Abwertung entsprechend ihren geringeren Kosten.

Obstruktive Lungenerkrankungen

Interventionelle Verfahren zur Lungenvolumenreduktion, z.B. bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD), stellen sich häufig als Leistungen mit höheren Sachkosten dar. Sie werden im G-DRG-System ihren Kosten entsprechend differenziert abgebildet:

| OPS-Kode | Bezeichnung | DRGs in MDC04 (2015) | Entgelte (2015) |
|----------|---|----------------------|-----------------|
| 5-339.5 | Andere Operationen an Lunge und Bronchien: Implantation oder Wechsel eines endobronchialen Klappensystems, endoskopisch | E02, E08 | ZE100 |
| 5-339.7 | Andere Operationen an Lunge und Bronchien: Einführung von polymerisierendem Hydrogelschaum, bronchoskopisch | E01, E05, E08 | NUB-Status 1 |
| 5-339.8 | Andere Operationen an Lunge und Bronchien: Einlegen von endobronchialen Nitinolspiralen, bronchoskopisch | E01, E05, E08 | NUB-Status 1 |
| 5-339.21 | Andere Operationen an Lunge und Bronchien: Destruktion von erkranktem Lungengewebe: Durch thermische Dampfablation, bronchoskopisch | E02, E08 | NUB-Status 2 |

Tabelle 21: Verfahren zur Lungenreduktion im G-DRG-System 2015 (Vergütungsrelevanz)

Mehreren Hinweisen folgend war ein Schwerpunkt der diesjährigen Analysen in der MDC 04 die Abbildung von Fällen mit bronchoskopischem Einlegen von endobronchialen Nitinolspiralen. Diese Fälle wurden mehrheitlich in der DRG E05C *Andere große Eingriffe am Thorax ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung* abgebildet. Nach Analyse der Kosten unter Berücksichtigung aller relevanten Entgelte (siehe Kap. 3.2.1.1) zeigten sich diese Fälle als weniger aufwendig als die übrigen Fälle der DRG E05C. Für 2016 erfolgte eine aufwandsentsprechende Zuordnung dieser Fälle zur DRG E02B *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, mit aufwendigem Eingriff oder schwerste CC, Alter > 9 Jahre*.

Sonstige Umbauten:

- Aufwertung und Neuordnung von Fällen mit operativer Korrektur einer Trichterbrust nach Nuss aus der DRG E06C in die DRG E06B *Andere Lungenresektionen, [...] mit best. Brustkorbkorrektur*
- Aufwertung von Fällen innerhalb der Basis-DRG E69 durch Erweiterung der Splitbedingungen zu den DRGs E69B und E69C für Fälle mit flexibler Bronchoskopie bei Kindern im Alter unter 16 Jahren
- Aufwertung von Fällen mit Hauptdiagnose *Pneumonie durch Pseudomonas* innerhalb der Basis-DRG E77

3.3.2.23 Mehrfacheingriffe, mehrzeitige Eingriffe, beidseitige Eingriffe

Der höhere Aufwand von Fällen mit mehrzeitigen oder beidseitigen Eingriffen ist im G-DRG-System bereits in einer Vielzahl von DRGs abgebildet. Im Zuge des Vorschlagsverfahrens wurde darauf hingewiesen, dass in bestimmten DRGs Bedarf an weiteren Analysen für Fälle mit mehrzeitigen oder beidseitigen Eingriffen besteht. Auf Grundlage der Kalkulationsdaten wurden an einigen Stellen für das G-DRG-System 2016 mehrzeitige oder beidseitige Eingriffe deutlich aufgewertet.

Beispielsweise in der MDC 02 *Krankheiten und Störungen des Auges* wurde darauf hingewiesen, dass ein erhöhter Aufwand sowohl bei beidseitigem Eingriff an den Augen als auch bei beidseitigem Eingriff an den Tränenwegen besteht. Die Analyse ergab jedoch nur geringe Kostenunterschiede für diese Fälle, aber erhöhte Kosten für Fälle mit beidseitigem Eingriff an den Tränenwegen und einem weiteren beidseitigen Eingriff an den Augen. Dementsprechend wurden die betroffenen Fälle, trotz kleiner Fallmenge, in der DRG C20A *Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter < 16 Jahre oder beidseitige Eingriffe an Augen und Tränenwegen* aufgewertet.

In der MDC 09 gibt es für beidseitige Eingriffe an der Mamma viele spezifische Abbildungsmöglichkeiten, z.B. in der Basis-DRG J16 *Beidseitige Mastektomie [...]*. Allerdings bestand bisher keine spezifische Abbildung für Fälle mit beidseitigen, besonders aufwendigen Rekonstruktionsverfahren. Es zeigte sich ein deutlicher Kostenunterschied zwischen einseitiger und beidseitiger Rekonstruktion der Mamma. Aufgrund dessen werden diese Fälle zukünftig der neuen DRG J12Z *Komplexe beidseitige plastische Rekonstruktion der Mamma* zugeordnet und dadurch deutlich aufgewertet.

Des Weiteren wurden im Bereich Gastroenterologie Fälle mit bestimmten mehrzeitigen endoskopischen Prozeduren analysiert. Eine detaillierte Erläuterung befindet sich im Kapitel 3.3.2.12.

3.3.2.24 Multiresistente Erreger

Bei multiresistenten Erregern handelt es sich um Keime (Bakterien oder Viren), die gegen mehrere verschiedene Antibiotika bzw. Virostatika unempfindlich sind.

Für das Jahr 2006 wurde ein neuer OPS-Kode 8-987 *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]* geschaffen. An der fünften Stelle bezeichnet der OPS-Kode, ob die Behandlung auf einer speziellen Isoliereinheit (8-987.0-) oder nicht auf einer speziellen Isoliereinheit (8-987.1-) erfolgte. Mit der sechsten Stelle wird die Behandlungsdauer kodiert: bis zu 6 Behandlungstage (8-987.-0), mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage (8-987.-1), mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage (8-987.-2), mindestens 21 Behandlungstage (8-987.-3).

In der G-DRG-Version 2007 konnten damit fünf neue DRGs (*F77Z Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, G77Z [...] der Verdauungsorgane, K25Z [...] mit OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, K77Z [...] bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* und *T77Z [...] bei infektiösen und parasitären Krankheiten*) für die Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern in unterschiedlichen MDCs etabliert werden. In zwei weiteren Basis-DRGs (*E77 Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane* und *L63 Infektionen der Harnorgane*) wurde die Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern als höhergruppierendes Merkmal aufgenommen. In den Jahren 2008 bis 2014 wurden – auch ausgehend von Vorschlägen aus dem Vorschlagsverfahren – für die Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern eine neue DRG (*J77Z [...] an Haut, Unterhaut und Mamma*) sowie weitere Splits, in denen die MRE-Komplexbehandlung höhergruppierend wirkt, (erneut in den Basis-DRGs *E77* und *L63*) etabliert, sodass die Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bislang ab mindestens sieben Behandlungstagen insgesamt in sieben MDCs (04, 05, 06, 09, 10, 11 und 18b) gruppierungsrelevant war. Die im OPS-Kode vorgesehene Unterscheidung

zwischen der Behandlung auf spezieller Isoliereinheit und der Behandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit war bisher nicht gruppierungsrelevant.

Im diesjährigen Vorschlagsverfahren wurden zwei Vorschläge zur Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern eingereicht: einerseits für eine Aufwertung der Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit gegenüber der Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit und andererseits für die Etablierung eines Zusatzentgelts für die MRE-Komplexbehandlung, differenziert nach der Behandlungsdauer. Entsprechend der Vorgehensweise des InEK, Vorschläge zur Etablierung eines Zusatzentgelts stets auch auf Abbildungsmöglichkeiten innerhalb des DRG-Systems zu prüfen, wurde die Abbildung von Fällen mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern generell überprüft und hinsichtlich der folgenden Fragen untersucht:

- Wo finden sich die Fälle mit MRE-Komplexbehandlung?
- Welche Unterschiede bei (Tages-)Kosten und Verweildauer bestehen im Vergleich zu Fällen ohne MRE-Komplexbehandlung?
- Welchen Einfluss hat die Dauer der MRE-Komplexbehandlung?
- Gibt es bewertungsrelevante Unterschiede zwischen der Behandlung auf spezieller und nicht auf spezieller Isoliereinheit?

Ferner wurde auch Kombinationen dieser Fragen nachgegangen.

Eine hohe Anzahl von Fällen mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern findet sich in den Kalkulationsdaten des Datenjahres 2014 in den MDCs 04, 05, 06, 09, 10, 11 und 18b, in denen die Komplexbehandlung bereits Gruppierungsrelevanz besitzt, sowie in der Prä-MDC und den MDCs 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*, 07 [...] *an hepatobiliärem System und Pankreas*, 08 [...] *an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* und 17 *Hämatologische und solide Neubildungen*. Systemweit ergab sich auf Datengrundlage der Kalkulationsdaten 2014 kein einheitliches Bild im Vergleich zu Fällen ohne MRE-Komplexbehandlung. Ein regelhafter Kostenunterschied zwischen der Komplexbehandlung „auf spezieller Isoliereinheit“ und „nicht auf spezieller Isoliereinheit“ konnte nicht festgestellt werden.

Im Ergebnis erfolgte eine Aufwertung von Fällen, bei denen die Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern zu deutlich höheren (Tages-)Kosten führt. Im G-DRG-System 2016 konnten drei neue DRGs für die Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern geschaffen werden:

- B74Z *Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems*
- H77Z [...] *an hepatobiliärem System und Pankreas*
- I87Z [...] *an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*

Als aufwertendes Splitkriterium wird die MRE-Komplexbehandlung zukünftig in drei weiteren Basis-DRGs verwendet:

- A04 *Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, allogene*
- R60 *Akute myeloische Leukämie*
- R61 *Lymphom und nicht akute Leukämie*

Damit ist die Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern nun zusätzlich gruppierungsrelevant in der Prä-MDC sowie in den MDCs 01, 07, 08 und 17. Auf die Ausweisung eines Zusatzentgelts für die Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern

konnte somit verzichtet werden, zumal ein einheitliches Zusatzentgelt den unterschiedlichen Kostensituationen der verschiedenen MDCs auch kaum hätte gerecht werden können.

Die Mindestdauer der gruppierungsrelevanten MRE-Komplexbehandlung beträgt nicht mehr generell sieben Behandlungstage. Höhere Einstiegsschwellen finden sich in den DRGs A04D, B74Z, F77Z, G77Z, K25Z und K77Z. Eine Besserstellung der Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit gegenüber der Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit liegt im G-DRG-System 2016 in den DRGs B74Z und G77Z vor. Einen genauen Überblick über die Einstiegsschwellen bietet Tabelle 22:

| (Basis-) DRG | Einstiegsschwelle (in Behandlungstagen) für die Behandlungsdauer der Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern ... | |
|--------------|--|-------------------------------------|
| | auf spezieller Isoliereinheit | nicht auf spezieller Isoliereinheit |
| A04 | 21 | 21 |
| B74Z | 14 | 21 |
| E77 | 7 | 7 |
| F77Z | 14 | 14 |
| G77Z | 7 | 14 |
| H77Z | 7 | 7 |
| I87Z | 7 | 7 |
| J77Z | 7 | 7 |
| K25Z | 14 | 14 |
| K77Z | 14 | 14 |
| L63 | 7 | 7 |
| R60 | 7 | 7 |
| R61 | 7 | 7 |
| T77Z | 7 | 7 |

Tabelle 22: Einstiegsschwellen für die Behandlungsdauer der Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern auf spezieller Isoliereinheit und nicht auf spezieller Isoliereinheit im G-DRG-System 2016

3.3.2.25 Neurochirurgie und Neurologie

In der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* wurden im Zuge der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems in diesem Jahr einige punktuelle Änderungen vorgenommen. Da im Rahmen des Vorschlagsverfahrens nur sehr wenige Problemstellungen geschildert wurden, waren die Umbauten in erster Linie das Ergebnis eigener Analysen.

Eine Ausnahme stellt hier der externe Hinweis auf seltene Konstellationen dar, bei denen Patienten eine für ihre Hauptdiagnose eher untypische Prothese implantiert wird. So war ein bestrahlter Fall, dem aufgrund von Knochenmetastasen bei bösartiger Neubildung von Gehirn und Hirnhäuten eine Tumorendoprothese eingesetzt wurde, bislang in der DRG B15Z *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems*,

mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen abgebildet. Im G-DRG-System 2016 werden derartige Prozeduren für bestimmte hochaufwendige Implantate nun in der DRG B36B *Intensivmedizinische Komplexbehandlung [...] oder bestimmte hochaufwendige Implantate* abgefragt und diese besonderen Einzelfälle sachgerecht vergütet.

Die DRG B03Z *Operative Eingriffe bei nicht akuter Para-/Tetraplegie [...]* vereinte im G-DRG-System 2015 mehrere verschiedene Fallkollektive. Neben komplexen Eingriffen am Rückenmark bei bösartiger Neubildung wurden auch Fälle mit eher einfachen operativen Prozeduren bei Querschnittlähmung in diese DRG eingruppiert. Letztere wurden bei deutlich geringeren Kosten in die DRG B18Z *Eingriffe an Wirbelsäule [...]* verschoben, wogegen operierte Querschnittgelähmte bei Vorliegen von äußerst schweren CC in der höher bewerteten DRG B03Z verbleiben.

Darüber hinaus wurden bestimmte wenig komplexe Prozeduren, wie z.B. die Entfernung von Osteosynthesematerial an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen, aus der DRG B09Z *Andere Eingriffe am Schädel* gestrichen. Innerhalb der Basis-DRG B20 *Kraniotomie [...]* wurden sowohl die Prozedur für intrakranielle diagnostische Endoskopie als auch Fälle mit vergleichsweise wenig komplexen Diagnosen – wie beispielsweise nicht näher bezeichneter Krankheit des Zentralnervensystems – aufgrund geringerer Kosten abgewertet.

3.3.2.26 Onkologie

Im Rahmen der diesjährigen Revision des G-DRG-Systems wurden in der MDC 17 u.a. wieder Diagnosen untersucht, die schon in den letzten Jahren Ziel detaillierter Umbauten waren. Zu nennen sind hier beispielsweise Diagnosen aus dem Codebereich D70.1- *Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie*. In der Vergangenheit wurden insbesondere Diagnosen für arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie mit kritischer Phase unter 7 Tagen sowie für sonstige Verlaufsformen 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* abgewertet, da kürzer dauernde Agranulozytosen mit geringeren Kosten verbunden waren als längere Verlaufsformen. Zusätzlich wurden vor allem 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. Die für die G-DRG-Version 2016 durchgeführten Analysen zeigten, dass auch eine *Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 7 Tage bis unter 10 Tage* (D70.14) nicht mehr generell mit höheren Kosten verbunden ist. Ab 2016 wird dieser Code demnach nur noch in der Basis-DRG R61 als Kostentrenner verwendet.

Untersucht wurden in der medizinischen Partition der MDC 17 noch weitere Attribute, die bereits seit mehreren Jahren als Kostentrenner in diesen DRGs etabliert sind. Dazu zählen auch die Prozeduren für *Komplexe Diagnostik bei Leukämien* (1-941), die danach unterschieden werden, ob eine HLA-Typisierung durchgeführt wird, oder nicht. Diese bewirkten bisher innerhalb der Basis-DRGs R60 (R60C) und R61 (R61B und R61G) eine Aufwertung der betroffenen Fälle. Eine Überprüfung der Abbildung führte für das G-DRG-System 2016 zu einer Erweiterung der Definition der DRGs R61C [...], *mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre* und R61E [...], *mit Agranulozytose oder Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre* um diese

Prozeduren, was zu einer Aufwertung von Fällen der DRGs R61F und R61G geführt hat.

Auf die Abbildung von Fällen der MDC 17 hatten auch einige systemweit durchgeführte Analysen Einfluss. Zu nennen sind hier die Analysen zur Abbildung der intensivmedizinischen Komplexbehandlung, der *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE] (8-987)* sowie der Abbildung von Fällen mit einem PCCL von > 4. Weiterführende Informationen dazu finden Sie in den Kapiteln zu Intensivmedizin (Kap. 3.3.2.19), Multiresistenten Erregern (Kap. 3.3.2.24) sowie Überarbeitung der CCL-Matrix (Kap. 3.3.1.4). Im Folgenden sind die dadurch bedingten Änderungen in der MDC 17 aufgeführt:

- Aufwertung der Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter ab 393 und für aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung ab 369 Aufwandspunkten innerhalb der Basis-DRG R60 in die DRG R60B [...] *mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392/368/- Aufwandspunkte oder schwersten CC*
- Berücksichtigung der Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern ab einer Behandlungsdauer von 7 Tagen in bestimmten Fallkonstellationen in den DRGs R60B, R60C [...] *od. KomplBeh. MRE mit Dial. od. äuß. schw. CC od. schwerste CC* und R60E [...], *ohne äußerst schwere CC oder mit lokaler Chemotherapie oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern* sowie in den DRGs R61C [...] *oder Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, Alter < 16 Jahre* und R61E [...] *oder Komplexbeh. bei multiresistenten Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre*
- Berücksichtigung von schwersten CC (PCCL > 4) als kostentrennendes Attribut in den Basis-DRGs R60, R61 und R63. In der Basis-DRG R60 bedeutet dies eine Aufwertung von Fällen in die DRGs R60B und R60C, die zuvor überwiegend der DRG R60E zugeordnet wurden. In der Basis-DRG R61 werden dadurch Fälle der DRG R61B in die DRG R61A [...], *mit hochkompl. Chemotherapie oder schwersten CC* und von der DRG R61D in die DRG R61B [...], *mit kompl. Diagnostik bei Leukämie od. mit schwersten CC* aufgewertet. In der Basis-DRG R63 werden Fälle mit Chemotherapie und weiteren komplizierenden Faktoren wie beispielsweise einer Dialyse oder Sepsis und schwersten CC zukünftig der DRG R63B *Andere akute Leukämie mit Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC* zugeordnet.

Aufgrund eigener Analysen wurden die DRGs R60D [...] *mit intensiver Chemoth. [...] oder mit Dialyse oder äuß. schw. CC, Alter < 16 Jahre ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie* und R60E [...] *mit intensiver Chemoth. [...] oder mit Dialyse oder äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie* der G-DRG-Version 2015 zusammengefasst. Zum einen wies die DRG R60D als reine „Kinder-DRG“ nur noch eine geringe Anzahl von Fällen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser auf. Zum anderen waren der überwiegende Teil der Fälle der DRG R60D Normalliegender mit einer mittleren Verweildauer von ca. 5 Tagen, die ab 2016 in der DRG R60D der Version 2016 mit höherer Bewertungsrelation als die DRG R60D der Version 2015 effektiv besser vergütet werden. Wegen ähnlicher Kosten wurden darüber hinaus die DRGs R63H [...] *mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose,*

ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC und R63I [...] mit lokaler Chemotherapie oder ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC der G-DRG-Version 2015 zusammengefasst.

In Bezug auf die operativen DRGs der MDC 17 führten externe Hinweise zur Analyse von Fällen mit bestimmten Eingriffen an der Wirbelsäule. Als problematisch dargestellt wurden in diesem Zusammenhang Fälle mit einer Hauptdiagnose für eine bösartige Neubildung wie z.B. multiplem Myelom und dadurch bedingter Knochenfraktur der Wirbelsäule. In der MDC 17 erfolgte die Eingruppierung derartiger Fälle bisher überwiegend in die DRG R01C *Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur*. Bei einer Erkrankung der Wirbelsäule als Hauptdiagnose, z.B. einer Kyphose, wurden Fälle mit der identischen Prozedur der DRG I06C *Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit sehr komplexem Eingriff [...] oder bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren CC oder Halotraktion* zugeordnet und waren damit besser vergütet. Aufgrund der durchgeführten Analysen konnten für 2016 Fälle mit Spondylodese sowie mit einer bestimmten Osteosynthese an der Wirbelsäule (durch Schrauben-Platten- und durch Schrauben-Stab-System) innerhalb der Basis-DRG R01 in die DRG R01B *Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, [...] mit aufwendigem Eingriff an der Wirbelsäule* aufgewertet werden. Darüber hinaus wurden in der Basis-DRG R13 *Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur [...] Fälle, welche die Definition der Funktion Komplizierende Konstellationen I* oder der Funktion *Komplexe OR-Prozeduren* erfüllen, in die neu geschaffene DRG R13A aufgewertet.

Neben den oben aufgeführten spezifischen Änderungen im G-DRG-System 2016 zur Abbildung onkologischer Fälle haben auch die in Kapitel 3.3.2.4 (Erkrankungen an Haut, Unterhaut und Mamma) oder 3.3.2.27 (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 drei neuen unbewerteten Zusatzentgelten für Verfahren (ZE2016-115 *Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Molekulargenetische Identifikation und Herstellung von patientenspezifischen Markern*, ZE2016-116 *Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Patientenspezifische molekulargenetische Quantifizierung* sowie ZE2016-117 *Chemosaturations-Therapie mittels perkutaner Leberperfusion*)
- Schaffung von vier neuen unbewerteten Zusatzentgelten für Medikamente (ZE2016-111 *Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral*, ZE2016-112 *Gabe von Abirateronacetat, parenteral*, ZE2016-113 *Gabe von Cabazitaxel, parenteral*, ZE2016-114 *Gabe von Ipilimumab, parenteral*)
- Die im Vorjahr unbewerteten Zusatzentgelte für die parenterale Gabe von Ofatumumab und Decitabine konnten für 2016 bewertet werden (ZE155 bzw. ZE156)
- 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 (ZE2016-110 *Gabe von Tocilizumab, subkutan*).

3.3.2.27 Operative Gynäkologie

Zu nicht geburtshilflichen gynäkologischen Operationen erreichten uns im Rahmen des Vorschlagsverfahrens erneut zahlreiche Vorschläge. Im Fokus der Analysen stand dabei u.a. wieder die Abbildung von Fällen in der Basis-DRG N11 *Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen*, mit dem Ziel, den Fehlanreiz, unspezifische Prozeduren zu kodieren, zu minimieren, da diese unter Umständen in diesen sogenannten operativen „Reste“-DRGs besser vergütet werden können als in DRGs mit spezifischen kleinen Eingriffen. 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 komplexer Diagnose mit äußerst schweren CC* – am Ende der operativen Partition der MDC 13 *Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* abgefragt. Durch diese Situation kann allerdings das Problem der „Mindervergütung bei Mehrleistung“ und die damit verbundenen Kodieranreize entstehen. Daher wurde u.a. untersucht, ob die DRG N11A, die in ihrer Definition relativ spezifisch ist, in der Rangfolge der MDC 13 an einer höheren Position abgefragt werden kann. Letztendlich konnte die DRG N11A für 2016 vor die DRG N05B *Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC [...]* und die DRG N08Z *Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen* sortiert werden, zu denen es kaum inhaltliche Überschneidungen gibt. Bereits für die G-DRG-Version 2015 wurde die Definition von DRGs der Basis-DRG N11 durch die Aufwertung bösartiger Neubildungen in Zusammenhang mit äußerst schweren CC und die Abwertung bestimmter Lymphadenektomien geschärft. Außerdem konnten Prozeduren, die primär nicht dem Fachgebiet der Gynäkologie zuzuordnen sind – wie die Anlage eines doppelläufigen oder endständigen Enterostomas als selbständiger Eingriff –, aus der Basis-DRG N11 ausgegliedert werden. Für 2016 wurde dieser Prozess durch weitere Spezifizierungen fortgeführt:

- Aufwertung der Diagnose für das Fournier-Gangrän bei der Frau in Kombination mit äußerst schweren CC in die DRG N11A
- Fälle mit einer transurethralen Resektion an der Harnblase werden nicht mehr der Basis-DRG N11 zugeordnet. Alle Prozeduren für die *Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase (OPS 5-573)* werden ab 2016 in der Basis-DRG N13 *Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei bösartiger Neubildung [...] oder transurethraler Eingriff an der Harnblase* abgebildet. Dadurch wurden auch Fälle in die MDC 13 überführt, die bisher aufgrund der Tatsache, dass diese Prozeduren in der MDC 13 teilweise nicht zugeordnet waren, in einer der Fehler-DRGs 901 *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose* bzw. 902 *Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose* abgebildet wurden.
- Eine weitere Schärfung der DRG N11A konnte durch die Streichung von Prozeduren für die iliakale offen chirurgische und die paraaortale laparoskopische Exzision einzelner Lymphknoten erreicht werden. Die Abbildung der betroffenen Fälle erfolgt ab 2016 in der DRG N11B.

Intensiv analysiert wurde auch die Abbildung von Fällen mit einer Vulvektomie in der MDC 13. Für die Kodierung stehen hierfür im OPS folgende Codes zur Verfügung:

- 5-714.4 *Vulvektomie: Partiiell*
- 5-714.5 *Vulvektomie: Total*
- 5-714.y *Vulvektomie: N.n.bez.*
- 5-715 *Radikale Vulvektomie (Inkl.: Lymphadenektomie)*

Thematisiert wurde dabei in Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren einerseits, dass die Codes für die totale und die radikale Vulvektomie in ihrer Definition nicht klar voneinander abgegrenzt sind und andererseits, dass beide Verfahren in unterschiedliche DRGs der MDC 13 führen. Die radikale Vulvektomie, bei der die Lymphadenektomie im Code enthalten ist, führt im G-DRG-System 2015 in die Basis-DRG N01 *Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie*. Die übrigen Prozeduren für Vulvektomie führen bei bösartiger Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane in die Basis-DRG N02 *Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung [...]* und ansonsten in die Basis-DRG N13. Lediglich in Kombination mit einer regionalen oder radikalen Lymphadenektomie an bestimmten Lokalisationen (paraaortal, iliakal, pelvin ...) führte diese Leistung auch bisher schon in die DRG N01E *Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC*. In der Praxis führt diese Situation aber zu streitbefangenen Konstellationen bei der Abrechnung. Im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden die Prozeduren für Vulvektomie in Kombination mit Lymphadenektomien und rekonstruktiven Maßnahmen hinsichtlich ihrer Abbildung untersucht und folgende Anpassungen vorgenommen:

- Vulvektomien (OPS 5-714) führen bei bösartiger Neubildung in Kombination mit einer regionalen und radikalen Lymphadenektomie ab 2016 in die DRG N02B *Eingriffe an Uterus und Adnexen oder best. Hernien [...]* od. *Vulvektomie mit Lymphadenekt.* Dies bedeutet eine Aufwertung von Fällen der DRG N02C.
- Partielle und totale Vulvektomien mit plastischer Rekonstruktion der Vulva wurden von der DRG N13B in die DRG N23Z *Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukleation aufgewertet*. Fälle mit mikrochirurgischer plastischer Rekonstruktion der Vulva werden – auch ohne Vorliegen einer bösartigen Neubildung – schon der DRG N02B zugeordnet.

Eine vollständige Angleichung der Gruppierungsrelevanz der radikalen und der totalen Vulvektomie mit Lymphadenektomie war aufgrund von unterschiedlichen Kosten für diese Leistungen nicht möglich.

Eine ähnliche Situation hinsichtlich der Abgrenzung von Prozeduren besteht laut Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren bei der *Inzision der Vulva* (OPS 5-710) und bei der Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva (OPS 5-712). Der OPS verweist bei diesen Codes darauf, dass Eingriffe an der Haut der Vulva mit Prozeduren aus Kapitel 5-89 *Operationen an Haut und Unterhaut* zu verschlüsseln sind. Somit bestehen Unsicherheiten hinsichtlich der Auswahl der korrekten Codes mit daraus resultierender uneinheitlicher Kodierung und unterschiedlicher Eingruppierung. Während der Code 5-710 *Inzision der Vulva* als OR-Prozedur 2015 in die DRG N09B *Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva* führt, besitzt der inhaltlich ähnliche Code 5-892.0c *Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Ohne weitere Maßnahmen: Leisten- und Genitalregion* gar keine Gruppierungsrelevanz. Für 2016 wurden die betroffenen Prozeduren detailliert analysiert. Durch Streichung der Gruppierungsrelevanz der Prozedur 5-710 konnte eine erste Angleichung an inhaltlich ähnliche Prozeduren erfolgen.

Ab 2016 werden in der MDC 13 erstmals Prozeduren für den *Verschluss einer Hernia inguinalis* (OPS 5-530) abgebildet. Eingriffe bei Hernien werden typischerweise der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* zugeordnet. Wurde diese Leistung aber bei einer Ovarialhernie (Hauptdiagnose N83.4 *Prolaps oder Hernie des Ovars und der Tuba uterina*) erbracht, so wurden die betroffenen Fälle der DRG 901D zugeordnet, da die Diagnose N83.4 der MDC 13 zugeordnet ist, die entsprechenden Eingriffe dort aber nicht abgebildet waren. Im G-DRG-System 2016 werden diese Fälle überwiegend den DRGs N07Z *Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus* und N25Z *Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose [...]* zugeordnet.

In der G-DRG-Version 2016 enthält die MDC 13 eine DRG weniger als im Vorjahr, da die DRGs N38Z *Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff [...]* und N01A *Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie [...]* oder *komplizierender Konstellation* der Version 2015 aufgrund von ähnlichen Kosten zur DRG N38Z kondensiert wurden.

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:

- Aufnahme des offen chirurgischen Verschlusses einer vesikovaginalen Fistel (OPS 5-706.40) in die DRG N05A *Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae [...]* oder *Verschluss einer vesikovaginalen Fistel* und damit Aufwertung von Fällen, bei denen dieser Eingriff beispielsweise in Zusammenhang mit einer Infektion oder bei bestimmten Neubildungen durchgeführt wird.
- Abwertung der selektiven Embolisation mit Partikeln und Metallspiralen an viszeralen oder anderen abdominalen Gefäßen von der DRG N04Z *Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, [...]* oder *selektive Embolisation an viszeralen oder anderen abdominalen Gefäßen* in die DRG N14Z *Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung mit Beckenbodenplastik [...]* oder *bestimmte selektive Gefäßembolisation*.
- Abwertung kleiner Eingriffe an Vagina und Douglasraum, wie z.B. Naht an der Vagina, Hymenraffung, Vaginotomie, oder lokale Exzisionen/Destruktionen von erkranktem Gewebe von der Basis-DRG N02 *Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane [...]* in die Basis-DRGs N09 *Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva [...]* bzw. N13. Damit werden diese Leistungen zukünftig nicht mehr als „großer“, sondern als „anderer“ operativer Eingriff an Vagina, Zervix und Vulva gezählt.

3.3.2.28 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 getra-

gen, zum anderen werden Fälle, die vergleichbar hohen Aufwand verursachen, in derselben MDC abgebildet. In diesem Jahr wurden – von Überleitungen der Codes abgesehen (vgl. Kap.3.3.6.2) – die MDC-Definition Polytrauma nicht verändert, aber einige Definitionen und Splitkriterien innerhalb der MDC zum Teil umfangreich überarbeitet.

Ein Beispiel für diese Weiterentwicklung betrifft die Basis-DRG W01 *Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder bestimmten Eingriffen*. Im G-DRG-System 2015 gehörte zur Basis-Bedingung eine Beatmungsdauer von mehr als 24 Stunden. Auf der anderen Seite wurden Aufwandspunkte für intensivmedizinische Komplexbehandlung (sog. „SAPS“) an dieser Stelle bisher nicht berücksichtigt. Diese Konstellation schien ein Missverhältnis in Bezug auf den erwarteten Aufwand der Fälle mit mehr als 24 Stunden Beatmungsdauer einerseits und z.B. 500 SAPS-Punkten andererseits darzustellen, was sich nach Analyse der Kalkulationsdaten bestätigte. Für das G-DRG-System 2016 wurde eine umfangreiche Analyse auf Grundlage der gelieferten Daten und eine Untersuchung auf entsprechende Kostentrenner durchgeführt. Der daraus resultierende komplexe Umbau der Basis-DRG W01 beinhaltet beispielhaft folgende Punkte:

- Anhebung der Beatmungsdauer in der Basis-Bedingung auf mehr als 72 Stunden
- Erweiterung der Basis-Bedingung um Aufwandspunkte für intensivmedizinische Komplexbehandlung für „Kinder-SAPS“ mehr als 392, „Super-SAPS“ mehr als 368 und „Normal-SAPS“ mehr als 552 Aufwandspunkte
- Streichung bestimmter Tracheostomien (die bisher alternativ zur Beatmungszeit direkt gruppierungsrelevant waren) aus der Bedingung der Basis-DRG W01

Im Ergebnis werden sowohl aufwendige Fälle mit SAPS-Punkten in der Basis-DRG W01 abgebildet als auch weniger kostenintensive Fälle mit einer Beatmungsdauer von 24–72 Stunden dort nicht mehr abgebildet. Letztere werden der Basis-DRG W04 *Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren oder Beatmung > 24 Stunden* zugeordnet.

Des Weiteren wurde der Split zur DRG W01B *Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder bestimmten Eingriffen [...] um Aufwandspunkte für intensivmedizinische Komplexbehandlung für „Kinder-SAPS“ mehr als 588 und „Super-SAPS“ mehr als 552 Aufwandspunkte erweitert, sodass entsprechend aufwendige Fälle sachgerecht abgebildet werden.*

3.3.2.29 Querschnittlähmung

Die Basis-DRG B61 *Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks* nimmt eine Sonderstellung im deutschen Fallpauschalensystem ein, was schon durch ihre frühe Abfrageposition im Algorithmus deutlich wird. Bereits die Eingruppierung in die Basis-DRG B61 weist ein sehr komplexes Schema auf:

- Fälle mit Polytrauma, aufwendigem Eingriff oder langer intensivmedizinischer Komplexbehandlung werden per definitionem aus der unbewerteten Basis-DRG B61 ausgeschlossen und überwiegend in den Beatmungs-DRGs der Prä-MDC sowie in der MDC 21A *Polytrauma* abgebildet.
- Ein Fall mit einer akuten Erkrankung oder Verletzung des Rückenmarks wird stets in diese Basis-DRG eingruppiert.

- Bei einer der Para-/Tetraplegie vergesellschafteten Krankheit (z.B. Harnblasenlähmung) wird ein Fall nur mit einer durchgeführten Komplexbehandlung bei Querschnittlähmung hier abgebildet.

Inhaltlich hat sich die Basis-DRG B61 seit dem G-DRG-System 2011 jedoch nicht wesentlich verändert:

- Fälle mit komplexem operativen Eingriff, einer Verweildauer von unter 14 Tagen und dem Entlassgrund „wegverlegt“ werden der bewerteten DRG B61A *Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt* zugeordnet.
- Der überwiegende Teil der Fälle, die konservativ behandelten Para-/Tetraplegiker, wird in die unbewertete DRG B61B *Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt* eingruppiert.

Nach externen Hinweisen im Rahmen des strukturierten Dialogs wurden nun in diesem Jahr insbesondere diejenigen Diagnosen analysiert, die zwingend der Basis-DRG B61 zugeordnet werden. Dabei zeigten Fälle mit der Diagnose *Spinale Spastik der quergestreiften Muskulatur* deutliche Verweildauer- und Kostenunterschiede zu den anderen Fällen in dieser Basis-DRG. Zukünftig werden diese Fälle nur dann der Basis-DRG B61 zugeordnet, wenn eine Komplexbehandlung bei Querschnittlähmung durchgeführt wurde. Andernfalls erfolgt die Zuordnung gemäß der Hauptdiagnose des jeweiligen Falles in der entsprechenden MDC.

Im Rahmen der systemweiten Analyse der Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung wurden auch die SAPS-Werte der Basis-DRG B61 untersucht. Für das G-DRG-System 2016 wurden die Grenzen für die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter sowie die aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung auf nunmehr >980/828/1.104 Aufwandspunkte abgesenkt, was eine Abbildung weiterer Fälle in bewerteten intensivmedizinischen DRGs zur Folge hat.

3.3.2.30 Schlaganfall

Die Abbildung von Schlaganfallpatienten im G-DRG-System wird jährlich untersucht. Dies geschieht auch dann, wenn im Rahmen des Strukturierten Dialogs – wie in diesem Jahr – keine Vorschläge zu diesem Thema eingereicht werden.

Die Analysen bestätigten die sachgerechte Abbildung dieser Fälle innerhalb der Prä-MDC sowie der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*: Je nach Ausmaß und Art des Eingriffs werden operativ behandelte Schlaganfallpatienten in verschiedenen Basis-DRGs abgebildet. Die Beatmungs-DRGs der Prä-MDC, die sogenannten Kraniotomie-DRGs B02 *Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation* und B20 *Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation* sowie die Basis-DRG B39 *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur* bilden diese Fälle differenziert ab.

Auch die spezifische Basis-DRG B70 *Apoplexie* für die konservativ behandelten Fälle weist mit 9 DRGs einen sehr hohen Differenzierungsgrad auf. Darüber hinaus werden die Prozeduren für die neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls innerhalb der MDC 01 noch an weiteren Stellen als Kostentrenner genutzt.

Außerhalb der MDC 01 fanden sich innerhalb der fallzahlstarken Basis-DRG G67 *Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane* Fälle mit der Nebendiagnose „Schlaganfall“. Die Aufnahme der Prozeduren für die Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls ab 24 Stunden in die Bedingung der am höchsten bewerteten DRG G67A ermöglicht im G-DRG-System 2016 nun eine sachgerechte Abbildung dieser aufwendigen Fälle.

3.3.2.31 Schmerztherapie

Die Abbildung der Schmerztherapie im G-DRG-System wird seit Jahren aufgrund von Eingaben aus dem Vorschlagsverfahren, aber auch durch interne Analysen immer wieder umfangreichen Untersuchungen unterzogen. Im G-DRG-System 2015 war die multimodale Schmerztherapie in vier DRGs abgebildet: B47Z [...] *bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems*, I42Z [...] *bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*, U42Z [...] *bei psychischen Krankheiten und Störungen* und Z44Z [...] *bei Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und anderer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens*. Für die Eingruppierung der Fälle anhand der OPS-Kodes aus dem Codebereich 8-918 *Multimodale Schmerztherapie* sind im G-DRG-System 2015 bereits 7 Behandlungstage ausreichend, während andere Komplexkodes (z.B. Geriatrie) im G-DRG-System oft erst ab 14 Tagen gruppenrelevant sind.

Im Vorschlagsverfahren wurde u.a. angeregt, die Abbildung der Fälle mit multimodaler Schmerztherapie weiter auszudifferenzieren. Dies sollte beispielsweise anhand der Behandlungsdauer oder der Behandlungsintensität (Therapieeinheiten) geschehen. Insbesondere sollte „eine Mindestbehandlungsdauer von 14 Tagen“ geprüft werden, ggf. auch „ein Mindestniveau an Therapieeinheiten“.

Es wurde eine umfangreiche Analyse der gelieferten Kalkulationsdaten durchgeführt. Dabei zeigte sich die Dauer von mindestens 14 Behandlungstagen als geeignetes Split-Kriterium für die DRGs B47Z und I42Z. Im Ergebnis resultierten daraus vier DRGs: B47A *Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mindestens 14 Behandlungstage*, B47B *Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, weniger als 14 Behandlungstage* (mindestens 7 Behandlungstage), I42A *Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mind. 14 Tage* und I42B *Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 14 Tage* (mindestens 7 Behandlungstage).

Die umfassenden Untersuchungen der übermittelten Daten wurden auch in Bezug auf die Behandlungsintensität und deren Eigenschaft als Kostentrenner durchgeführt. Dabei ergab sich kein ausreichender Grund dafür, eine Differenzierung nach Behandlungsintensität zu etablieren. Dies betrifft sämtliche DRGs für die Multimodale Schmerztherapie.

Die Untersuchung der DRG Z44Z ergab, dass sie hinsichtlich der Verweildauer- und Kostenstruktur der DRG B47Z sehr ähnlich war und sich lediglich die verschlüsselten Hauptdiagnosen unterschieden. Die DRG Z44Z wurde somit gestrichen und die betroffenen Fälle wurden sachgerecht den neu etablierten DRGs B47A und B47B zugeordnet. Damit ist diese Differenzierung nach Behandlungsdauer für alle bewerteten DRGs zur Multimodalen Schmerztherapie wirksam.

Die Untersuchung der DRG U42Z zeigte, dass weiterhin eine sehr unterschiedliche Zusammensetzung und Kostenstruktur der betroffenen Fälle besteht, sodass sie zunächst als unbewertete DRG bestehen bleibt. Sie wird in den kommenden Jahren weiterhin regelmäßig untersucht werden.

Aufgrund einer insbesondere bei Schmerztherapie mit kurzer Behandlungsdauer geringen Beteiligung fallzahlstarker Leistungserbringer waren die Untersuchungen der Daten zum Teil erschwert. Dies betraf beispielsweise die Basis-DRG I42. Die durch den Split der DRG I42Z neu entstandene DRG I42A müsste gemäß OPS-Definition einen höheren Aufwand und mindestens gleiche, ggf. auch höhere mittlere Tageskosten der abgebildeten Fälle besitzen als die DRG I42B. Die Analyse der gelieferten Kalkulationsdaten ergab jedoch, dass die durchschnittlichen Tageskosten der DRG I42A niedriger waren als die durchschnittlichen Tageskosten der DRG I42B, was letztlich darin begründet war, dass die Fälle der DRG I42B nur aus sehr wenigen Kalkulationskrankenhäusern stammten und keiner der Hauptleistungserbringer dieser kürzeren Schmerztherapie in den Kalkulationsdaten zur DRG I42B vertreten war. Wegen der höheren durchschnittlichen Tageskosten in der DRG I42B „überholte“ die Vergütung der Langlieger in der DRG I42B die Vergütung der Fälle mit identischer Verweildauer in der DRG I42A ab einer Verweildauer von 21 Tagen (siehe Abb. 28).

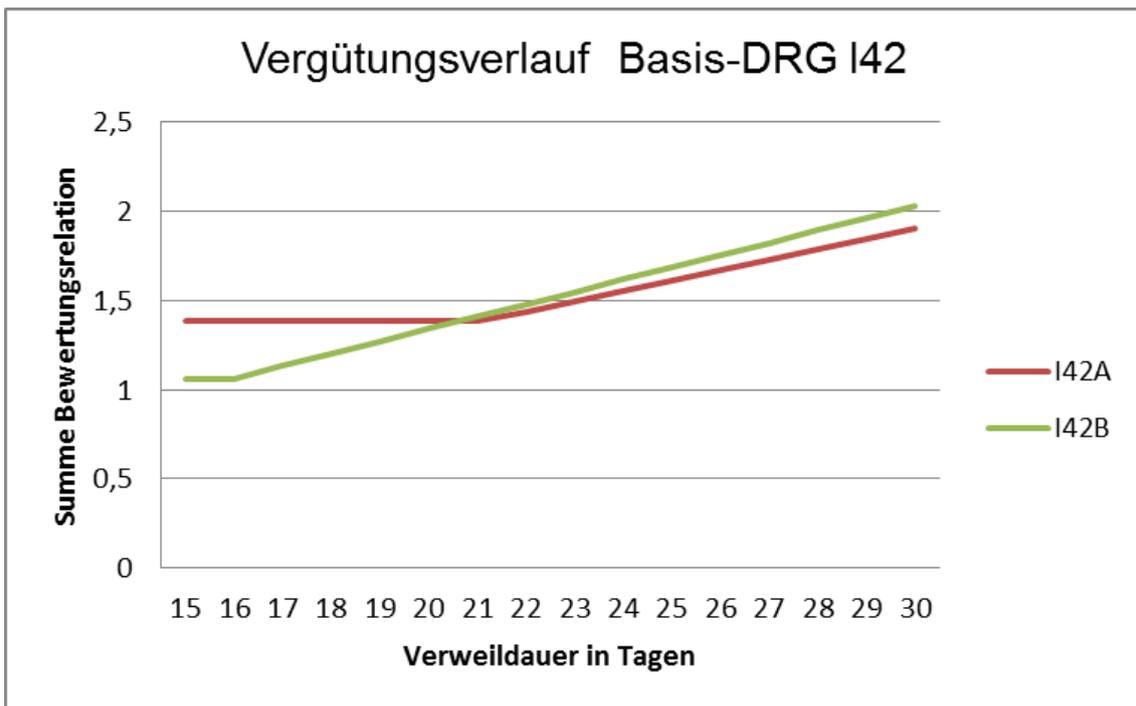


Abbildung 28: Vergütungsverlauf in der Basis-DRG I42 im G-DRG-System 2016 ohne Anpassung des Langliegerzuschlags

Würde eine Abbildung im System auf diese Art erfolgen, würde die Problematik bestehen, die Kodierung der Multimodalen Schmerztherapie bei Langliegern fälschlicherweise so zu gestalten, dass sich zur Abrechnung die DRG I42B ergibt. Nachdem diese Problematik vom InEK dargestellt worden ist, hat sich die Selbstverwaltung für den Fallpauschalen-Katalog 2016 auf eine einheitliche Bewertungsrelation pro Tag (als Zuschlag über die obere Grenzverweildauer hinaus) für beide DRGs der Basis-DRG I42 geeinigt, sodass für einen Langliegerfall in der DRG I42A stets ein höheres Relativgewicht resultiert, als das bei gleicher Verweildauer in der DRG I42B der Fall ist.

3.3.2.32 Transplantation/Transfusion hämatopoetischer Stammzellen

Bei Knochenmarktransplantationen bzw. Stammzelltransfusionen handelt es sich um hochaufwendige und kostenintensive Interventionen, die – je nach Art und Aufbereitung des verwendeten Materials – in zwei spezifischen Basis-DRGs abgebildet werden.

Für die Verwendung von allogenen, also körperfremdem Material existiert die Basis-DRG A04 *Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, allogene*, während bei Nutzung eines körpereigenen Transplantats die Basis-DRG A15 *Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, autogen* angesteuert wird. Beide Basis-DRGs sind mehrfach differenziert, beispielsweise nach einer durchgeführten In-vitro-Aufbereitung. Bei dieser nach der Transplantatentnahme vorgenommenen patientenspezifischen Bearbeitung der Stammzellen unterscheidet man vier Verfahren, die erstmals im Datenjahr 2014 spezifisch verschlüsselbar waren:

- Positivanreicherung
- T- und/oder B-Zell-Depletion
- Erythrozytendepletion
- Sonstige

Im Zuge des Vorschlagsverfahrens wurde von mehreren Seiten darauf hingewiesen, dass je nach Art der In-vitro-Aufbereitung erhebliche Kostenunterschiede auszumachen seien. Analysen bestätigten die deutlich höheren Kosten bei Transplantation mittels Positivanreicherung bzw. T- und/oder B-Zell-Depletion aufbereiteter Stammzellen, so dass diese Verfahren innerhalb der jeweiligen Basis-DRG aufgewertet werden konnten.

Die genannten OPS-Kodes sind von der Klinik zu kodieren, bei der die Aufbereitung durchgeführt wird. Im Falle fremdbezogener Stammzellen kann unter Umständen eine Aufbereitung nicht im Empfängerdatensatz erkennbar sein, obwohl auch hier die Aufbereitung Marker eines aufwendigen Falles sein kann. Diese noch bestehende Informationslücke wurde bei der Weiterentwicklung der OPS-Klassifikation jedoch bereits berücksichtigt. Die im OPS Version 2015 eingeführten Zusatzcodes für die Art der In-vitro-Aufbereitung bei der Gabe der transplantierten oder transfundierten hämatopoetischen Stammzellen (also auf der Empfängerseite) werden Gegenstand der Analysen im Jahr 2016 sein, wenn diese Prozeduren erstmals in den Kalkulationsdaten vorliegen.

Die im Vorjahr begonnene systemweite Überprüfung von Fällen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung wurde in diesem Jahr auch innerhalb der beiden oben genannten Basis-DRGs fortgesetzt. Anhand der festgestellten erheblichen Kostendifferenzen ließen sich individuelle Grenzen von > 1764 / 1932 / 2760 Aufwandspunkten für die DRG A04C festlegen. Innerhalb der Basis-DRG A15 wurden sowohl für die DRG A15B als auch für die DRG A15C die anhand der Kosten ermittelten spezifischen Punktwerte festgesetzt:

- A15B *Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, autogen, [...] oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588/552/552 Aufwandspunkte*
- A15C *Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, autogen, [...] oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392/368/368 Aufwandspunkte*

Im Rahmen der Analysen zu multiresistenten Keimen wurde die DRG A04D um die Prozeduren für Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern von mindestens 21 Behandlungstagen erweitert, sodass auch diese seltenen Konstellationen erheblich aufgewertet wurden.

3.3.2.33 Unfallchirurgie/Orthopädie

Wie schon in den Jahren zuvor war auch in diesem Jahr insgesamt eine rege 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. Ein Schwerpunkt der diesjährigen Kalkulation waren umfangreiche Analysen und Weiterentwicklungen innerhalb der Basis-DRG 108 *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule*, aber auch die Basis-DRG 166 *Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals* wurde nach entsprechenden Analysen umfangreich umgebaut. Anders als in den Vorjahren waren in diesem Jahr aus dem Bereich der Gelenkendoprothetik vergleichsweise wenig Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren eingereicht worden. Zahlreiche Analysen und Anpassungen im G-DRG-System in den vergangenen Jahren führten in diesem Bereich zu einer Vielzahl von Weiterentwicklungen. Analysen in diesem Jahr zeigten ganz überwiegend eine sachgerechte Abbildung der Fälle in den entsprechenden DRGs, sodass erneute umfangreiche Umbauten nicht im gleichen Maße notwendig waren. Im Bereich Fuß und Sprunggelenk erreichten uns erneut zahlreiche Vorschläge mit konkreter 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 oder fehlten.

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 die Problematik des Wechsels einer Endoprothese bei periprothetischer Fraktur beschrieben und dargestellt, dass dieser in der Regel höhere Kosten verursachen würde als ein Endoprothesenwechsel ohne Fraktur. Hier ist anzumerken, dass eine Kodierunsicherheit in diesem Bereich besteht, da kein spezifischer Code für eine periprothetische Fraktur vorhanden ist. Somit können die betroffenen Fälle in den gelieferten Daten nicht sicher identifiziert werden. Hilfsweise wurden verschiedene Kombinationen von Prozeduren für Endoprothesenwechsel und Frakturen auf der Basis existierender Codes umfangreich analysiert. Im Ergebnis zeigte sich eine weitestgehend sachgerechte Vergütung der betroffenen Fälle. Grundsätzlich ist anzumerken, dass im G-DRG-System ein Fall mit Endoprothesenwechsel bereits gruppierungsrelevant im System abgebildet wird. Damit wird dieser in der Regel höher eingruppiert als ein Fall mit einer primären Endoprothesenimplantation. Da bei den übermittelten Daten auch die Fälle mit Endoprothesenwechsel bei periprothetischer Fraktur enthalten sind, werden deren Kosten bereits jetzt bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems berücksichtigt.

Im Zuge der Analysen fiel auf, dass Fälle mit bestimmtem endoprothetischen Eingriff, die bereits am Femur voroperiert waren, je nach Art der Voroperation höhere Kosten aufwiesen als andere Fälle der entsprechenden DRG. Dazu gehörte beispielsweise die Kombination aus bestimmtem endoprothetischen Eingriff und Entfernung einer dynamischen Kompressionsschraube, eines Marknagels mit Gelenkkomponente oder eines Verriegelungsnagels. Der OPS-Code für die Materialentfernung stellt dabei zumindest für manche Fälle einen „Markercode“ für die problematische Situation nach Fraktur bei Osteosynthese dar, beschreibt also ggf. sehr viel stärker den Aufwand der Gesamtkonstellation als nur die prozedurale Komponente „Materialentfernung“. Entsprechende Fälle werden im G-DRG-System 2016 in der DRG I47A *Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesese, ohne äußerst schwere CC* [...] abgebildet und damit aufgewertet.

Ein Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren betraf die unterschiedliche Abbildung der Leistung der geschlossenen Reposition eines Hüftgelenks, je nach angegebenem Diagnosekode *Luxation der Hüfte (S73.0-)* oder *Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese (T84.0)*. Hier zeigt sich häufig eine Kodierunsicherheit bei der Verwendung von „T-Kodes“, da die Kodiervorgabe, dass so spezifisch wie möglich zu verschlüsseln ist, in der Kodierpraxis unterschiedlich angewendet wird. Die Analysen der betroffenen Fälle zeigten, dass jene mit der Diagnose *Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese* in der DRG I73Z *Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes*, in der sie typischerweise abgebildet werden, häufig übervergütet waren. Im G-DRG-System 2016 werden die entsprechenden Fälle, ebenso wie typischerweise diejenigen mit der Diagnose *Luxation der Hüfte*, in der Basis-DRG I71 *Muskel- und Sehnenkrankungen außer bei Para-/Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung und Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel* abgebildet, sodass die entsprechenden Fälle unabhängig vom verwendeten Diagnosekode *Luxation der Hüfte* oder *Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese* im G-DRG-System gleich eingruppiert werden.

Basis-DRG I08 / Eingriffe an den unteren Extremitäten

Die Basis-DRG I08 *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule* ist eine fallzahlstarke Basis-DRG in der MDC 08. Sie wird regelmäßig analysiert und stellte einen Schwerpunkt in der diesjährigen Weiterentwicklung im Themenbereich Unfallchirurgie/Orthopädie dar. So haben Analysen ergeben, dass bestimmte Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung höhere Kosten aufwiesen als andere Fälle in der jeweiligen DRG. Im G-DRG-System 2016 werden die entsprechenden Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter (ab 393 Aufwandspunkte) und aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung (ab 369 Aufwandspunkte) aus unterschiedlichen DRGs der Basis-DRG I08 in der DRG I08A *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit komplexem Mehrfacheingriff oder äußerst schweren CC bei Zerebralparese und mit Osteotomie* [...] sachgerecht abgebildet.

Weiterhin zeigte sich, dass bestimmte Fälle mit unspezifischen Diagnosen für Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen bzw. nach medizinischen Maßnahmen geringere Kosten aufwiesen als andere Fälle in der jeweiligen DRG. Durch eine Anpassung des Gruppierungsalgorithmus werden die entsprechenden Fälle im System 2016 sachgerecht abgebildet. Betroffene Diagnosen sind beispielsweise die *Nicht näher bezeichnete Komplikation durch orthopädische Endoprothese, Implantat oder Transplantat (T84.9)* und die *Krankheit des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, nicht näher bezeichnet (M96.9)*. Vergleichbar war die Situation auch bei bestimm-

ten nicht näher bezeichneten Osteomyelitiden. Für diese Diagnosen fand ebenfalls eine Anpassung der Abbildung im System statt.

Aus dem Vorschlagsverfahren kam der Hinweis, dass bei manchen Operationen, wie beispielsweise einer Großzehenarthrodese, in einigen Fällen Spongiosa vom Beckenkamm verwendet wird und die Füllung der Spongiosaentnahmestelle mit resorbierbarem keramischem Knochenersatz erfolgt. In der Regel wird diese Füllung mit der Prozedur 5-785.3d *Implantation von alloplastischem Knochenersatz, keramischer Knochenersatz, resorbierbar, Becken* verschlüsselt, was typischerweise zu einer Zuordnung des Falls in die Basis-DRG I08 führte. Ohne diese Prozedur wäre der entsprechende Fall beispielsweise in der Basis-DRG I20 *Eingriffe am Fuß* abgebildet worden. Analysen haben ergeben, dass die Abbildung entsprechender Fälle in der Basis-DRG I20 sachgerecht ist. Im G-DRG-System 2016 werden daher Fälle nicht mehr allein aufgrund der Prozedur 5-785.3d oder ähnlicher Prozeduren der Basis-DRG I08 zugeordnet.

Ebenfalls aus dem Vorschlagsverfahren kam der Hinweis, dass bei einer beidseitigen temporären Epiphysiodese an Becken und Femur höhere Kosten zu erwarten seien als bei anderen Fällen in der jeweiligen DRG. Eine umfangreiche Analyse der verschlüsselbaren Lokalisationen für eine temporäre Epiphysiodese ergab, dass die Kosten für die beidseitige temporäre Epiphysiodese am Schenkelhals und am proximalen Femur höher waren als bei anderen Fällen in der jeweiligen DRG. Entsprechende Fälle werden im System 2016 aufgewertet und in der I08G *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur [...]* abgebildet.

Wie in den Vorjahren fanden sich auch Fälle mit Eingriffen am Kniegelenk in der Basis-DRG I08, typischerweise mit geringeren Kosten. Eine OPS-bezogene Neuordnung dieser Fälle entsprechend den geringeren Kosten war jedoch für 2016 überwiegend nicht möglich, da viele der verwendeten unspezifischen OPS-Kodes sowohl bei Fällen mit geringen Kosten als auch bei teuren Fällen verschlüsselt worden sind. Bei den Untersuchungen konnten jedoch Diagnosekodes identifiziert werden, die als Kostentrenner geeignet sind. Zur sachgerechten Abbildung der entsprechenden Fälle wurden bestimmte Diagnosekodes innerhalb der Basis-DRG I08 neu zugeordnet. Dazu zählen beispielsweise:

- Sonstige Meniskusschädigungen, nicht näher bezeichneter Meniskus
- Krankheit der Patella, nicht näher bezeichnet
- Binnenschädigung des Kniegelenks, nicht näher bezeichnet, nicht näher bezeichnetes Band oder nicht näher bezeichneter Meniskus

Basis-DRG I66

Umfangreiche Analysen und komplexe Umbauten betrafen in diesem Jahr auch die Basis-DRG I66 *Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals*. Bei den Untersuchungen zeigten sich insbesondere in der DRG I66B *Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC oder Frakturen an Becken und Schenkelhals* (Version 2015) bestimmte aufwendige und weniger aufwendige Fälle, die nicht sachgerecht abgebildet waren. Zu den weniger aufwendigen Fällen zählen beispielsweise die Fraktur des Os ischium oder Os pubis sowie bestimmte Schenkelhals- und trochantäre Femurfrakturen. Im G-DRG-System 2016 werden die betroffenen Fälle der DRG I66C *Andere Erkrankungen des Bindegewebes, ein Belegungstag* zugeordnet, sofern die Aufenthaltsdauer einen Belegungstag beträgt. Zu den Fällen mit höherem Aufwand in der DRG I66B zählen bei-

spielsweise diejenigen mit Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter ab 197 Aufwandspunkten sowie für intensivmedizinische und aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten. Entsprechende Fälle werden im G-DRG-System 2016 in der DRG I66A *Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196/184/184 Aufwandspunkte* abgebildet.

Eingriffe an Fuß und Sprunggelenk

Die Basis-DRG I20 *Eingriffe am Fuß* ist bereits anhand einer Vielzahl von Attributen ausdifferenziert. In der diesjährigen umfassenden Analyse wurden verwendete Splitkriterien daraufhin untersucht, ob sie noch mit höheren Kosten verbunden sind. Dabei fanden sich insbesondere in den DRGs I20D *Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe, mit bestimmtem Eingriff an mehr als einem Strahl [...]* und I20F *Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit Arthrodesse am Großzehengrundgelenk oder Osteosynthese einer Mehrfragmentfraktur [...]* zahlreiche wenig bis mäßig komplexe Eingriffe, die zu einer Höhergruppierung führten. Angesichts ihrer aktuellen Kostenstruktur wurden die entsprechenden Fälle sachgerecht eingruppiert. Beispiele für die Eingruppierung in die DRGs I20F bzw. I20G *Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne Arthrodesse am Großzehengrundgelenk, ohne Osteosynthese einer Mehrfragmentfraktur [...]* werden im Folgenden genannt:

- Verkürzung bzw. Verlängerung von Sehnen an Mittelfuß und Zehen
- Osteotomie Digitus I bzw. Arthrodesse eines Kleinzehengelenks
- Osteotomie bzw. Doppelosteotomie Os metatarsale I

Aus dem Vorschlagsverfahren kam der Hinweis, dass Fälle mit Entfernung einer Sprunggelenkendoprothese nicht sachgerecht abgebildet seien. Die Analyse der entsprechenden Fälle in den Kalkulationsdaten zeigte, dass die betroffenen Fälle höhere Kosten aufwiesen als andere Fälle der entsprechenden DRG. Im G-DRG-System 2016 werden diese Fälle in die DRG I20F eingruppiert und damit aufgewertet.

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 2016 entsprechend überarbeitet wurden.

Diesjährige Analysen der Daten zeigten, dass nicht operativ behandelte Fälle mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern ab 7 Behandlungstagen innerhalb der MDC 08 ähnliche Kosten aufwiesen. Des Weiteren waren diese Kosten häufig höher als die der anderen Fälle in der entsprechenden DRG. Im Ergebnis wurde für das G-DRG-System 2016 für die entsprechenden Fälle eine neue DRG etabliert: DRG I87Z *Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*.

Aus dem Vorschlagsverfahren kam der Hinweis, die Abbildung von Fällen mit bösartiger Neubildung der Skapula und langen Knochen der oberen Extremität in der MDC 08 in bestimmten Basis-DRGs zu überprüfen. Auf Grundlage der gelieferten Daten erfolgte eine umfangreiche MDC-übergreifende Analyse mit dem Ergebnis der Aufwertung und Neuordnung der betroffenen Fälle mit bösartiger Neubildung der Skapula und langen Knochen der oberen und unteren Extremität in die DRG I13E *Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula [...] oder BNB bestimmter Knochen*.

Untersuchungen der Basis-DRG I28 *Andere Eingriffe am Bindegewebe* zeigten, dass Fälle mit bestimmten Eingriffen geringere bzw. höhere Kosten aufwiesen als andere Fälle in der jeweiligen DRG. Zur sachgerechten Abbildung der betroffenen Fälle wurden die entsprechenden Prozeduren neu eingruppiert, wie beispielsweise die Neurolyse und Dekompression eines Nervs mit Transposition und die radikale zervikale Lymphadenektomie.

Die in Kapitel 3.3.2.9 detailliert dargestellte systematische Analyse der Fälle mit einem Belegungstag führte auch in der MDC 08 zu zahlreichen Anpassungen. Davon sind beispielsweise folgende Basis-DRGs betroffen:

- I08 *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule*
- I10 *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule*
- I27 *Kleinflächige Gewebetransplantationen ohne schwere CC oder Eingriffe am Weichteilgewebe, oder bestimmte bösartige Neubildungen mit bestimmten Eingriffen am Abdomen oder Thorax*
- I28 *Andere Eingriffe am Bindegewebe*
- I69 *Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien oder Muskel- und Sehnenkrankungen bei Para-/Tetraplegie*

Bei den Eingriffen an der Hand besteht bereits eine sehr ausdifferenzierte Abbildung der Fälle, die jährlich weiterentwickelt wird. Zwar war in diesem Themengebiet die Beteiligung im Vorschlagsverfahren in diesem Jahr nicht so hoch wie in anderen Jahren, zusammen mit den internen Analysen konnte jedoch erneut eine Weiterentwicklung erreicht werden, die sich insbesondere auf konkrete Splitparameter bezog. So zeigten Fälle mit bestimmten Eingriffen höhere Kosten als andere Fälle der entsprechenden DRG, was im G-DRG-System 2016 zu einer entsprechenden Höhergruppierung führte. Folgende Prozeduren sind beispielhaft betroffen:

- Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen an fünf oder mehr Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen: Abbildung in der DRG I32C *Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne mehrz. Eingriff [...] mit best. Eingr. od. kompl. Diag.*
- Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen ab drei Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen: Abbildung in der DRG I32D *Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff [...] oder Mehrfacheingriff an 3 Strahlen*
- Plastische Rekonstruktion mit autogenem Material und interligamentärer sowie transossärer Fixation an anderen Bändern der Handwurzelgelenke auch bei einseitigem Eingriff: Abbildung in der DRG I32D

3.3.2.34 Urologie

In der MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane* und in der MDC 12 *Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane* erfolgten diverse Weiterentwicklungen des G-DRG-Systems für 2016 anhand von Vorschlägen aus dem Vorschlagsverfahren und internen Analysen.

Niereninsuffiziente Patienten, die Dialysen erhalten, sind im G-DRG-System 2015 in den Basis-DRGs L60 *Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag*, L61 *Stationäre Aufnahme zur Dialyse*, L71 *Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse* und L90 *Niereninsuffizienz, teilstationär* abgebildet. In diesem Jahr bezog sich ein Vorschlag auf die Streichung der DRG L61Z, die seit Beginn des G-DRG-Systems vorhanden ist. In dieser DRG werden bestimmte Tagesfälle erfasst, die nur zu Dialysezwecken stationär aufgenommen werden. Diese Konstellation tritt jedoch in den Daten des Jahres 2014 nur noch bei einer verschwindend geringen Anzahl von Fällen auf und unterscheidet sich von anderen Tagesfällen mit Dialysen lediglich durch die Art der Kodierung. Daher wurde die DRG L61Z gestrichen und die wenigen Fälle dieser DRG in die DRG L71Z, die hinsichtlich Leistungen und Kosten vergleichbare Fälle enthält, eingruppiert.

Bisher waren in der Basis-DRG L06 Fälle mit kleinen Eingriffen an der Harnblase eingruppiert und nach äußerst schweren CC differenziert. Interne Analysen ergaben, dass Fälle mit wenig komplexen Eingriffen wie beispielsweise dem *Verschluss einer Zystostomie, offen chirurgisch* oder mit bestimmten Injektionsbehandlungen an der Harnblase in der DRG L06A *Kleine Eingriffe an der Harnblase mit äußerst schweren CC* zu hoch bewertet sind. Daher werden Fälle mit ausschließlich wenig komplexen Eingriffen nun in der DRG L06B *Kleine Eingriffe an der Harnblase, ohne bestimmte kleine Eingriffe, ohne äußerst schwere CC* abgebildet. Des Weiteren ging ein Vorschlag einer Fachgesellschaft bezüglich der Basis-DRG L06 ein, in dem beschrieben wurde, dass bestimmte dort abgebildete Eingriffe eher DRGs für aufwendigere Eingriffe zugeordnet werden müssten. Nach Analyse dieses Sachverhalts werden Fälle mit den Prozeduren für Vesikokutaneostomie und für supratrigonale Resektion ohne Ureterneointplantation im G-DRG-System 2016 nun aufwandsgerecht in der DRG L04 *Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, [...]* abgebildet und somit aufgewertet.

In der Basis-DRG L63 sind Fälle mit Infektionen der Harnorgane eingruppiert und durch äußerst schwere CC, verschiedene Alterssplits sowie durch Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern differenziert. Interne Analysen zeigten, dass Fälle mit schweren infektiösen Erkrankungen als Hauptdiagnose (A18.1 *Tuberkulose des Urogenitalsystems*, A98.5 *Hämorrhagisches Fieber mit renalem Syndrom*, N15.10 *Nierenabszess*, N15.11 *Perinephritischer Abszess*) nicht sachgerecht in der DRG L63F abgebildet sind, sodass diese nun in die höher bewertete DRG L63D *Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, [...]* oder bestimmte schwere Infektionen eingruppiert werden.

Aufgrund von internen Analysen wurde die Basis-DRG L64 *Harnsteine und Harnwegsobstruktion oder Urethrastrikturen, andere leichte bis moderate Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag oder Beschwerden und Symptome der Harnorgane oder Urethrozystoskopie* in verschiedenen Punkten modifiziert. Zum einen wurden die Zuordnungskriterien zur DRG L64A präzisiert, sodass nun nur noch Fälle in Verbindung mit einem PCCL > 2 oder mit bestimmten aufwendigen Hauptdiagnosen und mehr als einem Belegungstag oder mit Urethrozystoskopie dort abgebildet sind. Zudem wurde ein Kinder-Alterssplit mit der Bedingung Alter < 14 Jahre eingefügt, um Kinder nun sachgerechter in der DRG L64B darzustellen. Außerdem erfolgte eine systematische

Überprüfung der Tagesfälle mit Abbildung der Fälle innerhalb der Basis-DRG L64 entsprechend ihren Kosten. Somit werden Tagesfälle mit Urethrozystoskopie der DRG L64A, Kinder der DRG L64B und alle anderen Tagesfälle unabhängig von der Hauptdiagnose und bei ähnlichen Kosten der DRG L64C zugeordnet.

Auch in der Basis-DRG L68 *Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane* wurde der bestehende Kinder-Alterssplit von Alter < 6 Jahren analysiert. Als Ergebnis wurde die Altersgrenze dieser Splitbedingung auf Alter < 14 Jahre erhöht, da auch diese Altersgruppe in der Basis-DRG L68 erhöhte Tageskosten aufwies.

Zudem wurden Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter ab 393 und für aufwendige medizinische Komplexbehandlung ab 369 Aufwandspunkten in die Definition der DRG L60A aufgenommen.

Im G-DRG-System 2015 fasst die DRG L12Z Fälle mit *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag* zusammen. In dieser MDC ist die Strahlentherapie-DRG nicht wie in anderen MDCs (beispielsweise MDCs 07, 09, 12, 13) anhand der Anzahl durchgeführter Bestrahlungen differenziert. Interne Analysen zeigten, dass auch in dieser MDC eine Abbildung von Fällen in Abhängigkeit von der Anzahl der Bestrahlungen (> 9 Bestrahlungen) zu einer verbesserten Abbildung aufwendiger Fälle beiträgt. Somit werden die Fälle der DRG L12Z nun in den neuen DRGs L12A *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen* und L12B *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen* differenziert abgebildet.

Seitens einer Fachgesellschaft wurde die Angleichung der Prozedurenkodes für *retroperitoneale bzw. pelvine radikale Lymphadenektomien im Rahmen einer anderen Operation* an die der Prozedurenkodes für *radikale paraaortale bzw. pelvine Lymphadenektomie in Kombination mit anderen Operationen an den Harnorganen* angeregt. Begründet war dieser Vorschlag dadurch, dass die spezifischen Codes für Lymphadenektomien in Kombination mit anderen Operationen an den Harnorganen aus dem OPS Version 2016 entfallen sollten, mit dem Ziel, eine einheitliche Klassifikation zu erreichen. Nach detaillierten Analysen konnte für das G-DRG-System 2016 eine weitestgehende Angleichung der Gruppierungsrelevanz beider Codebereiche bei ähnlichen Kosten umgesetzt werden, sodass die für 2016 erfolgte Streichung aus dem OPS allenfalls minimale Auswirkungen auf die Eingruppierung der entsprechenden Fälle haben wird.

Sowohl in der Basis-DRG L02 *Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters oder Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung mit Multiviszeraler Eingriff oder Verschluss einer Blasenekstrophie* als auch in der Basis-DRG L09 *Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane oder Anlage eines Dialyseshunt*s sind Fälle eingruppiert, die u.a. durch verschiedene Diagnosen bzw. Hauptdiagnosen aus dem Bereich der chronischen Niereninsuffizienz in Kombination mit der Durchführung von Dialysen und durch weitere Prozeduren gekennzeichnet sind. Im G-DRG-System 2016 wurden einige dieser Diagnosen (chronische Niereninsuffizienz Stadium 1 und 2, sonstige und nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz, hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz, hypertensive Herz-/Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz) aus den Splitbedingungen der DRG L02B und der DRGs L09A und L09B gestrichen, da nicht die gleichen hohen Kosten vorlagen wie bei Fällen mit höhergradiger Niereninsuffizienz und Dialysen.

Als Ergebnis weiterer interner Analysen wurden Fälle mit bestimmten Prozeduren, wie beispielsweise Nephrektomien und partielle Resektionen der Niere, innerhalb der Basis-DRG L13 *Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne äußerst schwere CC* aufgewertet und sind nun in die DRG L13B *Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC, mit bestimmtem Eingriff* abgebildet. Zudem zeigte sich, dass Fälle mit der Hauptdiagnose für Orchitis, Epididymitis und Epididymitis mit Abszess nicht sachgerecht in den DRGs M04D *Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, [...], Alter > 2 Jahre* und M04C *Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, [...], Alter < 3 Jahre* abgebildet sind. Daher wurde die Definition der DRG M04B *Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, [...]* um diese Hauptdiagnose erweitert und vergleichbar aufwendige Fälle somit in diese DRG aufgenommen und dadurch aufgewertet.

3.3.2.35 Verbrennungen

Basierend auf Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren wurde im vergangenen Jahr die streitbefangene Kodierung von Verbänden oder Hauttransplantaten aus künstlichem Material bei Verbrennungen untersucht. Im Ergebnis ergab sich in der MDC 22 eine unterschiedliche Gruppierungsrelevanz der temporären Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen für unterschiedliche Materialien ab dem G-DRG-System 2015. Zudem wurden für 2014 neue OPS-Kodes 5-923.a- und 5-923.b- für die *Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, kleinflächig bzw. großflächig* geschaffen. Fälle mit diesen Codes waren nun im Datenjahr 2014 erstmals in den Kalkulationsdaten vorhanden. Die Codes hatten im G-DRG-System 2015 dieselbe Gruppierungsrelevanz wie die Codes 5-923.2- und 5-923.7- *Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, kleinflächig bzw. großflächig*, wobei ebendiese für das G-DRG-System 2015 abgewertet worden waren.

In diesem Jahr erfolgte eine erneute Überprüfung der Fälle mit temporärer Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen. Hierzu wurden auch drei Vorschläge im Vorschlagsverfahren eingereicht, welche die Gruppierungsrelevanz der temporären Weichteildeckung u.a. in Abhängigkeit von Material und Flächigkeit thematisieren. Im G-DRG-System 2016 resultiert daraus eine vollständige Angleichung der Gruppierungsrelevanz der temporären Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen in der MDC 22. Dort führt nun die temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen allein – unabhängig vom Material – in die Basis-DRGs Y02 *Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation oder anderen Eingriffen mit komplizierenden Konstellationen* und Y03 *Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen*.

Routinemäßig wurden zudem alle Kostentrenner wie Alterssplits und komplizierende Diagnosen/Konstellationen in der MDC 22 daraufhin überprüft, ob sie weiterhin einer sachgerechten Vergütung der Fälle dienen: Auf Grundlage der Kalkulationsdaten des Datenjahres 2014 konnten Fälle der Basis-DRG Y03 mit *Komplizierenden Konstellationen I* oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196/184/552 Aufwandspunkte in die Basis-DRG Y02 aufgewertet werden. Zudem wurden bestimmte komplizierende Diagnosen (z.B. die Diagnosen E40-E46 *Mangelernährung* und E50-E64 *Sonstige alimentäre Mangelzustände*) aus den Splitbedingungen der DRGs Y02A *Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation oder anderen Eingriffen bei Sepsis oder mit kompliz. Konst. [...]* und Y02B *Andere Verbrenn. m. Hauttr. od. and. Eingr. [...], m. äuß. schw. CC, kompliz. Diagn., kompl. Proz., Dialyse od. Beatm. > 24 Std.* gestrichen, da sie nicht

mehr mit höheren Kosten verbunden waren. Schwangere Patientinnen zeigten sich hingegen mit hohen Kosten und wurden entsprechend in die DRGs Y02A und Y02B aufgewertet. Als geeignetes Detektionskriterium zeigten sich hierbei die Diagnosekodes O09.- *Schwangerschaftsdauer*, da die Codes Z34 *Überwachung einer normalen Schwangerschaft* und Z35.- *Überwachung einer Risikoschwangerschaft* in den Kalkulationsdaten des Datenjahres 2014 nicht regelhaft vorhanden waren. Für das G-DRG-System 2016 konnte die Bedingung PCCL > 2 aus der Splitbedingung der DRG Y02B gestrichen werden, da sich diese nicht mehr als kostentrennend erwies. Ein Split der bisherigen DRG Y02C mit dem Kriterium Alter < 18 Jahre in die DRGs Y02C *Andere Verbrenn. m. Hauttr. od. and. Eingr. [...], Alter < 18 J.* und Y02D *Andere Verbrenn. m. Hauttr. od. and. Eingr. [...], Alter > 17 J.* dient einer Aufwertung von Fällen mit Verbrennungen oder Verätzungen im Kindesalter. Schließlich verbessert sich im G-DRG-System 2016 die Vergütungssituation der Fälle der DRG Y03B mit schwersten CC (PCCL > 4); sie werden in die DRG Y03A *Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC* aufgewertet.

3.3.2.36 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 2016 zu insgesamt 240 „Kindersplits“ (215 im G-DRG-System 2015). Davon können 79 DRGs als „reine Kindersplits“ bezeichnet werden, was bedeutet, dass in diesen ausschließlich Kinder abgebildet werden. Ein Beispiel für einen neuen Kindersplit ist die Basis-DRG E63. Analysen zeigten höhere Tageskosten für Kinder unter 16 Jahre, sodass die DRG in E63A *Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie [...] Alter < 16 Jahre* und E63B *Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie [...] Alter > 15 Jahre* gesplittet wurde.

In weiteren 161 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

In Bezug auf die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter ergaben sich im Rahmen der systemweiten Analysen zur Abbildung von Fällen mit intensivmedizinischer Behandlung zahlreiche Änderungen. So wurde beispielsweise in der Basis-DRG G36 *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176/1104/1104 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* die Schwelle der notwendigen intensivmedizinischen Aufwandspunkte im Kindesalter von > 1176 auf > 392 abgesenkt. Zugleich wurde die Basis-DRG durch einen zusätzlichen Split von zuvor 2 in jetzt 3 DRGs unterteilt (siehe Abb. 29).

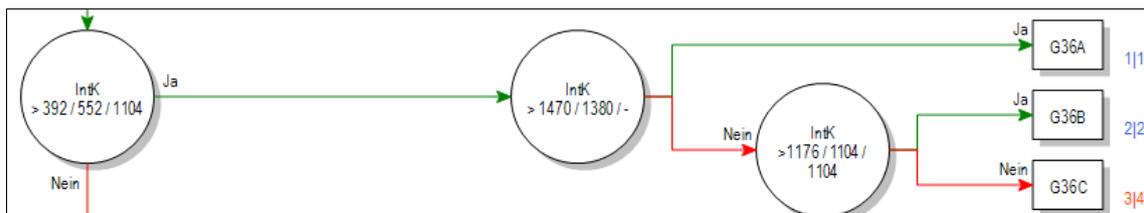


Abbildung 29: Basis-DRG G36 gemäß G-DRG-Version 2016

In der G-DRG-Version 2015 wurden Kinder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung mit mindestens 393 Aufwandspunkten nur in gewissen Konstellationen der DRG G01Z [...] oder bestimmte Eingriffe an den Verdauungsorganen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung >392/-/- Aufwandspunkte zugeordnet. Ab 2016 werden diese Fälle somit generell der Basis-DRG G36 zugeordnet und damit deutlich aufgewertet.

Aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren wurde die Abbildung von Fällen mit *Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit* (1-945) erneut untersucht.

Im Ergebnis fanden sich etwas mehr 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 erneut umfassend vorgestellt, von der Etablierung eines unbewerteten Entgelts für 2016 sahen diese jedoch ab.

Seit letztem Jahr wird die Korrektur einer Wirbelsäulendeformität mit 2 oder mehr extrakoporal expandierbaren Stangen in die DRG I06A *Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit hochkomplexem Korrekturingriff [...]* eingruppiert. Fälle mit nur einer Stange wurden der DRG I10D *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff [...]* zugeordnet. Diese Fälle wurden entsprechend den Kosten in den Kalkulationsdaten aufgewertet und werden ab 2016 in die DRG I09A *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, mit sehr komplexer Osteosynthese [...]* eingruppiert.

Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren folgend, wurde die Abbildung von Kindern mit *Multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus* (8-984) in der Basis-DRG K60 *Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörung* untersucht. Bei einem Alter unter 16 Jahren erfolgte bisher schon die Eingruppierung in die DRG K60A [...], *Alter < 16 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus*. Als identisch hinsichtlich des Kostenaufwandes und der Behandlung wurden Kinder mit einem Alter

von < 18 Jahren beschrieben, die bei Durchführung einer Komplexbehandlung bisher den DRGs K60D und K60E zugeordnet wurden. In einem mehrstufigen Prozess wurde die Abbildung von Kindern mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus derart geändert, dass für Fälle mit einem Alter von < 6 Jahren eine neue DRG K60A geschaffen und diese Fälle damit aufgewertet wurden. Fälle mit einem Alter von 6 bis 17 Jahren werden zukünftig ihren Kosten entsprechend der DRG K60B zugeordnet, was für 16- und 17-jährige ebenfalls einer Aufwertung entspricht. Die Definition der ehemaligen DRGs K60B und K60D wurde verschärft, sodass Fälle mit nur einem Belegungstag abgewertet wurden. Fälle mit Alter < 16 Jahren und einem Belegungstag aus der ehemaligen DRG K60B werden jetzt in die K60D und alle anderen Fälle mit einem Belegungstag in die DRG K60F eingruppiert (siehe Abb. 30).

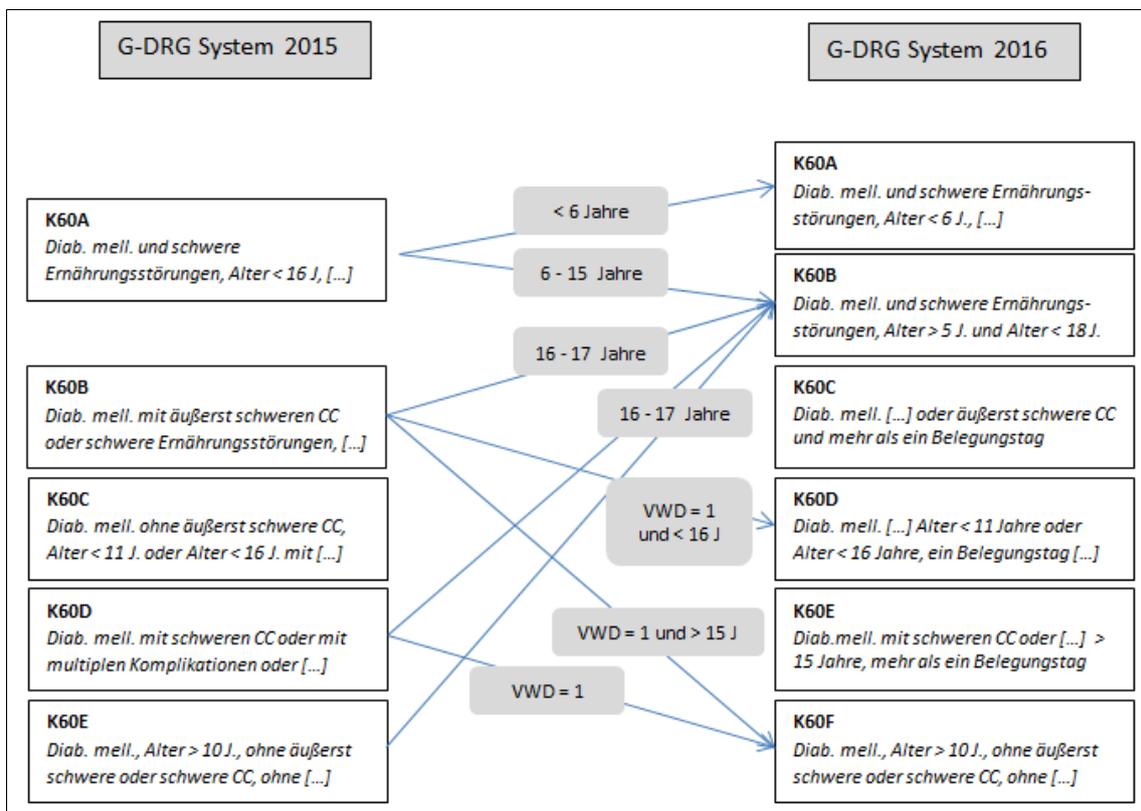


Abbildung 30: Fallwanderung in der Basis-DRG K60 zwischen den G-DRG-Versionen 2015 und 2016. Fälle, die aufgrund der Umbauten wandern, werden mit Pfeilen symbolisiert. Das Textfeld am Pfeil gibt die Attribute der wandernden Fälle an. (VWD = Verweildauer)

Im Bereich der medikamentösen Zusatzentgelte ist die Schaffung einer neuen Kinderdosisklasse bei einem neuen unbewerteten Zusatzentgelt ZE2016-110 Gabe von Tocilizumab, subkutan zu erwähnen. Der OPS Kode 6-005.n0 Tocilizumab, subkutan 162 mg bis unter 324 mg kann nur bei Kindern unter 15 Jahren verschlüsselt werden.

Die Abbildung der Korrektur einer Trichterbrust, die am häufigsten im Jugendlichen- und jungen Erwachsenenalter durchgeführt wird, wurde auf Anregung aus dem Vorschlagsverfahren leicht überarbeitet. Das Verfahren nach Nuss (5-346.a6 Trichterbrust, Korrektur nach D. Nuss) wurde durch Aufnahme in die Splitbedingung für die DRG E06B für die Fälle aufgewertet, die zuvor in die DRG E06C eingruppiert wurden. Hier-

durch werden die Fälle, bei denen eine minimalinvasive Korrektur einer Trichterbrust nach Nuss durchgeführt wird, entsprechend den Kosten sachgerecht abgebildet.

MDC 15 Neugeborene

Mehrere Vorschläge betrafen die Atemhilfe via High-Flow-Nasen-Kanülen (HFNC). In den OPS Version 2011 wurde der Kode 8-711.4 und in den OPS Version 2016 die Codes 8-712.1 und 8-713.0 neu aufgenommen. Somit werden im Datenjahr 2015 erstmals Daten über die Kodierung der HFNC bei Säuglingen vorliegen. Für Kinder und Jugendliche wird eine Kodierung nächstes Jahr möglich sein und eine kalkulatorische Bewertung erstmals für das G-DRG-System 2017.

Aufgrund von externen Hinweisen aus dem Anfrageverfahren wurde die Diagnose für *Epidermolysis bullosa* (Q81.) in den MDCs 9 und 15 aufgewertet. In der MDC 15 wurden diese Codes in die Funktionen *Schweres Problem* bzw. *Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen* aufgenommen, die in mehreren Basis-DRGs der MDC 15 zu einer Aufwertung von Fällen führen. In der MDC 9 wurde die Diagnose *Epidermolysis bullosa* bei Kindern < 10 Jahren in die Splitbedingung für die DRG J61A im Sinne einer Höhergruppierung aufgenommen.

3.3.2.37 Wirbelsäulenchirurgie

In den Vorjahren spielten bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems die operativen Eingriffe an der Wirbelsäule eine bedeutende Rolle und führten zu zahlreichen und umfangreichen Umbauten des Systems. In diesem Jahr gab es erneut etliche Anregungen aus dem Vorschlagsverfahren zu dieser Thematik. Zusammen mit umfangreichen internen Analysen dieses komplexen Themenbereichs führten diese zu einer Vielzahl von Weiterentwicklungen.

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

- Sonstige und nicht näher bezeichnete Inzision von Rückenmark und Rückenmarkhäuten
- Spinale Duraplastik
- Exzision von extraforaminal gelegenem Bandscheibengewebe
- Implantation von Material in einen Wirbelkörper ohne Wirbelkörperaufrichtung (ein und zwei Wirbelkörper)

Aber auch kostenintensivere Verfahren, die einer niedriger gruppierten DRG zugeordnet waren, wurden neu eingruppiert. Hierzu gehörten beispielsweise:

- Verschluss eines Bandscheibendefekts (Anulus) mit Implantat
- Bestimmte Biopsien an der Wirbelsäule

Im Rahmen der umfangreichen internen Analysen der Basis-DRG I10 zeigte sich, dass bestimmte häufige Eingriffe in den DRGs I10D *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit kompl. Eingriff an der Wirbelsäule oder best. Diszitis [...]* und I10E *Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule* ähnliche Kosten verursachten, jedoch in ihrer jeweiligen DRG nicht sachgerecht abgebildet waren. Um eine sachgerechte Abbildung der betroffenen Fälle zu erreichen, wurde eine neue DRG zwischen den DRGs I10D und I10E anhand bestimmter Eingriffe an der Wirbelsäule etabliert. Dadurch wurden die entsprechenden Fälle auf- bzw. abgewertet, je nach ihrer Herkunfts-DRG. Beispiele für betroffene Prozeduren sind:

- Hemilaminektomie an der Lendenwirbelsäule (ein Segment)
- Laminotomie an der Lendenwirbelsäule (zwei Segmente)
- Präparation und Resektion an intraspinalen Blutgefäßen
- Entfernung eines freien Bandscheibensequesters ohne Endoskopie

Zu den regelmäßigen 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. Für das G-DRG-System 2015 wurde dieser Eingriff mit zwei und mehr Implantaten bei entsprechenden Kosten der Fälle der DRG I06A *Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit hochkomplexem Korrekturingriff oder bestimmtem mehrzeitigen Eingriff [...]* zugeordnet. Zudem stellte dieser Eingriff eine Leistung mit NUB-Status 1 dar. In der aktuellen Kalkulation erfolgte erneut eine Überprüfung dieser Leistung, was auch als externer Vorschlag eingegangen war. Die Analyse der Daten zeigte, dass die Kosten für die Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation einer extrakorporal expandierbaren Stange höher waren als andere Fälle in der entsprechenden DRG. Im Ergebnis wird diese Leistung mit Implantation eines Implantats im G-DRG-System 2016 höher eingruppiert und in der DRG I09A *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, mit sehr komplexer Osteosynthese [...]* abgebildet.

Ausgehend von einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren wurde eine umfangreiche Untersuchung von Fällen mit Bandscheibeninfektion durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass Fälle mit bestimmten Bandscheibeninfektionen häufig höhere Kosten aufwiesen als andere Fälle in den betroffenen DRGs. Für eine sachgerechte Abbildung im System 2016 folgte die Eingruppierung der Fälle mit Diagnose für eine nicht näher bezeichnete oder pyogene Diszitis in die DRG I10D. Aber auch nicht operativ behandelte Fälle wiesen vielfach höhere Kosten auf, sodass jene mit einer bestimmten Diszitis oder infektiösen Spondylopathie ebenfalls höhergruppiert wurden. Sie werden im G-DRG-System 2016 in der DRG I68B *Nicht op. beh. Erkr. und Verl. im WS-Bereich [...], ohne Para-/Tetrapl. bei Diszitis* abgebildet.

Ein weiterer umfangreicher Umbau in diesem Jahr betraf die Basis-DRG I06 *Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals*. Hier kam es im Zuge der Umbauten der letzten Jahre zur Abbildung immer weniger Fälle in der DRG I06D *Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff [...]* (G-DRG-System 2015). Zudem passten deren Kostenstrukturen nicht mehr zur Basis-DRG I06. Im Ergebnis wurde die DRG I06D gestrichen und die entsprechenden Fälle sachgerecht der Basis-DRG I28 *Andere Eingriffe am Bindegewebe* zugeordnet.

Aus dem Vorschlagsverfahren kam der Hinweis, dass bei Fällen mit infantiler Zerebralparese in der Basis-DRG I06 vergleichbare Kosten wie bei Fällen mit anderen chronischen Paresen und Plegien zu erwarten sein müssten. Anhand der aktuellen Daten wurde eine umfangreiche Analyse der verschlüsselbaren Formen der infantilen Zerebralparese durchgeführt. Dabei war festzustellen, dass Fälle mit spastischer tetraplegischer Zerebralparese häufig höhere Kosten aufwiesen als andere Fälle in der entsprechenden DRG. Entsprechend werden diese im G-DRG-System 2016 höhergruppiert und in der DRG I06A *Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit hochkomplexem Korrekturingriff oder bestimmtem mehrzeitigen Eingriff [...]* abgebildet.

Ebenfalls aus dem Vorschlagsverfahren kam der Hinweis, dass Fälle mit den Diagnosen Osteochondrose beim Erwachsenen und nicht näher bezeichnete Osteochondrose in ihrer üblicherweise abgebildeten Basis-DRG I69 *Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien oder Muskel- und Sehnenenerkrankungen bei Para-/Tetraplegie* nicht sachgerecht abgebildet sein könnten. Die durchgeführten Analysen zeigten, dass diese Fälle häufig nicht so teuer waren wie andere Fälle in der entsprechenden DRG. Für das System 2016 folgte eine neue Eingruppierung in die Basis-DRG I68 *Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich oder andere Frakturen am Femur*.

3.3.3 Integration neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in das G-DRG-System

In der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2016 ist es erneut gelungen, Leistungen, die in den vergangenen Jahren als noch nicht sachgerecht vergütet identifiziert wurden und u.a. deshalb mit NUB-Status 1 versehen worden waren, in Form von Zusatzentgelten ins G-DRG-System zu integrieren.

NUB-Leistungen, die als Zusatzentgelte abgebildet werden konnten, sind in Tabelle 23 dargestellt.

| NUB-Verfahren | Status 2015 | ZE 2016 | Bezeichnung Zusatzentgelt |
|---|-------------|------------|--|
| Tocilizumab, subkutan | 1 bzw. 2 | ZE2016-110 | Gabe von Tocilizumab, subkutan |
| Nab-Paclitaxel | 1 | ZE2016-111 | Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral |
| Abirateronacetat | 1 | ZE2016-112 | Gabe von Abirateronacetat, oral |
| Cabazitaxel | 1 | ZE2016-113 | Gabe von Cabazitaxel, parenteral |
| Ipilimumab | 1 | ZE2016-114 | Gabe von Ipilimumab, parenteral |
| Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: | 1 | ZE2016-115 | Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Molekulargenetische Identifikation und Herstellung von patientenspezifischen Markern |
| | | ZE2016-116 | Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Patientenspezifische molekulargenetische Quantifizierung |
| Chemosaturations-Therapie mittels perkutaner Leberperfusion | 4 | ZE2015-117 | Chemosaturations-Therapie mittels perkutaner Leberperfusion |

Tabelle 23: Leistungen mit NUB-Status 1 bzw. 4, die ab G-DRG-Version 2016 als Zusatzentgelt abgebildet werden

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 für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden 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 einer „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
- Sortierung der kardiothorakalen und Gefäßeingriffe in die sonst disjunkten DRGs der MDC 15 entsprechend ihren Kosten
- Sortierung aller DRGs für intensivmedizinische Komplexbehandlung ihren Kosten entsprechend in die Abfragereihenfolge der Prä-MDC
- In den MDCs 12 und 13 werden die medizinischen Tumor-DRGs und entsprechende Strahlentherapie-DRGs individuell bei der Sortierung berücksichtigt
- Sortierung der Prä-MDC unter Berücksichtigung der zahlreichen DRG- und MDC-Zuweisungen

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 1,758 ein niedrigeres Relativgewicht als die danach (innerhalb der MDC05 an Position 83) abgefragte DRG F19C *Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre* (RG: 1,880).

| DRG | Parti- tion | Bezeichnung | Bewertungsrelation bei Hauptabteilung | Mittlere Verweil- dauer | Untere Grenzverweildauer | | Obere Grenzverweildauer | |
|------|----------------|--|---|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| | | | | | Erster Tag mit Abschlag | Bewertungs- relation/Tag | Erster Tag zus. Entgelt | Bewertungs- relation/Tag |
| F19A | O | | | | | | | |
| F19B | O | Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen [...], Alter < 16 Jahre | 1,758 | 2,7 | 1 | 0,447 | 6 | 0,163 |
| F19C | O | Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre | 1,880 | 4,7 | 1 | 0,684 | 12 | 0,113 |
| F19D | O | | | | | | | |

Abbildung 31: Ausschnitt aus dem Fallpauschalen-Katalog für 2016

Die Abfrage der F19B vor der F19C hat zur Folge, dass Kinder, die in der Regel eine deutlich geringere Verweildauer als Erwachsene haben (mittlere Verweildauer: F19B 2,7 Tage vs. F19C 4,7 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. 30). 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 der F19C liegen.

3.3.5 Formale Änderungen im Definitionshandbuch

Um die Klassifikation und die Anwendung des G-DRG-Systems zu beschreiben, stellt das InEK das G-DRG-Definitionshandbuch zur Verfügung. Neben der verbindlichen fünfbändigen Vollversion des Definitionshandbuchs wird seit der G-DRG-Version 2006 ergänzend auch eine Kompaktversion veröffentlicht. Diese umfasst nur drei Bände und unterscheidet sich von der Vollversion u.a. dadurch, dass mehrfach in einer MDC verwendete Diagnosen- und Prozedurentabellen nur noch einmal im Handbuch erscheinen. Eine solche Tabelle wird bei der ersten DRG, die über die Codes dieser Tabelle definiert ist, gedruckt. Bei erneuter Verwendung der Tabelle in nachfolgenden DRGs wird dann mit Seitenangabe auf diese Stelle verwiesen. Zudem ändert sich der Name der Tabelle im Vergleich zur Vollversion.

Um eine eindeutige Zuordnung der Kodetabellen zu gewährleisten und Verwechslungen zwischen den Bezeichnungen in der Voll- bzw. der Kompaktversion zu vermeiden, wurden die Tabellenbezeichnungen erstmals für das G-DRG-Definitionshandbuch 2016 unterschiedlich vergeben mit „V“ für die Vollversion und „K“ für die Kompaktversion des Handbuchs (z.B. F73-V1 bzw. F73-K1).

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

3.3.6.1 Anpassungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen

Die ab 1. Januar 2016 gültige ICD-10-GM Version 2016 enthält insgesamt 13.486 terminale Codes und somit 46 Codes mehr als die ICD-10-GM Version 2015 (13.440). Über 98% dieser Codes (13.259) unterscheiden sich weder hinsichtlich des Codes noch hinsichtlich des zugehörigen Textes gegenüber dem Vorjahr.

Der OPS Version 2016 enthält insgesamt 29.769 terminale Codes. Das sind 566 Codes mehr als im OPS Version 2015 (29.203). Die Mehrzahl der Codes (28.518, 96%) 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 2016 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 2016 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 *Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen* (8-810). Diese werden im G-DRG-System 2016 durch neue Codes für höhere Dosisklassen ergänzt. So wird z.B. die Transfusion des rekombinanten Faktors VIII statt mit dem Code 8-810.8q *100.000 Einheiten und mehr* in Zukunft mit den neuen Codes (8-810.8.r bis 8-810.z) detaillierter abgebildet.

Darüber hinaus wurden neue Codes zur Abbildung von Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG in den OPS Version 2016 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 der neue Code in der Kategorie für andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen 8-839.d *Implantation eines strömungsreduzierenden Drahtgeflechts in den Koronarsinus*, der die Abbildung des Drahtgeflechts zur Behandlung der therapieresistenten Angina pectoris ermöglicht.

Weiterhin gibt es neue OPS-Codes zur Abbildung von Medikamenten und Dosisklassen, die ab 2016 im OPS zu finden sind, wie z.B. Codes aus 6-005.m *Applikation von Medikamenten, Liste 5: Tocilizumab, intravenös* zur Definition der Dosisklassen beim Zusatzentgelt ZE157 *Gabe von Tocilizumab, intravenös*.

Entsprechend der Vorgehensweise der Vorjahre wurden auch für 2016 bestehende ICD-Codes differenziert bzw. neue ICD-Codes etabliert, um Unterschiede in Aufwand und Ablauf von Behandlungen darstellbar zu machen. So wurde die Kategorie R19.8 *Sonstige näher bezeichnete Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen*, um neue fünfte Stellen zur Kodierung des Abdominalen Kompartmentsyndroms ergänzt: R19.80 *Abdominales Kompartmentsyndrom* und R.19.88 *Sonstige näher bezeichnete Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen*.

Auf diese Weise wird eine spezifische Verschlüsselung dieser schweren Komplikation gastrointestinaler Erkrankungen und operativer intraabdominaler Eingriffe ermöglicht.

3.3.6.2 Überleitung auf die ab 1. Januar 2016 gültigen Versionen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen

Die Datenbasis, die der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2016 zugrunde liegt, beruht auf medizinischen Daten des Jahres 2014 (Datenjahr 2014). Die Diagnosen wurden dementsprechend mit der ICD-10-GM Version 2014 und die Prozeduren mit dem OPS Version 2014 kodiert.

Nach Abschluss der Weiterentwicklung für das Jahr 2016 stand zunächst die G-DRG-Version 2014/2016 zur Verfügung. Diese Version stellt die erste Übergangsversion dar, die den G-DRG-Algorithmus des Jahres 2016 anhand der im Datenjahr 2014 gültigen Diagnose- und Prozedurenkodes definiert. Zur Nutzung des G-DRG-Systems 2016 für die Gruppierung im Jahr 2016 mit den dann gültigen Leistungsbezeichnern waren zwei weitere Überleitungen des Systems notwendig.

In einem ersten Schritt wurde das G-DRG-System 2014/2016 auf das G-DRG-System 2015/2016 übergeleitet. Die für diesen Zweck notwendige Überleitung der Diagnose- und Prozedurenkodes wurde ausgehend von den Überleitungstabellen, die vom DIMDI zur Verfügung gestellt wurden, durchgeführt. Anhand dieser Informationen konnte jedem der im Jahr 2015 gültigen Diagnosen- oder Prozedurenkodes die Funktion im Gruppierungsalgorithmus zugewiesen werden, die sein „Vorgängerkode“ in der Version 2014 der ICD- bzw. OPS-Klassifikationen im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2016 erhalten hatte. Dabei wurden textliche, inhaltliche und formale Änderungen der Codes sowie Änderungen der Kodierrichtlinien berücksichtigt.

Auf diese Weise entstand die G-DRG-Version 2015/2016. Die umfangreichen Änderungen und Anpassungen, die für diese Version notwendig waren, entsprechen weitestgehend den Änderungen, die bei der Überleitung der Übergangsversion 2014/2015 auf die G-DRG-Version 2015 vorgenommen wurden. Diese sind auch im Abschlussbericht des Jahres 2015 dargestellt. Angeregt auch vom Vorschlagsverfahren, wurden im Vergleich zur Überleitung einige wenige Änderungen vorgenommen. Ein Beispiel ist die Überleitung des in den OPS Version 2015 neu aufgenommenen Codes für *Anatomische (typische) Leberresektion: Trisektorektomie [Resektion der Segmente 1 und 4 bis 8]* (5-502.6) auf den bereits etablierten Code 5-502.3 für *So genannte Trisegmentektomie [Resektion der Segmente 4 bis 8]*. Somit wurde in den G-DRG-Versionen 2015/2016 und 2016 die Gruppierungsrelevanz beider vom Aufwand her vergleichbaren Codes angeglichen.

Im zweiten Schritt wurde, analog zu diesem Vorgehen, die G-DRG-Version 2015/2016 auf die G-DRG-Version 2016 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 2016 auf Basis der Leistungsdaten der Jahre 2014 bzw. 2015 zu führen. Zu diesem Zweck wurden sie bereits vor Veröffentlichung der G-DRG-Version 2016 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“ berücksichtigt werden.

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

3.3.6.3 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 2016 Gültigkeit erhalten, die Funktion zugewiesen, die ihr „Vorgängerkode“ in der Version 2015/2016 hatte. Typischerweise kommt dies bei einer Ausdifferenzierung von Codes vor.

So wird beispielsweise den im Jahr 2016 neu etablierten fünfstelligen Codes aus Q89.0-*Angeborene Fehlbildungen der Milz* und zwar *Splenomegalie*, *Asplenie* oder *sonstige angeborene Fehlbildungen der Milz* die Funktion des im Jahr 2015 gültigen vierstelligen Codes Q89.0 *Angeborene Fehlbildungen der Milz* (siehe Tab. 24) zugewiesen.

| Alter Kode (ICD-10-GM Version 2015) | Neue Codes (ICD-10-GM Version 2016) |
|--|--|
| Q89.0 <i>Angeborene Fehlbildungen der Milz</i> | Q89.00 <i>Angeborene Splenomegalie</i> Q89.01 <i>Asplenie (angeboren)</i> Q89.08 <i>Sonstige angeborene Fehlbildungen der Milz</i> |

Tabelle 24: Differenzierung des ICD-Kodes Q89.0 *Angeborene Fehlbildungen der Milz*

Die neuen Codes wurden gemäß der Überleitungstabelle des DIMDI auf den Vorgängerkode Q89.0 übergeleitet. Konkret bedeutet dies für das G-DRG-System 2016:

In jeder Tabelle des G-DRG-Systems 2015/2016, in welcher der alte ICD-10-Kode Q89.0 verzeichnet ist, wurden für das G-DRG-System 2016 jeweils die neuen Codes 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*

- Andere schwere Erkrankungen des Neugeborenen der Basis-DRGs P05, P66, der DRGs P65C, P67B und P67C
- Erkrankungen des retikuloendothelialen und des Immunsystems der Basis-DRG Q60
- Komplexe Diagnose bei Erkrankung des Immunsystems ohne Gerinnungsstörung der DRGs Q60A bis C
- Tumordiagnosen und angeborene Fehlbildungen der DRGs A09A, A09B, A11C

Darüber hinaus werden die neuen ICD-10-Kodes auch in Bezug auf die CCL-Matrix und die CC-Ausschlüsse wie der „Vorgängerkode“ behandelt.

Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

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

Beispielsweise wurden im Prozedurenkatalog 2016 die Codes für *Rektumresektionen unter Sphinktererhaltung* weiter ausdifferenziert, wobei bestimmte neue Codes für unterschiedliche Arten der Rektumresektion für das Umsteigen vom laparoskopischen auf ein offen chirurgisches Verfahren (*Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch*) etabliert wurden. Laut klassifikatorischer Überleitung des DIMDI sollten diese neuen OPS-Kodes auf die für die jeweilige Rektumresektion unspezifischen Codes („sonstige“) übergeleitet werden. Dies würde in der Gruppierung der entsprechenden Fälle keine Unterscheidung zwischen Fällen, die einen Eingriff mit Anastomose erfordern, und denen mit Enterostoma und Blindverschluss zur Folge haben, wohingegen diese Unterscheidung bei entsprechenden offen chirurgischen Verfahren Auswirkung auf die Gruppierungsrelevanz hat. Um eine vergleichbare differenzierte Gruppierungsrelevanz der neuen OPS-Kodes für *Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Tiefe anteriore Resektion [...]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Anastomose/mit Enterostoma und Blindverschluss* (5-484.*8 und 5-484.*9) mit offen chirurgischen Eingriffen (5-484.*1, 5-484.*2) zu erzielen, wurde von der klassifikatorischen Überleitung des DIMDI abgewichen. Im Ergebnis wurden die neuen Codes 484.*8 und 5-484.*9 auf die bestehenden dem Verfahren entsprechenden offen chirurgischen Codes übergeleitet.

Ein anderes Beispiel stellt die Überleitung der neuen Codes für *Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Portosystemischer Shunt (TIPSS): Perkutanes Anlegen von 2 und mehr ungedeckten/gecoverten Stents* (8-839.89, .8a) dar. Laut klassifikatorischer Überleitung würden diese Codes auf den nicht gruppierungsrelevanten Code 8-839.8x für *sonstiger portosystemischer Shunt (TIPSS)* übergeleitet. Die Neukodes beschreiben die Implantation von zwei und mehr Stents, bedingen somit regelhaft Implantatkosten. Die Codes für *Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Portosystemischer Shunt (TIPSS): Perkutanes Anlegen eines ungedeckten/gecoverten Stents* 8-839.87, .88 sind unterschiedlich gruppierungsrelevant (siehe Kap. 3.3.2.1). Eine einheitliche Überleitung der neuen Codes auf einen nicht gruppierungsrelevanten Code wäre hinsichtlich einer sachgerechten Abbildung nicht korrekt. Darum war ein Abweichen von der reinen klassifikatorischen Überleitung entsprechend der Bauart des Stents (uncovered / covered) erforderlich. Die neuen Codes 8-839.89, .8a wurden auf die Codes 8-839.87, .88 übergeleitet, sodass die Implantation von zwei Stents zumindest in gleicher Weise gruppierungsrelevant ist wie die Implantation eines Stents.

Überleitung unter Anpassung des Gruppierungsalgorithmus

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

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

Ein Beispiel ist die im Sommer für das G-DRG-System 2016 vorgenommene Anpassung der Gruppierungsrelevanz der im OPS Version 2016 nicht mehr gültigen Codes für *Radikale paraaortale oder pelvine Lymphadenektomie in Kombination mit anderen Operationen an den Harnorganen (5-590.6*, 5-590.7*)* an die gruppierungsrelevanten Zusatzcodes für *Radikale (systematische) retroperinale (iliakal, paraaortal, parakaval) oder pelvine Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation (5-407.2, 5-407.3)* (siehe Kap. 3.3.2.34).

Ein weiteres Beispiel mit in diesem Fall nicht vollständig kongruenter Anpassung des Algorithmus nach der Überleitung basiert auf den Änderungen für die Überleitung des ICD-10-GM Version 2014 auf die Version 2015. In der ICD-10-GM Version 2014 wurde der unspezifische Code T79.6 für *Traumatische Muskelischämie* nach Lokalisationen ausdifferenziert (siehe Tab. 24). Dieser Code ist insbesondere für die Funktion „Polytrauma“ relevant. Die Bedingungen der Funktion „Polytrauma“ berücksichtigen die medizinische Definition eines Polytraumas: Die Funktion dient der sachgerechten Abbildung von in der Regel kostenaufwendigen Fällen mit Polytrauma im G-DRG-System. Bei unkritischer Übernahme aller 2015 neu aufgenommenen ICD-Kodes für die *Traumatische Muskelischämie (T79.6*)* in die Tabelle des Vorgängerkodes, d.h. ohne Berücksichtigung ihrer jetzt unterschiedlichen Lokalisationen, gäbe es zum einen sogenannte „falsch-negative“ Fälle (z.B. mit den Diagnosen T79.60 *Traumatische Muskelischämie der oberen Extremität* und T79.62 *Traumatische Muskelischämie des Unterschenkels*), die im medizinischen Sinne – durch Beteiligung von mehr als einer Körperregion – ggf. die Bedingungen für ein Polytrauma erfüllen könnten, aber durch diese unspezifische Gruppierungsrelevanz nicht die Gültigkeitsbedingungen der Funktion „Polytrauma“ erfüllen würden.

Zum anderen wäre durch die Aufnahme der lokalisationsunspezifischen ICD-10-Kodes T79.68 und T79.69 weiterhin ein „falsch-positives“ Ergebnis für die Funktion „Polytrauma“ möglich. Diese bereits beim Vorgängerkode bestehende Problematik würde durch die Ausdifferenzierung ermöglichten, sachgerechteren Abbildung für Fälle mit Polytrauma widersprechen.

| Alter Kode (ICD-10-GM Version 2014) | Neue Kodes (ICD-10-GM Version 2015) |
|--|---|
| T79.6 <i>Traumatische Muskelischämie</i> | <p>T79.60 <i>Traumatische Muskelischämie der oberen Extremität</i></p> <p>T79.61 <i>Traumatische Muskelischämie des Oberschenkels und der Hüfte</i></p> <p>T79.62 <i>Traumatische Muskelischämie des Unterschenkels</i></p> <p>T79.63 <i>Traumatische Muskelischämie des Fußes</i></p> <p>T79.68 <i>Traumatische Muskelischämie sonstiger Lokalisation</i></p> <p>T79.69 <i>Traumatische Muskelischämie nicht näher bezeichneter Lokalisation</i></p> |

Tabelle 25: Differenzierung des ICD-Kodes T79.6 Traumatische Muskelischämie

Daher wurde nach der Überleitung eine dem Inhalt des Kodes entsprechende Anpassung im Gruppierungsalgorithmus vorgenommen. Die Diagnosekodes für *Traumatische Muskelischämie des Oberschenkels und der Hüfte, Unterschenkels bzw. des Fußes* wurden aus der Tabelle für *Schwere Verletzungen der oberen Extremitäten* in die Tabelle für *Schwere Verletzungen der unteren Extremitäten* verschoben. Die Kodes für sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen wurden aus beiden Tabellen gestrichen und nur in der Tabelle für *Verletzung bei Polytrauma* gelassen. Somit erhielten die neuen Kodes entsprechend ihrer Lokalisation und damit inhaltlichen Bedeutung in der Funktion „Polytrauma“ unterschiedliche Gruppierungsrelevanz.

3.3.6.4 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 2016:

- 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 oder bei Erweiterung des Anwendungsbereichs eines alten Kodes auf den Geltungsbereich des G-DRG-Systems dar. Weil Kosteninformationen zu Verfahren bzw. Diagnosen fehlen, die im Jahr der Kalkulationsdatenerhebung noch nicht kodierbar wa-

ren, ist eine Bewertung dieser Leistungen in der Regel nicht möglich. Aktuelles Beispiel sind die in den OPS Version 2016 neu aufgenommenen Codes für die *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern auf einer speziellen oder auf einer nicht speziellen Isoliereinheit* (8-98g.*). Diese Codes sind im G-DRG-System 2016 gültige Prozeduren ohne Gruppierungsrelevanz. Dies betrifft z.B. auch die Codes für die *Pflegebedürftigkeit* (9-984.*), die ab dem Jahr 2016 im DRG-Bereich kodiert werden können.

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

Ein neuer ICD-Kode muss jedoch der Systemlogik folgend mindestens einer DRG der medizinischen Partition einer MDC (oder den unzulässigen Hauptdiagnosen und damit einer Fehler-DRG) zugeordnet werden. Ein Beispiel ist der in der ICD-10-GM Version 2016 neue Kode für *Rekurrente Infektion mit Clostridium difficile* (U69.40). Dieser neue Kode wurde auf den Diagnosekode K93.8 *Krankheiten sonstiger näher bezeichneter Verdauungsorgane bei anderenorts klassifizierten Krankheiten* übergeleitet und wird damit den unzulässigen Hauptdiagnosen der MDC 06 zugeordnet. Dies entspricht auch seiner formalen Funktion in der ICD-10-GM („Sekundärkode“).

Die Codes werden anhand ergänzender Informationen einzelnen DRGs zugeordnet

In den Jahren 2015 oder 2016 neu etablierte ICD-10- und OPS-Codes sind in den regulären Kalkulationsdaten, die dem InEK bei der Entwicklung des G-DRG-Systems 2016 vorliegen, nicht vorhanden. Es ist in bestimmten Fällen jedoch möglich, diese über eine zusätzliche Datenerhebung oder mittels Hilfskonstrukten auf Basis verfügbarer Codes im Rahmen der Kalkulation zu untersuchen und ggf. dennoch eine Zuordnung zu einer DRG zu erreichen. Bei der Entwicklung des Systems 2016 wurde keine dieser zusätzlich erhobenen Informationen in den Gruppierungsalgorithmus integriert.

Die Codes werden inhalts- oder aufwandsähnlichen alten Codes zugeordnet

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

Als Beispiel bietet sich hier die Überleitung der neuen Codes für *Endovaskuläre Implantation, Wechsel oder Entfernung einer parakorporalen pulsatilen Membranpumpe mit integrierter Gegenpulsation zur Kreislaufunterstützung* (8-839.b ff) an. Eine Überleitung gemäß der DIMDI-Liste auf den Kode für *Sonstige therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße* (8-839.x) würde die neuen Codes, die sich auf einen kostenaufwendigen Eingriff beziehen, als im System nicht gruppierungsrelevant darstellen. Durch die abweichende Überleitung der entsprechenden Codes des neu etablierten Codebereichs gegenüber den bereits 2015 gültigen Codes aus dem Codebereich *Endovaskuläre Implantation oder Entfernung einer extrakorporalen Zentrifugalpumpe zur Kreislaufunterstützung* (8-839.a ff) können die Fälle, die diese neuen Codes besitzen, bereits im Jahr 2016 entsprechend der Gruppierungsrelevanz der Vorgängerkodes den DRGs der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* zugeordnet und dementsprechend sachgerechter abgebildet werden.

3.3.7 Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien

Im Rahmen der diesjährigen Überarbeitung der Deutschen Kodierrichtlinien wurde eine weitere Konsolidierung im Sinne von Klarstellungen auf Basis umfangreicher Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2016 und an die Selbstverwaltungspartner und das InEK vorgenommen. Zusätzlich zur Klarstellung und redaktionellen Anpassung einzelner Kodierrichtlinien erfolgte generell eine Anpassung an Änderungen der Diagnosen-/Prozeduren-klassifikation sowie der G-DRG-Klassifikation für 2016.

Im Folgenden einige Beispiele für prägnante Änderungen/Klarstellungen:

- DKR P014o: Aus Tabelle 1, die Beispiele für nicht kodierbare Prozeduren enthält, wurde die Echokardiographie gestrichen, da bestimmte Formen wie beispielsweise die *Komplexe differenzialdiagnostische transthorakale Stress-Echokardiographie (3-031)* oder die *Transösophageale Echokardiographie [TEE] (3-052)* kodiert werden können.
- DKR 1504o: In Beispiel 1 wurde die Nebendiagnose D65.1 *Disseminierte intravasale Gerinnung [DIG, DIC]* ergänzt. Dies resultiert aus einer Änderung in der ICD-10-GM Version 2016 bezüglich der Kodierung von Blutgerinnungsstörungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Zukünftig ist hier eine zusätzliche Schlüsselnummer aus D65–D69 zu benutzen, um das Vorliegen einer Blutgerinnungsstörung in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett anzugeben.
- DKR 1521o: In dieser Kodierrichtlinie wurde klargestellt, dass auch mehr als eine Diagnose aus der hier aufgeführten Liste der Diagnosen, die eine protrahierte Geburt kennzeichnen, angegeben werden kann. Dies kann beispielsweise erforderlich sein, wenn bei einer protrahierten Geburt sowohl die Eröffnungs- als auch die Austreibungsperiode protrahiert verlaufen ist.
- DKR 1917o: In der Vergangenheit führte die Frage, ob bei stationärer Aufnahme wegen einer Blutung unter Einnahme von Antikoagulanzen das konkrete Blutungsereignis nach Lokalisation oder beispielsweise eine Diagnose aus D68.3-*Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper* als Hauptdiagnose anzugeben ist, zu Unsicherheiten. Zur Klarstellung dieser Situation wurde eine Ergänzung dieser DKR inklusive zweier erläuternder Beispiele vorgenommen. Dadurch wird zukünftig gewährleistet, dass die betroffenen Fälle nach der Lokalisation der Blutung in die entsprechende organbezogene MDC eingruppiert werden, in denen auch die ggf. durchgeführten Interventionen oder Operationen spezifisch abgebildet sind. Die folgende Abbildung zeigt dies am Beispiel einer Blutung des Magens unter Einnahme eines Cumarinpräparats gemäß Verordnung. Es wird eine endoskopische Blutstillung durch Injektion von Fibrinkleber vorgenommen. Bei Auswahl der Hauptdiagnose D68.33, die zur Zuordnung des Falles in die MDC 16 *Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems* führt, wäre – im Gegensatz zur Kodierung der Blutung nach Lokalisation als Hauptdiagnose – die durchgeführte Prozedur nicht abgebildet:

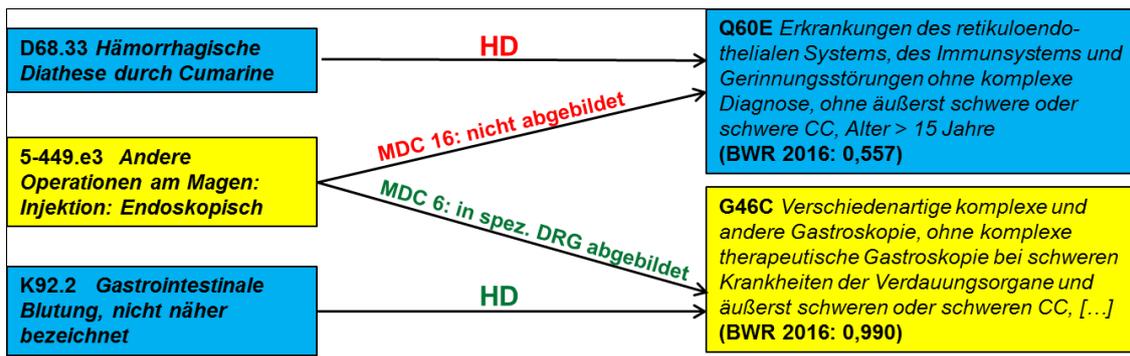


Abbildung 32: Beispiel für die Eingruppierung nach unterschiedlichen Hauptdiagnosen bei Blutung unter Einnahme von Antikoagulanzen

In Anhang B der Deutschen Kodierichtlinien Version 2016 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 2016 umfasst insgesamt 1.220 DRGs. Einen Überblick über die Veränderungen im Vergleich zum G-DRG-System 2016 bietet Tabelle 26:

| | Anzahl DRGs | Veränderung zum Vorjahr |
|---------------------------------------|-------------|-------------------------|
| G-DRG-System 2016 | 1.220 | + 20 |
| davon im Fallpauschalen-Katalog | 1.173 | + 21 |
| davon nicht bewertet (Anlage 3a) | 42 | - 1 |
| davon rein teilstationäre DRGs | 5 | ± 0 |
| davon bewertet (Anlage 1c) | 2 | ± 0 |
| davon explizite Ein-Belegungstag-DRGs | 23 | + 4 |
| davon implizite Ein-Belegungstag-DRGs | 353 | + 7 |

Tabelle 26: Überblick über das G-DRG-System 2016

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

Im Zusatzentgelte-Katalog (FPV 2016 Anlage 2) werden 99 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 97) aufgeführt. Die Anzahl der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (FPV 2016 Anlage 4) liegt bei 80 (Vorjahr: 73).

3.4.1.2 Nicht bewertete DRGs

Im G-DRG-System 2016 ist die Anzahl der als „nicht pauschalierbar“ dargestellten DRGs gegenüber dem G-DRG-System 2015 mit 42 DRGs um eins gesunken (Auflösung der DRG L61Z *Stationäre Aufnahme zur Dialyse*).

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

Die im Vergleich zum Vorjahr unveränderte kritische Gesamtwürdigung kalkulationsrelevanter Aspekte führte im G-DRG-System 2016 dazu, dass sich die 42 in Anlage 3a der FPV 2016 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 ins 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 Anzahl der mit einem Vergütungsbetrag bewerteten Zusatzentgelte in Anlage 2 der FPV 2016 um 2 auf insgesamt 99.

Tabelle 27 zeigt die Anzahl der Zusatzentgelte des G-DRG-Systems 2016 im Vergleich zum G-DRG-System 2015:

| | G-DRG-System 2015 | G-DRG-System 2016 |
|--|----------------------|----------------------|
| Mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte | | |
| Operative und interventionelle Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren) | 37 | 36 |
| Gabe von Medikamenten und Blutprodukten | 56 | 59 |
| Besondere Behandlungsformen | 4 | 4 |
| Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG | | |
| Operative und interventionelle Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren) | 37 | 42 |
| Gabe von Medikamenten und Blutprodukten | 33 | 35 |
| Besondere Behandlungsformen | 3 | 3 |
| Gesamt | 170 | 179 |

Tabelle 27: Vergleich der Anzahl der Zusatzentgelte im G-DRG-System 2015 und 2016

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* (ZE2016-26), die *Versorgung von Schwerstbehinderten* (ZE2016-36) und die *Naturheilkundliche Komplexbehandlung* (ZE2016-40) (jeweils Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG).

Dialysen

Für das Zusatzentgelt ZE01.02 *Hämodialyse, intermittierend, Alter < 15 Jahre* entsprach die Datenbasis aufgrund von Datenproblemen bei den jeweils fallzahlstarken Kalkulationskrankenhäusern nicht den Anforderungen des Regelwerks. Zur Vermeidung einer temporären Verschiebung dieser Leistung zwischen Anlage 2 (bewertet) und Anlage 4 (unbewertet) wurde für die Bewertung der Vorjahreswert unverändert übernommen. Demgegenüber konnte das Zusatzentgelt ZE61 *LDL-Apherese* aufgrund der ausreichenden Datenbasis kalkuliert werden. Anlässlich der uneinheitlichen Datenbasis bleibt das ZE2016-109 *Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran* weiterhin unbewertet.

Verfahren

Im Bereich der Zusatzentgelte für operative, interventionelle und diagnostische Verfahren konnten nach Anregungen im Vorschlagsverfahren und eingehender Analyse der Kalkulationsdaten drei Leistungen, die bisher unter NUB-Status 1 eingestuft waren, als bundesweite unbewertete Zusatzentgelte in den Katalog für 2016 aufgenommen werden:

- ZE2016-115 *Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Molekulargenetische Identifikation und Herstellung von patientenspezifischen Markern*
- ZE2016-116 *Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Patientenspezifische molekulargenetische Quantifizierung*
- ZE2016-117 *Chemosaturations-Therapie mittels perkutaner Leberperfusion*

Bei zwei Verfahren, die bisher als bewertete Zusatzentgelte geführt worden waren, war für 2016 die Bewertung mit einem einheitlichen Entgeltbetrag aufgrund der verfügbaren Datenbasis nicht mehr möglich, sodass diese ab 2016 ebenfalls als unbewertete Zusatzentgelte abgebildet sind:

- ZE2016-118 *Neurostimulatoren zur Hirnstimulation, Einkanalsystem*
- ZE2016-119 *Distractionsmarknagel, nicht motorisiert*

Bei den Neurostimulatoren war maßgeblich, dass nur noch eine sehr kleine Fallzahl in den Kalkulationsdaten vorlag, die eine Bewertung nicht mehr gestattete. Es ist zu beachten, dass die typische Leistung bei der Implantation von Neurostimulatoren zur Hirnstimulation der Einsatz von Mehrkanalsystemen ist, was seit Jahren in der Basis-DRG B21 *Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem* sachgerecht abgebildet ist. Beim Distractionsmarknagel lagen der nicht mehr möglichen Preisermittlung ebenfalls eine sehr kleine Fallzahl sowie die Dominanz nur zweier Krankenhäuser mit sehr unterschiedlichen Kosten zugrunde.

Das Zusatzentgelt für Vagusnervstimulationssysteme (ZE102) konnte hingegen auf Grundlage solider Fallzahlen und einer verbesserten Kodierung nach dem Kriterium mit/ohne Sondenimplantation weiter differenziert werden, ähnlich den bekannten bewerteten Zusatzentgelten für andere Neurostimulationssysteme (siehe Abb. 33):

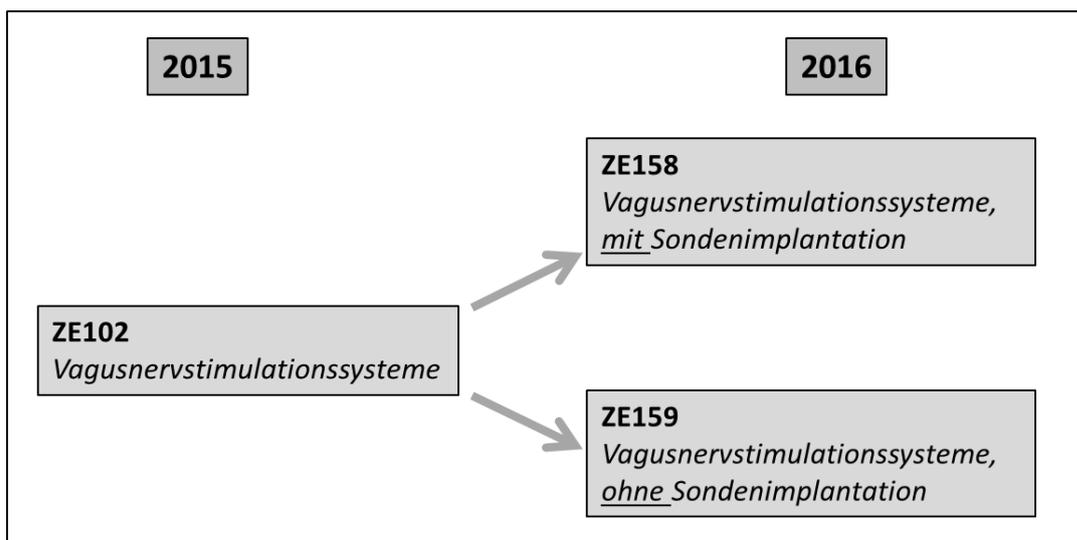


Abbildung 33: Differenzierung des Zusatzentgelts für Vagusnervstimulationssysteme im G-DRG-System 2016

Weiterhin ist anzumerken, dass zwei bestehende Zusatzentgelte um weitere Leistungen ergänzt werden konnten, die nach Analyse von Kosten und Leistungen dieser Fälle über die entsprechenden ZE sachgerecht abbildbar sind:

- Aufnahme der Ballon-Angioplastie an künstlichen Gefäßen (OPS 8-836.0e) in das ZE137 *Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen*
- Aufnahme der hochaufwendigen Pflege von Kleinkindern mit 37–42 Aufwandspunkten (OPS 9-202.00) in das ZE131.01 *Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen* (siehe. Kap. 3.3.2.17)

Alle nicht aufgeführten Zusatzentgelte wurden erforderlichenfalls auf Codes des OPS Version 2016 übergeleitet und auch bei unveränderter Definition auf Grundlage der Kalkulationsdaten des Jahres 2014 neu kalkuliert, sodass sich in jedem Fall veränderte Abrechnungsbeträge ergeben. Auch ohne Veränderungen des Inhalts können Kostenveränderungen im Zeitverlauf sich deutlich auswirken, wie die Entwicklung des Zusatzentgelts 101 seit 2006 besonders eindrucksvoll illustriert (siehe Abb. 34):

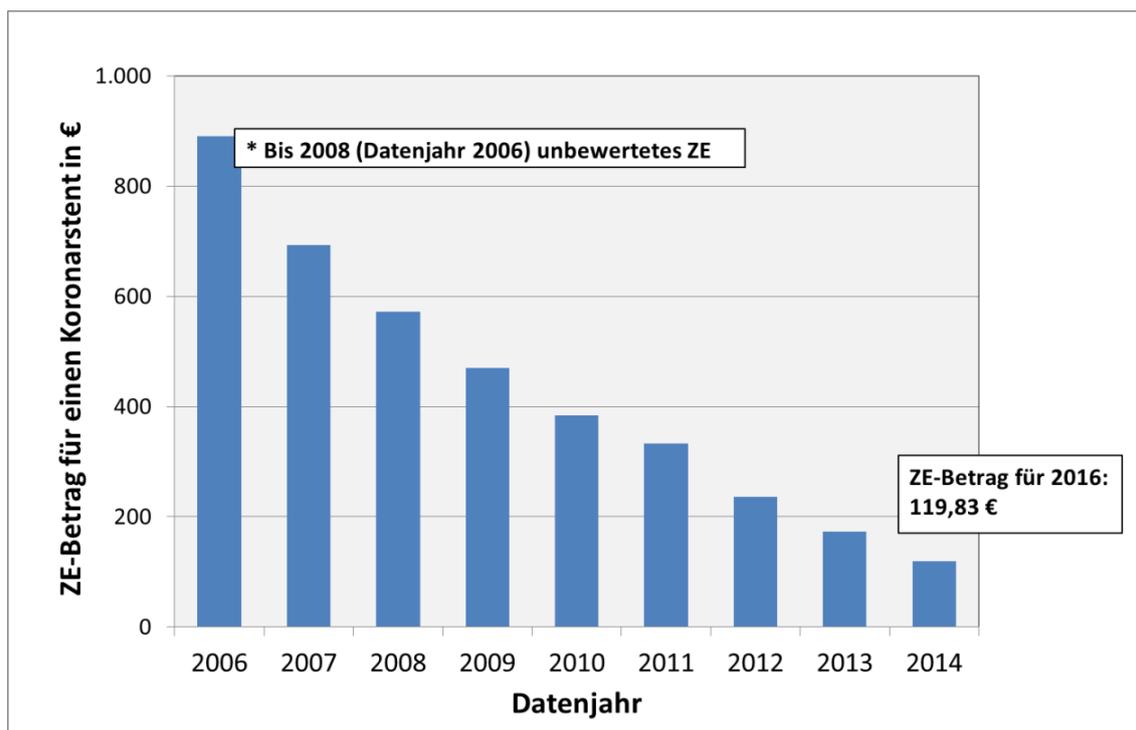


Abbildung 34: Preisentwicklung von ZE101 Medikamente-freisetzende Koronarstents

Medikamente und Blutprodukte

In die Liste der unbewerteten Zusatzentgelte wurden vier neue Zusatzentgelte für Medikamente aufgenommen: ZE2016-111 *Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral*, ZE2016-112 *Gabe von Abirateronacetat, oral*, ZE2016-113 *Gabe von Cabazitaxel, parenteral* und ZE2016-114 *Gabe von Ipilimumab, parenteral*. Diese vier Medikamente hatten für das Jahr 2015 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 2014 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.

Drei Zusatzentgelte für Medikamente, die in den vergangenen Jahren noch unbewertet waren, konnten auf Grundlage des Datenjahres 2014 nun erstmals bewertet werden: ZE154 *Gabe von Eculizumab, parenteral*, ZE155 *Gabe von Ofatumumab, parenteral* und ZE156 *Gabe von Decitabin, parenteral*.

Auf Basis der Anfragen aus dem Verfahren gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG für 2015 (NUB-Verfahren) war bekannt, dass für die Gabe von Tocilizumab (G-DRG-System 2015: ZE129 *Gabe von Tocilizumab, parenteral*) eine subkutane Darreichungsform als Einmal-Fertigspritze im Markt eingeführt worden war. 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

(siehe Tab. 28). Basierend auf den Daten des Jahres 2014 wird die intravenöse Gabe von Tocilizumab zukünftig über das bewertete Zusatzentgelt ZE 157 *Gabe von Tocilizumab, intravenös* abgebildet. Die subkutane Gabe von Tocilizumab wurde dagegen in die Liste der unbewerteten Zusatzentgelte aufgenommen – ZE2016-110 *Gabe von Tocilizumab, subkutan*, da weder entsprechende Leistungs- noch Kostendaten vorliegen.

| Applikationsform | ZE (2016) | ZE-Text | neuer Kode (ab 2016) |
|------------------|------------|----------------------------------|----------------------|
| intravenös | ZE157 | Gabe von Tocilizumab, intravenös | 6-005.m* |
| subkutan | ZE2016-110 | Gabe von Tocilizumab, subkutan | 6-005.n* |

Tabelle 28: Im G-DRG-System 2016 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 die jeweiligen pathogeninaktivierten Konzentrate wurden für den OPS Version 2014 neu etabliert. Damit lagen bei der diesjährigen Weiterentwicklung erstmals reguläre Daten für die Gabe dieser nach Angaben im Vorschlagsverfahren deutlich teureren Konzentrate vor. Aufgrund einer unerwartet geringen Anzahl betroffener Fälle und einer uneinheitlichen Datenlage war eine Kalkulation gesonderter Zusatzentgelte jedoch nicht möglich. Dementsprechend werden die Gaben von pathogeninaktivierten Konzentraten im G-DRG-System 2016 weiterhin über die Zusatzentgelte ZE146 *Gabe von Thrombozytenkonzentraten* bzw. ZE147 *Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten* abgebildet.

3.4.2 Analyse des Pauschalierungsgrades

Die Gesamtzahl der DRGs ist in den letzten drei Jahren (G-DRG-Systeme 2014, 2015 und 2016) von 1.196 auf 1.200 und nun auf 1.220 angestiegen. Parallel dazu verläuft die Entwicklung der Anzahl bewerteter DRGs von 1.148 über 1.152 auf 1.173.

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 die Zunahme der Gesamtzahl der DRGs begründet 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 2014, 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 (siehe Abb. 35).

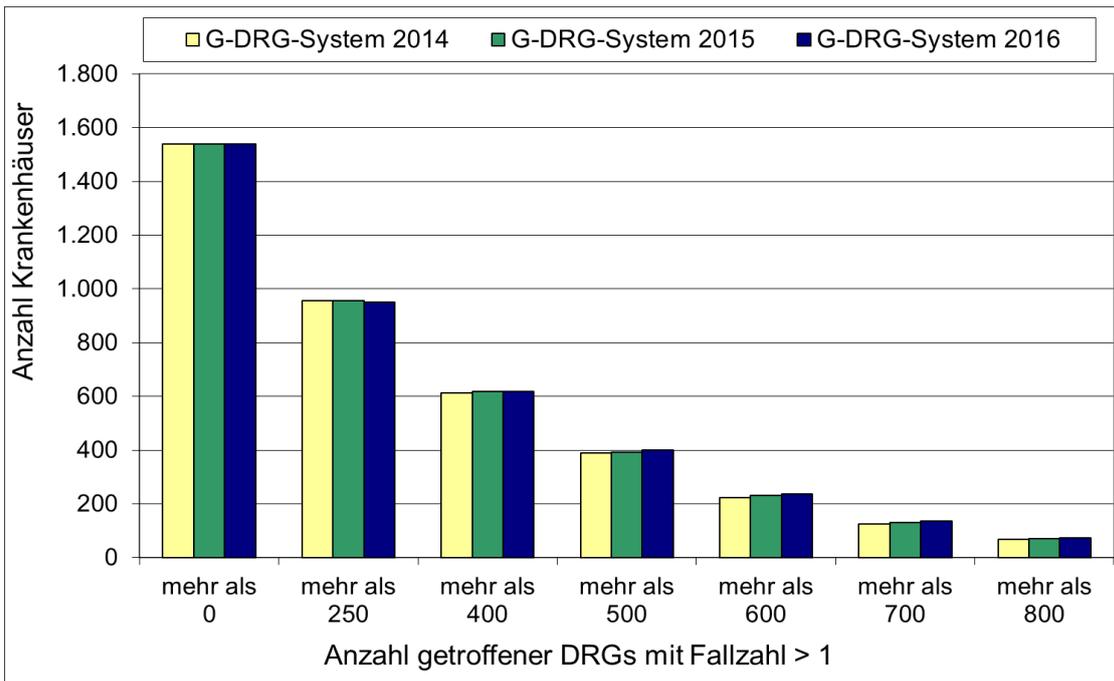


Abbildung 35: Anzahl getroffener DRGs pro Krankenhaus (Fallzahl > 1) für die drei G-DRG-Systeme 2014, 2015 und 2016, Basis: Vollstationäre Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2014

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 ist im Vergleich der drei untersuchten G-DRG-Systeme in etwa gleich (siehe Abb. 36).

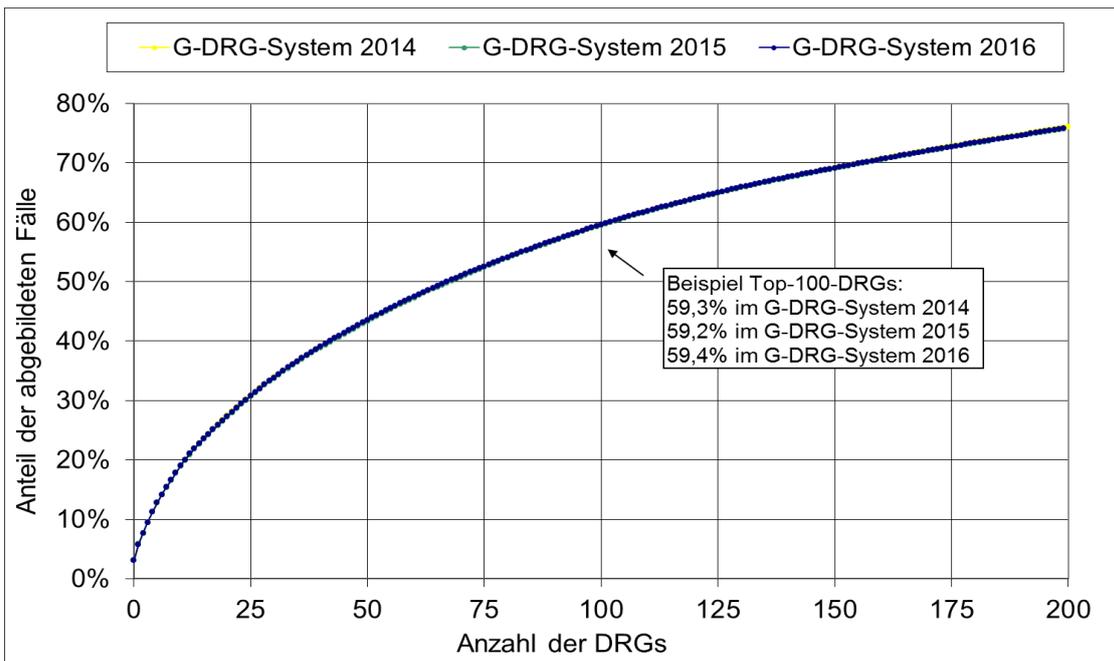


Abbildung 36: Anteil der vollstationären Fälle in den 200 fallzahlstärksten DRGs, G-DRG-Systeme 2014, 2015 und 2016, Basis: Vollstationäre Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2014

In der folgenden Darstellung (siehe Abb. 37) 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 79% aller abrechenbaren Fälle in belegärztlicher Versorgung abgebildet werden. Für einen identischen Abbildungsgrad bei Versorgung in Hauptabteilungen sind etwas mehr als 200 DRGs erforderlich.

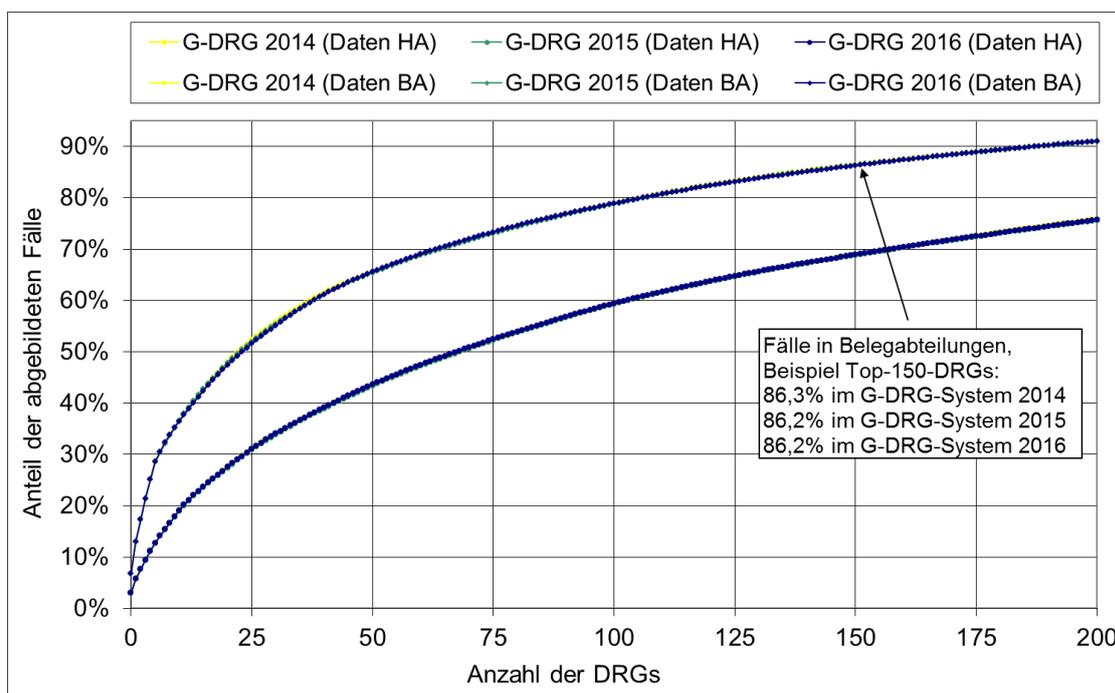


Abbildung 37: Anteil der Fälle in Haupt- und Belegabteilungen in den 200 fallzahlstärksten DRGs, G-DRG-Systeme 2014, 2015 und 2016, Basis: Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2014

Dieses Ergebnis konnte erwartet werden, nachdem die 63 eigenständig kalkulierten Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung insgesamt 62% 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 2015 als auch nach dem G-DRG-System 2016 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 1.130 DRGs im G-DRG-System 2015 bzw. 1.147 DRGs im G-DRG-System 2016 für die Analyse verwendet.

Analyse der Varianzreduktion

Zur Bewertung des G-DRG-Systems 2016 im Vergleich zum G-DRG-System 2015 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 2014 – für alle Fälle und für Inlier – berechnet und einander gegenübergestellt (siehe Tab. 29):

| | G-DRG-System 2015 | G-DRG-System 2016 | Verbesserung (in %) |
|--|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| R ² -Wert auf Basis aller Fälle | 0,7784 | 0,7835 | 0,7 |
| R ² -Wert auf Basis der Inlier | 0,8590 | 0,8628 | 0,4 |

*Tabelle 29: Vergleich der Varianzreduktion R^2 in den G-DRG-Systemen 2015 und 2016
Basis: Datenjahr 2014*

Bezogen auf alle Fälle konnte die Varianzreduktion um 0,7% verbessert werden. Für Inlier wurde ein R^2 -Wert von 0,8628 erreicht. Somit konnte der R^2 -Wert als Maß für die Varianzreduktion auf Basis der Inlier im G-DRG-System 2016 im Vergleich zur Version 2015 um 0,4% gesteigert werden.

Neben der Betrachtung des gesamten G-DRG-Systems kann die Varianzreduktion auch für jede einzelne MDC berechnet werden. In Abbildung 38 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 2016 (linke Skala). Der Index gibt das Verhältnis zwischen der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das G-DRG-System 2016 und der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das G-DRG-System 2015 wieder. Eine Referenzlinie für den Indexwert 100 (rechte Skala) erleichtert den Vergleich.

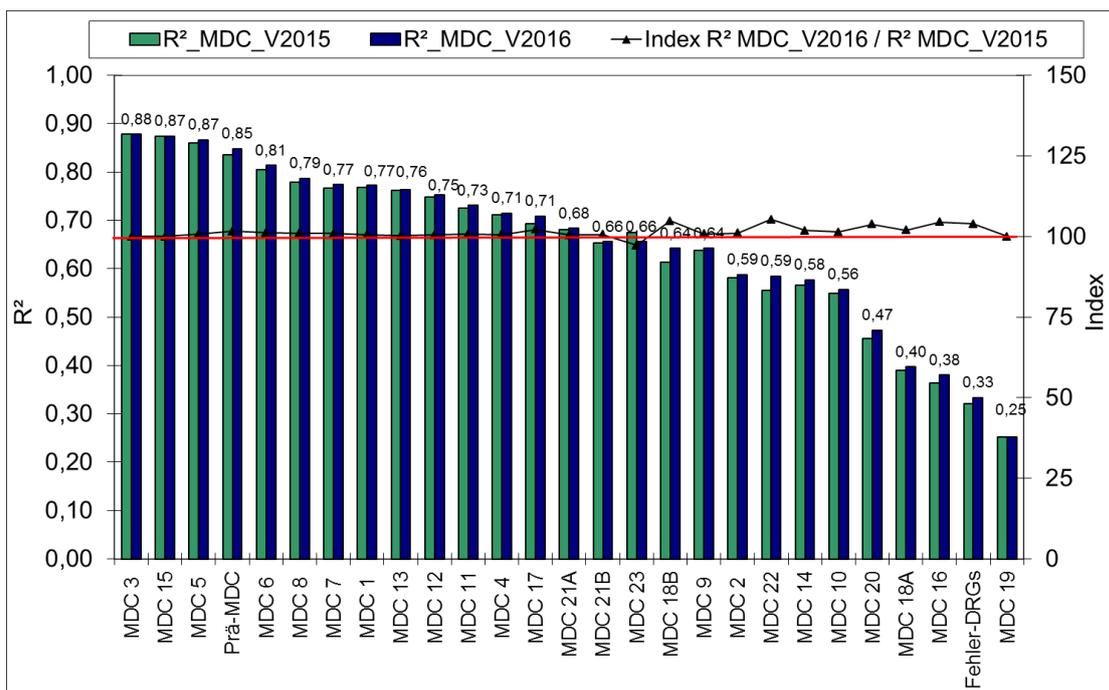


Abbildung 38: R²-Wert je MDC für die G-DRG-Systeme 2015 und 2016, Basis: Inlier (Sortierung nach R²-Wert für G-DRG-System 2016), Datenjahr 2014

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 25 von 27 MDCs eine gleichbleibende oder verbesserte Varianzreduktion im Vergleich des G-DRG-Systems 2016 gegenüber dem G-DRG-System 2015 zu verzeichnen.

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

- MDC 22 *Verbrennungen* (Index 105,3)
- MDC 18B *Infektiöse und parasitäre Krankheiten* (Index 104,8)
- MDC 16 *Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems* (Index 104,5)
- MDC 20 *Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen* (Index 103,8)

Die Varianzreduktion in den MDCs, die in beiden Versionen des G-DRG-Systems knapp die Hälfte der analysierten Fälle stellen (48,7%), hat sich wie folgt verändert:

- MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*: von 0,7682 auf 0,77730 (Index 100,6)
- MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*: von 0,8600 auf 0,8666 (Index 100,8)
- MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*: von 0,8046 auf 0,8138 (Index 101,1)
- MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*: von 0,7794 auf 0,7872 (Index 101,0)

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 2014) für die analysierten DRGs – folgende Situation (siehe Tab. 30):

| Homogenitätskoeffizient Kosten | G-DRG-System 2015 | | G-DRG-System 2016 | | Veränderung des Anteils |
|--------------------------------|-------------------|---------------|-------------------|---------------|---------------------------|
| | Anzahl | Anteil (in %) | Anzahl | Anteil (in %) | |
| <i>Bereich</i> | | | | | <i>Veränderung (in %)</i> |
| unter 60% | 18 | 1,6 | 19 | 1,7 | + 4,0 |
| 60 bis unter 65% | 84 | 7,4 | 77 | 6,7 | - 9,7 |
| 65 bis unter 70% | 373 | 33,0 | 362 | 31,6 | - 4,4 |
| 70 bis unter 75% | 338 | 29,9 | 355 | 31,0 | + 3,5 |
| 75% und mehr | 317 | 28,1 | 334 | 29,1 | + 3,8 |
| Gesamt | 1.130 | | 1.147 | | |

Tabelle 30: Vergleich Homogenitätskoeffizient Kosten für die G-DRG-Systeme 2015 und 2016, Basis: Inlier, Datenjahr 2014

In den beiden Klassen mit den höchsten Homogenitäten („70 bis unter 75%“ bzw. „75% und mehr“) ist ein Anstieg des DRG-Anteils von + 3,5% bzw. + 3,8% 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 39 zeigt den DRG-Anteil in den verschiedenen Klassen für die G-DRG-Systeme 2015 und 2016.

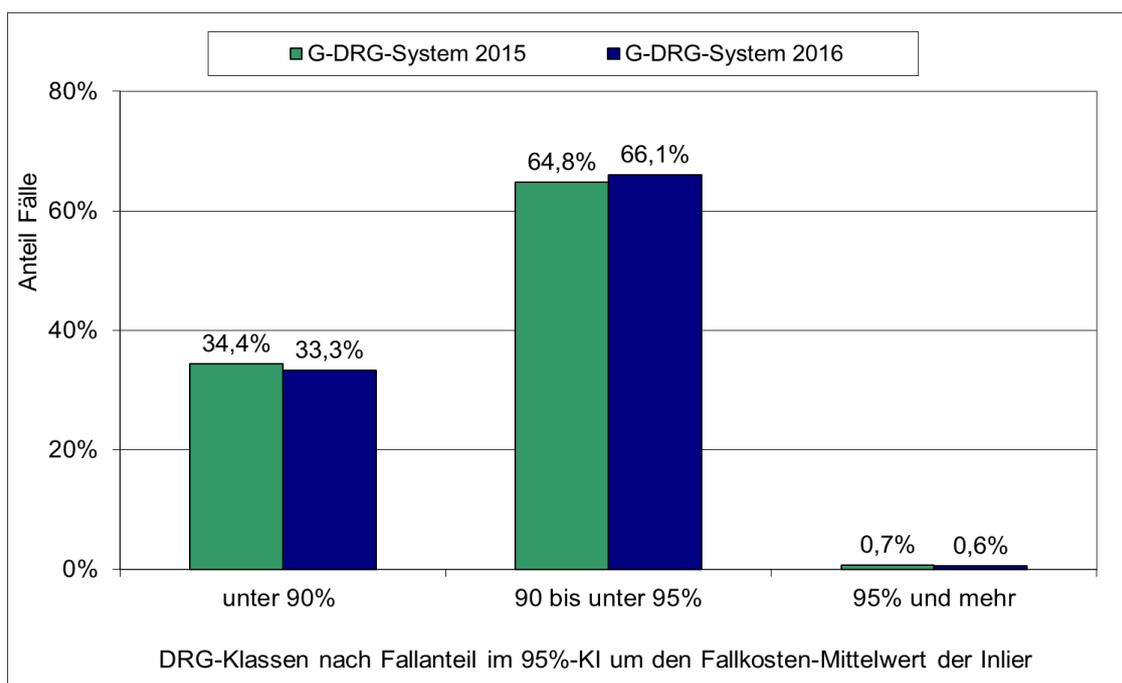


Abbildung 39: Vergleich der DRG-Klassen im 95%-Konfidenzintervall um den Fallkosten-Mittelwert der Inlier für die G-DRG-Systeme 2015 und 2016 bezüglich Fallanteil, Basis: Datenjahr 2014

Beim Vergleich des G-DRG-Systems 2016 mit dem G-DRG-System 2015 ist eine Verschiebung des Fallanteils von der Klasse „unter 90%“ hin zur Klasse „90% bis unter 95%“ festzustellen.

Diese Resultate unterstreichen insgesamt die Kostenhomogenität des G-DRG-Systems 2016.

3.4.4 Analyse der Verweildauer

3.4.4.1 Verweildauervergleich der Datenjahre 2012, 2013 und 2014

Vor der Analyse auf Repräsentativität der Verweildauer wurde die Verweildauer in den Daten gem. § 21 KHEntgG untersucht. Als Analysebasis dienten die aus den Datenjahren 2012, 2013 und 2014 jeweils gemäß G-DRG-Version 2014 gruppierten Fälle in Hauptabteilungen ohne Fälle in nicht bewerteten DRGs (Anlage 3a). Der Analyse lagen rund 17,2 bzw. 17,4 bzw. 17,8 Mio. Fälle zugrunde.

Im Durchschnitt ergab sich in den Daten gem. § 21 KHEntgG ein Verweildauerrückgang von 1,5% vom Datenjahr 2012 zum Datenjahr 2013 sowie ein weiterer Rückgang von 2,2% vom Datenjahr 2013 zum Datenjahr 2014 (siehe Tab. 31).

| Daten gem. § 21 KHEntgG Hauptabteilung | Verweildauer- Mittelwert | Differenz (in Tagen) | Differenz (in %) |
|---|-----------------------------|-------------------------|---------------------|
| Datenjahr 2012 | 6,57 | | |
| Datenjahr 2013 | 6,47 | - 0,10 | - 1,5 |
| Datenjahr 2014 | 6,33 | - 0,14 | - 2,2 |

Tabelle 31: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gem. § 21 KHEntgG, Basis: Datenjahre 2012 bis 2014, Hauptabteilungen, gruppiert nach G-DRG-Version 2014

Betrachtet man nur die Datenjahre 2013 und 2014, ergibt sich bei den 20 häufigsten DRGs, die 26,7% der Fälle in den Daten gem. § 21 KHEntgG des Jahres 2014 repräsentieren, ein Rückgang des Verweildauer-Mittelwerts von 0,16 Tagen bzw. 3,5%.

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 32 dargestellt.

Nach dieser DRG-Filterung ist ein Verweildauerrückgang vom Datenjahr 2013 zum Datenjahr 2014 von 4,2% für Fälle in Hauptabteilungen bzw. 3,4% 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 2012 | 5,80 | | | 4,20 | | |
| Datenjahr 2013 | 5,68 | - 0,12 | - 2,1 | 4,09 | - 0,11 | - 2,6 |
| Datenjahr 2014 | 5,44 | - 0,24 | - 4,2 | 3,95 | - 0,14 | - 3,4 |

Tabelle 32: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gem. § 21 KHEntgG, Basis: Datenjahre 2012 bis 2014, DRGs mit Fallzahl > 20 in Haupt- und Belegabteilung

Im Vergleich zur Gesamtbetrachtung (siehe Tab. 31) beträgt der Mittelwert der Verweildauer für das aktuell vorliegende Datenjahr 2014 für Fälle in Hauptabteilungen nun statt 6,33 nur noch 5,44 Tage. Der Verweildauerrückgang zeigt sich mit nun 4,2% im Vergleich zu 2,2% 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 (siehe Abb. 40) verdeutlicht werden.

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

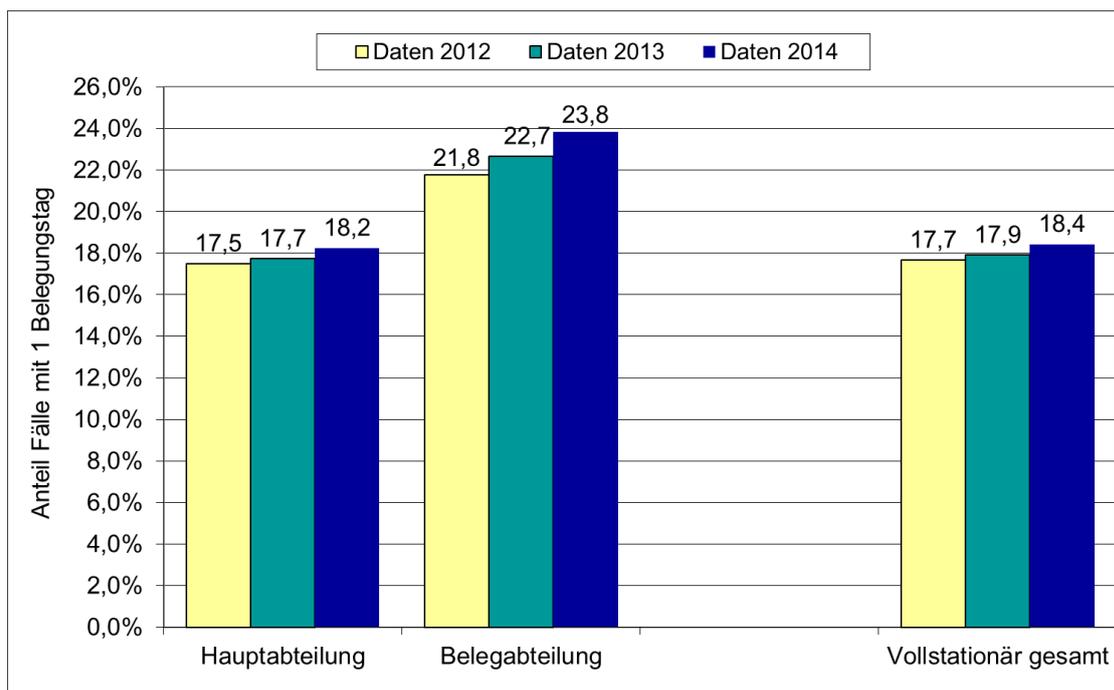


Abbildung 40: Entwicklung des Anteils der vollstationären Fälle mit einem Belegungstag an allen vollstationären Fällen, Basis: Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahre 2012 bis 2014

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 2016 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 22,0 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:

- 23 Ein-Belegungstag-DRGs
- 47 DRGs mit weniger als 30 Fällen
- 5 rein teilstationäre DRGs

Diese Einschränkungen schlossen insgesamt 71 DRGs aus der Analyse aus. Der Analyse lagen somit 1.149 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. 41): Für 908 der 1.149 analysierten DRGs (79%) ist diese geringer als +/- 0,5 Tage, 1.067 DRGs (93%) unterscheiden sich um höchstens +/- 1 Tag und für 1.130 DRGs (98%) beträgt diese gerundet höchstens +/- 2 Tage.

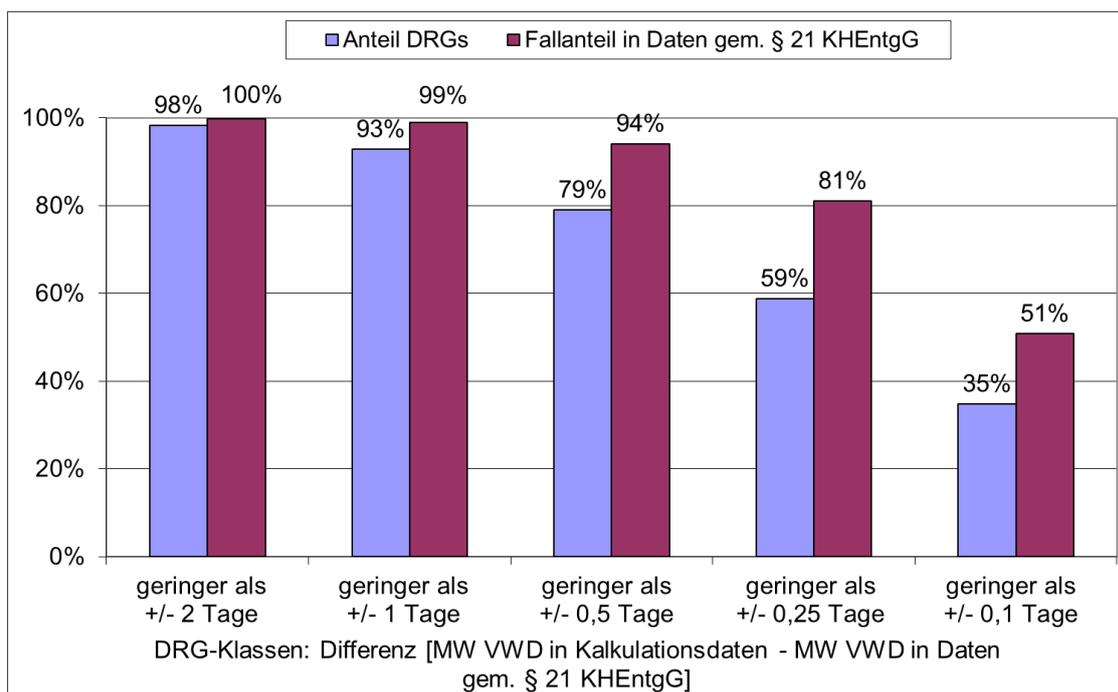


Abbildung 41: Häufigkeitsverteilung Differenzen der Verweildauer-Mittelwerte (Daten der Kalkulationskrankenhäuser – Daten gem. § 21 KHEntgG), getrennt nach DRG- und Fallanteil, Basis: Inlier, Datenjahr 2014

Im Hinblick auf die Fallanteile in den Daten gem. § 21 KHEntgG wird in der Analyse deutlich, dass 81% 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 94% 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 42 dargestellte empirische Häufigkeitsverteilung der Homogenitätsklassen. Die Häufigkeitsverteilungen der Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und der Daten gem. § 21 KHEntgG unterscheiden sich nur geringfügig.

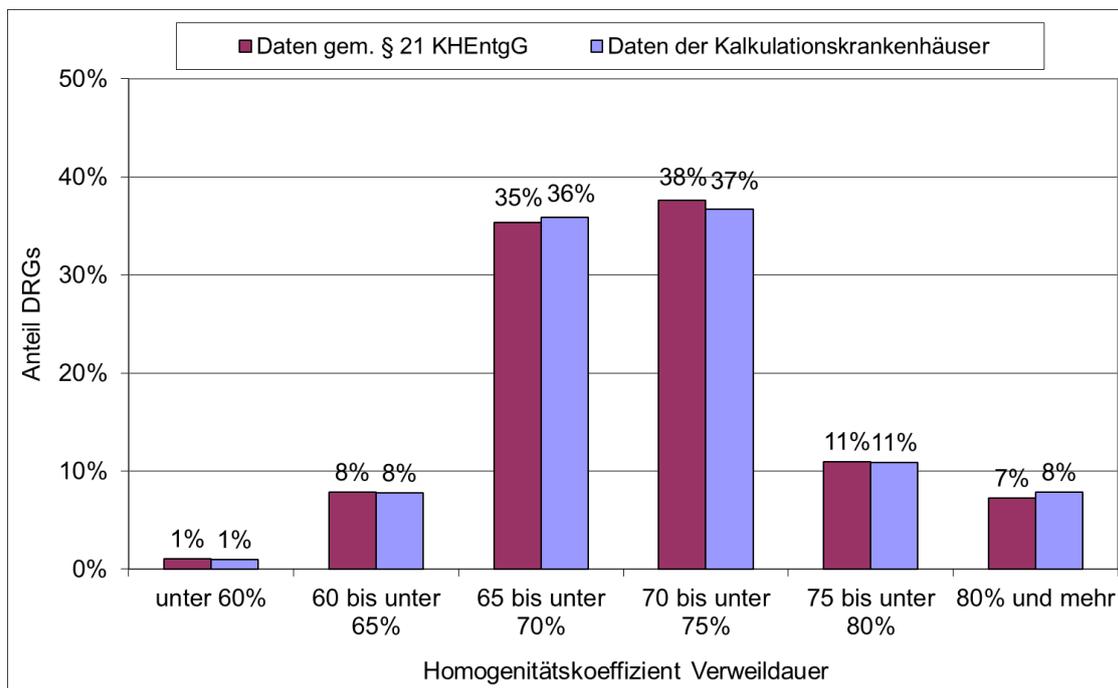


Abbildung 42: Häufigkeitsverteilung der Verweildauer-Homogenitätskoeffizientenklassen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 KHEntgG, Basis: Inlier, Datenjahr 2014

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

Für 1.133 von 1.149 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 1.057 DRGs (92% von 1.149 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 1.149 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 2016 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 Kalkulationsanforderungen und andererseits die Verbesserungen der Kostenrechnung in den Krankenhäusern. Die Ergebnisse der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen der diesjährigen Kalkulationsrunde zeigen noch Verbesserungspotential in der Datenqualität auf. Dieses Potential aufgreifend, werden die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen in der kommenden Kalkulationsrunde kontinuierlich weiterentwickelt. Zur weiteren Verbesserung der Datenqualität wurden in diesem Jahr zahlreiche Nachfragen an die Kalkulationskrankenhäuser gestellt. Damit konnten Kalkulationsfehler identifiziert und beseitigt werden, die sich einfachen Plausibilitätsprüfungen entziehen. Um die Bearbeitung der Nachfragen des InEK in den kommenden Jahren besser zu strukturieren und die Belastung in den Kalkulationskrankenhäusern deutlich zu verringern, werden die Prozesse im InEK weiter verfeinert. Damit sollen beispielsweise mehrere Anfragen zu einem bestimmten Behandlungsfall kanalisiert und wiederholte Anfragen weitestgehend vermieden werden. Durch Vereinheitlichung der Nachfragestruktur lassen sich Synergieeffekte in der Bearbeitung z.B. durch die Möglichkeit der elektronischen Verarbeitbarkeit der Dokumente erzielen.

Weiterentwicklung der Kalkulationsmethodik

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. Vorgesehen ist zukünftig die Aufspaltung der Kostenstellengruppe 11 (Übrige Diagnostik und Therapie) in mehrere Kostenstellengruppen, sodass bestimmte Sachverhalte kostenmäßig besser innerhalb der Kostenmatrix dargestellt werden können. Mit der Aufspaltung der Kostenstellengruppe 11 ginge eine Überarbeitung der entsprechenden Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen einher.

Bereits im Juli 2015 hat das InEK eine Überarbeitung des Kalkulationshandbuchs im Bereich der Kostenstellengruppe 8 (endoskopische Diagnostik und Therapie) angekündigt. Damit haben die Kalkulationskrankenhäuser ausreichend Gelegenheit, sich auf die neuen Anforderungen einzustellen und die internen Kalkulationsprozesse anzupassen. Die Kostenzurechnung der Gemeinkosten für endoskopische Diagnostik und Therapie auf Basis veralteter Leistungskataloge wird mit der Überarbeitung des Handbuchs abgeschafft. Ab dem Datenjahr 2017 ist insbesondere für Leistungen der gastroenterologischen Endoskopie nur noch eine Kostenzurechnung nach der Eingriffszeit (unter Berücksichtigung individueller, ggf. anteiliger Tätigkeitszeiten bei Eingriffen durch mehrere Personen) möglich. In der Übergangsphase wird den Kalkulationskrankenhäusern na-

hegelegt, für die Kostenzurechnung den von der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) bereitgestellten aktuellen Leistungskatalog zu verwenden.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben sich im Rahmen der Beratungen zum G-DRG-System 2016 erneut darauf geeinigt, den Schwellenwert für die Abrechnungsfähigkeit des intrabudgetären Zusatzentgelts ZE20xx-98 für die Gabe von Blutgerinnungsfaktoren für das G-DRG-System 2017 durch das InEK überprüfen zu lassen. Dazu wird die Selbstverwaltung auf Bundesebene eine Methodik zur Bestimmung eines Schwellenwerts konsentieren. Der Übermittlung plausibler Angaben für die Gabe von Blutgerinnungsfaktoren insbesondere im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung kommt damit eine besondere Bedeutung zu.

Abbildung der Fallschwere

Neben der umfangreichen Überprüfung und Anpassung aller bestehenden Komponenten des PCCL-Schweregradsystems, die schon für sich in erheblichem Maße zu einer erheblich präziseren Identifikation von schweren Fällen beitrug, wurden mit einer Ausdifferenzierung des PCCL-Systems „nach oben“ auch neue Abbildungsmöglichkeiten geschaffen: Die Berechnung des PCCL wurde dahingehend angepasst, dass zukünftig der maximale PCCL nicht mehr 4 beträgt, sondern auch PCCL-Werte von 5 oder 6 erreicht werden können. Die Gruppierungsrelevanz höherer PCCL-Werte (5 bzw. 6) stellt im aktuellen G-DRG-System lediglich einen ersten Einstieg dar. Zukünftig ist zu prüfen, ob auch in weiteren Basis-DRGs eine Gruppierungsrelevanz höherer PCCL-Werte zielführend für die Systemverbesserung ist, was nach den ersten Erfahrungen mit dem Instrument der „schwersten CC“ als sehr wahrscheinlich einzuschätzen ist.

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:

275 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 Gabe bestimmter Stammzellen oder Alter < 16 Jahre, mit bestimmter Entnahme oder Stammzellboost |
| A04C | Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, < 16 J., od. GVHD Grad III/IV od. auß. b. Plasmozytom, mit Gabe best. Stammz. od. GVHD III/IV od. HLA-versch., mit best. Entn. od. SZ-Boost, od. m. intensivm. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / 2760 P. |
| A04D | Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, oder außer bei Plasmozytom, HLA-verschieden oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern |
| A04E | Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom |
| A04F | Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, bei Plasmozytom, ohne Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, Alter > 15 Jahre |
| A05A | Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2646 / 2484 / - Aufwandspunkte |
| A05B | Herztransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2646 / 2484 / - Aufwandspunkte |
| A06A | Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2940 / 3680 / 5520 Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| A06B | Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 3680 / 5520 Aufwandspunkte |
| A06C | Beatmung > 1799 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / - Aufwandspunkte |
| A07A | Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und int. Komplexbeh. > 3920 / 3680 / 3680 P. oder mit hochkompl. oder dreizeitigem Eingr. |
| A07B | Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 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 oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2352 / 1932 / 2484 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. Eingr. 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. 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 |
| A11A | Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre |
| A11B | Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit hochkomplexem Eingriff oder Alter < 2 Jahre bei angeborener Fehlbildung |
| A11C | 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. |
| A11D | Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit komplizierender Konstellation und bestimmter OR-Prozedur, Alter > 15 Jahre |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| A13A | Beatmung > 95 Std. mit hochkompl. Eingr. 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. |
| 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 |
| A15B | Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter < 16 Jahre oder bestimmte Entnahme oder Stammzellboost oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte |
| A15C | Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte Entnahme, ohne Stammzellboost oder bei Plasmozytom, mit bestimmter Entnahme oder Stammzellboost oder IntK > 392 / 368 / 368 Punkte |
| A15D | Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom, ohne bestimmte Entnahme, ohne Stammzellboost |
| A17A | Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre oder AB0-inkompatible Transplantation oder schwerste CC |
| A17B | Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre oder ohne AB0-inkompatible Transplantation, ohne schwerste CC |
| A18Z | Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion |
| A36A | Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 1104 / 1656 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 P. bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen |
| A36B | Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 und < 981 / 1105 / 1657 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder komplizierende Konstellation bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen |
| A42A | Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie oder mit schwersten CC, Alter > 15 Jahre |
| A42B | Stammzellentnahme bei Eigenspender, Alter < 16 Jahre |
| A42C | Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| 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 |
| 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, mehr als 8 Bestrahlungen, bei bestimmter Neubildung oder mit schwersten CC, oder mit bestimmtem kompl. Eingriff bei Neubildung oder int. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P., Alter < 6 J. oder mit schwersten CC |
| B02B | Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, mehr als 8 Bestrahlungen oder mit bestimmtem komplexen Eingriff bei Neubildung oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte |
| B02C | Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, mit bestimmtem komplexen Eingriff außer bei Neubildung oder Alter < 6 Jahre oder mit bestimmtem Eingriff, Alter < 18 Jahre oder mit bestimmten komplizierenden Faktoren |
| B02D | Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte komplizierende Faktoren |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| B03Z | Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit schweren CC oder mit intraoperativem Monitoring od. Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie oder nicht akuter Para- / Tetraplegie mit auß. 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. |
| B20A | Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 16 Jahre |
| B20B | Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre oder ohne bestimmte komplexe Prozedur, 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 oder ohne bestimmte komplexe Prozedur, 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 Punkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder bestimmte hochaufwendige Implantate |
| B66A | Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder mit komplizierender Konstellation |
| B66C | Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| 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 |
| 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 |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| 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 hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane |
| E60A | Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC |
| E60B | Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC |
| F03A | Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie oder bestimmter Zweifacheingriff |
| F03B | Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, mit Dreifacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie oder intensmed. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte |
| F03C | Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompl. Konstellation, Alter > 0 Jahre, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, ohne intensmed. Kompl. > 392 / 368 / - Punkte, mit Zweifacheingriff oder bei angeb. Herzfehler, mit komplexem Eingriff |
| F03D | Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 0 J., ohne Eingr. in tiefer Hypothermie, ohne IntK > 392 / 368 / - P., mit Zweifacheingr. od. kompl. Eingr. od. bei Endokarditis od. bei angeb. Herzfehler, Alter < 16 J. |
| F03E | Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, ohne IntK > 392 / 368 / - P., Alter > 15 J., mit Zweifacheingr. od. kompl. Eingriff od. bei Endokarditis od. bei angeb. Herzfehler |
| F03F | Herzklappeneingr. mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompl. Konst., ohne Eingr. in tiefer Hypoth., ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne Dreifach- / Zweifacheingr., außer bei angeb. Herzfehler, ohne kompl. Eingr., 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 |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| F06A | Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte |
| F06B | Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte |
| F06C | Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit kompl. Konstellation oder IntK > 392 / 368 / - P. oder Karotiseingriff oder bei Infarkt oder mit Reoperation oder mit invasiv. kardiolog. Diagnostik, mit intraoperativer Ablation |
| F06D | Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne kompl. Konstellation, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne Karotiseingriff, mit invasiv. kardiolog. 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 |
| F30Z | Operation bei komplexem angeborenen Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern |
| F36A | Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte |
| F36B | Intensivmedizinische Komplexbeh. bei Krankh. u. Störungen des Kreislaufsystems m. kompliz. Faktoren, > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. mit best. OR-Proz. od. > - / - / 552 P. mit best. Ao.stent, od. minimalinv. Eingr. an mehr. Herzklappen |
| F36C | Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > - / - / 552 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne bestimmten Aortenstent, oder bestimmter mehrzeitiger komplexer Eingriff |
| F42Z | Operation b. kompl. angeb. Herzfehler, Hybridchirurgie, best. Herzklappeneingriffe od. and. Eingriffe m. Herz-Lungen-Maschine m. invas. kardiolog. Diagnostik bei Kindern od. best. rekonstruktive Gefäßeingriffe oh. Herz-Lungen-Maschine m. kompl. Eingriff |
| F43A | Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte |
| G01Z | Eviszeration des kleinen Beckens |
| G15Z | Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff |

| 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 hochaufwendiges 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 |
| G36C | Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / - Aufwandspunkte und < 1177 / 1105 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane |
| G38Z | Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane oder mehrzeitiger komplexer Eingriff am Gastrointestinaltrakt und anderem Organsystem |
| H01A | Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, mit komplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte |
| H01B | Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, ohne komplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte |
| 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 |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| H38Z | Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas |
| H61B | Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose, Alter < 17 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 |
| I26Z | Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe- / Hauttransplantation |
| I32A | Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Eingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwendigem rekonstruktiven Eingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochentx. bei Pseudarthrose der Hand |
| I37Z | Resezierender Eingriff am Becken bei bösartiger Neubildung des Beckens oder Mehretageeingriffe an der unteren Extremität |
| I39Z | Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 8 Bestrahlungen |
| I54Z | Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 9 Bestrahlungen bei bösartiger Neubildung |
| I65A | Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit hochkomplexer Chemotherapie |
| I65B | Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie |
| I95Z | Implantation einer Tumorendoprothese oder Knochentotalersatz am Femur |
| I97Z | Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe |
| I98Z | Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe |
| 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 |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| J18Z | Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag |
| J35Z | Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma |
| J61A | Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre oder mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Hautulkus bei Para- / Tetraplegie oder hochkomplexe Diagnose oder Epidermolysis bullosa, Alter > 10 Jahre |
| 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, bei bösartiger Neubildung |
| K15D | Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie, außer bei bösartiger Neubildung |
| K15E | Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie |
| K33Z | Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten |
| K38Z | Hämophagozytäre Erkrankungen |
| 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 |
| L12A | Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen |
| L12B | Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen |
| L33Z | Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| 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, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraleingriff |
| 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 best. op. Eingriff bei Krankheiten u. Störungen der weibl. Geschlechtsorg. od. Beckenevisz. bei der Frau u. radikale Vulvektomie od. best. Lymphadenekt. mit äuß. schw. CC, mit kompl. Eingriff od. kompliz. Konstellation |
| O01A | Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen (SSW) oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Mehrlingschwangerschaft |
| O01C | Sectio caesarea mit mehreren kompliz. Diag., Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 SSW, oh. best. kompliz. Faktoren od. mit kompliz. Diag., bis 25 SSW od. mit Tamponade einer Blutung od. Thromboembolie in Gestationsperiode m. OR-Proz., oh. äuß. schw. CC |
| O60A | Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Konstellation |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| 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 |
| 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 |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| 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 |
| 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 |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| 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 |
| Q63A | Aplastische 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 oder ohne äußerst schwere CC, mit aufwendigem Eingriff an der Wirbelsäule |
| 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 |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| 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 |
| R13A | Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation |
| R13B | Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation |
| 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 oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder schwersten CC |
| R60C | Akute myeloische Leukämie mit int. Chemoth., äuß. schw. CC od. kompl. Diagnostik b. Leuk. od. mit mäß. kompl. Chemoth. mit best. kompliz. Faktoren od. mit äuß. schw. CC mit kompl. Diagnostik od. KomplBeh. MRE mit Dial. od. äuß. schw. CC od. schwerste CC |
| R60D | Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth., ohne kompliz. Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimpl., oh. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - AufwP., oh. äuß. schwere CC, oh. kompl. Diagnostik b. Leukämie od. mit Dialyse od. äußerst schweren CC |
| R60E | Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC oder mit lokaler Chemotherapie oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| 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 oder schwersten CC |
| R61B | Lymphom und nicht akute Leukämie mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimpl., mit äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, od. mit äuß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, mit kompl. Diagnostik bei Leukämie od. mit schwersten CC |
| R61C | Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation oder Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, Alter < 16 Jahre |
| R61D | Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äuß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie, ohne schwerste CC |
| R61E | Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplant. oder Komplexbeh. bei multiresistenten Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre |
| R61F | Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne kompliz. Konstellation, ohne Agranul., ohne Portimpl., ohne Komplexbeh. MRE, ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie, ohne äuß. schw. CC, mit kompl. Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter < 16 Jahre |
| R61G | Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne kompliz. Konstellation, ohne Agranul., ohne Portimpl., ohne Komplexbeh. MRE, ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie, ohne äuß. schw. CC, mit kompl. Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter > 15 Jahre |
| 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 Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC |
| R63C | Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC |
| R63D | Andere akute Leukämie mit intensiver oder mäßig kompl. Chemoth., mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit lokaler Chemoth., mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranulozytose od. Portimplantation oder mit äuß. schw. CC |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| R63E | Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit intensiver oder mäßig komplexer Chemotherapie, mit äußerst schweren CC oder mit lokaler Chemotherapie, mit schwersten 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 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, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte |
| T36Z | Int. Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandsp. bei infektiösen und parasitären Krankheiten od. OR-Proz. b. inf. u. paras. Krankh. m. komplexer OR-Proz., kompliz. Konst. oder bei Zust. N. Organtranspl. mit int. Komplexbeh. > 392 / 368 / - Aufwandsp. |
| T60A | Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte |
| T60B | Sepsis mit kompliz. Konst. od. b. Z. n. Organtranspl., oh. äuß. schw. CC, oh. int. Komplexbeh. > 392 / 368 / - Aufwandsp. od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z. n. Organtranspl., m. kompl. Diagn. od. auß. schw. CC, Alter < 16 J. od. m. Para- / Tetraplegie |
| T63A | Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| T64A | Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter < 16 Jahre |
| W01B | Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder bestimmten Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552, ohne Frührehabilitation, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung oder mit IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte |
| W01C | Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder bestimmten Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552, ohne Frührehabilitation, ohne Beatmung > 263 Stunden, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte |
| W36Z | Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta |
| X07A | Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers |
| X33Z | Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten |
| Y02A | Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation oder anderen Eingriffen bei Sepsis oder mit kompliz. Konst., hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte |
| Y03A | Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC |

Tabelle A-2:

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

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| 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 |
| 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, ohne beidseitige Eingriffe an Augen und Tränenwegen |
| 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 |
| D13B | Kleine Eingriffe an Nase, Ohr und Mund ohne komplizierende Diagnose |
| D22B | Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik |
| D28Z | Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| D30A | Tonsillektomie außer bei bösart. Neubildung oder versch. Eingr. an Ohr, Nase, Mund u. Hals ohne äuß. schw. CC, mit aufw. Eingr. od. Eingr. an Mundhöhle u. Mund außer bei bösart. Neub. oh. Mundboden- od. Vestib.plastik, Alter < 3 J. od. mit kompl. Diagn. |
| D30B | Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen 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 |
| G67C | Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC |
| I10E | Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule |
| I10F | Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne bestimmte 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 | 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. |
| 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 |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| I27D | Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen ohne best. Diagnose und best. Eingriff, ohne äußerst schweren CC, ohne schwere CC, außer bei BNB, ohne best. Eingriff am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag |
| 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, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur |
| L06B | Kleine Eingriffe an der Harnblase, ohne bestimmte kleine Eingriffe, 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. |
| 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, ohne bestimmte schwere Infektionen, Alter > 5 und < 90 Jahre |
| L64A | Harnsteine und Harnwegsobstruktion mit äußerst schweren oder schweren CC oder Urethrastriktor, andere leichte bis moderate Erkrankung der Harnorgane, bestimmte Beschwerden und Symptome der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie |
| L64C | Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Urethrastriktor, andere leichte bis moderate Erkrankung der Harnorgane, bestimmte Beschwerden und Symptome der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 13 Jahre |
| M02B | Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| M04D | Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte Eingriffe an der Prostata, ohne bestimmten Eingriff am Hoden, ohne Orchitis mit Abszess, Alter > 2 Jahre |
| N05B | Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne Verschluss einer vesikovaginalen Fistel |
| N06Z | Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen |
| N07Z | Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien 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 weibl. Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder bestimmte selektive Gefäßembolisation |
| N21Z | Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder komplexe Myomenukleation |
| O01E | Sekundäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose |
| O01F | Primäre Sectio caesarea ohne äuß. schwere CC, mit komplizierender oder komplexer Diagnose oder Schwangerschaftsdauer 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 oder Schwangerschaftsdauer bis 33. vollendete Wochen |
| O60D | Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen |
| O65B | Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff, mehr als ein Belegungstag |
| 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) |

| DRG | DRG-Text |
|------------|---|
| 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 |

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: „Abwertung in < 3 Basis-DRGs“, „Abwertung in 3-9 Basis-DRGs“, „Abwertung in 10-29 Basis-DRGs“ und „Abwertung in mindestens 30 Basis-DRGs“ kurz als „Abwertung“ bezeichnet, obgleich es sich nicht um eine generelle Abwertung handelt. Ebenso wird sowohl die Kategorie „Auf- und Abwertung je nach Basis-DRG“ kurz als „Auf- und Abwertung“ bezeichnet, als auch die Kategorie „global aus der CCL-Matrix gestrichen“ mit „Streichung“ abgekürzt. Die ausführlichen Kategorien sind in der veröffentlichte „Übersicht CCL-Matrix-Änderungen“ auf der Internetseite des InEK (www.g-drg.de) zu finden.

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|--------------------|
| A02.0 | Salmonellenenteritis | Abwertung |
| A02.1 | Salmonellensepsis | Abwertung |
| A04.3 | Darminfektion durch enterohämorrhagische Escherichia coli | Abwertung |
| A04.7 | Enterokolitis durch Clostridium difficile | Auf- und Abwertung |
| A04.9 | Bakterielle Darminfektion, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| A08.0 | Enteritis durch Rotaviren | Abwertung |
| A08.1 | Akute Gastroenteritis durch Norovirus [Norwalk-Virus] | Abwertung |
| A09.0 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs | Abwertung |
| A15.0 | Lungentuberkulose, durch mikroskopische Untersuchung des Sputums gesichert, mit oder ohne Nachweis durch Kultur oder molekularbiologische Verfahren | Abwertung |
| A16.8 | Sonstige Tuberkulose der Atmungsorgane ohne Angabe einer bakteriologischen, molekularbiologischen oder histologischen Sicherung | Abwertung |
| A16.9 | Nicht näher bezeichnete Tuberkulose der Atmungsorgane ohne Angabe einer bakteriologischen, molekularbiologischen oder histologischen Sicherung | Abwertung |
| A32.7 | Listeriensepsis | Abwertung |
| A39.2 | Akute Meningokokkensepsis | Abwertung |
| A39.4 | Meningokokkensepsis, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| A39.8 | Sonstige Meningokokkeninfektionen | Abwertung |
| A39.9 | Meningokokkeninfektion, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| A40.0 | Sepsis durch Streptokokken, Gruppe A | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|-----------|
| 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 |
| A41.0 | Sepsis durch Staphylococcus aureus | Abwertung |
| A41.1 | Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken | Abwertung |
| A41.2 | Sepsis durch nicht näher bezeichnete Staphylokokken | Abwertung |
| A41.3 | Sepsis durch Haemophilus influenzae | Abwertung |
| A41.4 | Sepsis durch Anaerobier | Abwertung |
| A41.51 | Sepsis: Escherichia coli [E. coli] | Abwertung |
| A41.52 | Sepsis: Pseudomonas | Abwertung |
| A41.58 | Sepsis: Sonstige gramnegative Erreger | Abwertung |
| A41.8 | Sonstige näher bezeichnete Sepsis | Abwertung |
| A41.9 | Sepsis, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| A42.7 | Aktinomykotische Sepsis | Abwertung |
| A48.0 | Gasbrand [Gasödem] | Abwertung |
| A49.0 | Staphylokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation | Abwertung |
| A49.1 | Streptokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation | Abwertung |
| A49.2 | Infektion durch Haemophilus influenzae nicht näher bezeichneter Lokalisation | Abwertung |
| A81.1 | Subakute sklerosierende Panenzephalitis | Abwertung |
| A81.2 | Progressive multifokale Leukenzephalopathie | Abwertung |
| A84.1 | Mittleuropäische Enzephalitis, durch Zecken übertragen | Abwertung |
| A85.8 | Sonstige näher bezeichnete Virusenzephalitis | Abwertung |
| A86 | Virusenzephalitis, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| B00.1 | Dermatitis vesicularis durch Herpesviren | Abwertung |
| B00.5 | Augenkrankheit durch Herpesviren | Abwertung |
| B00.7 | Disseminierte Herpesvirus-Krankheit | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|------------|
| B00.8 | Sonstige Infektionsformen durch Herpesviren | Abwertung |
| B02.2 | Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems | 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 |
| 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 |
| B21 | Bösartige Neubildungen infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit] | Abwertung |
| B23.8 | Sonstige näher bezeichnete Krankheitszustände infolge HIV-Krankheit | Abwertung |
| B24 | Nicht näher bezeichnete HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit] | Abwertung |
| B25.0 | Pneumonie durch Zytomegalieviren | Abwertung |
| B25.1 | Hepatitis durch Zytomegalieviren | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|-----------|
| B25.2 | Pankreatitis durch Zytomegalieviren | Abwertung |
| B25.80 | Infektion des Verdauungstraktes durch Zytomegalieviren | Abwertung |
| B25.88 | Sonstige Zytomegalie | Abwertung |
| B25.9 | Zytomegalie, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| B37.0 | Candida-Stomatitis | Abwertung |
| B37.1 | Kandidose der Lunge | Abwertung |
| B37.4 | Kandidose an sonstigen Lokalisationen des Urogenitalsystems | Abwertung |
| B37.81 | Candida-Ösophagitis | Abwertung |
| B37.88 | Kandidose an sonstigen Lokalisationen | Abwertung |
| B44.0 | Invasive Aspergillose der Lunge | Abwertung |
| B44.1 | Sonstige Aspergillose der Lunge | Abwertung |
| B44.8 | Sonstige Formen der Aspergillose | Abwertung |
| B44.9 | Aspergillose, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| B47.1 | Aktinomyzeton | Abwertung |
| B48.2 | Allescheriose | Abwertung |
| B48.7 | Mykosen durch opportunistisch-pathogene Pilze | Abwertung |
| B90.9 | Folgestände einer Tuberkulose der Atmungsorgane und einer nicht näher bezeichneten Tuberkulose | Abwertung |
| B91 | Folgestände der Poliomyelitis | Abwertung |
| B95.2 | Streptokokken, Gruppe D, als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind | Abwertung |
| B95.3 | Streptococcus pneumoniae als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind | Abwertung |
| B95.42 | Streptokokken, Gruppe G, als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind | Abwertung |
| B95.48 | Sonstige näher bezeichnete Streptokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind | Abwertung |
| B95.5 | Nicht näher bezeichnete Streptokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind | Abwertung |
| B95.6 | Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|-----------|
| B95.7 | Sonstige Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind | Abwertung |
| B95.8 | Nicht näher bezeichnete Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind | Abwertung |
| B96.3 | Haemophilus und Moraxella als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind | Abwertung |
| B96.5 | Pseudomonas und andere Nonfermenter als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind | Abwertung |
| C15.0 | Bösartige Neubildung: Zervikaler Ösophagus | Abwertung |
| C15.2 | Bösartige Neubildung: Abdominaler Ösophagus | Abwertung |
| C15.3 | Bösartige Neubildung: Ösophagus, oberes Drittel | Abwertung |
| C15.4 | Bösartige Neubildung: Ösophagus, mittleres Drittel | Abwertung |
| C15.5 | Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel | Abwertung |
| C15.8 | Bösartige Neubildung: Ösophagus, mehrere Teilbereiche überlappend | Abwertung |
| C15.9 | Bösartige Neubildung: Ösophagus, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| C16.0 | Bösartige Neubildung: Kardia | Abwertung |
| C16.2 | Bösartige Neubildung: Corpus ventriculi | Abwertung |
| C16.3 | Bösartige Neubildung: Antrum pyloricum | Abwertung |
| C16.5 | Bösartige Neubildung: Kleine Krümmung des Magens, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| C16.6 | Bösartige Neubildung: Große Krümmung des Magens, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| C16.8 | Bösartige Neubildung: Magen, mehrere Teilbereiche überlappend | Abwertung |
| C16.9 | Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| C17.0 | Bösartige Neubildung: Duodenum | Abwertung |
| C17.2 | Bösartige Neubildung: Ileum | Abwertung |
| C17.3 | Bösartige Neubildung: Meckel-Divertikel | Abwertung |
| C17.9 | Bösartige Neubildung: Dünndarm, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| C18.0 | Bösartige Neubildung: Zäkum | Abwertung |
| C18.1 | Bösartige Neubildung: Appendix vermiformis | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|--------------------|
| C18.2 | Bösartige Neubildung: Colon ascendens | Abwertung |
| C18.3 | Bösartige Neubildung: Flexura coli dextra [hepatica] | Abwertung |
| C18.4 | Bösartige Neubildung: Colon transversum | Abwertung |
| C18.5 | Bösartige Neubildung: Flexura coli sinistra [lienalis] | Abwertung |
| C18.6 | Bösartige Neubildung: Colon descendens | Abwertung |
| C18.7 | Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum | Abwertung |
| C18.8 | Bösartige Neubildung: Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend | Abwertung |
| C18.9 | Bösartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| C19 | Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang | Abwertung |
| C20 | Bösartige Neubildung des Rektums | Abwertung |
| C21.0 | Bösartige Neubildung: Anus, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| C21.1 | Bösartige Neubildung: Analkanal | Abwertung |
| C22.0 | Leberzellkarzinom | Auf- und Abwertung |
| C22.1 | Intrahepatisches Gallengangskarzinom | Abwertung |
| C22.7 | Sonstige näher bezeichnete Karzinome der Leber | Abwertung |
| C22.9 | Bösartige Neubildung: Leber, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| C24.0 | Bösartige Neubildung: Extrahepatischer Gallengang | Abwertung |
| C24.9 | Bösartige Neubildung: Gallenwege, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| C25.0 | Bösartige Neubildung: Pankreaskopf | Abwertung |
| C25.1 | Bösartige Neubildung: Pankreaskörper | Abwertung |
| C25.2 | Bösartige Neubildung: Pankreasschwanz | Abwertung |
| C25.7 | Bösartige Neubildung: Sonstige Teile des Pankreas | Abwertung |
| C25.9 | Bösartige Neubildung: Pankreas, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| C34.0 | Bösartige Neubildung: Hauptbronchus | Abwertung |
| C34.1 | Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus) | Abwertung |
| C34.2 | Bösartige Neubildung: Mittellappen (-Bronchus) | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|------------|
| C34.3 | Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus) | Abwertung |
| C34.8 | Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend | Abwertung |
| C34.9 | Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| C38.1 | Bösartige Neubildung: Vorderes Mediastinum | Abwertung |
| C38.3 | Bösartige Neubildung: Mediastinum, Teil nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| C38.4 | Bösartige Neubildung: Pleura | Abwertung |
| C50.0 | Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof | Streichung |
| C64 | Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken | Abwertung |
| C65 | Bösartige Neubildung des Nierenbeckens | Abwertung |
| C70.0 | Bösartige Neubildung: Hirnhäute | Abwertung |
| C70.9 | Bösartige Neubildung: Meningen, nicht näher bez. | Abwertung |
| C71.1 | Bösartige Neubildung: Frontallappen | Abwertung |
| C71.2 | Bösartige Neubildung: Temporallappen | Abwertung |
| C71.3 | Bösartige Neubildung: Parietallappen | Abwertung |
| C71.4 | Bösartige Neubildung: Okzipitallappen | Abwertung |
| C71.8 | Bösartige Neubildung: Gehirn, mehrere Teilbereiche überlappend | Abwertung |
| C71.9 | Bösartige Neubildung: Gehirn, nicht näher bez. | Abwertung |
| C72.1 | Bösartige Neubildung: Cauda equina | Abwertung |
| C77.0 | Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses | Abwertung |
| C77.1 | Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrathorakale Lymphknoten | Abwertung |
| C77.2 | Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intraabdominale Lymphknoten | Abwertung |
| C77.3 | Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität | Abwertung |
| C77.4 | Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Inguinale Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität | Abwertung |
| C77.5 | Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrapelvine Lymphknoten | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|-----------|
| C77.8 | Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten mehrerer Regionen | Abwertung |
| C77.9 | Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| C78.0 | Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge | Abwertung |
| C78.1 | Sekundäre bösartige Neubildung des Mediastinums | Abwertung |
| C78.2 | Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura | Abwertung |
| C78.3 | Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Atmungsorgane | Abwertung |
| C78.5 | Sekundäre bösartige Neubildung des Dickdarmes und des Rektums | Abwertung |
| C78.6 | Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums | Abwertung |
| C78.7 | Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge | Abwertung |
| C78.8 | Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Verdauungsorgane | Abwertung |
| C79.0 | Sekundäre bösartige Neubildung der Niere und des Nierenbeckens | Abwertung |
| C79.1 | Sekundäre bösartige Neubildung der Harnblase sowie sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane | Abwertung |
| C79.2 | Sekundäre bösartige Neubildung der Haut | Abwertung |
| C79.3 | Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute | Abwertung |
| C79.4 | Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Nervensystems | Abwertung |
| C79.5 | Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes | Abwertung |
| C79.6 | Sekundäre bösartige Neubildung des Ovars | Abwertung |
| C79.7 | Sekundäre bösartige Neubildung der Nebenniere | Abwertung |
| C79.88 | Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen | Abwertung |
| C79.9 | Sekundäre bösartige Neubildung nicht näher bezeichneter Lokalisation | Abwertung |
| C80.0 | Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet | Abwertung |
| C80.9 | Bösartige Neubildung, nicht näher bezeichnet | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|-----------|
| C81.7 | Sonstige Typen des (klassischen) Hodgkin-Lymphoms | Abwertung |
| C81.9 | Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| C82.0 | Follikuläres Lymphom Grad I | Abwertung |
| C82.1 | Follikuläres Lymphom Grad II | Abwertung |
| C82.4 | Follikuläres Lymphom Grad IIIb | Abwertung |
| C82.7 | Sonstige Typen des follikulären Lymphoms | Abwertung |
| C82.9 | Follikuläres Lymphom, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| C83.0 | Kleinzelliges B-Zell-Lymphom | Abwertung |
| C83.3 | Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom | Abwertung |
| C83.8 | Sonstige nicht follikuläre Lymphome | Abwertung |
| C83.9 | Nicht follikuläres Lymphom, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| C85.1 | B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| C85.2 | Mediastinales (thymisches) großzelliges B-Zell-Lymphom | Abwertung |
| C85.7 | Sonstige näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms | Abwertung |
| C85.9 | Non-Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| C86.2 | T-Zell-Lymphom vom Enteropathie-Typ | Abwertung |
| C88.00 | Makroglobulinämie Waldenström: Ohne Angabe einer kompletten Remission | Abwertung |
| C90.00 | Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission | Abwertung |
| C90.01 | Multiples Myelom: In kompletter Remission | Abwertung |
| C90.30 | Solitäres Plasmozytom: Ohne Angabe einer kompletten Remission | Abwertung |
| C91.10 | Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission | Abwertung |
| C91.11 | Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: In kompletter Remission | Abwertung |
| C91.40 | Haarzellenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission | Abwertung |
| C91.41 | Haarzellenleukämie: In kompletter Remission | Abwertung |
| C91.70 | Sonstige lymphatische Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|-----------|
| C91.71 | Sonstige lymphatische Leukämie: In kompletter Remission | Abwertung |
| C91.90 | Lymphatische Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission | Abwertung |
| C91.91 | Lymphatische Leukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission | Abwertung |
| C92.00 | Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission | Abwertung |
| C92.01 | Akute myeloblastische Leukämie [AML]: In kompletter Remission | Abwertung |
| C92.10 | Chronische myeloische Leukämie [CML], BCR/ABL-positiv: Ohne Angabe einer kompletten Remission | Abwertung |
| C92.11 | Chronische myeloische Leukämie [CML], BCR/ABL-positiv: In kompletter Remission | Abwertung |
| C93.00 | Akute Monoblasten-/Monozytenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission | Abwertung |
| C93.10 | Chronische myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission | Abwertung |
| C93.90 | Monozytenleukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission | Abwertung |
| C94.20 | Akute Megakaryoblastenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission | Abwertung |
| C94.21 | Akute Megakaryoblastenleukämie: In kompletter Remission | Abwertung |
| C94.70 | Sonstige näher bezeichnete Leukämien: Ohne Angabe einer kompletten Remission | Abwertung |
| C94.71 | Sonstige näher bezeichnete Leukämien: In kompletter Remission | Abwertung |
| C95.10 | Chronische Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission | Abwertung |
| C95.11 | Chronische Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission | Abwertung |
| C95.70 | Sonstige Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission | Abwertung |
| C95.71 | Sonstige Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission | Abwertung |
| C95.90 | Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|--------------------|
| C95.91 | Leukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission | Abwertung |
| C97 | Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen | Abwertung |
| D46.2 | Refraktäre Anämie mit Blastenüberschuss | 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 |
| D53.0 | Eiweißmangelanämie | Abwertung |
| D53.1 | Sonstige megaloblastäre Anämien, anderenorts nicht klassifiziert | Abwertung |
| D53.8 | Sonstige näher bezeichnete alimentäre Anämien | Abwertung |
| D53.9 | Alimentäre Anämie, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| D56.1 | Beta-Thalassämie | Abwertung |
| D56.8 | Sonstige Thalassämien | Abwertung |
| D56.9 | Thalassämie, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| D57.0 | Sichelzellenanämie mit Krisen | Abwertung |
| D57.1 | Sichelzellenanämie ohne Krisen | Abwertung |
| D58.9 | Hereditäre hämolytische Anämie, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| D59.1 | Sonstige autoimmunhämolytische Anämien | Abwertung |
| D59.2 | Arzneimittelinduzierte nicht-autoimmunhämolytische Anämie | Abwertung |
| D59.3 | Hämolytisch-urämisches Syndrom | Auf- und Abwertung |
| D59.4 | Sonstige nicht-autoimmunhämolytische Anämien | Abwertung |
| D59.5 | Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie [Marchiafava-Micheli] | Abwertung |
| D59.8 | Sonstige erworbene hämolytische Anämien | Abwertung |
| D59.9 | Erworbene hämolytische Anämie, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| D60.0 | Chronische erworbene isolierte aplastische Anämie | Auf- und Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|--------------------|
| D60.1 | Transitorische erworbene isolierte aplastische Anämie | Auf- und Abwertung |
| D60.8 | Sonstige erworbene isolierte aplastische Anämien | Auf- und Abwertung |
| D60.9 | Erworbene isolierte aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet | Auf- und Abwertung |
| D61.0 | Angeborene aplastische Anämie | Auf- und Abwertung |
| D61.10 | Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie | Auf- und Abwertung |
| D61.18 | Sonstige arzneimittelinduzierte aplastische Anämie | Auf- und Abwertung |
| D61.19 | Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet | Auf- und Abwertung |
| D61.2 | Aplastische Anämie infolge sonstiger äußerer Ursachen | Auf- und Abwertung |
| D61.3 | Idiopathische aplastische Anämie | Auf- und Abwertung |
| D61.8 | Sonstige näher bezeichnete aplastische Anämien | Auf- und Abwertung |
| D61.9 | Aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet | Auf- und Abwertung |
| D62 | Akute Blutungsanämie | Abwertung |
| D63.0 | Anämie bei Neubildungen | Abwertung |
| D65.1 | Disseminierte intravasale Gerinnung [DIG, DIC] | Abwertung |
| D65.9 | Defibrinationssyndrom, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| D68.22 | Hereditärer Faktor-V-Mangel | Abwertung |
| D68.23 | Hereditärer Faktor-VII-Mangel | Abwertung |
| D68.28 | Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren | Abwertung |
| D68.30 | Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen | Abwertung |
| D68.4 | Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren | Abwertung |
| D68.5 | Primäre Thrombophilie | Abwertung |
| D68.6 | Sonstige Thrombophilien | Abwertung |
| D68.8 | Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien | Abwertung |
| D68.9 | Koagulopathie, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| D69.1 | Qualitative Thrombozytendefekte | Abwertung |
| D69.2 | Sonstige nichtthrombozytopenische Purpura | Abwertung |
| D69.3 | Idiopathische thrombozytopenische Purpura | Abwertung |
| D69.40 | Sonstige primäre Thrombozytopenie: Als transfusionsrefraktär bezeichnet | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|-----------|
| D69.41 | Sonstige primäre Thrombozytopenie: Nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet | Abwertung |
| D69.52 | Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ I | Abwertung |
| D69.53 | Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II | Abwertung |
| D69.57 | Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, als transfusionsrefraktär 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 |
| D70.10 | Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase unter 4 Tage | Abwertung |
| D70.11 | Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 10 Tage bis unter 20 Tage | Abwertung |
| D70.12 | Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 20 Tage und mehr | Abwertung |
| D70.13 | Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 4 Tage bis unter 7 Tage | Abwertung |
| D70.14 | Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 7 Tage bis unter 10 Tage | 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 |
| D73.1 | Hypersplenismus | Abwertung |
| D73.3 | Abszess der Milz | Abwertung |
| D73.5 | Infarzierung der Milz | Abwertung |
| D80.4 | Selektiver Immunglobulin-M-Mangel [IgM-Mangel] | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|--------------------|
| D80.8 | Sonstige Immundefekte mit vorherrschendem Antikörpermangel | Abwertung |
| D80.9 | Immundefekt mit vorherrschendem Antikörpermangel, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| D82.1 | Di-George-Syndrom | Abwertung |
| D83.8 | Sonstige variable Immundefekte | Abwertung |
| D83.9 | Variabler Immundefekt, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| D84.8 | Sonstige näher bezeichnete Immundefekte | Abwertung |
| D84.9 | Immundefekt, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| D86.0 | Sarkoidose der Lunge | Abwertung |
| D86.1 | Sarkoidose der Lymphknoten | Abwertung |
| D86.2 | Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten | Abwertung |
| D86.8 | Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen | Abwertung |
| D86.9 | Sarkoidose, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| E03.5 | Myxödemkoma | Abwertung |
| E05.0 | Hyperthyreose mit diffuser Struma | Abwertung |
| E05.1 | Hyperthyreose mit toxischem solitärem Schilddrüsenknoten | Auf- und Abwertung |
| E05.2 | Hyperthyreose mit toxischer mehrknotiger Struma | Auf- und Abwertung |
| E05.3 | Hyperthyreose durch ektopisches Schilddrüsengewebe | Abwertung |
| E05.4 | Hyperthyreosis factitia | Abwertung |
| E05.5 | Thyreotoxische Krise | Auf- und Abwertung |
| E10.20 | Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E10.30 | Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E10.40 | Diabetes mellitus, Typ 1: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E10.41 | Diabetes mellitus, Typ 1: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E10.50 | Diabetes mellitus, Typ 1: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E10.51 | Diabetes mellitus, Typ 1: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|------------|
| E10.60 | Diabetes mellitus, Typ 1: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E10.72 | Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E10.73 | Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet | Aufwertung |
| E10.74 | Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E10.75 | Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E10.80 | Diabetes mellitus, Typ 1: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E10.90 | Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E10.91 | Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E11.01 | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E11.11 | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E11.20 | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E11.21 | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E11.30 | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E11.31 | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E11.40 | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E11.41 | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E11.50 | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|--------------------|
| E11.51 | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E11.60 | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E11.61 | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E11.72 | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E11.73 | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E11.74 | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E11.75 | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E11.80 | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E11.81 | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E11.90 | Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet | Auf- und Abwertung |
| E11.91 | Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E12.50 | Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E12.51 | Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E13.20 | Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E13.21 | Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|------------|
| E13.40 | Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E13.41 | Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E13.50 | Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E13.51 | Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E13.60 | Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E13.61 | Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E13.72 | Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E13.73 | Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E13.74 | Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E13.80 | Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: 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 |
| E14.01 | Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet | Aufwertung |
| E14.11 | Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet | Aufwertung |
| E14.20 | Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet | Aufwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|--------------------|
| E14.21 | Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet | Aufwertung |
| E14.40 | Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet | Aufwertung |
| E14.41 | Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet | Aufwertung |
| E14.50 | Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet | Aufwertung |
| E14.51 | Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet | Aufwertung |
| E14.60 | Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E14.72 | Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E14.74 | Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet | Abwertung |
| E14.80 | Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet | Aufwertung |
| E14.81 | Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet | Aufwertung |
| E14.90 | Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet | Auf- und Abwertung |
| E14.91 | Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet | Aufwertung |
| E15 | Hypoglykämisches Koma, nichtdiabetisch | Abwertung |
| E20.0 | Idiopathischer Hypoparathyreoidismus | Abwertung |
| E20.8 | Sonstiger Hypoparathyreoidismus | Abwertung |
| E20.9 | Hypoparathyreoidismus, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| E21.0 | Primärer Hyperparathyreoidismus | Abwertung |
| E21.1 | Sekundärer Hyperparathyreoidismus, anderenorts nicht klassifiziert | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|--------------------|
| E21.2 | Sonstiger Hyperparathyreoidismus | Abwertung |
| E21.3 | Hyperparathyreoidismus, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| E23.0 | Hypopituitarismus | Abwertung |
| E23.2 | Diabetes insipidus | Abwertung |
| E24.8 | Sonstiges Cushing-Syndrom | Abwertung |
| E24.9 | Cushing-Syndrom, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| E27.1 | Primäre Nebennierenrindeninsuffizienz | Abwertung |
| E27.2 | Addison-Krise | Abwertung |
| E27.3 | Arzneimittelinduzierte Nebennierenrindeninsuffizienz | Abwertung |
| E27.4 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Nebennierenrindeninsuffizienz | Abwertung |
| E31.0 | Autoimmune polyglanduläre Insuffizienz | Abwertung |
| E31.9 | Polyglanduläre Dysfunktion, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| E41 | Alimentärer Marasmus | Abwertung |
| E42 | Kwashiorkor-Marasmus | Abwertung |
| E43 | Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung | Abwertung |
| E44.0 | Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung | Abwertung |
| E44.1 | Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung | Abwertung |
| E45 | Entwicklungsverzögerung durch Energie- und Eiweißmangelernährung | Abwertung |
| E46 | Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung | Auf- und Abwertung |
| E53.8 | Mangel an sonstigen näher bezeichneten Vitaminen des Vitamin-B-Komplexes | Abwertung |
| E56.1 | Vitamin-K-Mangel | Abwertung |
| E61.1 | Eisenmangel | Abwertung |
| E61.7 | Mangel an mehreren Spurenelementen | Abwertung |
| E64.0 | Folgen der Energie- und Eiweißmangelernährung | Abwertung |
| E64.1 | Folgen des Vitamin-A-Mangels | Abwertung |
| E64.2 | Folgen des Vitamin-C-Mangels | Abwertung |
| E64.8 | Folgen sonstiger alimentärer Mangelzustände | Abwertung |
| E64.9 | Folgen eines nicht näher bezeichneten alimentären Mangelzustandes | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|-----------|
| 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 |
| E84.0 | Zystische Fibrose mit Lungenmanifestationen | Abwertung |
| E84.1 | Zystische Fibrose mit Darmmanifestationen | Abwertung |
| E84.80 | Zystische Fibrose mit Lungen- und Darm-Manifestation | Abwertung |
| E84.87 | Zystische Fibrose mit sonstigen multiplen Manifestationen | Abwertung |
| E84.9 | Zystische Fibrose, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| E87.0 | Hyperosmolalität und Hybernatriämie | Abwertung |
| E87.1 | Hypoosmolalität und Hyponatriämie | Abwertung |
| E87.4 | Gemischte Störung des Säure-Basen-Gleichgewichts | Abwertung |
| E87.6 | Hypokaliämie | Abwertung |
| E88.3 | Tumorlyse-Syndrom | Abwertung |
| E89.1 | Hypoinsulinämie nach medizinischen Maßnahmen | Abwertung |
| E89.2 | Hypoparathyreoidismus nach medizinischen Maßnahmen | Abwertung |
| E89.6 | Nebennierenrinden- (Nebennierenmark-) Unterfunktion nach medizinischen Maßnahmen | Abwertung |
| F00.0 | Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit frühem Beginn (Typ 2) | Abwertung |
| F00.1 | Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1) | Abwertung |
| F00.2 | Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form | Abwertung |
| F00.9 | Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| F01.0 | Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn | Abwertung |
| F01.1 | Multiinfarkt-Demenz | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|-----------|
| F01.2 | Subkortikale vaskuläre Demenz | Abwertung |
| F01.3 | Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz | Abwertung |
| F01.8 | Sonstige vaskuläre Demenz | Abwertung |
| F01.9 | Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| F02.0 | Demenz bei Pick-Krankheit | Abwertung |
| F02.1 | Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit | Abwertung |
| F02.2 | Demenz bei Chorea Huntington | Abwertung |
| F02.3 | Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom | Abwertung |
| F02.4 | Demenz bei HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit] | Abwertung |
| F04 | Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt | Abwertung |
| F05.1 | Delir bei Demenz | Abwertung |
| F05.8 | Sonstige Formen des Delirs | Abwertung |
| F05.9 | Delir, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| F06.0 | Organische Halluzinose | Abwertung |
| F06.1 | Organische katatone Störung | Abwertung |
| F06.2 | Organische wahnhaft [schizophreniforme] Störung | Abwertung |
| F06.3 | Organische affektive Störungen | Abwertung |
| F06.4 | Organische Angststörung | Abwertung |
| F06.5 | Organische dissoziative Störung | Abwertung |
| F06.6 | Organische emotional labile [asthenische] Störung | Abwertung |
| F07.0 | Organische Persönlichkeitsstörung | Abwertung |
| F10.1 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch | Abwertung |
| F10.2 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom | Abwertung |
| F10.3 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom | Abwertung |
| F10.4 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir | Abwertung |
| F10.5 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Psychotische Störung | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|-----------|
| F10.6 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom | Abwertung |
| F10.7 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung | Abwertung |
| F10.8 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen | Abwertung |
| F11.0 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Akute Intoxikation [akuter Rausch] | Abwertung |
| F11.1 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Schädlicher Gebrauch | Abwertung |
| F11.2 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom | Abwertung |
| F11.3 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Entzugssyndrom | Abwertung |
| F11.4 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Entzugssyndrom mit Delir | Abwertung |
| F11.8 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen | Abwertung |
| F11.9 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung | Abwertung |
| F12.3 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Entzugssyndrom | Abwertung |
| F12.8 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen | Abwertung |
| F12.9 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung | Abwertung |
| F13.0 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Akute Intoxikation [akuter Rausch] | Abwertung |
| F13.1 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Schädlicher Gebrauch | Abwertung |
| F13.2 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom | Abwertung |
| F13.3 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Entzugssyndrom | Abwertung |
| F13.4 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Entzugssyndrom mit Delir | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|-----------|
| F13.7 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung | Abwertung |
| F13.8 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen | Abwertung |
| F13.9 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung | Abwertung |
| F14.1 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokaïn: Schädlicher Gebrauch | Abwertung |
| F14.2 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokaïn: Abhängigkeitssyndrom | Abwertung |
| F14.9 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokaïn: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung | Abwertung |
| F15.1 | Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Schädlicher Gebrauch | Abwertung |
| F15.2 | Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Abhängigkeitssyndrom | Abwertung |
| F15.9 | Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung | Abwertung |
| F16.1 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Schädlicher Gebrauch | Abwertung |
| F19.0 | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch] | Abwertung |
| F19.1 | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Schädlicher Gebrauch | Abwertung |
| F19.2 | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom | Abwertung |
| F19.3 | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Entzugssyndrom | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|-----------|
| F19.4 | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Entzugssyndrom mit Delir | Abwertung |
| F19.8 | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen | Abwertung |
| F19.9 | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung | Abwertung |
| F20.0 | Paranoide Schizophrenie | Abwertung |
| F20.1 | Hebephrene Schizophrenie | Abwertung |
| F20.2 | Katatone Schizophrenie | Abwertung |
| F20.5 | Schizophrenes Residuum | Abwertung |
| F20.6 | Schizophrenia simplex | Abwertung |
| F20.8 | Sonstige Schizophrenie | Abwertung |
| F20.9 | Schizophrenie, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| F23.0 | Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie | Abwertung |
| F23.8 | Sonstige akute vorübergehende psychotische Störungen | Abwertung |
| F23.9 | Akute vorübergehende psychotische Störung, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| F25.0 | Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch | Abwertung |
| F25.1 | Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv | Abwertung |
| F25.2 | Gemischte schizoaffektive Störung | Abwertung |
| F25.8 | Sonstige schizoaffektive Störungen | Abwertung |
| F25.9 | Schizoaffektive Störung, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| F29 | Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose | Abwertung |
| F30.0 | Hypomanie | Abwertung |
| F30.1 | Manie ohne psychotische Symptome | Abwertung |
| F30.2 | Manie mit psychotischen Symptomen | Abwertung |
| F30.8 | Sonstige manische Episoden | Abwertung |
| F30.9 | Manische Episode, nicht näher bezeichnet | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|-----------|
| F31.0 | Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomane Episode | Abwertung |
| F31.1 | Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome | Abwertung |
| F31.2 | Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen | Abwertung |
| F31.4 | Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome | Abwertung |
| F31.5 | Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen | Abwertung |
| F31.6 | Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig gemischte Episode | Abwertung |
| F31.8 | Sonstige bipolare affektive Störungen | Abwertung |
| F31.9 | Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| F32.2 | Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome | Abwertung |
| F32.3 | Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen | Abwertung |
| F33.2 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome | Abwertung |
| F33.3 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen | Abwertung |
| F33.8 | Sonstige rezidivierende depressive Störungen | Abwertung |
| F33.9 | Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| F50.0 | Anorexia nervosa | Abwertung |
| F50.2 | Bulimia nervosa | Abwertung |
| F50.8 | Sonstige Essstörungen | Abwertung |
| F50.9 | Essstörung, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| F84.4 | Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien | Abwertung |
| F84.5 | Asperger-Syndrom | Abwertung |
| F84.8 | Sonstige tief greifende Entwicklungsstörungen | Abwertung |
| F84.9 | Tief greifende Entwicklungsstörung, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| G00.0 | Meningitis durch Haemophilus influenzae | Abwertung |
| G00.8 | Sonstige bakterielle Meningitis | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|-----------|
| G00.9 | Bakterielle Meningitis, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| G01 | Meningitis bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten | Abwertung |
| G02.0 | Meningitis bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten | Abwertung |
| G03.8 | Meningitis durch sonstige näher bezeichnete Ursachen | Abwertung |
| G03.9 | Meningitis, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| G04.0 | Akute disseminierte Enzephalitis | Abwertung |
| G04.2 | Bakterielle Meningoenzephalitis und Meningomyelitis, anderenorts nicht klassifiziert | Abwertung |
| G04.8 | Sonstige Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis | Abwertung |
| G04.9 | Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| G05.1 | Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten | Abwertung |
| G06.0 | Intrakranieller Abszess und intrakranielles Granulom | Abwertung |
| G06.1 | Intraspinaler Abszess und intraspinales Granulom | Abwertung |
| G06.2 | Extraduraler und subduraler Abszess, 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 |
| G14 | Postpolio-Syndrom | Abwertung |
| G20.00 | Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation | Abwertung |
| G20.01 | Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation | Abwertung |
| G20.10 | Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation | Abwertung |
| G20.11 | Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|--------------------|
| G20.20 | Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation | Abwertung |
| G20.21 | Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation | Abwertung |
| G20.90 | Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Ohne Wirkungsfluktuation | Abwertung |
| G20.91 | Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Mit Wirkungsfluktuation | Abwertung |
| G35.10 | Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression | Abwertung |
| G35.11 | Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression | Abwertung |
| G35.20 | Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression | Abwertung |
| G35.21 | Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression | Abwertung |
| G35.30 | Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression | Abwertung |
| G35.31 | Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression | Abwertung |
| G35.9 | Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| G40.3 | Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome | Auf- und Abwertung |
| G40.6 | Grand-mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit mal) | Auf- und Abwertung |
| G41.0 | Grand-mal-Status | Aufwertung |
| G41.1 | Petit-mal-Status | Aufwertung |
| G41.2 | Status epilepticus mit komplexfokalen Anfällen | Auf- und Abwertung |
| G41.8 | Sonstiger Status epilepticus | Auf- und Abwertung |
| G41.9 | Status epilepticus, nicht näher bezeichnet | Auf- und Abwertung |
| G46.3 | Hirnstammsyndrom | Abwertung |
| G61.0 | Guillain-Barré-Syndrom | Abwertung |
| G70.0 | Myasthenia gravis | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|-----------|
| G71.0 | Muskeldystrophie | Abwertung |
| G71.2 | Angeborene Myopathien | Abwertung |
| G71.3 | Mitochondriale Myopathie, anderenorts nicht klassifiziert | Abwertung |
| G71.8 | Sonstige primäre Myopathien | Abwertung |
| G71.9 | Primäre Myopathie, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| G72.1 | Alkoholmyopathie | Abwertung |
| G72.4 | Entzündliche Myopathie, anderenorts nicht klassifiziert | Abwertung |
| G73.0 | Myastheniesyndrome bei endokrinen Krankheiten | Abwertung |
| G80.0 | Spastische tetraplegische Zerebralparese | Abwertung |
| G80.1 | Spastische diplegische Zerebralparese | Abwertung |
| G80.2 | Infantile hemiplegische Zerebralparese | Abwertung |
| G80.3 | Dyskinetische Zerebralparese | Abwertung |
| G80.4 | Ataktische Zerebralparese | Abwertung |
| G80.8 | Sonstige infantile Zerebralparese | Abwertung |
| G80.9 | Infantile Zerebralparese, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| G81.0 | Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie | Abwertung |
| G81.1 | Spastische Hemiparese und Hemiplegie | Abwertung |
| G81.9 | Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bez. | Abwertung |
| G82.00 | Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese | Abwertung |
| G82.01 | Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese | Abwertung |
| G82.02 | Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung | Abwertung |
| G82.03 | Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung | Abwertung |
| G82.09 | Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| G82.10 | Spastische Paraparese und Paraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|-----------|
| G82.11 | Spastische Paraparese und Paraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese | Abwertung |
| G82.12 | Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung | Abwertung |
| G82.13 | Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung | Abwertung |
| G82.19 | Spastische Paraparese und Paraplegie: Nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| G82.20 | Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese | Abwertung |
| G82.21 | Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese | Abwertung |
| G82.22 | Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplette Querschnittlähmung | Abwertung |
| G82.23 | Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplette Querschnittlähmung | Abwertung |
| G82.29 | Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| G82.30 | Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese | Abwertung |
| G82.31 | Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese | Abwertung |
| G82.32 | Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung | Abwertung |
| G82.33 | Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung | Abwertung |
| G82.39 | Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| G82.40 | Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese | Abwertung |
| G82.41 | Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese | Abwertung |
| G82.42 | Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|-----------|
| G82.43 | Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung | Abwertung |
| G82.49 | Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| G82.50 | Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute komplette Querschnittlähmung nicht-traumatischer Genese | Abwertung |
| G82.51 | Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute inkomplette Querschnittlähmung nicht-traumatischer Genese | Abwertung |
| G82.52 | Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplette Querschnittlähmung | Abwertung |
| G82.53 | Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplette Querschnittlähmung | Abwertung |
| G82.59 | Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| G83.0 | Diparese und Diplegie der oberen Extremitäten | Abwertung |
| G83.40 | Komplettes Cauda- (equina-) Syndrom | Abwertung |
| G83.41 | Inkomplettes Cauda- (equina-) Syndrom | Abwertung |
| G83.49 | Cauda- (equina-) Syndrom, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| G83.80 | Locked-in-Syndrom | Abwertung |
| G83.88 | Sonstige näher bezeichnete Lähmungssyndrome | Abwertung |
| G91.1 | Hydrocephalus occlusus | Abwertung |
| G91.20 | Idiopathischer Normaldruckhydrozephalus | Abwertung |
| G91.21 | Sekundärer Normaldruckhydrozephalus | Abwertung |
| G91.29 | Normaldruckhydrozephalus, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| G91.3 | Posttraumatischer Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| G91.8 | Sonstiger Hydrozephalus | Abwertung |
| G91.9 | Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| G92 | Toxische Enzephalopathie | Abwertung |
| G93.1 | Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert | Abwertung |
| G94.2 | Hydrozephalus bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten | Abwertung |
| G96.0 | Austritt von Liquor cerebrospinalis | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|-----------|
| G97.1 | Sonstige Reaktion auf Spinal- und Lumbalpunktion | Abwertung |
| G97.80 | Postoperative Liquorfistel | Abwertung |
| H47.1 | Stauungspapille, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| H60.1 | Phlegmone des äußeren Ohres | Abwertung |
| H95.8 | Sonstige Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes nach medizinischen Maßnahmen | Abwertung |
| I05.0 | Mitralklappenstenose | Abwertung |
| I05.1 | Rheumatische Mitralklappeninsuffizienz | Abwertung |
| I05.2 | Mitralklappenstenose mit Insuffizienz | Abwertung |
| I05.8 | Sonstige Mitralklappenkrankheiten | Abwertung |
| I06.0 | Rheumatische Aortenklappenstenose | Abwertung |
| I06.1 | Rheumatische Aortenklappeninsuffizienz | Abwertung |
| I06.2 | Rheumatische Aortenklappenstenose mit Insuffizienz | Abwertung |
| I06.8 | Sonstige rheumatische Aortenklappenkrankheiten | Abwertung |
| I07.0 | Trikuspidalklappenstenose | Abwertung |
| I07.1 | Trikuspidalklappeninsuffizienz | Abwertung |
| I07.2 | Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz | Abwertung |
| I07.8 | Sonstige Trikuspidalklappenkrankheiten | Abwertung |
| I08.0 | Krankheiten der Mitrals- und Aortenklappe, kombiniert | Abwertung |
| I08.1 | Krankheiten der Mitrals- und Trikuspidalklappe, kombiniert | Abwertung |
| I08.2 | Krankheiten der Aorten- und Trikuspidalklappe, kombiniert | Abwertung |
| I08.3 | Krankheiten der Mitrals-, Aorten- und Trikuspidalklappe, kombiniert | Abwertung |
| I08.8 | Sonstige Krankheiten mehrerer Herzklappen | Abwertung |
| I08.9 | Krankheit mehrerer Herzklappen, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| I09.1 | Rheumatische Krankheiten des Endokards, Herzklappe nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| I09.8 | Sonstige näher bezeichnete rheumatische Herzkrankheiten | Abwertung |
| I11.00 | Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|-----------|
| I11.01 | Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise | Abwertung |
| I13.00 | Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise | Abwertung |
| I13.01 | Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise | Abwertung |
| I13.20 | Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise | Abwertung |
| I13.21 | Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise | Abwertung |
| I20.0 | Instabile Angina pectoris | Abwertung |
| I20.1 | Angina pectoris mit nachgewiesenem Koronarspasmus | Abwertung |
| I21.0 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand | Abwertung |
| I21.1 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand | Abwertung |
| I21.2 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen | Abwertung |
| I21.3 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation | Abwertung |
| I21.4 | Akuter subendokardialer Myokardinfarkt | Abwertung |
| I21.9 | Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| I23.0 | Hämoperikard als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt | Abwertung |
| I23.5 | Papillarmuskelruptur als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt | Abwertung |
| I24.0 | Koronarthrombose ohne nachfolgenden Myokardinfarkt | Abwertung |
| I24.1 | Postmyokardinfarkt-Syndrom | Abwertung |
| I24.8 | Sonstige Formen der akuten ischämischen Herzkrankheit | Abwertung |
| I26.0 | Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|-----------|
| I26.9 | Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale | Abwertung |
| I27.0 | Primäre pulmonale Hypertonie | Abwertung |
| I30.9 | Akute Perikarditis, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| I31.1 | Chronische konstriktive Perikarditis | Abwertung |
| I31.2 | Hämoperikard, anderenorts nicht klassifiziert | Abwertung |
| I31.3 | Perikarderguss (nichtentzündlich) | Abwertung |
| I33.0 | Akute und subakute infektiöse Endokarditis | Abwertung |
| I33.9 | Akute Endokarditis, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| I34.1 | Mitralklappenprolaps | Abwertung |
| I34.2 | Nichtrheumatische Mitralklappenstenose | Abwertung |
| I34.80 | Nichtrheumatische Mitralklappenstenose mit Mitralklappeninsuffizienz | Abwertung |
| I35.0 | Aortenklappenstenose | Abwertung |
| I35.2 | Aortenklappenstenose mit Insuffizienz | Abwertung |
| I36.0 | Nichtrheumatische Trikuspidalklappenstenose | Abwertung |
| I36.1 | Nichtrheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz | Abwertung |
| I36.2 | Nichtrheumatische Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz | Abwertung |
| I36.8 | Sonstige nichtrheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten | Abwertung |
| I37.0 | Pulmonalklappenstenose | Abwertung |
| I37.1 | Pulmonalklappeninsuffizienz | Abwertung |
| I37.2 | Pulmonalklappenstenose mit Insuffizienz | Abwertung |
| I37.8 | Sonstige Pulmonalklappenkrankheiten | Abwertung |
| I40.0 | Infektiöse Myokarditis | Abwertung |
| I40.9 | Akute Myokarditis, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| I41.8 | Myokarditis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten | Abwertung |
| I42.0 | Dilatative Kardiomyopathie | Abwertung |
| I42.1 | Hypertrophische obstruktive Kardiomyopathie | Abwertung |
| I42.2 | Sonstige hypertrophische Kardiomyopathie | Abwertung |
| I42.4 | Endokardfibroelastose | Abwertung |
| I42.5 | Sonstige restriktive Kardiomyopathie | Abwertung |
| I42.6 | Alkoholische Kardiomyopathie | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|------------|
| I42.7 | Kardiomyopathie durch Arzneimittel oder sonstige exogene Substanzen | Abwertung |
| I42.80 | Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie [ARVCM] | Abwertung |
| I42.88 | Sonstige Kardiomyopathien | Abwertung |
| I42.9 | Kardiomyopathie, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| I44.1 | Atrioventrikulärer Block 2. Grades | Abwertung |
| I44.2 | Atrioventrikulärer Block 3. Grades | Abwertung |
| I45.3 | Trifaszikulärer Block | Abwertung |
| I45.5 | Sonstiger näher bezeichneter Herzblock | Abwertung |
| I45.6 | Präexzitations-Syndrom | Abwertung |
| I45.8 | Sonstige näher bezeichnete kardiale Erregungsleitungsstörungen | Streichung |
| I45.9 | Kardiale Erregungsleitungsstörung, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| I46.0 | Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung | Abwertung |
| I47.1 | Supraventrikuläre Tachykardie | Abwertung |
| I47.2 | Ventrikuläre Tachykardie | Abwertung |
| I47.9 | Paroxysmale Tachykardie, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| I48.3 | Vorhofflattern, typisch | Abwertung |
| I48.4 | Vorhofflattern, atypisch | Abwertung |
| I49.0 | Kammerflattern und Kammerflimmern | Abwertung |
| I50.00 | Primäre Rechtsherzinsuffizienz | Abwertung |
| I50.01 | Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz | Abwertung |
| I50.12 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung | Abwertung |
| I50.13 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichter Belastung | Abwertung |
| I50.14 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe | Abwertung |
| I50.19 | Linksherzinsuffizienz: Nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| I50.9 | Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| I51.0 | Herzseptumdefekt, erworben | Abwertung |
| I51.2 | Papillarmuskeleruptur, anderenorts nicht klassifiziert | Abwertung |
| I51.3 | Intrakardiale Thrombose, anderenorts nicht klassifiziert | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|-----------|
| I60.7 | Subarachnoidalblutung, von nicht näher bezeichneter intrakranieller Arterie ausgehend | Abwertung |
| I60.8 | Sonstige Subarachnoidalblutung | Abwertung |
| I60.9 | Subarachnoidalblutung, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| I61.1 | Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, kortikal | Abwertung |
| I61.2 | Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| I61.3 | Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm | Abwertung |
| I61.4 | Intrazerebrale Blutung in das Kleinhirn | Abwertung |
| I61.5 | Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung | Abwertung |
| I61.6 | Intrazerebrale Blutung an mehreren Lokalisationen | Abwertung |
| I61.8 | Sonstige intrazerebrale Blutung | Abwertung |
| I61.9 | Intrazerebrale Blutung, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| I62.00 | Subdurale Blutung (nichttraumatisch): Akut | Abwertung |
| I62.01 | Subdurale Blutung (nichttraumatisch): Subakut | Abwertung |
| I62.02 | Subdurale Blutung (nichttraumatisch): Chronisch | Abwertung |
| I62.09 | Subdurale Blutung (nichttraumatisch): Nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| I62.1 | Nichttraumatische extradurale Blutung | Abwertung |
| I62.9 | Intrakranielle Blutung (nichttraumatisch), nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| I63.0 | Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien | Abwertung |
| I63.1 | Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien | Abwertung |
| I63.2 | Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien | Abwertung |
| I63.3 | Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien | Abwertung |
| I63.4 | Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien | Abwertung |
| I63.5 | Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien | Abwertung |
| I63.8 | Sonstiger Hirnfarkt | Abwertung |
| I63.9 | Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| I64 | Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet | Abwertung |
| I65.0 | Verschluss und Stenose der A. vertebralis | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|-----------|
| I65.1 | Verschluss und Stenose der A. basilaris | Abwertung |
| I65.2 | Verschluss und Stenose der A. carotis | Abwertung |
| I65.3 | Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien | Abwertung |
| I66.0 | Verschluss und Stenose der A. cerebri media | Abwertung |
| I66.1 | Verschluss und Stenose der A. cerebri anterior | Abwertung |
| I66.2 | Verschluss und Stenose der A. cerebri posterior | Abwertung |
| I66.3 | Verschluss und Stenose der Aa. cerebelli | Abwertung |
| I66.4 | Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger zerebraler Arterien | Abwertung |
| I66.8 | Verschluss und Stenose sonstiger zerebraler Arterien | Abwertung |
| I67.11 | Zerebrale arteriovenöse Fistel (erworben) | Abwertung |
| I67.4 | Hypertensive Enzephalopathie | Abwertung |
| I67.6 | Nichteitriges Thrombose des intrakraniellen Venensystems | Abwertung |
| I67.7 | Zerebrale Arteriitis, anderenorts nicht klassifiziert | Abwertung |
| I68.1 | Zerebrale Arteriitis bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten | Abwertung |
| I68.2 | Zerebrale Arteriitis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten | Abwertung |
| I69.0 | Folgen einer Subarachnoidalblutung | Abwertung |
| I69.1 | Folgen einer intrazerebralen Blutung | Abwertung |
| I69.2 | Folgen einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung | Abwertung |
| I69.3 | Folgen eines Hirninfarktes | Abwertung |
| I70.23 | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration | Abwertung |
| I70.24 | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän | Abwertung |
| I71.00 | Dissektion der Aorta nicht näher bezeichneter Lokalisation, ohne Angabe einer Ruptur | Abwertung |
| I71.01 | Dissektion der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur | Abwertung |
| I71.02 | Dissektion der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|-----------|
| I71.03 | Dissektion der Aorta, thorakoabdominal, ohne Angabe einer Ruptur | Abwertung |
| I71.07 | Dissektion der Aorta, thorakoabdominal, rupturiert | Abwertung |
| I71.1 | Aneurysma der Aorta thoracica, rupturiert | Abwertung |
| I71.3 | Aneurysma der Aorta abdominalis, rupturiert | Abwertung |
| I71.8 | Aortenaneurysma nicht näher bezeichneter Lokalisation, rupturiert | Abwertung |
| I72.0 | Aneurysma und Dissektion der A. carotis | Abwertung |
| I73.0 | Raynaud-Syndrom | Abwertung |
| I74.0 | Embolie und Thrombose der Aorta abdominalis | Abwertung |
| I74.1 | Embolie und Thrombose sonstiger und nicht näher bezeichneter Abschnitte der Aorta | Abwertung |
| I74.2 | Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten | Abwertung |
| I74.3 | Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten | Abwertung |
| I74.4 | Embolie und Thrombose der Extremitätenarterien, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| I74.5 | Embolie und Thrombose der A. iliaca | Abwertung |
| I74.8 | Embolie und Thrombose sonstiger Arterien | Abwertung |
| I74.9 | Embolie und Thrombose nicht näher bezeichneter Arterie | Abwertung |
| I80.0 | Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten | Abwertung |
| I80.1 | Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der V. femoralis | Abwertung |
| I80.20 | Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der Beckenvenen | Abwertung |
| I80.28 | Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten | Abwertung |
| I80.3 | Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der unteren Extremitäten, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| I80.81 | Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis tiefer Gefäße der oberen Extremitäten | Abwertung |
| I82.0 | Budd-Chiari-Syndrom | Abwertung |
| I82.2 | Embolie und Thrombose der V. cava | Abwertung |
| I82.88 | Embolie und Thrombose sonstiger näher bezeichneter Venen | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|-----------|
| I82.9 | Embolie und Thrombose nicht näher bezeichneter Vene | Abwertung |
| I83.0 | Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration | Abwertung |
| I83.2 | Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung | Abwertung |
| I85.0 | Ösophagusvarizen mit Blutung | Abwertung |
| I97.1 | Sonstige Funktionsstörungen nach kardiochirurgischem Eingriff | Abwertung |
| I97.8 | Sonstige Kreislaufkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert | Abwertung |
| I97.9 | Kreislaufkomplikation nach medizinischer Maßnahme, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| I98.2 | Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, ohne Angabe einer Blutung | Abwertung |
| J01.0 | Akute Sinusitis maxillaris | Abwertung |
| J01.1 | Akute Sinusitis frontalis | Abwertung |
| J01.2 | Akute Sinusitis ethmoidalis | Abwertung |
| J01.3 | Akute Sinusitis sphenoidalis | Abwertung |
| J01.4 | Akute Pansinusitis | Abwertung |
| J01.8 | Sonstige akute Sinusitis | Abwertung |
| J01.9 | Akute Sinusitis, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| J09 | Grippe durch bestimmte nachgewiesene Influenzaviren | Abwertung |
| J10.1 | Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, sonstige Influenzaviren nachgewiesen | Abwertung |
| J11.0 | Grippe mit Pneumonie, Viren nicht nachgewiesen | Abwertung |
| J11.1 | Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, Viren nicht nachgewiesen | Abwertung |
| J13 | Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae | Abwertung |
| J14 | Pneumonie durch Haemophilus influenzae | Abwertung |
| J15.0 | Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae | Abwertung |
| J15.1 | Pneumonie durch Pseudomonas | Abwertung |
| J15.2 | Pneumonie durch Staphylokokken | Abwertung |
| J15.3 | Pneumonie durch Streptokokken der Gruppe B | Abwertung |
| J15.4 | Pneumonie durch sonstige Streptokokken | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|-----------|
| J15.5 | Pneumonie durch Escherichia coli | Abwertung |
| J15.6 | Pneumonie durch andere aerobe gramnegative Bakterien | Abwertung |
| J15.7 | Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae | Abwertung |
| J15.8 | Sonstige bakterielle Pneumonie | Abwertung |
| J15.9 | Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| J16.0 | Pneumonie durch Chlamydien | Abwertung |
| J16.8 | Pneumonie durch sonstige näher bezeichnete Infektionserreger | Abwertung |
| J17.2 | Pneumonie bei Mykosen | Abwertung |
| J18.0 | Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| J18.1 | Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| J18.2 | Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| J18.8 | Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| J18.9 | Pneumonie, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| J20.0 | Akute Bronchitis durch Mycoplasma pneumoniae | Abwertung |
| J20.8 | Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger | Abwertung |
| J20.9 | Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| J38.00 | Lähmung der Stimmlippen und des Kehlkopfes: Nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| J38.01 | Lähmung der Stimmlippen und des Kehlkopfes: Einseitig, partiell | Abwertung |
| J38.03 | Lähmung der Stimmlippen und des Kehlkopfes: Beidseitig, partiell | Abwertung |
| J38.4 | Larynxödem | Abwertung |
| J41.1 | Schleimig-eitrige chronische Bronchitis | Abwertung |
| J41.8 | Mischformen von einfacher und schleimig-eitriger chronischer Bronchitis | Abwertung |
| J42 | Nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis | Abwertung |
| J43.0 | McLeod-Syndrom | Abwertung |
| J43.1 | Panlobuläres Emphysem | Abwertung |
| J43.2 | Zentrilobuläres Emphysem | Abwertung |
| J43.8 | Sonstiges Emphysem | Abwertung |
| J43.9 | Emphysem, nicht näher bezeichnet | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|-----------|
| J44.00 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 < 35 % des Sollwertes | Abwertung |
| J44.01 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 >= 35 % und < 50 % des Sollwertes | Abwertung |
| J44.02 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 >= 50 % und < 70 % des Sollwertes | Abwertung |
| J44.03 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 >= 70 % des Sollwertes | Abwertung |
| J44.09 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| J44.10 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 < 35 % des Sollwertes | Abwertung |
| J44.11 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 >= 35 % und < 50 % des Sollwertes | Abwertung |
| J44.12 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 >= 50 % und < 70 % des Sollwertes | Abwertung |
| J44.13 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 >= 70 % des Sollwertes | Abwertung |
| J44.19 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| J44.80 | Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 < 35 % des Sollwertes | Abwertung |
| J44.81 | Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 >= 35 % und < 50 % des Sollwertes | Abwertung |
| J47 | Bronchiektasen | Abwertung |
| J67.0 | Farmerlunge | Abwertung |
| J67.2 | Vogelzüchterlunge | Abwertung |
| J67.8 | Allergische Alveolitis durch organische Stäube | Abwertung |
| J67.9 | Allergische Alveolitis durch nicht näher bezeichneten organischen Staub | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|-----------|
| J68.1 | Lungenödem durch chemische Substanzen, Gase, Rauch und Dämpfe | Abwertung |
| J69.0 | Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes | Abwertung |
| J69.8 | Pneumonie durch sonstige feste und flüssige Substanzen | Abwertung |
| J70.4 | Arzneimittelinduzierte interstitielle Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| J80 | Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS] | Abwertung |
| J81 | Lungenödem | 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 |
| J85.2 | Abszess der Lunge ohne Pneumonie | Abwertung |
| J86.0 | Pyothorax mit Fistel | Abwertung |
| J86.9 | Pyothorax ohne Fistel | Abwertung |
| J90 | Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert | Abwertung |
| J91 | Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten | Abwertung |
| J93.0 | Spontaner Spannungspneumothorax | Abwertung |
| J93.1 | Sonstiger Spontanpneumothorax | Abwertung |
| J93.8 | Sonstiger Pneumothorax | Abwertung |
| J93.9 | Pneumothorax, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| J94.0 | Chylöser (Pleura-) Erguss | Abwertung |
| J94.1 | Fibrothorax | Abwertung |
| J95.0 | Funktionsstörung eines Tracheostomas | Abwertung |
| J95.1 | Akute pulmonale Insuffizienz nach Thoraxoperation | Abwertung |
| J95.2 | Akute pulmonale Insuffizienz nach nicht am Thorax vorgenommener Operation | Abwertung |
| J95.3 | Chronische pulmonale Insuffizienz nach Operation | Abwertung |
| J95.4 | Mendelson-Syndrom | Abwertung |
| J95.5 | Subglottische Stenose nach medizinischen Maßnahmen | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|-----------|
| J95.80 | Iatrogener Pneumothorax | Abwertung |
| J95.81 | Stenose der Trachea nach medizinischen Maßnahmen | Abwertung |
| J95.82 | Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen an Trachea, Bronchien und Lunge | Abwertung |
| J95.88 | Sonstige Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen | Abwertung |
| J96.00 | Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch] | Abwertung |
| J96.01 | Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch] | Abwertung |
| J96.09 | Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| J96.10 | Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch] | Abwertung |
| J96.11 | Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch] | Abwertung |
| J96.19 | Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| J98.1 | Lungenkollaps | Abwertung |
| J98.2 | Interstitielles Emphysem | Abwertung |
| J98.50 | Mediastinitis | Abwertung |
| J99.1 | Krankheiten der Atemwege bei sonstigen diffusen Bindegewebskrankheiten | Abwertung |
| J99.8 | Krankheiten der Atemwege bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten | Abwertung |
| K11.3 | Speicheldrüsenabszess | Abwertung |
| K12.22 | Submandibularabszess mit Ausbreitung nach mediastinal, parapharyngeal oder zervikal | Abwertung |
| K12.28 | Sonstige Phlegmone und Abszess des Mundes | Abwertung |
| K12.29 | Phlegmone und Abszess des Mundes, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| K22.3 | Perforation des Ösophagus | Abwertung |
| K22.6 | Mallory-Weiss-Syndrom | Abwertung |
| K25.0 | Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung | Abwertung |
| K25.1 | Ulcus ventriculi: Akut, mit Perforation | Abwertung |
| K25.4 | Ulcus ventriculi: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|-----------|
| K25.6 | Ulcus ventriculi: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung und Perforation | Abwertung |
| K26.0 | Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung | Abwertung |
| K26.1 | Ulcus duodeni: Akut, mit Perforation | Abwertung |
| K26.2 | Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung und Perforation | Abwertung |
| K26.4 | Ulcus duodeni: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung | Abwertung |
| K28.0 | Ulcus pepticum jejuni: Akut, mit Blutung | Abwertung |
| K28.4 | Ulcus pepticum jejuni: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung | Abwertung |
| K29.0 | Akute hämorrhagische Gastritis | Abwertung |
| K31.1 | Hypertrophische Pylorusstenose beim Erwachsenen | Abwertung |
| K31.82 | Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung | 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 |
| K43.3 | Parastomale Hernie mit Einklemmung, ohne Gangrän | Abwertung |
| K43.60 | Epigastrische Hernie mit Einklemmung, ohne Gangrän | Abwertung |
| K43.68 | Sonstige Hernia ventralis mit Einklemmung, ohne Gangrän | Abwertung |
| K43.69 | Nicht näher bezeichnete Hernia ventralis mit Einklemmung, ohne Gangrän | Abwertung |
| K44.0 | Hernia diaphragmatica mit Einklemmung, ohne Gangrän | Abwertung |
| K46.0 | Nicht näher bezeichnete abdominale Hernie mit Einklemmung, ohne Gangrän | Abwertung |
| K52.0 | Gastroenteritis und Kolitis durch Strahleneinwirkung | Abwertung |
| K52.1 | Toxische Gastroenteritis und Kolitis | Abwertung |
| K55.0 | Akute Gefäßkrankheiten des Darmes | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|-----------|
| K55.22 | Angiodysplasie des Kolons: Mit Blutung | 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 |
| K57.00 | Divertikulose des Dünndarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung | Abwertung |
| K57.02 | Divertikulitis des Dünndarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung | Abwertung |
| K57.11 | Divertikulose des Dünndarmes ohne Perforation und Abszess, mit Blutung | Abwertung |
| K57.13 | Divertikulitis des Dünndarmes ohne Perforation und Abszess, mit Blutung | Abwertung |
| K57.31 | Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung | Abwertung |
| K57.33 | Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung | Abwertung |
| K57.51 | Divertikulose sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung | Abwertung |
| K57.81 | Divertikulose des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, mit Perforation, Abszess und Blutung | Abwertung |
| K57.91 | Divertikulose des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung | Abwertung |
| K57.93 | Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung | Abwertung |
| K61.0 | Analabszess | Abwertung |
| K61.1 | Rektalabszess | Abwertung |
| K61.2 | Anorektalabszess | Abwertung |
| K62.5 | Hämorrhagie des Anus und des Rektums | Abwertung |
| K63.0 | Darmabszess | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|------------|
| K63.1 | Perforation des Darmes (nichttraumatisch) | Abwertung |
| K65.8 | Sonstige Peritonitis | Abwertung |
| K65.9 | Peritonitis, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| K66.1 | Hämoperitoneum | Abwertung |
| K67.8 | Sonstige Krankheiten des Peritoneums bei anderenorts klassifizierten Infektionskrankheiten | Abwertung |
| K70.0 | Alkoholische Fettleber | Aufwertung |
| K70.1 | Alkoholische Hepatitis | Aufwertung |
| K70.2 | Alkoholische Fibrose und Sklerose der Leber | Abwertung |
| K70.3 | Alkoholische Leberzirrhose | Abwertung |
| K70.4 | Alkoholisches Leberversagen | Abwertung |
| K70.9 | Alkoholische Leberkrankheit, nicht näher bez. | 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 |
| K71.7 | Toxische Leberkrankheit mit Fibrose und Zirrhose der Leber | Abwertung |
| K71.8 | Toxische Leberkrankheit mit sonstigen Affektionen der Leber | Abwertung |
| K71.9 | Toxische Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet | 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 |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|------------|
| 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 |
| K74.0 | Leberfibrose | Abwertung |
| K74.1 | Lebersklerose | Aufwertung |
| K74.3 | Primäre biliäre Zirrhose | Abwertung |
| K74.4 | Sekundäre biliäre Zirrhose | Abwertung |
| 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 |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|------------|
| 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 |
| K77.8 | Leberkrankheiten bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten | Abwertung |
| K80.00 | Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion | Abwertung |
| K80.01 | Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion | Abwertung |
| K80.10 | Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion | Abwertung |
| K80.11 | Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion | Abwertung |
| K80.21 | Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion | Abwertung |
| K80.30 | Gallengangsstein mit Cholangitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion | Abwertung |
| K80.31 | Gallengangsstein mit Cholangitis: Mit Gallenwegsobstruktion | Abwertung |
| K80.40 | Gallengangsstein mit Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion | Abwertung |
| K80.41 | Gallengangsstein mit Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion | Abwertung |
| K80.50 | Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion | Abwertung |
| K80.51 | Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|-----------|
| K80.80 | Sonstige Cholelithiasis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion | Abwertung |
| K80.81 | Sonstige Cholelithiasis: Mit Gallenwegsobstruktion | Abwertung |
| K81.0 | Akute Cholezystitis | Abwertung |
| K82.0 | Verschluss der Gallenblase | Abwertung |
| K82.1 | Hydrops der Gallenblase | Abwertung |
| K82.3 | Gallenblasenfistel | Abwertung |
| K83.0 | Cholangitis | Abwertung |
| K85.00 | Idiopathische akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation | Abwertung |
| K85.01 | Idiopathische akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation | Abwertung |
| K85.10 | Biliäre akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation | Abwertung |
| K85.20 | Alkoholinduzierte akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation | Abwertung |
| K85.21 | Alkoholinduzierte akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation | Abwertung |
| K85.80 | Sonstige akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation | Abwertung |
| K85.81 | Sonstige akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation | Abwertung |
| K85.90 | Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer Organkomplikation | Abwertung |
| K85.91 | Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Mit Organkomplikation | Abwertung |
| K86.0 | Alkoholinduzierte chronische Pankreatitis | 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 |
| K91.3 | Postoperativer Darmverschluss | Abwertung |
| K91.4 | Funktionsstörung nach Kolostomie oder Enterostomie | Abwertung |
| K91.81 | Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen an Gallenblase und Gallenwegen | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|-----------|
| K91.82 | Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen am Pankreas | Abwertung |
| K91.83 | Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen am sonstigen Verdauungstrakt | Abwertung |
| K91.88 | Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert | Abwertung |
| K92.0 | Hämatemesis | Abwertung |
| K92.1 | Meläna | Abwertung |
| K92.2 | Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| L01.0 | Impetigo contagiosa [jeder Erreger] [jede Lokalisation] | Abwertung |
| L01.1 | Sekundäre Impetiginisation anderer Dermatosen | Abwertung |
| L03.10 | Phlegmone an der oberen Extremität | Abwertung |
| L03.11 | Phlegmone an der unteren Extremität | Abwertung |
| L03.2 | Phlegmone im Gesicht | Abwertung |
| L03.3 | Phlegmone am Rumpf | Abwertung |
| L03.8 | Phlegmone an sonstigen Lokalisationen | Abwertung |
| L03.9 | Phlegmone, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| L05.0 | Pilonidalzyste mit Abszess | Abwertung |
| L10.0 | Pemphigus vulgaris | Abwertung |
| L10.8 | Sonstige Pemphiguskrankheiten | Abwertung |
| L10.9 | Pemphiguskrankheit, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| L12.0 | Bullöses Pemphigoid | Abwertung |
| L12.1 | Vernarbendes Pemphigoid | Abwertung |
| L12.8 | Sonstige Pemphigoidkrankheiten | Abwertung |
| L12.9 | Pemphigoidkrankheit, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| L40.5 | Psoriasis-Arthropathie | Abwertung |
| L44.4 | Infantile papulöse Akrodermatitis [Gianotti-Crosti-Syndrom] | Abwertung |
| L53.0 | Erythema toxicum | Abwertung |
| L53.3 | Sonstiges figuriertes chronisches Erythem | Abwertung |
| L89.10 | Dekubitus 2. Grades: Kopf | Abwertung |
| L89.11 | Dekubitus 2. Grades: Obere Extremität | Abwertung |
| L89.12 | Dekubitus 2. Grades: Dornfortsätze | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|-----------|
| L89.13 | Dekubitus 2. Grades: Beckenkamm | Abwertung |
| L89.14 | Dekubitus 2. Grades: Kreuzbein | Abwertung |
| L89.15 | Dekubitus 2. Grades: Sitzbein | Abwertung |
| L89.16 | Dekubitus 2. Grades: Trochanter | Abwertung |
| L89.17 | Dekubitus 2. Grades: Ferse | Abwertung |
| L89.18 | Dekubitus 2. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität | Abwertung |
| L89.19 | Dekubitus 2. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen | Abwertung |
| L89.20 | Dekubitus 3. Grades: Kopf | Abwertung |
| L89.21 | Dekubitus 3. Grades: Obere Extremität | Abwertung |
| L89.22 | Dekubitus 3. Grades: Dornfortsätze | Abwertung |
| L89.23 | Dekubitus 3. Grades: Beckenkamm | Abwertung |
| L89.24 | Dekubitus 3. Grades: Kreuzbein | Abwertung |
| L89.25 | Dekubitus 3. Grades: Sitzbein | Abwertung |
| L89.26 | Dekubitus 3. Grades: Trochanter | Abwertung |
| L89.27 | Dekubitus 3. Grades: Ferse | Abwertung |
| L89.28 | Dekubitus 3. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität | Abwertung |
| L89.29 | Dekubitus 3. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen | Abwertung |
| L89.30 | Dekubitus 4. Grades: Kopf | Abwertung |
| L89.31 | Dekubitus 4. Grades: Obere Extremität | Abwertung |
| L89.32 | Dekubitus 4. Grades: Dornfortsätze | Abwertung |
| L89.33 | Dekubitus 4. Grades: Beckenkamm | Abwertung |
| L89.34 | Dekubitus 4. Grades: Kreuzbein | Abwertung |
| L89.35 | Dekubitus 4. Grades: Sitzbein | Abwertung |
| L89.36 | Dekubitus 4. Grades: Trochanter | Abwertung |
| L89.37 | Dekubitus 4. Grades: Ferse | Abwertung |
| L89.38 | Dekubitus 4. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität | Abwertung |
| L89.39 | Dekubitus 4. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen | Abwertung |
| M00.94 | Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|-----------|
| M00.96 | Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | Abwertung |
| M05.09 | Felty-Syndrom: Nicht näher bez. Lokalisation | Abwertung |
| M05.39 | Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Nicht näher bezeichnete Lokalisation | Abwertung |
| M07.10 | Arthritis mutilans: Mehrere Lokalisationen | Abwertung |
| M07.30 | Sonstige psoriatische Arthritiden: Mehrere Lokalisationen | Abwertung |
| M07.38 | Sonstige psoriatische Arthritiden: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | Abwertung |
| M07.39 | Sonstige psoriatische Arthritiden: Nicht näher bezeichnete Lokalisation | Abwertung |
| M07.45 | Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | Abwertung |
| M07.48 | Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | Abwertung |
| M07.49 | Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Nicht näher bezeichnete Lokalisation | Abwertung |
| M07.55 | Arthritis bei Colitis ulcerosa: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | Abwertung |
| M07.58 | Arthritis bei Colitis ulcerosa: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | Abwertung |
| M07.59 | Arthritis bei Colitis ulcerosa: Nicht näher bezeichnete Lokalisation | Abwertung |
| M08.09 | Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ: Nicht näher bezeichnete Lokalisation | Abwertung |
| M08.88 | Sonstige juvenile Arthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | Abwertung |
| M08.89 | Sonstige juvenile Arthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation | Abwertung |
| M08.98 | Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | Abwertung |
| M08.99 | Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation | Abwertung |
| M09.20 | Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Mehrere Lokalisationen | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|-----------|
| M09.28 | Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | Abwertung |
| M09.29 | Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Nicht näher bezeichnete Lokalisation | Abwertung |
| M30.8 | Sonstige mit Panarteriitis nodosa verwandte Zustände | Abwertung |
| M31.0 | Hypersensitivitätsangiitis | Abwertung |
| M31.3 | Wegener-Granulomatose | Abwertung |
| M31.4 | Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom] | Abwertung |
| M31.6 | Sonstige Riesenzellarteriitis | Abwertung |
| M31.7 | Mikroskopische Polyangiitis | Abwertung |
| M31.8 | Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vasculopathien | Abwertung |
| M31.9 | Nekrotisierende Vasculopathie, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| M32.1 | Systemischer Lupus erythematodes mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen | Abwertung |
| M32.9 | Systemischer Lupus erythematodes, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| M33.1 | Sonstige Dermatomyositis | Abwertung |
| M33.2 | Polymyositis | Abwertung |
| M33.9 | Dermatomyositis-Polymyositis, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| M34.0 | Progressive systemische Sklerose | Abwertung |
| M34.1 | CR(E)ST-Syndrom | Abwertung |
| M34.8 | Sonstige Formen der systemischen Sklerose | Abwertung |
| M34.9 | Systemische Sklerose, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| M35.1 | Sonstige Overlap-Syndrome | Abwertung |
| M35.8 | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes | Abwertung |
| M48.40 | Ermüdungsbruch eines Wirbels: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule | Abwertung |
| M48.41 | Ermüdungsbruch eines Wirbels: Okzipito-Atlanto-Axialbereich | Abwertung |
| M48.42 | Ermüdungsbruch eines Wirbels: Zervikalbereich | Abwertung |
| M48.43 | Ermüdungsbruch eines Wirbels: Zervikothorakalbereich | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|-----------|
| M48.44 | Ermüdungsbruch eines Wirbels: Thorakalbereich | Abwertung |
| M48.45 | Ermüdungsbruch eines Wirbels: Thorakolumbalbereich | Abwertung |
| M48.46 | Ermüdungsbruch eines Wirbels: Lumbalbereich | Abwertung |
| M48.47 | Ermüdungsbruch eines Wirbels: Lumbosakralbereich | Abwertung |
| M48.48 | Ermüdungsbruch eines Wirbels: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | Abwertung |
| M48.49 | Ermüdungsbruch eines Wirbels: Nicht näher bezeichnete Lokalisation | Abwertung |
| M48.50 | Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule | Abwertung |
| M48.51 | Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Okzipito-Atlanto-Axialbereich | Abwertung |
| M48.52 | Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Zervikalbereich | Abwertung |
| M48.53 | Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Zervikothorakalbereich | Abwertung |
| M48.54 | Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Thorakalbereich | Abwertung |
| M48.55 | Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Thorakolumbalbereich | Abwertung |
| M48.56 | Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Lumbalbereich | Abwertung |
| M48.57 | Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Lumbosakralbereich | Abwertung |
| M48.58 | Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | Abwertung |
| M48.59 | Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Nicht näher bezeichnete Lokalisation | Abwertung |
| M49.50 | Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule | Abwertung |
| M49.54 | Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Thorakalbereich | Abwertung |
| M49.55 | Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Thorakolumbalbereich | Abwertung |
| M49.56 | Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Lumbalbereich | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|-----------|
| M49.57 | Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Lumbosakralbereich | Abwertung |
| M49.58 | Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | Abwertung |
| M49.59 | Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation | Abwertung |
| M60.05 | Infektiöse Myositis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | Abwertung |
| M60.08 | Infektiöse Myositis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | Abwertung |
| M60.09 | Infektiöse Myositis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation | Abwertung |
| M62.00 | Muskeldiastase: Mehrere Lokalisationen | Abwertung |
| M62.01 | Muskeldiastase: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | Abwertung |
| M62.02 | Muskeldiastase: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | Abwertung |
| M62.03 | Muskeldiastase: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | Abwertung |
| M62.04 | Muskeldiastase: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | Abwertung |
| M62.05 | Muskeldiastase: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | Abwertung |
| M62.06 | Muskeldiastase: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | Abwertung |
| M62.07 | Muskeldiastase: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | Abwertung |
| M62.08 | Muskeldiastase: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | Abwertung |
| M62.09 | Muskeldiastase: Nicht näher bez. Lokalisation | Abwertung |
| M62.10 | Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Mehrere Lokalisationen | Abwertung |
| M62.11 | Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|-----------|
| M62.12 | Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | Abwertung |
| M62.13 | Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | Abwertung |
| M62.14 | Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | Abwertung |
| M62.15 | Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | Abwertung |
| M62.16 | Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | Abwertung |
| M62.17 | Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | Abwertung |
| M62.18 | Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | Abwertung |
| M62.19 | Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Nicht näher bezeichnete Lokalisation | Abwertung |
| M62.20 | Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Mehrere Lokalisationen | Abwertung |
| M62.21 | Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikulär-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | Abwertung |
| M62.22 | Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | Abwertung |
| M62.23 | Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | Abwertung |
| M62.24 | Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | Abwertung |
| M62.25 | Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | Abwertung |
| M62.26 | Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | Abwertung |
| M62.27 | Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|-----------|
| M62.28 | Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | Abwertung |
| M62.29 | Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Nicht näher bezeichnete Lokalisation | Abwertung |
| M62.30 | Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Mehrere Lokalisationen | Abwertung |
| M62.31 | Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | Abwertung |
| M62.32 | Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | Abwertung |
| M62.33 | Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | Abwertung |
| M62.34 | Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | Abwertung |
| M62.35 | Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | Abwertung |
| M62.36 | Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | Abwertung |
| M62.37 | Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | Abwertung |
| M62.38 | Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | Abwertung |
| M62.39 | Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Nicht näher bezeichnete Lokalisation | Abwertung |
| M62.40 | Muskelkontraktur: Mehrere Lokalisationen | Abwertung |
| M62.41 | Muskelkontraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | Abwertung |
| M62.42 | Muskelkontraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | Abwertung |
| M62.43 | Muskelkontraktur: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | Abwertung |
| M62.44 | Muskelkontraktur: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|-----------|
| M62.45 | Muskelkontraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | Abwertung |
| M62.46 | Muskelkontraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | Abwertung |
| M62.47 | Muskelkontraktur: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | Abwertung |
| M62.48 | Muskelkontraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | Abwertung |
| M62.49 | Muskelkontraktur: Nicht näher bezeichnete Lokalisation | Abwertung |
| M62.50 | Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Mehrere Lokalisationen | Abwertung |
| M62.51 | Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | Abwertung |
| M62.52 | Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | Abwertung |
| M62.53 | Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | Abwertung |
| M62.54 | Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | Abwertung |
| M62.55 | Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | Abwertung |
| M62.56 | Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | Abwertung |
| M62.57 | Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | Abwertung |
| M62.58 | Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | Abwertung |
| M62.59 | Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Nicht näher bezeichnete Lokalisation | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|-----------|
| M62.80 | Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Mehrere Lokalisationen | Abwertung |
| M62.81 | Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | Abwertung |
| M62.82 | Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | Abwertung |
| M62.83 | Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | Abwertung |
| M62.84 | Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | Abwertung |
| M62.85 | Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | Abwertung |
| M62.86 | Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | Abwertung |
| M62.87 | Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | Abwertung |
| M62.88 | Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | Abwertung |
| M63.80 | Sonstige Muskelkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Mehrere Lokalisationen | Abwertung |
| M63.88 | Sonstige Muskelkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | Abwertung |
| M63.89 | Sonstige Muskelkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation | Abwertung |
| M84.02 | Frakturheilung in Fehlstellung: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | Abwertung |
| M84.08 | Frakturheilung in Fehlstellung: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | Abwertung |
| M84.09 | Frakturheilung in Fehlstellung: Nicht näher bezeichnete Lokalisation | Abwertung |
| M84.11 | Nichtvereinigung der Fraktarenden [Pseudarthrose]: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|------------|
| M84.12 | Nichtvereinigung der Frakturenden [Pseudarthrose]: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | Abwertung |
| M84.18 | Nichtvereinigung der Frakturenden [Pseudarthrose]: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | Abwertung |
| M84.19 | Nichtvereinigung der Frakturenden [Pseudarthrose]: Nicht näher bezeichnete Lokalisation | Abwertung |
| M84.45 | Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | Abwertung |
| M84.47 | Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | 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 |
| M90.76 | Knochenfraktur bei Neubildungen: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | Abwertung |
| M90.78 | Knochenfraktur bei Neubildungen: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | Abwertung |
| M90.79 | Knochenfraktur bei Neubildungen: Nicht näher bezeichnete Lokalisation | Abwertung |
| M96.6 | Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte | Streichung |
| 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 |
| N01.9 | Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| N02.8 | Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Sonstige morphologische Veränderungen | Abwertung |
| N02.9 | Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| N04.1 | Nephrotisches Syndrom: Fokale und segmentale glomeruläre Läsionen | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|------------|
| N04.8 | Nephrotisches Syndrom: Sonstige morphologische Veränderungen | Abwertung |
| N04.9 | Nephrotisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| N10 | Akute tubulointerstitielle Nephritis | Abwertung |
| N11.0 | Nichtobstruktive, mit Reflux verbundene chronische Pyelonephritis | Aufwertung |
| N11.1 | Chronische obstruktive Pyelonephritis | Aufwertung |
| N11.8 | Sonstige chronische tubulointerstitielle Nephritis | Aufwertung |
| N11.9 | Chronische tubulointerstitielle Nephritis, nicht näher bezeichnet | Aufwertung |
| N12 | Tubulointerstitielle Nephritis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet | Abwertung |
| N13.0 | Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion | Abwertung |
| N13.1 | Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert | Abwertung |
| N13.2 | Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein | Abwertung |
| N13.3 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose | Abwertung |
| N13.4 | Hydroureter | Abwertung |
| N13.6 | Pyonephrose | Abwertung |
| N13.9 | Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| N16.0 | Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten | Aufwertung |
| N17.0 | Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose | Abwertung |
| N17.1 | Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose | Abwertung |
| N17.2 | Akutes Nierenversagen mit Marknekrose | Abwertung |
| N17.8 | Sonstiges akutes Nierenversagen | Abwertung |
| N17.9 | Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| N18.1 | Chronische Nierenkrankheit, Stadium 1 | Abwertung |
| N18.2 | Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2 | Abwertung |
| N18.3 | Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3 | Abwertung |
| N18.4 | Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4 | Abwertung |
| N18.5 | Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5 | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|--------------------|
| N18.80 | Einseitige chronische Nierenfunktionsstörung | Abwertung |
| N20.1 | Ureterstein | Abwertung |
| N30.0 | Akute Zystitis | Abwertung |
| N30.1 | Interstitielle Zystitis (chronisch) | Abwertung |
| N30.2 | Sonstige chronische Zystitis | Aufwertung |
| N30.3 | Trigonumzystitis | Aufwertung |
| N30.8 | Sonstige Zystitis | Auf- und Abwertung |
| N30.9 | Zystitis, nicht näher bezeichnet | Auf- und Abwertung |
| N31.2 | Schlaffe neurogene Harnblase, anderenorts nicht klassifiziert | Abwertung |
| N32.0 | Blasenhalsobstruktion | Abwertung |
| N32.2 | Harnblasenfistel, anderenorts nicht klassifiziert | Abwertung |
| N33.8 | Krankheiten der Harnblase bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten | Abwertung |
| N34.0 | Harnröhrenabszess | Abwertung |
| N34.1 | Unspezifische Urethritis | Aufwertung |
| N34.2 | Sonstige Urethritis | Aufwertung |
| N34.3 | Urethrales Syndrom, nicht näher bezeichnet | Aufwertung |
| N35.0 | Posttraumatische Harnröhrenstriktur | Abwertung |
| N37.0 | Urethritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten | Auf- und Abwertung |
| N39.0 | Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet | Auf- und Abwertung |
| N39.3 | Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz] | Abwertung |
| N39.40 | Reflexinkontinenz | Abwertung |
| N39.41 | Überlaufinkontinenz | Abwertung |
| N39.42 | Dranginkontinenz | Abwertung |
| N39.43 | Extraurethrale Harninkontinenz | Abwertung |
| N39.47 | Rezidivinkontinenz | Abwertung |
| N39.48 | Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz | Abwertung |
| N41.0 | Akute Prostatitis | Abwertung |
| N41.2 | Prostataabszess | Abwertung |
| N41.3 | Prostatazystitis | Abwertung |
| N42.1 | Kongestion und Blutung der Prostata | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|------------|
| N43.1 | Infizierte Hydrozele | Abwertung |
| N45.0 | Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis mit Abszess | Abwertung |
| N63 | Nicht näher bezeichnete Knoten in der Mamma [Brustdrüse] | Streichung |
| N70.0 | Akute Salpingitis und Oophoritis | Abwertung |
| N70.1 | Chronische Salpingitis und Oophoritis | Aufwertung |
| N70.9 | Salpingitis und Oophoritis, nicht näher bezeichnet | Aufwertung |
| N71.1 | Chronische entzündliche Krankheit des Uterus, ausgenommen der Zervix | Aufwertung |
| N71.9 | Entzündliche Krankheit des Uterus, ausgenommen der Zervix, nicht näher bezeichnet | Aufwertung |
| N72 | Entzündliche Krankheit der Cervix uteri | Aufwertung |
| N73.1 | Chronische Parametritis und Entzündung des Beckenbindegewebes | Aufwertung |
| N73.2 | Nicht näher bezeichnete Parametritis und Entzündung des Beckenbindegewebes | Aufwertung |
| N73.4 | Chronische Pelveoperitonitis bei der Frau | Aufwertung |
| N73.6 | Peritoneale Adhäsionen im weiblichen Becken | Aufwertung |
| N73.8 | Sonstige näher bezeichnete entzündliche Krankheiten im weiblichen Becken | Aufwertung |
| N73.9 | Entzündliche Krankheit im weiblichen Becken, nicht näher bezeichnet | Aufwertung |
| N74.2 | Syphilitische Entzündung im weiblichen Becken | Aufwertung |
| N74.3 | Entzündung im weiblichen Becken durch Gonokokken | Aufwertung |
| N74.4 | Entzündung im weiblichen Becken durch Chlamydien | Aufwertung |
| N74.8 | Entzündung im weiblichen Becken bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten | Aufwertung |
| N76.0 | Akute Kolpitis | Aufwertung |
| N76.1 | Subakute und chronische Kolpitis | Aufwertung |
| N76.2 | Akute Vulvitis | Aufwertung |
| N76.3 | Subakute und chronische Vulvitis | Aufwertung |
| N76.4 | Abszess der Vulva | Abwertung |
| N76.5 | Ulzeration der Vagina | Aufwertung |
| N76.6 | Ulzeration der Vulva | Aufwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|-------------|
| N76.80 | Fournier-Gangrän bei der Frau | Neuaufnahme |
| N76.88 | Sonstige näher bezeichnete entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva | Aufwertung |
| N77.1 | Vaginitis, Vulvitis oder Vulvovaginitis bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten | Aufwertung |
| N82.0 | Vesikovaginalfistel | Abwertung |
| N82.1 | Sonstige Fisteln zwischen weiblichem Harn- und Genitaltrakt | Abwertung |
| N82.3 | Fistel zwischen Vagina und Dickdarm | Abwertung |
| N82.4 | Sonstige Fisteln zwischen weiblichem Genital- und Darmtrakt | Abwertung |
| N98.1 | Hyperstimulation der Ovarien | Neuaufnahme |
| N98.8 | Sonstige Komplikationen im Zusammenhang mit künstlicher Befruchtung | Streichung |
| N98.9 | Komplikation im Zusammenhang mit künstlicher Befruchtung, nicht näher bezeichnet | Streichung |
| O13 | Gestationshypertonie [schwangerschaftsinduzierte Hypertonie] | Abwertung |
| O14.1 | Schwere Präeklampsie | Aufwertung |
| O14.2 | HELLP-Syndrom | Aufwertung |
| O14.9 | Präeklampsie, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| O15.0 | Eklampsie während der Schwangerschaft | Aufwertung |
| O15.1 | Eklampsie unter der Geburt | Aufwertung |
| O15.2 | Eklampsie im Wochenbett | Aufwertung |
| O15.9 | Eklampsie, bei der der zeitliche Bezug nicht angegeben ist | Aufwertung |
| O22.2 | Oberflächliche Thrombophlebitis in der Schwangerschaft | Abwertung |
| O22.5 | Hirnvenenthrombose in der Schwangerschaft | Aufwertung |
| O23.0 | Infektionen der Niere in der Schwangerschaft | Abwertung |
| O23.3 | Infektionen von sonstigen Teilen der Harnwege in der Schwangerschaft | Abwertung |
| O23.4 | Nicht näher bezeichnete Infektion der Harnwege in der Schwangerschaft | Abwertung |
| O23.9 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektion des Urogenitaltraktes in der Schwangerschaft | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|------------|
| O24.1 | Diabetes mellitus in der Schwangerschaft: Vorher bestehender Diabetes mellitus, Typ 2 | Abwertung |
| O24.3 | Diabetes mellitus in der Schwangerschaft: Vorher bestehender Diabetes mellitus, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| O24.4 | Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend | Abwertung |
| O24.9 | Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| O29.2 | Komplikationen des Zentralnervensystems bei Anästhesie in der Schwangerschaft | Abwertung |
| O29.4 | Kopfschmerzen nach Spinal- oder Periduralanästhesie in der Schwangerschaft | Abwertung |
| O29.5 | Sonstige Komplikationen nach Spinal- oder Periduralanästhesie in der Schwangerschaft | Abwertung |
| O29.6 | Misslingen oder Schwierigkeiten bei der Intubation in der Schwangerschaft | Abwertung |
| O29.8 | Sonstige Komplikationen bei Anästhesie in der Schwangerschaft | Abwertung |
| O29.9 | Komplikation bei Anästhesie in der Schwangerschaft, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| O44.00 | Tiefer Sitz der Plazenta ohne (aktuelle) Blutung | Abwertung |
| O44.01 | Placenta praevia ohne (aktuelle) Blutung | Abwertung |
| O44.10 | Tiefer Sitz der Plazenta mit aktueller Blutung | Aufwertung |
| O44.11 | Placenta praevia mit aktueller Blutung | Aufwertung |
| O47.0 | Frustrane Kontraktionen vor 37 vollendeten Schwangerschaftswochen | Abwertung |
| O67.8 | Sonstige intrapartale Blutung | Abwertung |
| O67.9 | Intrapartale Blutung, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| O71.0 | Uterusruptur vor Wehenbeginn | Aufwertung |
| O71.1 | Uterusruptur während der Geburt | Aufwertung |
| O74.1 | Sonstige pulmonale Komplikationen bei Anästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung | Abwertung |
| O74.5 | Kopfschmerzen nach Spinal- oder Periduralanästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|------------|
| O74.6 | Sonstige Komplikationen bei Spinal- oder Periduralanästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung | Abwertung |
| O74.8 | Sonstige Komplikationen bei Anästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung | Abwertung |
| O74.9 | Komplikation bei Anästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung, nicht näher bez. | Abwertung |
| O75.3 | Sonstige Infektion unter der Geburt | Abwertung |
| O85 | Puerperalfieber | Abwertung |
| O86.1 | Sonstige Infektion des Genitaltraktes nach Entbindung | Abwertung |
| O86.3 | Sonstige Infektionen des Urogenitaltraktes nach Entbindung | Abwertung |
| O86.8 | Sonstige näher bezeichnete Wochenbettinfektionen | Abwertung |
| O87.0 | Oberflächliche Thrombophlebitis im Wochenbett | Abwertung |
| O87.3 | Hirnvenenthrombose im Wochenbett | Aufwertung |
| O88.0 | Luftembolie während der Gestationsperiode | Aufwertung |
| O88.1 | Fruchtwasserembolie | Aufwertung |
| O88.20 | Lungenembolie während der Gestationsperiode | Aufwertung |
| O88.3 | Pyämische und septische Embolie während der Gestationsperiode | Aufwertung |
| O89.0 | Pulmonale Komplikationen bei Anästhesie im Wochenbett | Abwertung |
| O89.4 | Kopfschmerzen nach Spinal- oder Periduralanästhesie im Wochenbett | Abwertung |
| O89.8 | Sonstige Komplikationen bei Anästhesie im Wochenbett | Abwertung |
| O89.9 | Komplikation bei Anästhesie im Wochenbett, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| O90.3 | Kardiomyopathie im Wochenbett | Aufwertung |
| O90.4 | Postpartales akutes Nierenversagen | Aufwertung |
| O98.0 | Tuberkulose, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert | Aufwertung |
| O99.0 | Anämie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert | Abwertung |
| O99.4 | Krankheiten des Kreislaufsystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|-----------|
| P27.1 | Bronchopulmonale Dysplasie mit Ursprung in der Perinatalperiode | Abwertung |
| P27.8 | Sonstige chronische Atemwegserkrankungen mit Ursprung in der Perinatalperiode | Abwertung |
| P27.9 | Nicht näher bezeichnete chronische Atemwegserkrankung mit Ursprung in der Perinatalperiode | Abwertung |
| P35.1 | Angeborene Zytomegalie | Abwertung |
| P35.9 | Angeborene Viruskrankheit, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| P90 | Krämpfe beim Neugeborenen | Abwertung |
| P92.1 | Regurgitation und Rumination beim Neugeborenen | Abwertung |
| P92.2 | Trinkunlust beim Neugeborenen | Abwertung |
| P92.5 | Schwierigkeit beim Neugeborenen bei Brusternährung | Abwertung |
| Q02 | Mikrozephalie | Abwertung |
| Q03.0 | Fehlbildungen des Aquaeductus cerebri | Abwertung |
| Q03.9 | Angeborener Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| Q04.3 | Sonstige Reduktionsdeformitäten des Gehirns | Abwertung |
| Q04.4 | Septooptische Dysplasie | Abwertung |
| Q04.6 | Angeborene Gehirnzysten | Abwertung |
| Q05.2 | Lumbale Spina bifida mit Hydrozephalus | Abwertung |
| Q05.3 | Sakrale Spina bifida mit Hydrozephalus | Abwertung |
| Q05.4 | Nicht näher bezeichnete Spina bifida mit Hydrozephalus | Abwertung |
| Q05.5 | Zervikale Spina bifida ohne Hydrozephalus | Abwertung |
| Q05.6 | Thorakale Spina bifida ohne Hydrozephalus | Abwertung |
| Q05.7 | Lumbale Spina bifida ohne Hydrozephalus | Abwertung |
| Q05.8 | Sakrale Spina bifida ohne Hydrozephalus | Abwertung |
| Q05.9 | Spina bifida, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| Q07.0 | Arnold-Chiari-Syndrom | Abwertung |
| Q07.8 | Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Nervensystems | Abwertung |
| Q20.1 | Rechter Doppelausstromventrikel [Double outlet right ventricle] | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|-----------|
| Q20.2 | Linker Doppelausstromventrikel [Double outlet left ventricle] | Abwertung |
| Q20.8 | Sonstige angeborene Fehlbildungen der Herzhöhlen und verbindender Strukturen | Abwertung |
| Q20.9 | Angeborene Fehlbildung der Herzhöhlen und verbindender Strukturen, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| Q21.0 | Ventrikelseptumdefekt | Abwertung |
| Q21.2 | Defekt des Vorhof- und Kammerseptums | Abwertung |
| Q21.88 | Sonstige angeborene Fehlbildungen der Herzsepten | Abwertung |
| Q22.1 | Angeborene Pulmonalklappenstenose | Abwertung |
| Q22.5 | Ebstein-Anomalie | Abwertung |
| Q22.6 | Hypoplastisches Rechtsherzsyndrom | Abwertung |
| Q22.8 | Sonstige angeborene Fehlbildungen der Trikuspidalklappe | Abwertung |
| Q22.9 | Angeborene Fehlbildung der Trikuspidalklappe, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| Q23.1 | Angeborene Aortenklappeninsuffizienz | Abwertung |
| Q23.2 | Angeborene Mitralklappenstenose | Abwertung |
| Q23.9 | Angeborene Fehlbildung der Aorten- und Mitralklappe, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| Q24.4 | Angeborene subvalvuläre Aortenstenose | Abwertung |
| Q25.0 | Offener Ductus arteriosus | Abwertung |
| Q25.1 | Koarktation der Aorta | Abwertung |
| Q25.3 | Stenose der Aorta (angeboren) | Abwertung |
| Q25.6 | Stenose der A. pulmonalis (angeboren) | Abwertung |
| Q25.7 | Sonstige angeborene Fehlbildungen der A. pulmonalis | Abwertung |
| Q26.1 | Persistenz der linken V. cava superior | Abwertung |
| Q27.0 | Angeborenes Fehlen oder Hypoplasie der A. umbilicalis | Abwertung |
| Q28.28 | Sonstige angeborene arteriovenöse Fehlbildungen der zerebralen Gefäße | Abwertung |
| Q28.30 | Angeborenes Aneurysma der zerebralen Gefäße | Abwertung |
| Q31.1 | Angeborene subglottische Stenose | Abwertung |
| Q31.5 | Angeborene Laryngomalazie | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|-----------|
| Q31.8 | Sonstige angeborene Fehlbildungen des Kehlkopfes | Abwertung |
| Q32.0 | Angeborene Tracheomalazie | Abwertung |
| Q32.1 | Sonstige angeborene Fehlbildungen der Trachea | Abwertung |
| Q32.4 | Sonstige angeborene Fehlbildungen der Bronchien | Abwertung |
| Q33.1 | Akzessorischer Lungenlappen | Abwertung |
| Q33.2 | Lungensequestration (angeboren) | Abwertung |
| Q33.8 | Sonstige angeborene Fehlbildungen der Lunge | Abwertung |
| Q35.1 | Spalte des harten Gaumens | Abwertung |
| Q35.5 | Spalte des harten und des weichen Gaumens | Abwertung |
| Q37.5 | Spalte des harten und des weichen Gaumens mit einseitiger Lippenspalte | Abwertung |
| Q39.0 | Ösophagusatresie ohne Fistel | Abwertung |
| Q42.3 | Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Anus ohne Fistel | Abwertung |
| Q42.8 | Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose sonstiger Teile des Dickdarmes | Abwertung |
| Q42.9 | Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Dickdarmes, Teil nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| Q44.0 | Agenesie, Aplasie und Hypoplasie der Gallenblase | Abwertung |
| Q44.5 | Sonstige angeborene Fehlbildungen der Gallengänge | Abwertung |
| Q44.6 | Zystische Leberkrankheit [Zystenleber] | Abwertung |
| Q52.1 | Vagina duplex | Abwertung |
| Q54.0 | Glanduläre Hypospadie | Abwertung |
| Q54.1 | Penile Hypospadie | Abwertung |
| Q54.2 | Penoskrotale Hypospadie | Abwertung |
| Q55.1 | Hypoplasie des Hodens und des Skrotums | Abwertung |
| Q61.1 | Polyzystische Niere, autosomal-rezessiv | Abwertung |
| Q61.2 | Polyzystische Niere, autosomal-dominant | Abwertung |
| Q62.2 | Angeborener Megaureter | Abwertung |
| Q62.3 | Sonstige (angeborene) obstruktive Defekte des Nierenbeckens und des Ureters | Abwertung |
| Q64.4 | Fehlbildung des Urachus | Abwertung |
| Q71.4 | Longitudinaler Reduktionsdefekt des Radius | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|-----------|
| Q71.8 | Sonstige Reduktionsdefekte der oberen Extremität(en) | Abwertung |
| Q75.0 | Kraniosynostose | Abwertung |
| Q75.3 | Makrozephalie | Abwertung |
| Q75.8 | Sonstige näher bez. angeborene Fehlbildungen der Schädel- und Gesichtsschädelknochen | Abwertung |
| Q76.3 | Angeborene Skoliose durch angeborene Knochenfehlbildung | Abwertung |
| Q78.0 | Osteogenesis imperfecta | Abwertung |
| Q78.8 | Sonstige näher bezeichnete Osteochondrodysplasien | Abwertung |
| Q79.6 | Ehlers-Danlos-Syndrom | Abwertung |
| Q85.0 | Neurofibromatose (nicht bösartig) | Abwertung |
| Q85.8 | Sonstige Phakomatosen, anderenorts nicht klassifiziert | Abwertung |
| Q86.0 | Alkohol-Embryopathie (mit Dismorphien) | Abwertung |
| Q86.80 | Thalidomid-Embryopathie | Abwertung |
| Q87.0 | Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung des Gesichtes | Abwertung |
| Q87.1 | Angeborene Fehlbildungssyndrome, die vorwiegend mit Kleinwuchs einhergehen | Abwertung |
| Q87.2 | Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung der Extremitäten | Abwertung |
| Q87.4 | Marfan-Syndrom | Abwertung |
| Q87.5 | Sonstige angeborene Fehlbildungssyndrome mit sonstigen Skelettveränderungen | Abwertung |
| Q87.8 | Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome, anderenorts nicht klassifiziert | Abwertung |
| Q90.0 | Trisomie 21, meiotische Non-disjunction | Abwertung |
| Q90.2 | Trisomie 21, Translokation | Abwertung |
| Q90.9 | Down-Syndrom, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| Q91.7 | Patau-Syndrom, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| Q93.3 | Deletion des kurzen Armes des Chromosoms 4 | Abwertung |
| Q95.0 | Balancierte Translokation und Insertion beim normalen Individuum | Abwertung |
| Q99.8 | Sonstige näher bezeichnete Chromosomenanomalien | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|-----------|
| R04.2 | Hämoptoe | Abwertung |
| R04.8 | Blutung aus sonstigen Lokalisationen in den Atemwegen | Abwertung |
| R04.9 | Blutung aus den Atemwegen, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| R09.2 | Atemstillstand | Abwertung |
| R15 | Stuhlinkontinenz | Abwertung |
| R18 | Aszites | Abwertung |
| R31 | Nicht näher bezeichnete Hämaturie | Abwertung |
| R40.2 | Koma, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| R47.0 | Dysphasie und Aphasie | Abwertung |
| R47.1 | Dysarthrie und Anarthrie | Abwertung |
| R47.8 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Sprech- und Sprachstörungen | Abwertung |
| R56.0 | Fieberkrämpfe | Abwertung |
| R56.8 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe | Abwertung |
| R57.0 | Kardiogener Schock | Abwertung |
| R57.1 | Hypovolämischer Schock | Abwertung |
| R57.2 | Septischer Schock | Abwertung |
| R57.8 | Sonstige Formen des Schocks | Abwertung |
| R57.9 | Schock, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| R58 | Blutung, anderenorts nicht klassifiziert | Abwertung |
| R63.3 | Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung | Abwertung |
| R64 | Kachexie | Abwertung |
| R65.0 | Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese ohne Organkomplikationen | Abwertung |
| R65.1 | Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen | Abwertung |
| R65.2 | Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese ohne Organkomplikationen | Abwertung |
| R65.3 | Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese mit Organkomplikationen | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|-----------|
| R65.9 | Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS], nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| S02.0 | Schädeldachfraktur | Abwertung |
| S02.1 | Schädelbasisfraktur | Abwertung |
| S02.3 | Fraktur des Orbitabodens | Abwertung |
| S02.4 | Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers | Abwertung |
| S02.60 | Unterkieferfraktur: Teil nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| S02.61 | Unterkieferfraktur: Processus condylaris | Abwertung |
| S02.8 | Frakturen sonstiger Schädel- und Gesichtsschädelknochen | Abwertung |
| S02.9 | Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen, Teil nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| S05.4 | Penetrierende Wunde der Orbita mit oder ohne Fremdkörper | Abwertung |
| S05.8 | Sonstige Verletzungen des Auges und der Orbita | Abwertung |
| S06.1 | Traumatisches Hirnödem | Abwertung |
| S06.21 | Diffuse Hirnkontusionen | Abwertung |
| S06.28 | Sonstige diffuse Hirn- und Kleinhirnverletzungen | Abwertung |
| S06.31 | Umschriebene Hirnkontusion | Abwertung |
| S06.33 | Umschriebenes zerebrales Hämatom | Abwertung |
| S06.5 | Traumatische subdurale Blutung | Abwertung |
| S06.6 | Traumatische subarachnoidale Blutung | Abwertung |
| S06.71 | Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma: 30 Minuten bis 24 Stunden | Abwertung |
| S06.79 | Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma: Dauer nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| S06.8 | Sonstige intrakranielle Verletzungen | Abwertung |
| S12.0 | Fraktur des 1. Halswirbels | Abwertung |
| S12.1 | Fraktur des 2. Halswirbels | Abwertung |
| S12.21 | Fraktur des 3. Halswirbels | Abwertung |
| S12.22 | Fraktur des 4. Halswirbels | Abwertung |
| S12.8 | Fraktur sonstiger Teile im Bereich des Halses | Abwertung |
| S12.9 | Fraktur im Bereich des Halses, Teil nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| S13.10 | Luxation eines Halswirbels: Höhe nicht näher bezeichnet | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|-----------|
| S13.11 | Luxation von Halswirbeln: C1/C2 | Abwertung |
| S13.18 | Luxation von Halswirbeln: Sonstige | Abwertung |
| S13.2 | Luxation sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile im Bereich des Halses | Abwertung |
| S13.3 | Multiple Luxationen im Bereich des Halses | Abwertung |
| S22.00 | Fraktur eines Brustwirbels: Höhe nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| S22.01 | Fraktur eines Brustwirbels: T1 und T2 | Abwertung |
| S22.03 | Fraktur eines Brustwirbels: T5 und T6 | Abwertung |
| S22.06 | Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12 | Abwertung |
| S22.1 | Multiple Frakturen der Brustwirbelsäule | Abwertung |
| S22.2 | Fraktur des Sternums | Abwertung |
| S22.40 | Rippenserienfraktur: Nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| S22.41 | Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung der ersten Rippe | Abwertung |
| S22.42 | Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von zwei Rippen | Abwertung |
| S22.43 | Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von drei Rippen | Abwertung |
| S22.44 | Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen | Abwertung |
| S27.0 | Traumatischer Pneumothorax | Abwertung |
| S27.1 | Traumatischer Hämatothorax | Abwertung |
| S27.2 | Traumatischer Hämato-pneumothorax | Abwertung |
| S32.00 | Fraktur eines Lendenwirbels: Höhe nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| S32.01 | Fraktur eines Lendenwirbels: L1 | Abwertung |
| S32.02 | Fraktur eines Lendenwirbels: L2 | Abwertung |
| S32.03 | Fraktur eines Lendenwirbels: L3 | Abwertung |
| S32.04 | Fraktur eines Lendenwirbels: L4 | Abwertung |
| S32.05 | Fraktur eines Lendenwirbels: L5 | Abwertung |
| S32.1 | Fraktur des Os sacrum | Abwertung |
| S32.2 | Fraktur des Os coccygis | Abwertung |
| S32.4 | Fraktur des Acetabulum | Abwertung |
| S32.5 | Fraktur des Os pubis | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|-----------|
| S32.82 | Fraktur: Lendenwirbelsäule und Kreuzbein, Teil nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| S32.83 | Fraktur: Becken, Teil nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| S36.08 | Sonstige Verletzungen der Milz | Abwertung |
| S37.00 | Verletzung der Niere, nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| S37.01 | Prellung und Hämatom der Niere | Abwertung |
| S37.22 | Ruptur der Harnblase | Abwertung |
| S37.30 | Verletzung der Harnröhre: Nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| S37.38 | Verletzung der Harnröhre: Sonstige Teile | Abwertung |
| S42.22 | Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Col-lum chirurgicum | Abwertung |
| S72.00 | Schenkelhalsfraktur: Teil nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| S72.01 | Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär | Abwertung |
| S72.04 | Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal | Abwertung |
| S72.05 | Schenkelhalsfraktur: Basis | 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 |
| S72.43 | Distale Fraktur des Femurs: Suprakondylär | Abwertung |
| S72.8 | Frakturen sonstiger Teile des Femurs | Abwertung |
| S72.9 | Fraktur des Femurs, Teil nicht näher bezeichnet | Abwertung |
| T08.0 | Fraktur der Wirbelsäule, Höhe nicht näher be- zeichnet: geschlossen oder o.n.A. | Abwertung |
| T27.1 | Verbrennung des Kehlkopfes und der Trachea mit Beteiligung der Lunge | Abwertung |
| T79.3 | Posttraumatische Wundinfektion, anderenorts nicht klassifiziert | Abwertung |
| T79.4 | Traumatischer Schock | Abwertung |
| T79.5 | Traumatische Anurie | Abwertung |
| T79.7 | Traumatisches subkutanes Emphysem | Abwertung |
| T80.3 | AB0-Unverträglichkeitsreaktion | Abwertung |
| T80.5 | Anaphylaktischer Schock durch Serum | Abwertung |
| T80.6 | Sonstige Serumreaktionen | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|-----------|
| T81.0 | Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert | Abwertung |
| T81.1 | Schock während oder als Folge eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert | Abwertung |
| T81.2 | Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert | Abwertung |
| T81.3 | Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert | Abwertung |
| T81.5 | Fremdkörper, der versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist | Abwertung |
| T81.7 | Gefäßkomplikationen nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert | Abwertung |
| T81.8 | Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert | Abwertung |
| T82.0 | Mechanische Komplikation durch eine Herzklappenprothese | Abwertung |
| T82.1 | Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät | Abwertung |
| T82.3 | Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäßtransplantate | Abwertung |
| T82.4 | Mechanische Komplikation durch Gefäßkatheter bei Dialyse | Abwertung |
| T82.5 | Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen | Abwertung |
| T82.7 | Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen | Abwertung |
| T82.8 | Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen | Abwertung |
| T83.2 | Mechanische Komplikation durch ein Harnorgantransplantat | Abwertung |
| T83.5 | Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Harntrakt | Abwertung |
| T84.0 | Mechanische Komplikation durch eine Gelenkprothese | Abwertung |
| T84.1 | Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|-----------|
| T84.5 | Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese | Abwertung |
| T84.6 | Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation] | Abwertung |
| T84.7 | Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate | Abwertung |
| T84.8 | Sonstige Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate | Abwertung |
| T84.9 | Nicht näher bezeichnete Komplikation durch orthopädische Endoprothese, Implantat oder Transplantat | Abwertung |
| T85.0 | Mechanische Komplikation durch einen ventrikulären, intrakraniellen Shunt | Abwertung |
| T85.1 | Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronischen Stimulator des Nervensystems | Abwertung |
| T85.2 | Mechanische Komplikation durch eine intraokulare Linse | Abwertung |
| T85.4 | Mechanische Komplikation durch Mammaprothese oder -implantat | 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 |
| T85.71 | Infektion und entzündliche Reaktion durch Katheter zur Peritonealdialyse | Abwertung |
| T85.73 | Infektion und entzündliche Reaktion durch Mammaprothese oder -implantat | Abwertung |
| T85.78 | Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate | Abwertung |
| T85.82 | Kapselbildung der Mamma durch Mammaprothese oder -implantat | Abwertung |
| T85.88 | Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate, anderenorts nicht klassifiziert | Abwertung |
| T86.01 | Akute Graft-versus-host-Krankheit, Grad I und II | Abwertung |
| T86.03 | Chronische Graft-versus-host-Krankheit, begrenzte Form | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|--|-----------|
| T86.11 | Chronische Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates | Abwertung |
| T86.12 | Verzögerte Aufnahme der Transplantatfunktion | Abwertung |
| T86.19 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Nierentransplantates | Abwertung |
| T86.2 | Versagen und Abstoßung eines Herztransplantats | Abwertung |
| T86.52 | Verlust eines Hauttransplantates | Abwertung |
| T86.59 | Sonstiges und nicht näher bezeichnetes Versagen und Abstoßung eines Hauttransplantates | Abwertung |
| T86.81 | Versagen und Abstoßung: Lungentransplantat | Abwertung |
| T86.9 | Versagen und Abstoßung eines nicht näher bezeichneten transplantierten Organes und Gewebes | Abwertung |
| T87.4 | Infektion des Amputationsstumpfes | Abwertung |
| T87.5 | Nekrose des Amputationsstumpfes | Abwertung |
| T88.0 | Infektion nach Impfung [Immunisierung] | Abwertung |
| T88.6 | Anaphylaktischer Schock als unerwünschte Nebenwirkung eines indikationsgerechten Arzneimittels oder einer indikationsgerechten Droge bei ordnungsgemäßer Verabreichung | Abwertung |
| T91.3 | Folgen einer Verletzung des Rückenmarkes | Abwertung |
| U60.1 | Klinische Kategorien der HIV-Krankheit: Kateg. A | Abwertung |
| U60.2 | Klinische Kategorien der HIV-Krankheit: Kateg. B | Abwertung |
| U60.3 | Klinische Kategorien der HIV-Krankheit: Kateg. C | Abwertung |
| U61.1 | Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit: Kategorie 1 | Abwertung |
| U61.2 | Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit: Kategorie 2 | Abwertung |
| U61.3 | Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit: Kategorie 3 | 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 |
| U80.10 | Streptococcus pneumoniae mit Resistenz gegen Penicillin oder Oxacillin | Abwertung |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|----------|---|-------------|
| U80.11 | Streptococcus pneumoniae mit Resistenz gegen Makrolid-Antibiotika, Oxazolidinone oder Streptogramine und ohne Resistenz gegen Penicillin oder Oxacillin | 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 |
| U80.30 | Enterococcus faecium mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika | Abwertung |
| U80.31 | Enterococcus faecium mit Resistenz gegen Oxazolidinone oder Streptogramine 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 |
| U80.6 | Pseudomonas aeruginosa und andere Nonfermenter mit Resistenz gegen Carbapeneme, Chinolone, Amikacin, Ceftazidim oder Piperacillin/Tazobactam | Abwertung |
| U80.7 | Burkholderia und Stenotrophomonas mit Resistenz gegen Chinolone, Amikacin, Ceftazidim, Piperacillin/Tazobactam oder Cotrimoxazol | Abwertung |
| U81 | Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika | Abwertung |
| U83 | Candida mit Resistenz gegen Fluconazol oder Voriconazol | Abwertung |
| U84 | Herpesviren mit Resistenz gegen Virustatika | Abwertung |
| Z34 | Überwachung einer normalen Schwangerschaft | Neuaufnahme |
| Z35.0 | Überwachung einer Schwangerschaft bei Infertilitätsanamnese | Neuaufnahme |
| Z35.1 | Überwachung einer Schwangerschaft bei Abortanamnese | Neuaufnahme |
| Z35.2 | Überwachung einer Schwangerschaft bei sonstiger ungünstiger geburtshilflicher oder Reproduktionsanamnese | Neuaufnahme |

| ICD 2014 | ICD-Text 2014 | Kategorie |
|-----------------|---|------------------|
| Z35.3 | Überwachung einer Schwangerschaft mit ungenügender pränataler Betreuung in der Anamnese | Neuaufnahme |
| Z35.4 | Überwachung einer Schwangerschaft bei ausgeprägter Multiparität | Neuaufnahme |
| Z35.5 | Überwachung einer älteren Erstschwangeren | Neuaufnahme |
| Z35.6 | Überwachung einer sehr jungen Erstschwangeren | Neuaufnahme |
| Z35.8 | Überwachung sonstiger Risikoschwangerschaften | Neuaufnahme |
| Z35.9 | Überwachung einer Risikoschwangerschaft, nicht näher bezeichnet | Neuaufnahme |
| Z43.0 | Versorgung eines Tracheostomas | Abwertung |
| Z93.0 | Vorhandensein eines Tracheostomas | Abwertung |
| Z94.0 | Zustand nach Nierentransplantation | Abwertung |
| Z94.1 | Zustand nach Herztransplantation | Abwertung |
| Z94.4 | Zustand nach Lebertransplantation | Abwertung |
| Z94.88 | Zustand nach sonstiger Organ- oder Gewebetransplantation | Abwertung |
| Z95.80 | Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems | Aufwertung |

Tabelle A-4-1:

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

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| A01A | Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation |
| A04C | Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, < 16 J., od. GVHD Grad III/IV od. auß. b. Plasmozytom, mit Gabe best. Stammz. od. GVHD III/IV od. HLA-versch., mit best. Entn. od. SZ-Boost, od. m. intensivm. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / 2760 P. |
| A04E | Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom |
| A05B | Herztransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2646 / 2484 / - Aufwandspunkte |
| A07A | Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und int. Komplexbeh. > 3920 / 3680 / 3680 P. oder mit hochkompl. oder dreizeitigem Eingr. |
| A07B | Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit kompl. OR-Proz. und kompliz. Konst. od. mit Polytrauma oder Alter < 16 J. oder intensivmed. Komplexbeh. > - / 3220 / - Punkte |
| A11A | Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre |
| A15C | Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogene, außer bei Plasmozytom, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte Entnahme, ohne Stammzellboost oder bei Plasmozytom, mit bestimmter Entnahme oder Stammzellboost oder IntK > 392 / 368 / 368 Punkte |
| A17B | Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre oder ohne ABO-inkompatible Transplantation, ohne schwerste CC |
| A36C | Intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / - / 552 und < - / - / 829 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen |
| A42B | Stammzellentnahme bei Eigenspender, Alter < 16 Jahre |
| A42C | Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste 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 |
| A61A | Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, mit äußerst schweren CC |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| A61B | Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, ohne äußerst schwere CC |
| A64Z | Evaluierungsaufenthalt vor Leber-, Dünndarm oder Nieren-Pankreas-Transplantation |
| B02A | Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, mehr als 8 Bestrahlungen, bei bestimmter Neubildung oder mit schwersten CC, oder mit bestimmtem kompl. Eingriff bei Neubildung oder int. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P., Alter < 6 J. oder mit schwersten CC |
| B04A | Interventionelle oder beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC |
| B20A | Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 16 Jahre |
| B39A | Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, mehr als 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte |
| B48Z | Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen |
| B64Z | Delirium |
| B66A | Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder mit komplizierender Konstellation |
| B66B | Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre, ohne komplizierende Konstellation |
| B77Z | Kopfschmerzen |
| B85A | Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit hochkomplexer Diagnose oder mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose |
| B85B | Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, ohne hochkomplexe Diagnose |
| C01A | Komplexe Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen |
| C02A | Enukleationen und Eingriffe an der Orbita bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung |
| C06Z | Komplexe Eingriffe bei Glaukom |
| C07A | Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) |
| C08A | Beidseitige extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE) oder extrakapsuläre Exzision der Linse bei angeborener Fehlbildung der Linse |
| C08B | Extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| C12Z | Andere Rekonstruktionen der Augenlider |
| C13Z | Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen |
| C61Z | Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges |
| D01B | Kochleaimplantation, unilateral |
| D15B | Tracheostomie ohne äußerst schwere CC |
| D25D | Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC |
| D33Z | Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses |
| D36Z | Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen |
| 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 |
| D39Z | Andere Eingriffe an der Nase |
| D61B | Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) außer komplexe Gleichgewichtsstörungen, Hörverlust, Tinnitus |
| D63Z | Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter < 3 Jahre |
| E03Z | Brachytherapie oder Therapie mit offenen Nukliden bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag |
| E06B | Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre, mit offen chirurg. Pleurolyse od. mit best. atypischen Lungenresektionen od. mit best. Brustkorbborrektur |
| E69C | Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 1 Jahr oder flexible Bronchoskopie, Alter < 16 Jahre, ohne RS-Virus-Infektion |
| E75A | Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 10 Jahre |
| E76B | Tuberkulose bis 14 Belegungstage mit äußerst schweren oder schweren CC |
| E77C | Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter komplexer Infektion und äußerst schweren CC |
| E77D | Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder angeborenem Fehlbildungssyndrom |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| E77E | Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter komplexer Infektion und schweren CC oder bei Zustand nach Organtransplantation |
| E77F | Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag |
| F03A | Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie oder bestimmter Zweifacheingriff |
| F03C | Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompl. Konstellation, Alter > 0 Jahre, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, ohne intensmed. Kompl. > 392 / 368 / - Punkte, mit Zweifacheingriff oder bei angeb. Herzfehler, mit komplexem Eingriff |
| F03E | Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, ohne IntK > 392 / 368 / - P. , Alter > 15 J., mit Zweifacheingr. od. kompl. Eingriff od. bei Endokarditis od. bei angeb. Herzfehler |
| 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 |
| F12F | Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen oder Alter < 16 Jahre |
| F13B | Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC, ohne mehrzeitige Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe |
| F27C | Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodesen des Fußes, ohne komplexe Hauteingriffe |
| F59B | Mäßig komplexe Gefäßeingriffe, mit aufwendigem Eingriff oder mit bestimmtem beidseitigen Eingriff oder mit bestimmter Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag |
| F68B | Angeborene Herzkrankheit, Alter > 5 Jahre |
| F72A | Angina pectoris mit äußerst schweren CC |
| F74Z | Thoraxschmerz und sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems |
| F75B | Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schweren CC bei mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre |
| F75C | Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schweren CC bei mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre und Alter < 18 Jahre |
| F75D | Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schweren CC bei mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| G04A | Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre oder mit schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder bestimmte PTAs an abdominalen Gefäßen mit äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre oder Implantation eines Antireflux-Stimulationssystems |
| G08A | Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, mit äußerst schweren CC |
| G15Z | Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff |
| G19C | Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, ohne IntK > - / 368 / - Punkte, ohne komplexen Eingriff |
| G22C | Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung |
| G23A | Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung |
| G23C | Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 13 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung |
| G35Z | Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane |
| G36C | Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / - Aufwandspunkte und < 1177 / 1105 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane |
| G60A | Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC |
| G70B | Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre |
| 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 |
| H09C | Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff am Pankreas, außer bei bösartiger Neubildung |
| H33Z | Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas |
| H41B | Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| H63B | Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 0 Jahre |
| H64Z | Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen |
| 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 |
| I15A | Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula, Alter < 16 Jahre |
| I20D | Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe, mit bestimmtem Eingriff an mehr als einem Strahl oder chronischer Polyarthritits oder bestimmtem Diabetes mellitus |
| I22A | Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit großfläch. Gewebetransplantation, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, schwerem Weichteilschaden oder komplexer Gewebetransplantation mit schweren CC |
| I23B | Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule ohne komplizierenden Eingriff am Knochen |
| 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. |
| I42A | Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mind. 14 Tage |
| I43A | Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, mit äußerst schweren CC |
| I45A | Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, mehr als ein Segment |
| 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 |
| I79Z | Fibromyalgie |
| J08B | Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexe Prozedur, mit bestimmtem Eingriff an Haut, Unterhaut und Mamma, mit äußerst schweren CC |
| J24B | Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, ohne Prothesenimplantation, ohne bestimmte Mammareduktionsplastik |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| J67Z | Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte bis moderate Hauterkrankungen |
| K04Z | Große Eingriffe bei Adipositas |
| K06A | Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder Parathyreoidektomie oder äußerst schwere oder schwere CC mit Thyreoidektomie durch Sternotomie |
| K09B | Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff, mit komplexem Eingriff |
| K25Z | Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten |
| K33Z | Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten |
| K38Z | Hämophagozytäre Erkrankungen |
| K60A | Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 6 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus |
| K60B | Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre und multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus |
| K60D | Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder Alter < 16 Jahre, ein Belegungstag oder mit schweren CC oder multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus |
| K60F | Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne multiple Komplikationen, ohne Ketoazidose, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, ein Belegungstag |
| K64B | Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre |
| L02B | Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz, oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse |
| L05B | Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC |
| L08B | Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter > 5 Jahre |
| L09B | Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane mit Anlage eines Dialyseshuntis bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse oder außer Anlage e. Dialyseshuntis, m. Kalziphylaxie, Alter > 1 Jahr, ohne äußerst schwere CC |
| L17B | Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter > 15 Jahre |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| L18B | Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale u. and. retroperitoneale Eingr. oh. ESWL, oder best. Eingr. Niere, ohne äuß. schw. CC od. transurethr. Eingr. außer Prostatares. u. kompl. Ureterorenoskopien, b. Para- / Tetrapl., m. äuß. schw. CC |
| 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 |
| L36Z | Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane |
| L42A | Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen mit auxiliären Maßnahmen oder bei Para- / Tetraplegie |
| L62A | Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC |
| L63B | Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre |
| L63E | Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, ohne bestimmte schwere Infektionen, Alter > 2 und < 6 Jahre |
| L64B | Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Urethrastraktur, andere leichte bis moderate Erkrankung der Harnorgane, bestimmte Beschwerden und Symptome der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter < 14 Jahre |
| L69B | Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre |
| L70B | Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre |
| L72Z | Thrombotische Mikroangiopathie oder Hämolytisch-urämisches Syndrom |
| M03C | Eingriffe am Penis, Alter > 17 Jahre |
| M06Z | Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen |
| M11Z | Transurethrale Laserdestruktion und -resektion der Prostata |
| 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 |
| N02A | Eingriffe an Uterus und Adnexen oder best. Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung oder best. Eingriffe am Darm oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva, mit äußerst schweren CC |
| N04Z | Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| N25Z | Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose, oder diagnostische Laparoskopie, oder best. Eingriff an den Parametrien |
| N33Z | Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane |
| O01C | Sectio caesarea mit mehreren kompliz. Diag., Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 SSW, oh. best. kompliz. Faktoren od. mit kompliz. Diag., bis 25 SSW od. mit Tamponade einer Blutung od. Thromboembolie in Gestationsperiode m. OR-Proz., oh. äuß. schw. CC |
| O02A | Vaginale Entbindung mit kompl. OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollend. Wochen oder mit intrauteriner Therapie oder kompliz. Konstellation oder bestimmtem Eingriff oder komplizierender Diagnose oder mit äußerst schweren CC |
| O03Z | Eingriffe bei Extrauterin gravidität |
| O05A | Cerclage und Muttermundverschluss oder komplexe OR-Prozedur oder bestimmte intrauterine Operation am Feten, mehr als ein Belegungstag |
| O05C | Intrauterine Therapie des Feten |
| O40Z | Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hystero- tomie oder bestimmte Amnionpunktion |
| P01Z | Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur |
| P02B | Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 143 und < 481 Stunden oder Eingriff bei univentrikulärem Herzen |
| 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 |
| 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 |
| P60A | Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur |
| P61B | Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur |
| P61E | Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme |
| P62B | Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur |
| P62C | Neugeborenes, Aufnahmegewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| P65D | Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem |
| P66C | Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem |
| 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 |
| Q02B | Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter < 6 Jahre |
| Q03A | Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter < 10 Jahre |
| Q60D | Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 16 Jahre |
| Q63A | Aplastische Anämie, Alter < 16 Jahre |
| Q63B | Aplastische Anämie, Alter > 15 Jahre |
| R01A | Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur |
| R06Z | Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC |
| 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 oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder schwersten CC |
| R60C | Akute myeloische Leukämie mit int. Chemoth., auß. schw. CC od. kompl. Diagnostik b. Leuk. od. mit mäß. kompl. Chemoth. mit best. kompliz. Faktoren od. mit auß. schw. CC mit kompl. Diagnostik od. KomplBeh. MRE mit Dial. od. auß. schw. CC od. schwerste CC |
| R60D | Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth., ohne kompliz. Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimpl., oh. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - AufwP., oh. auß. schwere CC, oh. kompl. Diagnostik b. Leukämie od. mit Dialyse od. äußerst schweren CC |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| R60E | Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC oder mit lokaler Chemotherapie oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern |
| R60F | Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern |
| R61C | Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation oder Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, Alter < 16 Jahre |
| 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 |
| 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 intensiver oder mäßig kompl. Chemoth., mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit lokaler Chemoth., mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranulozytose od. Portimplantation oder mit äuß. schw. CC |
| R63G | Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC |
| R63H | Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC |
| R65A | Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre |
| T60F | Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme |
| T62B | Fieber unbekannter Ursache ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 6 Jahre |
| T63C | Andere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation |
| U60A | Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre |
| U61Z | Schizophrene, wahnhaftige und akut psychotische Störungen |
| U63Z | Schwere affektive Störungen |
| Y02C | Andere Verbrenn. m. Hauttr. od. and. Eingr. oh. äuß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn., oh. komplexe Proz., oh. Dialyse, oh. Beat. > 24 Std., oh. kompliz. Konst., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., oh. best. Spalthauttranspl., Alter < 18 J. |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| Y02D | Andere Verbrenn. m. Hauttr. od. and. Ingr. oh. äuß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn., oh. komplexe Proz., oh. Dialyse, oh. Beat. > 24 Std., oh. kompliz. Konst., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., oh. best. Spalthauttranspl., Alter > 17 J. |

Tabelle A-4-2:

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

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| A06C | Beatmung > 1799 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / - Aufwandspunkte |
| A07E | Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 2208 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation |
| A09F | Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1380 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur |
| A11F | Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation oder intensivmed. Komplexbehandlung > - / - / 1104 P. oder Alter < 6 Jahre |
| 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. |
| A15D | Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom, ohne bestimmte Entnahme, ohne Stammzellboost |
| A62Z | Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation |
| B02D | Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte komplizierende Faktoren |
| B04B | Beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC oder mehrzeitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen oder äußerst schwere CC |
| B07Z | Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC oder komplizierender Diagnose |
| 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 |
| B21B | Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| B36B | Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 588 / 552 / 552 Punkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder bestimmte hochaufwendige Implantate |
| B39C | Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, bis 72 Stunden, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| C05Z | Dakryozystorhinostomie |
| C07B | Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) |
| C14Z | Andere Eingriffe am Auge |
| C66Z | Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus |
| D02B | Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC |
| D04Z | Bigathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen |
| D05A | Komplexe Parotidektomie |
| D05B | Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| D08B | Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC |
| D22B | Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik |
| D25C | Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC |
| D40Z | Zahnextraktion und -wiederherstellung |
| D60A | Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, mit starrer Endoskopie |
| D61A | Komplexe Gleichgewichtsstörung, Hörverlust oder Tinnitus |
| E02B | Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, mit aufwendigem Eingriff oder schwerste CC, Alter > 9 Jahre |
| E02C | Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwendigen Eingriff, ohne schwerste CC, Alter > 9 Jahre, mehr als ein Belegungstag |
| E05B | Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Eingriffe zur Entfernung von intrakraniell Gewebe, ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung |
| E60B | Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC |
| 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, mehr als ein Belegungstag, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 368 / - Aufwandspunkte |
| E77H | Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter < 1 Jahr, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern |
| F03D | Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 0 J., ohne Eingr. in tiefer Hypothermie, ohne IntK > 392 / 368 / - P., mit Zweifacheingr. od. kompl. Eingr. od. bei Endokarditis od. bei angeb. Herzfehler, Alter < 16 J. |
| F06D | Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne kompl. Konstellation, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne Karotiseingriff, mit invasiv. kardiolog. Diagnostik, bei Infarkt oder mit Reoperation, ohne intraoperative Ablation |
| F09C | Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| 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 |
| 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 |
| F12I | Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders |
| F36C | Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > - / - / 552 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne bestimmten Aortenstent, oder bestimmter mehrzeitiger komplexer Eingriff |
| F41A | Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt mit äußerst schweren CC |
| F49E | Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei mehr als einem Belegungstag, mit komplexer Diagnose |
| F49F | Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei mehr als einem Belegungstag, 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 bei mehr als einem Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff |
| F56A | Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC |
| F59C | Mäßig komplexe Gefäßeingriffe, mit anderem beidseitigen Eingriff oder Mehrfacheingriff oder mit bestimmtem komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag |
| F60A | Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC |
| F63A | Venenthrombose mit äußerst schweren CC |
| F72B | Angina pectoris ohne äußerst schwere CC |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| G02A | Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte |
| G03B | Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte, mit komplexem Eingriff |
| G07B | Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, mit laparoskopischer Adhäsioolyse od. Alter > 2 Jahre und Alter < 10 Jahre |
| G08B | Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, ohne äußerst schwere CC |
| G12A | Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur |
| G21A | Komplexe Adhäsioolyse 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 |
| G21B | Komplexe Adhäsioolyse 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 |
| G29Z | Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag |
| G33Z | Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane |
| G37Z | Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane |
| G72B | Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane, Alter > 2 Jahre oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 2 Jahre und Alter < 56 Jahre oder ohne CC |
| G73Z | Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag |
| H02A | Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen bei bösartiger Neubildung |
| H09A | Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC, mit bestimmtem Eingriff an Leber, Pankreas und Gallengängen |
| H12B | Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| 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 |
| H40A | Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung mit äußerst schweren CC |
| H61B | Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose, Alter < 17 Jahre |
| I01Z | Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose |
| I02C | Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kompliz. Konst., Eingriff an mehreren Lokalisationen oder schw. Weichteilschaden, ohne äuß. schw. CC, ohne komplexe OR-Prozedur od. mit komplexer plast. Rekonstruktion od. kompl. OR-Prozedur |
| I03B | Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrodesen od. Alter < 16 Jahre oder beidseitige od. mehrere gr. Ingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, ohne äuß. schw. CC, ohne mehrzeit. Wechsel, ohne Ingr. an mehr. Lok. |
| I04Z | Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen |
| I06A | Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit hochkomplexem Korrektur- oder bestimmtem mehrzeitigen Eingriff oder mit Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit komplizierender Konstellation oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC |
| I06B | Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals mit hochkomplexem Eingriff an der Wirbelsäule oder komplexem Eingriff an Kopf und Hals, Alter < 19 Jahre oder mit sehr komplexem Eingriff bei schwerer entzündlicher Erkrankung |
| I06C | Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Wirbelsäule ohne schwere entzündliche Erkrankung oder ohne bestimmten Eingriff an Wirbelsäule |
| 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 |
| 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 |
| I09C | Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne kompl. Ingr., ohne WK-Ersatz, ohne versch. kompl. Ingr. an mehreren Seg., mit best. aufw. WS-Eingr., mit best. Kyphopl., m. best. Ingr. am Schädel, Gehirn, Rückenm. od. WS |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| 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 |
| 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. |
| I10A | Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Rückenmark, Spinalkanal, Wirbelsäule, Rumpf mit äußerst schweren CC |
| I10G | Andere wenig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule, mehr als ein Belegungstag |
| 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 aufwendiger Osteosynthese mit komplizierenden Eingriffen am Humerus |
| I16Z | Andere Eingriffe am Schultergelenk oder an der Klavikula, oder offene Repositionen bei einer Klavikulafraktur |
| I17Z | Operationen am Gesichtsschädel |
| I18B | Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk |
| I20F | Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit Arthrodese am Großzehengrundgelenk oder Osteosynthese einer Mehrfragmentfraktur oder bestimmter Knochen transplantation oder wenig komplexem Eingriff an mehr als einem Strahl |
| I28A | Komplexe Eingriffe am Bindegewebe |
| 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 oder Mehrfacheingriff an 3 Strahlen |
| I32F | Mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter > 5 Jahre |
| I39Z | Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 8 Bestrahlungen |
| I44A | Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, mit äußerst schweren CC oder Korrektur einer Brustkorbdeformität |
| I44B | Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, ohne äußerst schweren CC oder ohne Korrektur einer Brustkorbdeformität |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| 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 |
| I59Z | Andere Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk oder mäßig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm |
| I66C | Andere Erkrankungen des Bindegewebes, ein Belegungstag |
| I68E | Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag |
| I72Z | Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit äußerst schweren oder schweren CC oder Frakturen am Femurschaft, Alter > 2 Jahre |
| I78Z | Leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk |
| 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 |
| 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 |
| J16B | Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma |
| 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 |
| J68A | Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose |
| J77Z | Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma |
| K06B | Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus bei bösartiger Neubildung oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder Parathyreoidektomie, ohne Thyreoidektomie durch Sternotomie |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| K09C | Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexen Eingriff |
| K63D | Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre |
| K77Z | Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten |
| L02C | Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre, ohne akute Niereninsuffizienz, ohne chronische Niereninsuffizienz mit Dialyse |
| L09A | Andere Eingriffe bei Erkr. der Harnorgane mit Anlage Dialyseshunt bei akuter Niereninsuff. od. bei chron. Niereninsuff. mit Dialyse od. auß. Anl. Dialyseshunt, m. Kalziphytaxie, od. mit kompl. OR-Proz. od. kompl. Ingr., Alter < 2 J. od. auß. schw. CC |
| 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 |
| L12A | Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen |
| L13C | Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC, ohne bestimmten Eingriff |
| 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 |
| L63F | Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, ohne bestimmte schwere Infektionen, Alter > 5 und < 90 Jahre |
| L64C | Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Urethrastriktor, andere leichte bis moderate Erkrankung der Harnorgane, bestimmte Beschwerden und Symptome der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 13 Jahre |
| L73Z | Harnblasenlähmung, mehr als ein Belegungstag |
| L74Z | Bestimmte Krankheiten und Störungen der Harnorgane bei Para- / Tetraplegie |
| M01B | Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC |
| M04A | Eingriffe am Hoden oder bestimmte Eingriffe an der Prostata, mit äußerst schweren CC oder bei Fournier-Gangrän |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| M10A | Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen |
| M60B | Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, mit hoch- und mittelgradig komplexer Chemotherapie |
| M64Z | Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane und Sterilisation beim Mann |
| N02B | Eingriffe an Uterus und Adnexen oder best. Hernien und große operat. Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung, mit CC oder best. Eingriffe am Darm oder Rekonstr. von Vagina u. Vulva od. Vulvektomie mit Lymphadenekt. |
| N05B | Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne Verschluss einer vesikovaginalen Fistel |
| N06Z | Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen |
| N11A | Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose mit äußerst schweren CC |
| N11B | Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder äußerst schwere CC |
| N61Z | Infektion und Entzündung der weiblichen Geschlechtsorgane |
| 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. auß. schw. CC |
| O01F | Primäre Sectio caesarea ohne auß. 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 |
| O02B | Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne intrauterine Therapie, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC |
| O60B | Vaginale Entbindung mit mehr. kompliz. Diag., mind. eine schwer, > 33 vollend. SSW, ohne kompliz. Konstell. od. Tamp. einer Blutung od. Thromboemb. während der Gestationsp. oh. OR-Proz. od. schwere od. mäßig schwere kompliz. Diag. bis 33. vollend. SSW |
| 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 |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| P66A | Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 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 |
| P67D | Neugeborener Einling, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag |
| Q01Z | Eingriffe an der Milz |
| Q02C | Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre |
| R12B | Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur |
| R13B | Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation |
| R61F | Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne kompliz. Konstellation, ohne Agranul., ohne Portimpl., ohne Komplexbeh. MRE, ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie, ohne äuß. schw. CC, mit kompl. Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter < 16 Jahre |
| 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 Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC |
| R63F | Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC |
| T63B | Bestimmte virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation |
| V63Z | Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit |
| W01B | Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder bestimmten Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552, ohne Frührehabilitation, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung oder mit IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte |
| W02A | Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen |

| DRG | DRG-Text |
|------------|--|
| W04A | Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren oder Beatmung > 24 Stunden, mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen |
| W04B | Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren oder Beatmung > 24 Stunden, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen |
| W61B | Polytrauma ohne signifikante Eingriffe, ohne komplizierende Diagnose |
| X01C | Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, ohne komplexer Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schw. CC oder 1 BT |
| X05A | Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, mit komplexem Eingriff |
| X06C | Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 66 Jahre, ohne komplexen Eingriff |
| X64Z | Andere Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung |
| Y62A | Andere Verbrennungen, Alter < 6 Jahre |
| Z64B | Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung mit bestimmter Radiojoddiagnostik |

Tabelle A-4-3:

623 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 oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte |
| 901B | Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne Strahlentherapie, ohne endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, ohne IntK > 392 / 368 / - Aufwandsp., mit hochkomplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation |
| 901C | Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit komplexer OR-Prozedur oder anderem Eingriff an Kopf und Wirbelsäule oder Alter < 1 Jahr oder bei Para- / Tetraplegie |
| 901D | Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne Strahlentherapie, ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, ohne hochkomplexe oder komplexe OR-Prozedur, Alter > 0 Jahre, außer bei Para- / Tetraplegie |
| 902Z | Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose |
| 963Z | Neonatale Diagnose unvereinbar mit Alter oder Gewicht |
| 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 |
| A03A | Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden |
| A03B | Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden |
| A04D | Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, oder außer bei Plasmozytom, HLA-verschieden oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern |
| A05A | Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2646 / 2484 / - Aufwandspunkte |
| A06A | Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2940 / 3680 / 5520 Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff |
| A06B | Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 3680 / 5520 Aufwandspunkte |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| A07D | Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 2208 und < 2353 / 1933 / 2209 Aufwandspunkte, mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation |
| 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 / 1656 und < 1765 / 1657 / 2209 Aufwandspunkte |
| A09E | Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1380 u. < 1471 / 1381 / 1657 Punkte, mit komplexer Diagnose oder Prozedur |
| A11D | Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit komplizierender Konstellation und bestimmter OR-Prozedur, Alter > 15 Jahre |
| A11E | Beatmung > 249 Stunden, mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 P., ohne kompliz. Konstellation, Alter > 15 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 828 / - Aufwandspunkte |
| A11G | Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 5 Jahre, mit kompl. Diagnose oder Prozedur oder Alter < 16 J. oder schwerste CC |
| A11I | Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne IntK > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne schwerste CC, ohne äußerst schwere CC |
| A13A | Beatmung > 95 Std. mit hochkompl. Eingr. 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. |
| 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 |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| 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 |
| 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 |
| 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 äuß. schw. CC |
| A13H | Beatmung > 95 Stunden mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation, ohne äußerst schwere CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Proz., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne kompliz. Diagnose oder Proz., ohne äuß. schw. CC |
| A15B | Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter < 16 Jahre oder bestimmte Entnahme oder Stammzellboost oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte |
| A18Z | Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion |
| A36A | Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 1104 / 1656 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 P. bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen |
| A36B | Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 und < 981 / 1105 / 1657 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder komplizierende Konstellation bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen |
| A42A | Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie oder mit schwersten CC, Alter > 15 Jahre |
| A60A | Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit Entfernung eines Organtransplantates oder komplexer OR-Prozedur oder äußerst schweren CC |
| A60C | Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre |
| A60D | Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag |
| A63Z | Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation |
| A69Z | Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| B01Z | Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems |
| B02C | Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, mit bestimmtem komplexen Eingriff außer bei Neubildung oder Alter < 6 Jahre oder mit bestimmtem Eingriff, Alter < 18 Jahre oder mit bestimmten komplizierenden Faktoren |
| B03Z | Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit schweren CC oder mit intraoperativem Monitoring od. Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie oder nicht akuter Para- / Tetraplegie mit auß. schw. CC |
| 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 |
| B05Z | Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom |
| B09Z | Andere Eingriffe am Schädel |
| B12Z | Implantation eines Herzschrittmachers bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen |
| B15Z | Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen |
| B16Z | Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, weniger als 11 Bestrahlungen |
| 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 |
| 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 auß. 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 Ventrikelschuntes oder operative Eingriffe bei nicht akuter Para- / Tetraplegie |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| B20B | Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre oder ohne bestimmte komplexe Prozedur, 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 oder ohne bestimmte komplexe Prozedur, 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 |
| B39B | Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, bis 72 Stunden mit komplexem Eingriff, oder mehr als 72 Stunden, ohne kompl. Ingr., ohne kompliz. Konst., ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Punkte |
| B42A | Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder fachübergreifende u. andere Frührehabilitation mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls |
| B42B | Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls |
| B44A | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls |
| 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 |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| 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 |
| B47B | Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, weniger als 14 Behandlungstage |
| B60A | Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag |
| B60B | Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, ein Belegungstag |
| B61A | Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt |
| B63Z | Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion |
| B66D | Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 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 |
| B68B | Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre |
| 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 |
| B70A | Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden oder IntK > 392 / 368 / - Punkte, mit komplizierender Diagnose oder IntK > 392 / 368 / - Punkte |
| B70B | Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierende Diagnose oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| 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. |
| 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 |
| B71B | Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, mit schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie oder mit Komplexbehandlung der Hand oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC, bei Para- / Tetraplegie |
| B71C | Erkrankungen an Hirnnerven u. periph. Nerven ohne Komplexb. d. Hand od. m. kompl. Diagnose, ohne schw. CC od. außer b. Para- / Tetraplegie od. ohne kompl. Diagn., m. äuß. schw. od. schw. CC, auß. b. Para- / Tetrapl. od. ohne schw. CC, b. Para- / Tetrapl. |
| B71D | Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie |
| B72A | Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter < 16 Jahre |
| B72B | Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, mehr als ein Belegungstag |
| B73Z | Virusmeningitis oder Infektion des Nervensystems, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag |
| B74Z | Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems |
| B75Z | Fieberkrämpfe |
| 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 auß. schweren CC, ohne kompl. Diagnose oder mit schweren CC, Alter > 2 Jahre oder ohne schwere CC, mit EEG oder best. Diagnose, ohne kompl. Diagnose, mit angeb. Fehlbildung |
| B76E | Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schw. CC, Alter > 2 Jahre, ohne kompl. Diagn. oder ohne auß. schw. oder schwere CC, mit EEG oder best. Diagnose, ohne kompl. Diagn., ohne angeb. Fehlbild., Alter > 0 Jahre |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| B76F | Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, ohne bestimmte Diagnose, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose |
| B76G | Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, ohne bestimmte Diagnose, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose |
| B78A | Intrakranielle Verletzung, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Diagnose |
| B78B | Intrakranielle Verletzung, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Diagnose |
| B79Z | Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor |
| B80Z | Andere Kopfverletzungen |
| B81A | Andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose |
| B81B | Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose |
| B84Z | Vaskuläre Myelopathien |
| B85C | Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder zerebrale Lähmungen |
| B85D | Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose |
| B86Z | Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet und Krankheit des Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet |
| C01B | Andere Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen oder Amnionmembrantransplantation oder Biopsien an kraniellen Gefäßen |
| C02B | Enukleationen und Eingriffe an der Orbita außer bei bösartiger Neubildung |
| C03A | Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE) oder bei bösartiger Neubildung des Auges, mit best. Eingriff an der Retina oder Entfernung des Augapfels mit gleichzeitiger Einführung eines Implantates |
| C04A | Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE), Amnionmembrantransplantation oder Alter < 16 Jahre |
| 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, ohne beidseitige Eingriffe an Augen und Tränenwegen |
| C60Z | Akute und schwere Augeninfektionen |
| C62Z | Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen |
| C63Z | Andere Erkrankungen des Auges |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| C64Z | Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides |
| C65Z | Bösartige Neubildungen des Auges |
| D02A | Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC |
| D09Z | Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC |
| D12A | Andere aufwendige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals |
| 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 |
| 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 |
| 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. |
| D60B | Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne starre Endoskopie |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| D62Z | Blutung aus Nase und Rachen oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre |
| D64Z | Laryngotracheitis, Laryngospasmus und Epiglottitis |
| D65Z | Verletzung und Deformität der Nase |
| D66Z | Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals |
| D67Z | Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle |
| E01A | Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose |
| E01B | Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose |
| E02A | Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter < 10 Jahre |
| E02D | Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwendigen Eingriff, ohne schwerste CC, Alter > 9 Jahre, ein Belegungstag |
| E05A | Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Eingriffe zur Entfernung von intrakraniellm Gewebe, mit bestimmten Eingriffen bei Brustkorbdeformität oder mit äußerst schweren CC |
| E05C | Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Eingriffe zur Entfernung von intrakraniellm Gewebe, ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung |
| E06C | Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne offen chirurg. Pleurolyse, ohne best. atypische Lungenresektionen, ohne best. Brustkorbbkorrektur |
| 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 hochaufwendiges 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 / 368 / - P. oder komplizierender Diagnose oder Alter < 16 J., mit auß. schw. CC oder ARDS |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| 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 |
| 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 |
| E60A | Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC |
| E63A | Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie oder Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter < 16 Jahre |
| E64A | Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder Lungenembolie |
| E64C | Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre |
| E64D | Respiratorische Insuffizienz, ein Belegungstag |
| 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 |
| E65B | Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, ohne komplizierende Diagnose, mit FEV1 < 35%, mehr als ein Belegungstag oder Alter < 1 Jahr |
| E65C | Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, ohne komplizierende Diagnose, ohne FEV1 < 35% oder ein Belegungstag, Alter > 0 Jahre |
| E66A | Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose |
| 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 1 BT u. Alter > 55 J. od. mit äußerst schw. od. schw. CC, Alt. > 0 J. od. 1 BT od. oh. äußerst schw. od. schw. CC, Alt. < 1 J. od. flex. Bronchoskopie, Alt. < 16 J., m. RS-Virus-Infekt. |
| 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 |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| 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 |
| E70A | Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter < 3 Jahre |
| E70B | Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter > 2 Jahre |
| 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 |
| E76C | Tuberkulose bis 14 Belegungstage ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Pneumothorax |
| E77B | Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, mit komplizierender Konstellation oder hochkomplexer Diagnose oder komplexer Diagnose bei Zustand nach Organtransplantation |
| E77G | Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, bei Para- / Tetraplegie oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern |
| E77I | Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 0 Jahre, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern |
| E78Z | Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung, bis 2 Belegungstage |
| F01A | Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder intensmed. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, oder myokardmodulierendes System |
| F01B | Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder intensmed. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| F01C | Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff |
| F01D | Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder intens-med. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte |
| F01E | Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein- oder Zwei-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, ohne intensmed. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, mit äußerst schweren CC |
| F01F | Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, ohne intens-med. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, ohne äußerst schweren CC |
| F01G | Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, ohne intens-med. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, ohne äußerst schweren CC |
| F02A | Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Drei-Kammer-Stimulation |
| F02B | Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Ein-Kammer-Stimulation |
| F03B | Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, mit Dreifacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie oder intensmed. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte |
| 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 |
| F06C | Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit kompl. Konstellation oder IntK > 392 / 368 / - P. oder Karotiseingriff oder bei Infarkt oder mit Reoperation oder mit invasiv. kardiolog. Diagnostik, mit intraoperativer Ablation |
| F06E | Koronare Bypass-Operation ohne mehrz. kompl. OR-Proz., ohne kompl. Konstellation, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne Karotiseingr., mit invasiv. kardiolog. Diagnostik od. mit intraoperativer Ablation od. schwersten CC, außer bei Infarkt, ohne Reop. |
| F07A | Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Konstellation oder komplexer Operation |
| F08A | Rekonstruktive Gefäßeingriffe mit komplizierenden Konstellationen oder komplexe Vakuumbehandlung oder thorakoabdominales Aneurysma oder komplexer Aorteneingriff |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| F08B | Rekonstruktive GefäÙeingriffe, ohne kompliz. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabdominales Aneurysma ohne komplexen Aorteneingriff, mit komplex. Ingr. m. Mehretagen- od. Aorteneingr. od. Re-OP od. best. Bypassen, mit äuÙerst schw. CC |
| F08C | Rekonstruktive GefäÙeingr., ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabd. Aneurysma ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Ingr. ohne Mehretagen- od. Aorteneingr., ohne Reop., ohne best. Byp., mit äuß. schw. CC od. mit best. Aorteneingr. |
| F08D | Rekonstruktive GefäÙeingr., ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabdominales Aneurysma ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Ingr. mit Mehretagen- od. Aorteneingr. od. Reop. od. best. Byp., ohne äuß. schw. CC, ohne best. Aorteneingr. |
| F08E | Rekonstr. GefäÙeingr., ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabd. Aneurysma ohne kompl. Aorteneingr., mit komplex. Ingr., ohne Mehretagen- oder Aorteneingr., ohne Reop., ohne best. Byp., ohne äuß. schw. CC, ohne best. Aorteneingr. |
| F08F | Rekonstruktive GefäÙeingriffe, ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabdominales Aneurysma ohne komplexen Aorteneingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Aorteneingriff |
| F12B | Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem ohne äuß. schw. CC, oh. ablative Maßnahme, oh. PTCA oder Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, oh. kompl. Eingriff, Alter > 15 J., m. Sondenentfernung m. Excimer-Laser |
| F12C | Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, Alter < 16 Jahre |
| F12D | Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff |
| F13A | Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äuÙerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen |
| F14A | Komplexe oder mehrfache GefäÙeingriffe auÙer große rekonstruktive Eingriffe mit äuÙerst schweren CC |
| F14B | Komplexe oder mehrfache GefäÙeingriffe auÙer große rekonstruktive Eingriffe, ohne äuÙerst schwere CC |
| F15Z | Perkutane Koronarangioplastie m. komplizierender Konstellation od. m. komplexer Diagn. u. hochkompl. Intervention od. m. perkut. Angioplastie, Alt. < 16 J. od. inv. kardiolog. Diagnostik, mehr als 2 Belegtage, m. kompliz. Konstellation od. Endokarditis |
| F17A | Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem oder Alter < 16 Jahre |
| F17B | Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammersystem, Alter > 15 Jahre |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| 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 |
| 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 |
| F19A | Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC |
| F19B | Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen oder Radiofrequenzablation über A. renalis, ohne äußerst schwere CC bei anderen perkutan-transluminale 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 |
| F21C | Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexen Eingriff mit bestimmtem Eingriff |
| F21D | Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff |
| F24A | Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit perkutaner Angioplastie, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC |
| F27A | Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Gefäßeingriff |
| F27B | Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC oder komplexer Arthrodesse des Fußes oder komplexe Hauteingriffe |
| 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 |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| F30Z | Operation bei komplexem angeborenen Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern |
| F36A | Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte |
| F36B | Intensivmedizinische Komplexbeh. bei Krankh. u. Störungen des Kreislaufsystems m. kompliz. Faktoren, > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. mit best. OR-Proz. od. > - / - / 552 P. mit best. Ao.stent, od. minimalinv. Eingr. an mehr. Herzklappen |
| F39A | Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC |
| F39B | Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC |
| F42Z | Operation b. kompl. angeb. Herzfehler, Hybridchirurgie, best. Herzklappeneingriffe od. and. Eingriffe m. Herz-Lungen-Maschine m. invas. kardiolog. Diagnostik bei Kindern od. best. rekonstruktive Gefäßeingriffe oh. Herz-Lungen-Maschine m. kompl. Eingriff |
| F43A | Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte |
| F43B | Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, ohne IntK > 392 / 552 / 552 P., mit komplizierender Konstellation oder bestimmter OR-Prozedur oder IntK > - / 368 / - P. bei Beatmung > 24 Stunden |
| F43C | Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, ohne IntK > 392 / 552 / 552 P., ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne IntK > - / 368 / - P. bei Beatmung > 24 Stunden |
| F48Z | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems |
| 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 kardialem Mapping oder schweren CC bei mehr als einem Belegungstag |
| F50B | Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation oder Alter < 16 Jahre, ohne komplexe Ablation im linken Vorhof, ohne hochkomplexe Ablation, ohne Implantation eines Ereignisrekorders |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| 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 |
| F52A | Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, 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 |
| F58B | Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC |
| F59A | Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit äußerst schweren CC oder Rotationsthrombektomie |
| F59D | Mäßig komplexe Gefäßeingriffe, ohne aufwendigen oder bestimmten komplexen Eingriff, ohne bestimmte oder andere beidseitige Eingriffe oder Mehrfacheingriffe, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag |
| F62A | Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder komplizierender Diagnose oder komplizierende Konstellation |
| F62B | Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, mehr als ein Belegungstag |
| F62C | Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ein Belegungstag |
| F63B | Venenthrombose ohne äußerst schwere CC |
| F64Z | Hautulkus bei Kreislauferkrankungen |
| F65A | Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte |
| F65B | Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte |
| F66A | Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC |
| F66B | Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC |
| F67A | Hypertonie mit äußerst schweren CC |
| F67B | Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder schweren CC |
| F67C | Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 16 Jahre |
| F67D | Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| F68A | Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 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 |
| F71A | Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren CC bei mehr als ein Belegungstag oder kathetergestützter elektrophysiologischer Untersuchung des Herzens |
| F71B | Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schweren CC bei mehr als ein Belegungstag, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens |
| F73Z | Synkope und Kollaps |
| F75A | Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC bei mehr als ein Belegungstag |
| F77Z | Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems |
| F95A | Interventioneller Septumverschluss, Alter < 19 Jahre oder Vorhofohrverschluss |
| F98A | Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Alter < 16 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 |
| 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 |
| G02B | Komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter > 1 Jahr, ohne bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne komplizierende Diagnose, ohne IntK > 392 / - / - Aufwandspunkte |
| G03A | Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte |
| G03C | Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte, ohne komplexen Eingriff |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| G04B | Adhäsionolyse am Peritoneum 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, ohne Implantation eines Antireflux-Stimulationssystems |
| G07A | Appendektomie oder laparoskopische Adhäsionolyse bei Peritonitis mit auß. schw. oder schweren CC oder kleine Eingr. an Dünn- und Dickdarm od. a. abd. Gef. ohne äußerst schwere CC, Alter < 3 Jahre oder mit best. perkutan-translumin. Eingr. an abdom. Gefäßen |
| G07C | Appendektomie oder laparoskopische Adhäsionolyse bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre |
| G09Z | Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis |
| G10Z | Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz |
| G12B | Anderer OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag |
| G12C | Anderer OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe OR-Prozedur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexe OR-Prozedur |
| G14Z | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane |
| G16A | Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose, mit komplizierender Konstellation oder plastischer Rekonstruktion mit myokutanem Lappen oder IntK > - / 368 / - Aufwandspunkte |
| G16B | Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne plastische Rekonstruktion mit myokutanem Lappen, ohne IntK > - / 368 / - Aufwandspunkte |
| 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 Anlegen eines Enterostomas oder and. Eingr. am Darm mit auß. schw. CC, mit hochkompl. Eingr. oder kompliz. Diagn. oder mit sehr kompl. Eingr. oder and. Eingr. mit auß. schw. CC, mit IntK > - / 368 / - Punkte |
| G18B | Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder anderer Eingriff am Darm mit äußerst schweren CC, mit sehr komplexem Eingriff oder anderer Eingriff mit äußerst schweren CC, ohne IntK > - / 368 / - Punkte |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| 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 |
| 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 oder IntK > - / 368 / - Aufwandspunkte |
| G19B | Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, ohne IntK > - / 368 / - Aufwandspunkte, mit komplexem Eingriff |
| G21C | Bestimmte lokale Exzision am Darm, ohne äußerst schwere CC |
| G22B | Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 9 Jahre, mit laparoskopischer Adhäsioolyse oder Alter < 16 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung |
| G23B | Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre, mit laparoskopischer Adhäsioolyse oder Alter < 14 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung |
| G24B | Eingriffe bei Hernien, ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand |
| G26A | Andere Eingriffe am Anus, Alter < 14 Jahre oder bei bestimmter bösartiger Neubildung |
| G26B | Andere Eingriffe am Anus, Alter > 13 Jahre oder außer bei bestimmter bösartiger Neubildung |
| 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 |
| 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 |
| G38Z | Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane oder mehrzeitiger komplexer Eingriff am Gastrointestinaltrakt und anderem Organsystem |
| G40Z | Komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| G46A | Komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC und Alter < 15 Jahre oder andere Gastroskopie bei schw. Krankh. der Verd.organe, mit äußerst schweren CC, Alter < 15 Jahre |
| G46B | Komplexe therapeutische Gastroskopie mit schweren CC oder andere Gastroskopie bei äußerst schweren CC, bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, Alter > 14 Jahre, oder bestimmte Gastroskopie, Alter < 15 Jahre oder mit komplizierenden Faktoren |
| G46C | Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane und äußerst schweren oder schweren CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit komplizierenden Faktoren |
| G47Z | Andere Gastroskopie bei komplexer Diagnose od. bestimmte and. Gastroskopie bei schw. KH der Verd.organe oder kompl. Gastroskopie bei nicht schw. KH der Verd., ohne äuß. schw. od. schw. CC, Alter < 15 Jahre od. best. kompl. Gastroskopie, ein Belegungstag |
| G48A | Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, mit schwerer Darminfektion oder bei Zustand nach Organtransplantation |
| G48B | Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, ohne schwere Darminfektion, außer bei Zustand nach Organtransplantation |
| G50Z | Komplexe therapeutische Gastroskopie und bestimmte andere Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 14 Jahre |
| G52Z | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane |
| G60B | Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC |
| G64A | Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC |
| G64B | Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere CC |
| G65Z | Obstruktion des Verdauungstraktes |
| G67A | Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit bestimmten komplizierenden Faktoren |
| G67B | Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| G67C | Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC |
| G71Z | Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane |
| 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 oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte |
| H01B | Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, ohne komplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte |
| H02B | Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen außer bei bösartiger Neubildung |
| H05Z | Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen |
| H06A | Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit bestimmtem Eingriff und komplexer Diagnose, Dialyse, komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation |
| H06C | Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas, ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation, ohne selektive Embolisation |
| H07A | Cholezystektomie mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation |
| H07B | Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation |
| H08A | Laparoskopische Cholezystektomie mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation |
| H08B | Laparoskopische Cholezystektomie ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation |
| H12A | Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System mit äußerst schweren CC oder komplexem 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 |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| H38Z | Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas |
| H40B | Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung ohne äußerst schwere CC |
| H41A | Bestimmte ERCP mit äußerst schweren CC |
| H41C | Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, ohne komplexe Prozedur oder andere ERCP, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit Radiofrequenzablation und endoskopischer Stentimplantation |
| H41D | Andere ERCP ohne bestimmte ERCP, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff, ohne Radiofrequenzablation mit endoskopischer Stentimplantation |
| H44Z | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas |
| H60Z | Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC |
| H61C | Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose, Alter > 16 Jahre |
| H62B | Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, mit akuter Pankreatitis oder Leberzirrhose oder bestimmter nichtinfektiöser Hepatitis, Alter > 15 Jahre |
| H62C | Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, ohne akute Pankreatitis, ohne Leberzirrhose, ohne bestimmte nichtinfektiöse Hepatitis |
| 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 |
| H77Z | Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas |
| H78Z | Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas |
| 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 |
| I02D | Kleinflächige oder großflächige Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit äußerst schweren CC |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| I03A | Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrodese od. Alter < 16 Jahre oder beidseitige od. mehrere gr. Eingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, mit äuß. schw. CC oder mehrzeitigem Wechsel oder Eingr. an mehr. Lok. |
| I05A | Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC |
| I05B | Anderer großer Gelenkersatz |
| I07Z | Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe |
| I08A | Anderer Eingr. an Hüftgel. und Femur, mit kompl. Mehrfacheingriff oder äuß. schw. CC bei Zerebralpar. und mit Osteotomie oder Muskel- / Gelenkplastik bei Zerebralpar. oder Kontraktur oder mit best. Eingr. bei Beckenfraktur oder IntK > 392 / 368 / - P. |
| I08B | Anderer 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 |
| I08D | Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit Mehrfacheingriff oder mit komplexer Diagnose oder mit komplexer Prozedur oder mit äußerst schweren CC |
| I08E | Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne äußerst schwere CC, mit mäßig komplexem Eingriff, mit bestimmter Osteotomie oder Muskel- und Gelenkplastik oder großer Eingriff untere Extremität oder bestimmte Knocheninfektion |
| I08F | Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne äußerst schwere CC, mit mäßig komplexem Eingriff, ohne bestimmte Osteotomie, ohne Muskel- und Gelenkplastik, mehr als ein Belegungstag |
| I08G | Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmter Knochentransplantation oder Pseudarthrose oder Revision einer Endoprothese am Hüftgelenk ohne Wechsel, mehr als ein Belegungstag |
| I08H | Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmte Knochentransplantation oder Pseudarthrose oder Revision einer Endoprothese am Hüftgelenk ohne Wechsel oder ein Belegungstag |
| I09B | Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne sehr komplexe Osteosynthese, ohne mehrzeitigen komplexen Eingriff, mit komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC |
| 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. |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| I10B | Andere Eingr. an der WS mit best. kompl. Eingr. od. Halotraktion od. Para- / Tetrapl., od. Wirbelfraktur mit best. Eingr. an WS, Spinalkanal und Bandscheibe ohne äuß. schw. CC od. best. and. Operationen an der WS mit äuß. schw. CC und > 1 BT |
| I10C | Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit kompl. Eingriff an der Wirbelsäule oder best. Diszitis, mit intervertebralem Cage 1 Segment oder bei best. Spinalkanalstenose oder best. Bandscheibenschäden oder Verschluss eines Bandscheibendefekts mit Implantat |
| I10D | Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit kompl. Eingriff an der Wirbelsäule oder best. Diszitis, ohne intervertebralen Cage 1 Segment, ohne best. Spinalkanalstenose, ohne best. Bandscheibenschäden, ohne Verschluss eines Bandscheibendefekts mit Implantat |
| I10E | Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule |
| I10F | Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne bestimmte 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 aufwendiger 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 |
| 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 oder BNB bestimmter Knochen |
| I13E | Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit mäßig komplexem Eingriff oder bei Pseudarthrose oder Revision einer Endoprothese am Kniegelenk ohne Wechsel oder BNB bestimmter Knochen |
| I13F | Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, ohne aufw. Osteosynthese, ohne Mehrfacheingriff, ohne kompl. Diagn., ohne kompl. Proz., ohne schweren Weichteilschaden, ohne mäßig kompl. Eingr., ohne Pseudarthrose, ohne BNB best. Knochen |
| I14Z | Revision eines Amputationsstumpfes |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| I15B | Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, ohne bestimmten intrakraniellen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an der Mandibula oder Alter > 15 Jahre |
| I20A | Eingriffe am Fuß, mit mehreren hochkomplexen Eingriffen, mit hochkomplexem Eingriff und komplexer Diagnose, mit Teilwechsel Endoprothese des unteren Sprunggelenks oder mit bestimmter Arthrothese |
| 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. |
| I20G | Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne Arthrothese am Großzehengrundgelenk, ohne Osteosynthese einer Mehrfragmentfraktur, ohne bestimmte Knochen transplantation, ohne wenig komplexen Eingriff an mehr als einem Strahl |
| 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 |
| I23A | Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule mit komplizierendem Eingriff am Knochen |
| I26Z | Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe- / Hauttransplantation |
| I27A | Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen mit bestimmter Diagnose und bestimmtem Eingriff, oder mit äußerst schweren CC oder BNB und schweren CC und bestimmter Diagnose und komplexem Eingriff |
| I27B | Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen ohne bestimmte Diagnose und bestimmten Eingriff, mit äußerst schweren CC oder bei BNB und schweren CC, ohne bestimmte Diagnose und komplexen Eingriff |
| I27C | Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen ohne best. Diagnose und best. Eingriff, ohne äußerst schwere CC, mit schweren CC oder bei BNB oder mit best. Eingriff am Weichteilgewebe, mehr als einem Belegungstag |
| I27D | Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen ohne best. Diagnose und best. Eingriff, ohne äußerst schweren CC, ohne schwere CC, außer bei BNB, ohne best. Eingriff am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag |
| I28B | Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe, mehr als ein Belegungstag |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| I28C | Andere Eingriffe am Bindegewebe oder ein Belegungstag |
| I29A | Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, bei komplizierender Diagnose oder Eingriff an mehreren Lokalisationen |
| I29B | Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, ohne komplizierende Diagnose oder ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen |
| I30Z | Komplexe Eingriffe am Kniegelenk oder arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk |
| I31A | Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, mit aufwendigen Eingriffen am Unterarm |
| I31B | Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand oder bestimmte Eingriffe bei Mehrfragmentfraktur der Patella |
| I32A | Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Eingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwendigem rekonstruktiven Eingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochentx. bei Pseudarthrose der Hand |
| I32G | Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe |
| I34Z | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe |
| I36Z | Beidseitige Implantation oder Wechsel einer Endoprothese an Hüft- und/oder Kniegelenk |
| I41Z | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe |
| I42B | Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 14 Tage |
| I43B | Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, ohne äußerst schwere CC |
| I46A | Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC oder Eingriff an mehreren Lokalisationen |
| I46B | Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen |
| I47A | Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesen, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff oder Implantation / Wechsel einer Radiuskopfprothese oder Inlaywechsel Hüfte |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| I50Z | Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne schweren Weichteilschaden, ohne äußerst schwere oder schwere CC |
| I54Z | Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 9 Bestrahlungen bei bösartiger Neubildung |
| I64B | Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC |
| I64C | Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC |
| I65B | Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie |
| I65C | Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter > 16 Jahre, ohne äußerst schwere CC |
| I66A | Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte |
| I66B | Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte |
| I68C | Nicht operativ behandelte Erkr. und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein BT, oder and. Femurfraktur, bei Para- / Tetraplegie oder mit äußerst schw. CC oder mit schw. CC und Alter > 65 Jahre, ohne kompl. Diagn. oder Kreuzbeinfraktur |
| I68D | Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur |
| I69A | Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien mit komplexer Diagnose oder Muskel- und Sehnenerkrankungen bei Para- / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag |
| I69B | Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien ohne komplexe Diagnose oder ein Belegungstag |
| I71B | Muskel- und Sehnenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur |
| I73Z | Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes |
| I74A | Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß mit äußerst schweren oder schweren CC oder unspezifische Arthropathien |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| 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 |
| I87Z | Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe |
| 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 |
| J02B | Hauttranspl. od. Lappenpl. an d. unt. Extr. b. Ulkus/Infekt./Entz. od. ausged. Lymphad. od. Gewebetranspl. m. mikrovask. Anastomos., m. äuß. schw. CC auß. b. Para- / Tetrapl., oh. kompl. Eingr. od. oh. äuß. schw. CC, m. 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 |
| J09B | Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre |
| J10A | Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma bei bösartiger Neubildung |
| J11A | Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit bestimmtem Eingriff bei komplizierender Diagnose oder bei Para- / Tetraplegie oder selektive Embolisation bei Hämangiom |
| J11B | Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne bestimmten Eingriff bei komplizierender Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisation bei Hämangiom, mit mäßig komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose |
| J17Z | Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen |
| J18Z | Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| J21Z | Andere Hauttransplantation oder Debridement mit Lymphknotenexzision oder schweren CC |
| J22B | Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne Weichteildeckung, ohne Mehrfachtumoren der Haut |
| J24D | Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff |
| J35Z | Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma |
| J44Z | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung 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 oder Epidermolysis bullosa, Alter > 10 Jahre |
| 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 |
| J62A | Bösartige Neubildungen der Mamma, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC |
| J62B | Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC |
| J64A | Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus mit äußerst schweren CC |
| J64B | Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC |
| J65Z | Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma |
| 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 |
| K07Z | Andere Eingriffe bei Adipositas |
| K09A | Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit hochkomplexem Eingriff oder mit bestimmtem Eingriff und Alter < 7 Jahre oder äußerst schwere CC |
| K14Z | Eingriffe an der Nebenniere außer bei bösartiger Neubildung und ausgedehnte Lymphadenektomie |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| K15B | Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, außer hochkomplexe Radiojodtherapie |
| K15E | Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie |
| K44Z | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten |
| K60C | Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 17 Jahre ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, schwere Ernährungsstörungen oder äußerst schwere CC und mehr als ein Belegungstag |
| K60E | Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag |
| K62A | Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetraplegie oder mit komplizierender Diagnose oder endoskopischer Einlage eines Magenballons oder äußerst schweren CC und mehr als ein Belegungstag |
| K62B | Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie, ohne komplizierende Diagnose, ohne endoskopische Einlage eines Magenballons, ohne äußerst schwere CC, ein Belegungstag |
| K63A | Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose |
| K63B | Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose |
| 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 |
| 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, oder bestimmte Eingriffe an der Harnblase, Alter > 15 Jahre |
| L05A | Transurethrale Prostataresektion mit äußerst schweren CC |
| L06A | Bestimmte kleine Eingriffe an der Harnblase mit äußerst schweren 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 |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| L09D | Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseschnitts bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne Schilddrüsenresektion |
| L12B | Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen |
| 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, mit bestimmtem Eingriff |
| L18A | Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit äußerst schweren CC |
| L19Z | Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC oder perkutane Thermoablation der Niere |
| 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. |
| L33Z | Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane |
| L37Z | Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane |
| L38Z | Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane |
| L40Z | Diagnostische Ureterorenoskopie |
| L44Z | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane |
| L60A | Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, oder mit Dialyse und akutem Nierenversagen und äußerst schweren CC oder mit Dialyse und komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre |
| L60B | Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse und komplizierenden Faktoren, Alter > 15 Jahre |
| L60C | Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC |
| L60D | Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC |
| L62C | Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| 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 Erkrankung der Harnorgane, bestimmte Beschwerden und Symptome der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie |
| L68A | Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 14 Jahre |
| L68B | Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 13 Jahre |
| L69A | Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre |
| L71Z | Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse |
| M01A | Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC |
| M02A | Transurethrale Prostataresektion 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, oder Orchitis mit Abszess |
| M04D | Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte Eingriffe an der Prostata, ohne bestimmten Eingriff am Hoden, ohne Orchitis mit Abszess, Alter > 2 Jahre |
| 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 |
| 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 |
| N01A | Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraleingriff |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| N01B | Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszerealeingriff |
| N01C | Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit schweren CC |
| N02C | Eingriffe an Uterus und Adnexen oder best. Hernien und große operat. Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung, ohne CC, ohne best. Eingriffe am Darm, ohne Rekonstr. von Vagina u. Vulva, ohne Vulvektomie mit Lymphadenekt. |
| N07Z | Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus |
| N08Z | Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen |
| N10Z | Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation |
| N13A | Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei bösartiger Neubildung oder kleine Eingriffe an Vagina und Douglasraum oder transurethraler Eingriff an der Harnblase, Alter > 80 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC |
| N14Z | Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung mit Beckenbodenplastik oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weibl. Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder bestimmte selektive Gefäßembolisation |
| 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 |
| N21Z | Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder komplexe Myomenukleation |
| N34Z | Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane |
| N38Z | Komplizierende Konstellation mit best. op. Eingriff bei Krankheiten u. Störungen der weibl. Geschlechtsorg. od. Beckenevisz. bei der Frau u. radikale Vulvektomie od. best. Lymphadenekt. mit äuß. schw. CC, mit kompl. Eingriff od. kompliz. Konstellation |
| N60A | Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC |
| N60B | Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| N62A | Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose |
| N62B | Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne komplexe Diagnose |
| O04A | Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma mit komplexem Eingriff |
| O05B | Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, ein Belegungstag oder ohne Cerclage, ohne Muttermundverschluss, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte intrauterine Operation am Feten, mit anderer intrauteriner Therapie des Feten |
| O60D | Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen |
| O65A | Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexer Diagnose oder komplizierendem Eingriff oder ein Belegungstag |
| O65B | Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff, mehr als ein Belegungstag |
| P02A | Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 480 Stunden |
| 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 |
| 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 |
| P06C | Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme |
| 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 |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| P67A | Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit schwerem Problem, mit Hypothermiebehandlung |
| P67B | Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., mit schwerem Problem, ohne Hypothermiebehandlung oder mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Proz., mit kompliz. Diagn. |
| Q02A | Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems mit äußerst schweren CC |
| Q60B | Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytenstörung, Alter < 1 Jahr |
| Q60C | Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytenstörung oder Alter > 15 Jahre |
| Q60E | Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre |
| Q61A | Andere Erkrankungen der Erythrozyten mit äußerst schweren CC |
| Q61B | Andere Erkrankungen der Erythrozyten, ohne äußerst schwere CC |
| Q62Z | Andere Anämie |
| R01B | Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur oder ohne äußerst schwere CC, mit aufwendigem Eingriff an der Wirbelsäule |
| R01C | Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur, ohne aufwendigen Eingriff an der Wirbelsäule |
| 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 |
| R04A | Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC |
| R04B | Andere 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 |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| 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 |
| R11A | Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre |
| R11B | Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit schweren CC |
| R11C | Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC |
| R12A | Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur |
| R36Z | Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei hämatologischen und soliden Neubildungen |
| 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 oder schwersten CC |
| R61B | Lymphom und nicht akute Leukämie mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimpl., mit äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, od. mit äuß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, mit kompl. Diagnostik bei Leukämie od. mit schwersten CC |
| R61D | Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äuß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie, ohne schwerste CC |
| R61E | Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplant. oder Komplexbeh. bei multiresistenten Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre |
| R61G | Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne kompliz. Konstellation, ohne Agranul., ohne Portimpl., ohne Komplexbeh. MRE, ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie, ohne äuß. schw. CC, mit kompl. Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter > 15 Jahre |
| R61H | Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne kompliz. Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne Komplexbeh. MRE, ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie, ohne äuß. schw. CC, ohne kompl. Diagnose, ohne Knochenaffektionen |

| DRG | DRG-Text |
|------|--|
| R62A | Andere hämatologische und solide Neubildungen mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr, mit komplexer Diagnose |
| S01Z | HIV-Krankheit mit OR-Prozedur |
| S60Z | HIV-Krankheit, ein Belegungstag |
| S62Z | Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit |
| 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, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte |
| T01B | OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, mit bestimmtem Eingriff bei Sepsis |
| T01C | OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne bestimmten Eingriff oder außer bei Sepsis |
| T36Z | Int. Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandsp. bei infektiösen und parasitären Krankheiten od. OR-Proz. b. inf. u. paras. Krankh. m. komplexer OR-Proz., kompliz. Konst. oder bei Zust. N. Organtranspl. mit int. Komplexbeh. > 392 / 368 / - Aufwandsp. |
| T44Z | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei infektiösen und parasitären Krankheiten |
| T60A | Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte |
| T60B | Sepsis mit kompliz. Konst. od. b. Z. n. Organtranspl., oh. äuß. schw. CC, oh. int. Komplexbeh. > 392 / 368 / - Aufwandsp. od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z. n. Organtranspl., m. kompl. Diagn. od. auß. schw. CC, Alter < 16 J. od. m. Para- / Tetraplegie |
| T60C | Sepsis mit kompliz. Konst. od. b. Z. n. Organtranspl., oh. auß. schw. CC, oh. int. Komplexbeh. > 392 / 368 / - Aufwandsp. od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z. n. Organtranspl., m. kompl. Diagn. od. auß. schw. CC, Alter > 15 J., oh. Para- / Tetraplegie |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| T60D | Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre |
| T60E | Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, mehr als ein Belegungstag |
| T60G | Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ein Belegungstag |
| T61Z | Postoperative und posttraumatische Infektionen |
| T62A | Fieber unbekannter Ursache mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre |
| T64B | Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag |
| T64C | Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose |
| T77Z | Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten |
| U40Z | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen |
| U64Z | Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen |
| U66Z | Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen oder psychische Störungen in der Kindheit |
| V40Z | Qualifizierter Entzug |
| V60A | Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom oder HIV-Krankheit |
| V61Z | Drogenintoxikation und -entzug |
| V64Z | Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit |
| W02B | Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen |
| W61A | Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender 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 |

| DRG | DRG-Text |
|------|---|
| X01B | Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, mit komplexer Diagnose oder Prozedur oder äußerst schw. CC, mehr als 1 BT |
| X04Z | Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität |
| X05B | Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff |
| X06A | Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerst schweren CC |
| X06B | Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, Alter > 65 Jahre oder mit schweren CC oder mit komplexem Eingriff |
| X07A | Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers |
| X07B | Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation eines Fingers oder einer Zehe |
| X33Z | Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten |
| X60Z | Verletzungen und allergische Reaktionen |
| X62Z | Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung oder bestimmte Erfrierungen und andere Traumata |
| Y02A | Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation oder anderen Eingriffen bei Sepsis oder mit kompliz. Konst., hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte |
| Y02B | Andere Verbrenn. m. Hauttr. od. and. Eingr. auß. b. Sep., oh. kompliz. Konst., oh. hochkompl. Eingr., oh. vierz. best. OR-Proz., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., m. auß. schw. CC, kompliz. Diagn., kompl. Proz., Dialyse od. Beatm. > 24 Std. |
| Y03A | Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC |
| Y03B | Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC |
| Y62B | Andere Verbrennungen, Alter > 5 Jahre |
| Z64D | Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, ohne bestimmten Kontaktanlass |
| Z65Z | Beschwerden, Symptome, andere Anomalien und Nachbehandlung |

Tabelle A-5:

Gegenüberstellung der DRGs je MDC (siehe Kap. 3.4.1.1)

| MDC | Bezeichnung | Anzahl DRGs 2015 | Anzahl DRGs 2016 | Veränderung (in %) |
|------------|---|-------------------------|-------------------------|---------------------------|
| 00 | Prä-MDC | 71 | 75 | + 5,6 |
| 01 | MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems | 105 | 108 | + 2,9 |
| 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 | 64 | 66 | + 3,1 |
| 05 | MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems | 149 | 151 | + 1,3 |
| 06 | MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane | 82 | 83 | + 1,2 |
| 07 | MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas | 41 | 44 | + 7,3 |
| 08 | MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe | 143 | 145 | + 1,4 |
| 09 | MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma | 49 | 50 | + 2,0 |
| 10 | MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten | 37 | 39 | + 5,4 |
| 11 | MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane | 66 | 68 | + 3,0 |
| 12 | MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane | 27 | 27 | 0 |
| 13 | MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane | 35 | 34 | - 2,9 |
| 14 | MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett | 26 | 25 | - 3,8 |
| 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 | 50 | - 2,0 |
| 18A | MDC 18A HIV | 7 | 7 | 0 |

| MDC | Bezeichnung | Anzahl DRGs 2015 | Anzahl DRGs 2016 | Veränderung (in %) |
|---------------|--|-------------------------|-------------------------|---------------------------|
| 18B | MDC 18B Infektiöse und parasitäre Erkrankungen | 21 | 22 | + 4,8 |
| 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 | 11 | + 10,0 |
| 23 | MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens | 15 | 14 | - 6,7 |
| -1 | Fehler-DRGs und sonstige DRGs | 9 | 9 | 0 |
| Gesamt | | 1.200 | 1.220 | + 1,7 |