

InEK

Abschlussbericht

Weiterentwicklung des
G-DRG-Systems
für das Jahr
2018

Klassifikation, Katalog und
Bewertungsrelationen

Teil I: Projektbericht

Siegburg, den 19. Dezember 2017

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	3
2.1 Datenerhebung und Datenprüfung	3
2.2 Datenaufbereitung	3
2.3 Versionsüberleitung der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	4
3 G-DRG-SYSTEM 2018	5
3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	5
3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung	9
3.2.1 Datenbasis	9
3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung	9
3.2.1.2 Ergänzende Datenbereitstellung	13
3.2.2 Vorschlagsverfahren	14
3.2.2.1 Grundzüge des Verfahrens	14
3.2.2.2 Beteiligung	15
3.2.2.3 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge	16
3.2.3 Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG)	18
3.2.3.1 Sachkostenkorrektur	18
3.2.3.2 Gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen	21
3.3 Schwerpunkte der Weiterentwicklung	23
3.3.1 Anpassung der Methodik	23
3.3.1.1 Aktualisierung der Plausibilitätsprüfungen	23
3.3.1.2 Berechnung der Bewertungsrelationen für Belegversorgung	28
3.3.1.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen	30
3.3.1.4 Überarbeitung der CCL-Matrix	32
3.3.1.5 Einbeziehung von verlegten Fällen und Überliegern	38
3.3.1.6 Berechnung der Bezugsgröße	39
3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation	40
3.3.2.1 Abbildung der Pflege	40
3.3.2.2 Abdominalchirurgie	50
3.3.2.3 Augenheilkunde	55
3.3.2.4 Eingriffe an der Mamma	55
3.3.2.5 Eingriffe an Haut und Unterhaut	56
3.3.2.6 Endokrinologie	57
3.3.2.7 Extremkosten	59
3.3.2.8 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren	65
3.3.2.9 Gastroenterologie	67
3.3.2.10 Geburtshilfe	70
3.3.2.11 Gefäßchirurgie und -interventionen / Angiologie	72
3.3.2.12 Geriatrie	77

3.3.2.13	Globale Funktionen und Komplizierende Konstellationen	77
3.3.2.14	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	79
3.3.2.15	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	81
3.3.2.16	Intensivmedizin	82
3.3.2.17	Kardiologie und Herzchirurgie	85
3.3.2.18	Komplexe Vakuumbehandlung	87
3.3.2.19	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	88
3.3.2.20	MDC 15 – Neugeborene	90
3.3.2.21	Multiresistente Erreger und nicht multiresistente isolationspflichtige Erreger	96
3.3.2.22	Neurochirurgie und Neurologie	98
3.3.2.23	Neurostimulatoren	100
3.3.2.24	Onkologie	106
3.3.2.25	Operative Gynäkologie	109
3.3.2.26	„Reste“-DRGs	111
3.3.2.27	Schmerztherapie	113
3.3.2.28	Sonstige DRGs	115
3.3.2.29	Strahlentherapie	116
3.3.2.30	Transplantation/Transfusion hämatopoetischer Stammzellen	117
3.3.2.31	Unfallchirurgie/Orthopädie	118
3.3.2.32	Urologie	125
3.3.2.33	Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	128
3.3.2.34	Versorgung von Kindern	130
3.3.2.35	Wirbelsäulenchirurgie	133
3.3.3	Integration neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in das G-DRG-System	135
3.3.4	Sortierung	137
3.3.5	Erstellung der G-DRG-Versionen aufgrund von ICD- und OPS-Anpassungen	138
3.3.5.1	Anpassungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	138
3.3.5.2	Überleitung auf die ab 1. Januar 2018 gültigen Versionen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen	139
3.3.5.3	Behandlung nicht identischer Codes mit „Vorgängerkode“	140
3.3.5.4	Behandlung nicht identischer Codes ohne „Vorgängerkode“ (neue Codes)	143
3.3.6	Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien	144
3.4	Statistische Kennzahlen	146
3.4.1	Wesentliche Ergebnisse und Änderungen zum Vorjahr	146
3.4.1.1	Erweiterung und Umbau der Fallgruppen	146
3.4.1.2	Nicht bewertete DRGs	146
3.4.1.3	Zusatzentgelte	147
3.4.2	Analyse des Pauschalierungsgrades	150
3.4.3	Statistische Güte der Klassifikation	153
3.4.4	Analyse der Verweildauer	156
3.4.4.1	Verweildauervergleich der Datenjahre 2014, 2015 und 2016	156
3.4.4.2	Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer	158
4	PERSPEKTIVEN DER WEITERENTWICKLUNG	162
	ANHANG	164

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
IntK	Intensivmedizinische Komplexbehandlung
ISS	Injury Severity Score
i.V.m.	in Verbindung mit
Kap.	Kapitel
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
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
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
RG	Relativgewicht
SAPS	Simplified Acute Physiology Score
SGB	Sozialgesetzbuch
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
SIRT	selektive interne Radiotherapie
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 2018 vor. Im methodischen Teil werden u.a. die Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) hinsichtlich der Korrektur der Sachkostenanteile in den Bewertungsrelationen (§ 17b Abs. 1 Satz 6 Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG) und der gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen (§ 17b Abs. 1 S. 5 KHG i.V.m. § 9 Abs. 1c Krankenhausentgeltgesetz, KHEntgG) vorgestellt. Im Report-Browser werden die aufbereiteten detaillierten Kalkulationsergebnisse je DRG-Fallpauschale in gewohnter Weise zur Verfügung gestellt. Die Änderungen in der ab dem Datenjahr 2016 gültigen Differenzierung der Kostenmatrix im Report-Browser werden im methodischen Teil ebenfalls erläutert.

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 2018 (Vorschlagsverfahren 2018)“ sind Erfahrungen der klinischen Praxis und medizinisches Expertenwissen in die Weiterentwicklung eingeflossen. Allen, die sich im Jahr 2017 durch engagierte Teilnahme an der Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems beteiligt haben, sei an dieser Stelle nochmals herzlich gedankt.

Wir bedanken uns an dieser Stelle ebenfalls sehr herzlich bei den 240 Krankenhäusern, die durch ihre aktive freiwillige Teilnahme an der Kostenkalkulation und das unvermindert große Engagement auch in diesem Jahr an der Bereitstellung einer soliden Datenbasis gearbeitet haben. Ohne dieses Engagement der Kalkulationskrankenhäuser wäre die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems in der vorliegenden Form nicht möglich. Mit dem Datenjahr 2016 wurde durch die verpflichtende Teilnahme von Krankenhäusern an der Kostenerhebung zur Pflege und Weiterentwicklung des Entgeltsystems Neuland betreten. Erstmals wurden, den gesetzlichen Vorgaben zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation folgend, die Kosten- und Leistungsdaten nicht nur von freiwillig teilnehmenden Krankenhäusern geliefert. Den acht Krankenhäusern, die bereits im ersten Datenjahr fallbezogene Kostendatensätze geliefert haben, sei an dieser Stelle ebenfalls sehr herzlich für ihr Engagement gedankt. Durch ihre aktive Beteiligung konnte ein erster Schritt zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation geleistet werden.

Das InEK legte den Selbstverwaltungspartnern (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) am 25. August 2017 den Entwurf des G-DRG-Systems 2018 vor. Nach ausführlicher Beratung der Fach- und Entscheidungsgremien konnten der G-DRG-Fallpauschalen-Katalog 2018 und die dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen am 29. September 2017 konsentiert werden.

Die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems kann nur gelingen, wenn Krankenhäuser und Krankenkassen weiterhin 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, sowie die Krankenhäuser, die zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation beitragen. 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 2017

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 2017 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 unterliegenden Krankenhäuser sind verpflichtet, krankenhausbezogene Strukturdaten und fallbezogene Leistungsdaten bereitzustellen (im Folgenden als „Daten gem. § 21 KHEntgG“ bezeichnet). Inhalt und Format des entsprechenden Datensatzes werden durch die Selbstverwaltungspartner definiert.

Die an der Kostenerhebung teilnehmenden Krankenhäuser stellen 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.

- 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 über-

führt. Gleiches gilt für vorstationäre Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung sowie Begleitpersonen.

- Überliegerbereinigung

Als Überlieger galten Behandlungsfälle, die vor dem 1. Januar 2016 aufgenommen, aber erst 2016 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 Neuordnung der dem G-DRG-System zugrunde liegenden Diagnosen- und Prozedureninformationen wird immer dann erforderlich, wenn zwischen dem der Kalkulation zugrunde liegenden Datenjahr und dem Geltungsjahr des weiterentwickelten G-DRG-Systems ein Versionswechsel bei den anzuwendenden ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen eingetreten ist. Aufgrund der seit Einführung des G-DRG-Systems stets jährlichen Weiterentwicklung von ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen ist dies somit für jede neue DRG-Version erforderlich.

Für identische Codes ergibt sich keine Notwendigkeit einer Überleitung.

Bei nicht identischen Codes besteht die Überleitung zumeist in einer an der Überleitungstabelle des 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-Klassifikation 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 2018

3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Das G-DRG-System 2018 umfasst insgesamt 1.292 DRGs. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Veränderungen zur Vorjahresversion:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
G-DRG-System 2018	1.292	+ 37
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.245	+ 37
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	42	± 0
davon rein teilstationäre DRGs	5	± 0
davon bewertet (Anlage 1c)	2	± 0

Tabelle 1: Überblick über das G-DRG-System 2018

Im Zusatzentgelte-Katalog (Anlage 2 Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2018) befinden sich 94 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 95). Die Anzahl der krankenhaushausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 FPV 2018) liegt bei 110 (Vorjahr: 96).

Für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG Angaben zu ca. 22,3 Mio. Fällen (Entgeltbereich „DRG“) aus 1.500 Krankenhäusern übermittelt.

Nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen liegt die Anzahl der Kalkulationskrankenhäuser mit 248 um sechs höher als im Vorjahr. Die auswertbare Fallmenge aus den Kalkulationskrankenhäusern betrug ca. 4,0 Mio. Fälle. Im vollstationären Bereich ist die auswertbare Fallmenge aus den Kalkulationskrankenhäusern (ca. 3,9 Mio. Fälle) im Vergleich zum Vorjahr um 8,4% gestiegen.

Die Schwerpunkte der klassifikatorischen Überarbeitung für 2018 bezogen sich vor allem auf folgende Themengebiete:

- **Abbildung der Pflege**

Im Blick der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2018 stand beim Thema Pflege vor allem die Pflegebedürftigkeit **nach Pflegestufen** (§§ 14, 15 SGB XI), die erstmalig im Datenjahr 2016 auch im Entgeltbereich „DRG“ kodiert werden konnten und seit dem 1. Januar 2017 durch die Pflegebedürftigkeit der Patienten **nach Pflegegraden** (§§ 14, 15 SGB XI) ersetzt werden. Aufgrund der zum Teil noch schwachen Datengrundlage war die Analyse und Plausibilisierung der Daten erschwert. Trotz umfangreicher Untersuchungen war es nicht möglich, ein systemweites Zusatzentgelt für die Pflegebedürftigkeit zu etablieren. Stattdessen gelang es, für das G-DRG-System 2018 zwei unterschiedlich hohe Zusatzentgelte für die Pflegebedürftigkeit eines Patienten ab Pflegegrad 3 und einer Verweildauer (VWD) von mindestens 5 Tagen zu kalkulieren, die in Abhängigkeit von der DRG abgerechnet werden.

Darüber hinaus konnte durch Anpassungen der CCL-Matrix die Abbildung der Pflege im G-DRG-System weiter verbessert werden. Insbesondere ist hier die abermalige Aufwertung der Diagnosen U50.5- *Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung* und U51.2- *Schwere kognitive Funktionseinschränkung* zu nennen.

Die Abbildung von Fällen mit „aufwendiger Behandlung“ (PKMS und weitere Komplexcodes, die mit hohem Pflegeaufwand einhergehen), die in drei Aufwandskategorien für das G-DRG-System 2017 etabliert wurden, konnten für das G-DRG-System 2018 bestätigt werden. In vielen DRGs der medizinischen Partition sind diese Leistungen damit weiterhin ein direktes Eingruppierungskriterium und tragen zu einer sachgerechten Abbildung von Fällen mit hochaufwendiger Pflege bei.

Ebenfalls zur deutlich verbesserten Abbildung der Pflege führt die „zweite Stufe“ der Sachkostenkorrektur mit einem Umsetzungsgrad von 60%. Die daraus resultierende Umverteilung von Sach- zu Personalkosten bedeutet für die Personalkostenanteile jeder DRG eine Aufwertung von +1,86%, was insbesondere DRGs mit hohem Anteil an Pflegekosten zugute kommt.

- Abbildung der Erkrankungsschwere / Anpassungen in der CCL-Matrix

Die Überprüfung der Abbildung von Komplikationen und Komorbiditäten über die CCL-Matrix war auch für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2018 ein Thema. Die zuletzt für das G-DRG-System 2016 bearbeitete PCCL-Formel, die zu einer Verbesserung der Abbildung von Fällen mit äußerst schweren CC führte, konnte nach Untersuchungen bestätigt werden, sodass von einer weiteren grundsätzlichen Überarbeitung in diesem Jahr abgesehen wurde.

Systemweit wurden wie in den letzten Jahren zahlreiche Diagnosen auf ihre CCL-Werte hin untersucht. Insgesamt wurden die CC-Werte von 806 Diagnosen geändert. Dabei wurden 9 Diagnosen aufgewertet und 7 neu in die CCL-Matrix aufgenommen. 550 Diagnosen wurden in 1–2 Basis-DRGs abgewertet, 50 in 3–9 Basis-DRGs, 12 in 10–29 Basis-DRGs und 168 in mehr als 30 Basis-DRGs.

- Globale Funktionen

Logische Definitionen und Ausdrücke, die an mehreren Stellen des Gruppierungsalgorithmus vorkommen, werden als Funktionen (z.B. „Komplizierende Konstellationen“, „Komplexe OR-Prozeduren“) zusammengefasst. Wie im letztjährigen Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems begonnen, war die Etablierung modifizierter Funktionen erforderlich, um MDC- bzw. (Basis-)DRG-spezifische Besonderheiten zu berücksichtigen. Dieser Weg wurde in diesem Jahr weiterverfolgt.

So wurden mit den Funktionen „Komplexe OR-Prozeduren Gastro“ und „Komplexe OR-Prozeduren Leber“ erstmals Modifikationen der Funktion „Komplexe OR-Prozeduren“ etabliert. Darüber hinaus wurde die Funktion „Komplizierende Konstellationen“ für das G-DRG-System 2018 in den Varianten F06, F21 und H06 Basis-DRG-spezifisch präzisiert. Durch Anpassungen in der Funktion „Komplexe Vakuumbehandlung“ werden ferner Fälle mit komplexer Vakuumtherapie im G-DRG-System 2018 sachgerechter abgebildet.

■ Kinder

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der jährlichen Weiterentwicklung ist die Abbildung von Kindern. Wie in den Jahren zuvor erfolgten umfangreiche Analysen für die Etablierung weiterer Kindersplits. Zum einen konnten acht neue „reine“ Kinder-DRGs etabliert werden, zum anderen wurde in drei DRGs die Altersbedingung erweitert. Insgesamt gibt es im G-DRG-System 2018 284 (2017: 273; 2016: 240) „reine“ Kinder-DRGs und DRGs, in denen das Kindesalter höhergruppierend wirkt (ohne MDC 15). Zusätzlich erfolgten zahlreiche Detailumbauten in der MDC 15 *Neugeborene*. Neben 53 (im Vorjahr 51) Zusatzentgelten für Medikamente mit Kinderdosisklassen existieren auch fünf sonstige kinderspezifische Zusatzentgelte (z.B. für komplexe neuropädiatrische Diagnostik). Erstmals wurde ein Zusatzentgelt für die *mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik* etabliert.

In insgesamt 30 DRGs, bei denen Kinder den überwiegenden Teil der Fälle mit hoher Verweildauer stellen, wurde nach Analyse für 2018 eine veränderte Kalkulation des Langlieger-Zuschlags umgesetzt, was eine deutliche Besserstellung der Kinder mit Verweildauer oberhalb der oberen Grenzverweildauer (OGV) in diesen DRGs bedeutet.

Ergänzt werden diese systematischen Veränderungen durch eine Vielzahl von Detailumbauten, insbesondere in der MDC 15 *Neugeborene* (vgl. Kapitel 3.3.2.20).

Ein Beispiel für eine besonders relevante Aufwertung von Kindern im G-DRG-System 2018 sind Fälle der MDC 15 *Neugeborene* mit einem offen chirurgischen Verschluss einer kongenitalen Zwerchfellhernie. Diese kostenintensiven Fälle werden im G-DRG-System 2018 erstmals unabhängig vom Geburtsgewicht in der Basis-DRG P02 *Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe oder bestimmte Eingriffe bei angeborener Zwerchfellhernie beim Neugeborenen* abgebildet und damit erheblich besser gestellt.

■ Neurostimulatoren

Für die Vergütung von Fällen mit Implantation von Neurostimulationssystemen sind im G-DRG-System 2017 sowohl die DRG-Eingruppierung als auch eine Vielzahl von Zusatzentgelten relevant. Nach Hinweisen im Vorschlagsverfahren wurde die Kosten- und Vergütungssituation der Fälle umfassend untersucht, insbesondere auch bei mehrzeitigem Vorgehen. In diesen Fällen wird oft ein temporäres oder permanentes Elektrodensystem implantiert, ohne dass im gleichen Aufenthalt der eigentliche Stimulator eingesetzt wird. Für diese Konstellationen bestand häufig eine uneinheitliche Abbildung der Fälle, oft in sonstigen oder „Reste“-DRGs mit möglicher Über- oder Untervergütung.

Für das G-DRG-System 2018 wurden insgesamt vier neue Basis-DRGs für die Abbildung von Fällen mit einer Implantation von Neurostimulatoren etabliert. Dabei wurde typischerweise differenziert nach der Implantation oder dem Wechsel eines Neurostimulators, nach der Implantation eines permanenten Elektrodensystems, nach einer Teststimulation und nach der Revision oder Entfernung von Aggregaten oder Elektroden. In Kombination mit den Zusatzentgelten gelang für das G-DRG-System 2018 eine deutlich aufwandsgerechtere Abbildung der betroffenen Fälle.

- „Reste“-DRGs

Ein Kernpunkt der Weiterentwicklung für das G-DRG-System 2018 waren die „Reste“-DRGs. In 18 von insgesamt 26 MDCs gibt es „Reste“-DRGs, in denen Fälle eingruppiert werden, die bisher nicht spezifisch zugeordnet werden konnten, aber dennoch regelhaft in der betreffenden MDC vorkommende operative Eingriffe aufweisen. Die „Reste“-DRGs enthalten überwiegend medizinisch-inhaltlich heterogene Fallgruppen, deren Kosten vergleichbar sind. Nach umfangreichen Analysen der einzelnen „Reste“-DRGs wurden praktisch alle diese „Reste“-DRGs präzisiert, einige, wie z.B. die Basis-DRG K09 *Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten*, sehr umfangreich.

- Wirbelsäulenchirurgie

Im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie bestand im G-DRG-System 2017 bereits eine hochdifferenzierte Abbildung innerhalb der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*. Dennoch konnte für 2018 durch zahlreiche Detailumbauten (vgl. Kap. 3.3.2.35) die unterschiedliche Komplexität der Fälle noch besser berücksichtigt werden.

Der Fokus lag jedoch für das G-DRG-System 2018 auf Fällen mit Erkrankungen der Wirbelsäule, die aufgrund ihrer Hauptdiagnose der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* zugeordnet waren. Fälle, die z.B. an der Wirbelsäule operiert wurden, jedoch eine Hauptdiagnose, wie z.B. Zervikobrachial-Syndrom oder bestimmte Radikulopathien, aus der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* aufweisen, unterscheiden sich in Kosten und Verweildauern nicht von den Fällen mit gleichen Operationen, aber anderen Hauptdiagnosen. Diese werden daher ab dem G-DRG-System 2018 der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* zugeordnet und so deutlich differenzierter in den Basis-DRGs I06 *Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals*, I09 *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule* und I10 *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule* abgebildet. Dies betrifft in gleicher Weise konservativ behandelte Fälle, die zukünftig der Basis-DRG I68 *Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich [...] zugeordnet sind*. Für die in der MDC 01 verbleibenden Fälle mit Wirbelsäuleneingriffen wurde die Basis-DRG B18 *Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems [...] vierfach differenziert* (vgl. Kap. 3.3.2.22).

Im Ergebnis bedeuten beide Veränderungen eine deutlich differenziertere Abbildung von Fällen mit Wirbelsäuleneingriffen bei neurologischen bzw. neurochirurgischen Hauptdiagnosen.

Die durch den R²-Wert als Maß für die Varianzreduktion ausgedrückte statistische Güte der Klassifikation hat sich im Vergleich zur Vorjahresversion nochmals leicht erhöht (siehe Tab. 2).

	G-DRG-System 2017	G-DRG-System 2018	Verbesserung (in %)
R ² -Wert auf Basis aller Fälle	0,7880	0,7921	+0,5
R ² -Wert auf Basis der Inlier	0,8623	0,8662	+0,5

Tabelle 2: Vergleich der Varianzreduktion R² im G-DRG-System 2017 und 2018 (Datenbasis: Datenjahr 2016)

3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung

3.2.1 Datenbasis

3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung

Für das Datenjahr 2016 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 2016 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	1.500	254
Anzahl Betten	429.132	101.208
Anzahl Fälle	22.301.547	4.636.539

Tabelle 3: Umfang der Datenlieferung, Entgeltbereich „DRG“, Datenjahr 2016 (Stand: 31. Mai 2017)

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 1.500 Krankenhäusern bzw. 254 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.

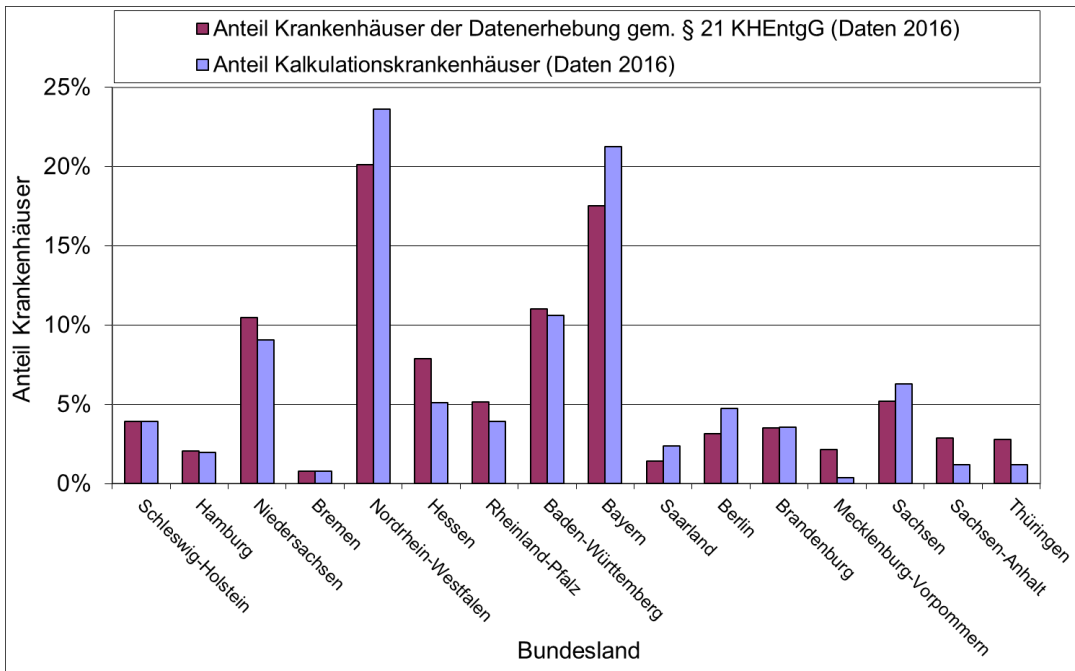


Abbildung 1: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser

Die Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser zeigt Abbildung 2. Wie schon in den vergangenen Jahren 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.

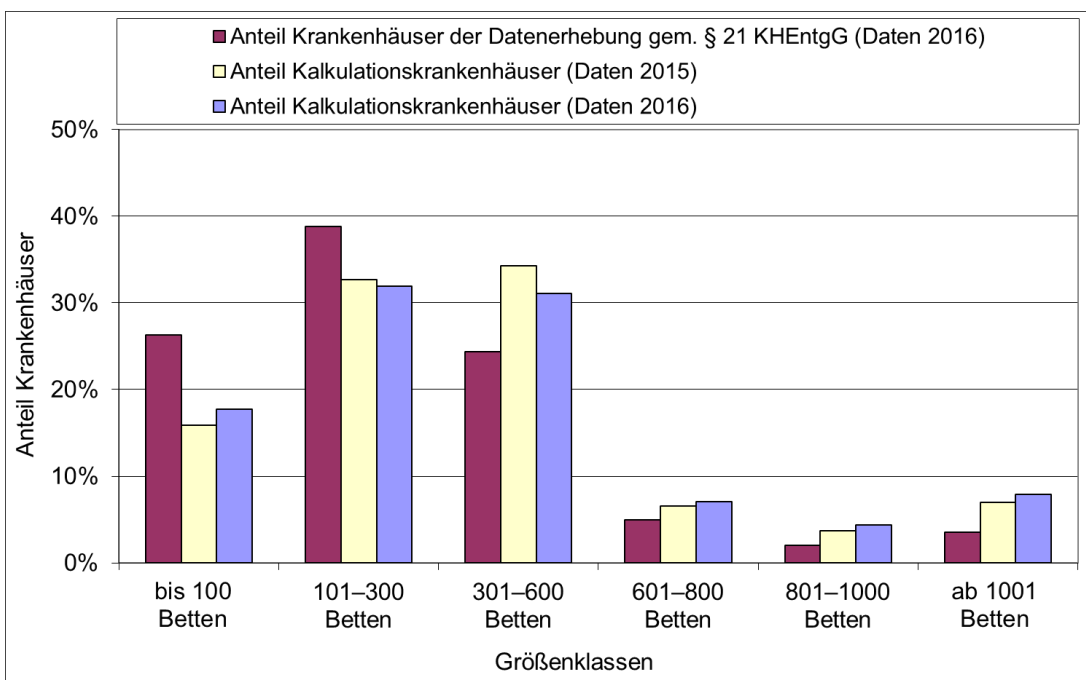


Abbildung 2: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser

In allen Bettengrößenklassen sind im Vergleich zum Vorjahr nur unwesentliche Veränderungen in den Anteilen der Kalkulationskrankenhäuser zu verzeichnen. Im Datenjahr 2016 ist der Anteil bei Kalkulationskrankenhäusern in den Klassen 101–300 Betten und 301–600 Betten leicht zurückgegangen, während in den restlichen Klassen der Anteil im Vergleich zum Vorjahr leicht angestiegen ist.

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

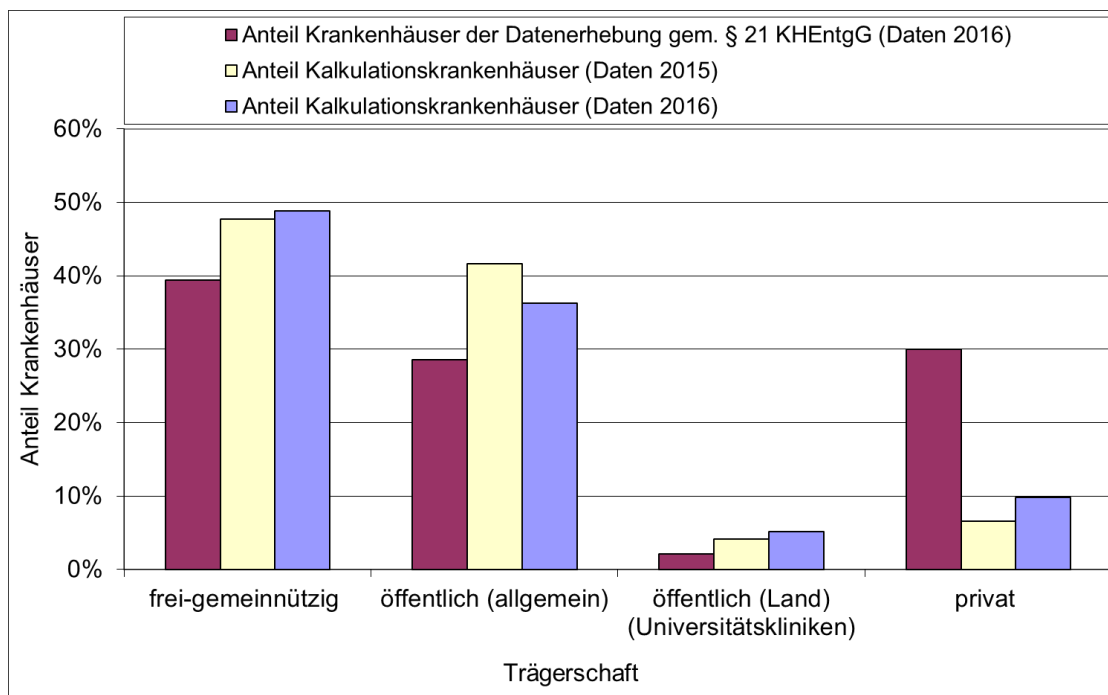


Abbildung 3: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser

Aus der Gegenüberstellung der Kalkulationskrankenhäuser mit den Krankenhäusern der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG ist bei den Kalkulationskrankenhäusern ein Übergewicht der frei-gemeinnützigen 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 2015 und 2016 zeigt einen leichten Anstieg des Anteils freigemeinnütziger sowie privater Kalkulationskrankenhäuser und einen leichten Rückgang des Anteils nicht universitärer öffentlicher Kalkulationskrankenhäuser.

Umfang der Datenlieferungen

Der Anteil fehlerhafter Datensätze an den übermittelten Daten gem. § 21 KHEntgG lag nach Auswertung der Datenstelle mit 0,12% unverändert auf niedrigem Niveau. Er hat sich im Vergleich zum Vorjahr (0,13%) nochmals minimal verbessert.

Insgesamt stellten die Kalkulationskrankenhäuser 5.381.053 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 3,4 Prozeduren und 5,4 Nebendiagnosen auf. Die Kostendaten wiesen je Fall im Durchschnitt 27,0 verschiedene Kostenmodule aus.

Nach Ausschluss der vom Matchingproblem betroffenen und der nicht DRG-relevanten Datensätze standen 4.636.539 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 4.636.539 geprüften Datensätze.

Bereinigung/Korrektur	Anteil Datensätze (in %)	Maßnahme
Korrektur Zusatzentgelte: Dialysekosten, Kosten für Faktorpräparate bei Bluterbehandlung	0,9	Bereinigung Dialysekosten, Kostenseparation
Korrektur sonstige Zusatzentgelte	7,4	Bereinigung in relevanten Kostenmodulen bzw. Herausnahme aus der Datenbasis
Überliegerbereinigung	0,2	Herausnahme aus der Datenbasis

Tabelle 4: Ergebnis der Datenbereinigungen und -korrekturen (bezogen auf 4.636.539 Datensätze, Entgeltbereich „DRG“), Basis: Datenjahr 2016

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 3.987.038 Datensätze zur Verfügung. Auf Grundlage der Ergebnisse der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen haben sich in Abstimmung mit dem InEK drei Krankenhäuser für eine Stornierung ihrer insgesamt 164.217 Kalkulationsdatensätze (3,5% der Datensätze) entschieden. Insgesamt wurden 14,0% der 4.636.539 geprüften Datensätze durch Bereinigung sowie durch Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen von der Kalkulation ausgeschlossen.

Tabelle 5 zeigt die nach Abteilungsart differenzierten Fallmengen vor und nach den Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen.

Abteilungsart	Fallzahl vor Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen	Fallzahl nach Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen
Versorgung in Hauptabteilung	4.369.508	3.810.469
Belegärztliche Versorgung	68.316	53.034
Teilstationäre Versorgung	198.715	123.535
Gesamt	4.636.539	3.987.038

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 2016

Der Anteil plausibler Fälle lag im Datenjahr 2016 damit bei 86% (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 Leistungs-differenzierungen aus der ICD-10-GM Version 2017 und dem OPS Version 2017 ebenso wie von Leistungen, die in diesen Katalogen noch nicht abgebildet sind. Diese standen in den regulären Daten der Kalkulationskrankenhäuser aus dem Jahr 2016 noch nicht zur Verfügung. Ohne die ergänzende Datenbereitstellung hätten diese Informationen erst in der Kalkulation des Jahres 2018 oder – nach Einführung neuer Codes für 2018 – erst im Jahr 2019 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.

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

Insgesamt haben 232 Kalkulationskrankenhäuser 268.189 Leistungsdaten übermittelt. Den Umfang der ergänzend bereitgestellten Leistungsdaten zeigt Tabelle 6.

Daten	Anzahl Krankenhäuser	Anzahl Daten
Leistungs- und Kostendaten zu Medikamenten	231	196.273
Leistungs- und Kostendaten zu Blutprodukten	199	45.843
Leistungs- und Kostendaten zu Neurostimulatoren, mit Angaben zum Typ des Implantats	89	2.297
Leistungs- und Kostendaten zu minimalinvasiven Operationen an Herzklappen, mit Angaben zum Typ des Implantats	41	6.967
Leistungs- und Kostendaten zu Stentgraft-Prothesen an der Aorta	34	369
Leistungsdaten zu anderen operativen und interventionellen Verfahren	29	623
Leistungsdaten zu Dialysen	155	15.293

Tabelle 6: Ergänzend bereitgestellte Daten (Übersicht)

Da sich an der ergänzenden Datenbereitstellung nahezu alle an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser beteiligen, diese Informationen aber nicht aus allen gem. § 21 KHEntg zur Datenlieferung verpflichteten Krankenhäusern vorliegen, wird zwar eine bessere Beurteilung von Mehrkosten bestimmter Verfahren ermöglicht, eine sichere Abschätzung über die bundesweite Leistungsmenge ist aber nicht in jedem Fall möglich. Infolgedessen ist es nur bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen möglich, den DRG-Algorithmus basierend auf den Daten der ergänzenden Datenbereitstellung aufzubauen. 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 2018 (Vorschlagsverfahren für 2018)“ durch ein regelhaftes Verfahren zu führen. Die Konzeption des Verfahrens (siehe Punkt 1–4) entsprach im Wesentlichen den vorangegangenen Vorschlagsverfahren:

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

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

Das Vorschlagsverfahren für 2018 wurde am 30. November 2016 mit der Veröffentlichung der Verfahrensweise im Internet eröffnet. Alle eingegangenen Vorschläge wurden in einer Eingangsliste erfasst. Diese Zusammenstellung der Vorschläge mit Vorschlagsnummer, Name der vorschlagenden Institution/Einzelperson und einer stichwortartigen Quintessenz des Vorschlagsinhalts wurde am 26. Mai 2017 auf der Internetseite des InEK veröffentlicht.

Analog zum Vorgehen in den Vorjahren wurden die Eingaben systematisch aufbereitet und in sogenannte „Minimale Bearbeitungseinheiten“ gegliedert. Die simulierbaren Vorschläge wurden auf Basis der aus den Kalkulationskrankenhäusern gelieferten Daten überprüft. 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 bewegte sich in einem ähnlichen Rahmen wie im Vorjahr. Insgesamt sind 306 Vorschlagssendungen eingegangen. Dabei wurden 146 Vorschlagssendungen von Fachgesellschaften oder Verbänden sowie weitere 160 Vorschlagssendungen von Einzelpersonen/Institutionen eingebracht. Da eine Vorschlagssendung aus mehreren Teilvorschlägen (also Vorschlägen zu verschiedenen Problemstellungen oder DRGs) bestehen konnte, ergaben sich rund 414 rechenbare einzelne Vorschläge. Dazu kamen Vorschläge aus den beiden vorherigen Vorschlagsverfahren, die erst in diesem Jahr rechenbar waren, typischerweise weil die beschriebenen Leistungen erst in den Kalkulationsdaten des Jahres 2016 zweifelsfrei identifizierbar waren.

Die meisten Vorschläge gingen zu den Fachgebieten Zusatzentgelt-Medikamente, Zusatzentgelt-Prozeduren, Unfallchirurgie/Orthopädie, Gefäßchirurgie und Gastroenterologie 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“ Codes vergleichbaren Aufwands. Damit diese Vorschläge sinnvoll bearbeitet werden konnten, bedurfte es wiederum einiger Nachfragen und Konkretisierungen sowie der Erarbeitung umfassenderer Lösungen, teilweise auch durch Kontaktaufnahmen mit Fachgesellschaften.

3.2.2.3 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge

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

Beim Vorschlagsverfahren für 2018 war die Mehrzahl der eingebrachten Vorschläge auf den Daten der Kalkulationskrankenhäuser direkt simulierbar. Aber auch bei den nicht direkt simulierbaren Vorschlägen fand sich eine Verschiebung hin zu Lösungen innerhalb des Systems. Nicht direkt simulierbare Vorschläge waren insbesondere:

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

Die Weiterentwicklung der Klassifikationen ICD-10-GM und OPS ist Aufgabe des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Darauf wurde in der Verfahrensbeschreibung hingewiesen. Die im Rahmen des Verfahrens eingegangenen Vorschläge zur Neuformulierung von Kodes wurden an die zuständigen Stellen beim DIMDI weitergeleitet, allerdings hatte dies keine Verlängerung der Annahmefrist des DIMDI (28. Februar 2017) 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 3.4.1.3 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 2018 zahlreiche Diagnosen in die CCL-Matrix aufgenommen bzw. aufgewertet oder aus der CCL-Matrix gestrichen. Zudem erfolgte eine Neubewertung der CCL-Werte von Diagnosen in einzelnen DRGs. Vorschläge aus dem Vorschlagsverfahren bezüglich der Neugruppierung einzelner Diagnosen wurden nur bei eindeutigen Simulationsergebnissen und einer relevanten Fallzahl implementiert. 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 Kodes durchgeführt werden, die in den Datensätzen vorhanden waren oder aufgrund einer ergänzenden Datenbereitstellung zur Verfügung standen. Mit neu beantragten Kodes wurde wie oben beschrieben verfahren. Wurden diese Kodes vom DIMDI in die Klassifikationen aufgenommen, können sie ab dem

Jahr 2018 verschlüsselt werden und stehen dann spätestens im Jahr 2019 in den Kalkulationsdaten für die Analyse zur Verfügung. Vorschläge, die auf Codes des Jahres 2017 basieren, wurden weitestgehend auf Codes des Jahres 2016 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 im Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2018. Weiterhin wurden die DKR an Änderungen der Diagnosen-/Prozedurenklassifikation sowie der G-DRG-Klassifikation für 2018 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 2017 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 G-DRG-Systems zu finden. Einige DRGs wurden jedoch im Fallpauschalen-Katalog für das Jahr 2018 nicht mit einer Bewertungsrelation belegt (Anlagen 3a und 3b der FPV 2018) 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 18% 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 8.864 Änderungsversionen.

3.2.3 Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG)

Das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I 2015, S. 2229) enthält auch das InEK betreffende Änderungen des ordnungspolitischen Rahmens zum G-DRG-Vergütungssystem. Auswirkungen auf den Entgeltkatalog zeigen sich in § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen und in § 17b Abs. 1 Satz 6 KHG zur sachgerechten Korrektur der Bewertungsrelationen zur Vermeidung systematischer Überversorgung der Sachkosten (im Folgenden Sachkostenkorrektur genannt). Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben durch das InEK wird im Folgenden erläutert.

3.2.3.1 Sachkostenkorrektur

Gem. § 17b Abs. 1 Satz 6 KHG haben die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene unter Bezugnahme auf ein vom InEK entwickeltes Konzept zur sachgerechten Korrektur der Bewertungsrelationen eine sogenannte Sachkostenvereinbarung geschlossen. Danach wird die Sachkostenkorrektur für das G-DRG-System 2018 zu 60% umgesetzt. Für die Zeit nach 2018 wird eine Anschlussvereinbarung angestrebt. Solange keine Anschlussvereinbarung konsentiert werden kann, erfolgt auch für die G-DRG-Systeme nach 2018 eine Umsetzung der Sachkostenkorrektur zu 60% (vgl. § 1 der Sachkostenvereinbarung). Die Sachkostenkorrektur verfolgt das Ziel, den Erlös für den in den Bewertungsrelationen enthaltenen Sachkostenanteil auf die Höhe der tatsächlich durchschnittlich angefallenen Kosten abzusenken. Die Sachkostenkorrektur wird dabei als reiner Umverteilungseffekt umgesetzt, d.h. die Korrektur der Sachkosten (absenkende Berücksichtigung) geht mit einer korrespondierenden Aufwertung der Personal- und Infrastrukturkosten einher. Durch die Sachkostenkorrektur wird der Case-Mix in Deutschland (Summe der effektiven Bewertungsrelationen aller Fälle in Deutschland) – von unvermeidbaren Rundungsdifferenzen abgesehen – nicht verändert.

Grundlagen

Der Sachkostenkorrektur unterliegen die in der Kostenmatrix separat ausgewiesenen Sachkosten für Medikamente (Kostenartengruppe 4a, 4b), Implantate (Kostenartengruppe 5), medizinischen Sachbedarf (Kostenartengruppe 6a, 6b) und bezogene medizinische Leistungen (Kostenartengruppe 6c). Die übrigen in Krankenhäusern anfallenden Sachkosten wie beispielsweise für Energie, Lebensmittel und Instandhaltung werden in der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur (Kostenartengruppen 7, 8) abgebildet, in denen allerdings auch Personalkosten, u.a. für Verwaltungsmitarbeiter, enthalten sind. Die in den Infrastrukturkosten enthaltenen Sachkostenanteile unterliegen nicht der Sachkostenkorrektur. Für die Sachkostenkorrektur wird die Kostenmatrix daher gedanklich in drei Blöcke aufgeteilt, was beispielhaft für die DRG F98B *Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen, [...]* für die Versorgung durch Hauptabteilungen dargestellt wird (vgl. Abb. 4).

	Personalkosten			Sachkosten						Infrastruktur	
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8
Normalstation	506,00	1.018,66	32,17	61,76	9,10		74,98	1,02	7,87	307,79	821,14
Intensivstation	497,96	1.005,35	8,10	69,71	11,53		166,42	3,95	2,70	193,73	536,50
OP-Bereich	204,96		151,41	14,53	2,65	2.824,57	146,21	174,32	33,62	82,70	129,07
Anästhesie	263,68		163,98	25,96	1,28		78,42	12,37		41,62	79,17
Kardiologie	350,65		382,87	17,30	1,11	12.106,98	116,11	1.039,75	80,91	168,95	272,54
Endoskopie	2,04		2,25	0,06			0,53	0,74		1,10	1,30
Radiologie	99,83		87,45	1,92	0,47	10,04	16,51	12,22	12,08	39,22	56,68
Laboratorien	22,56		105,08	5,55	47,89		93,23	2,09	58,57	16,68	42,74
Diagnost. Bereiche	88,42	2,84	71,03	0,97			6,01	0,59	0,39	24,71	37,97
Therapeut. Verfahren	8,24	0,05	58,50	0,06			0,60	0,30	13,82	4,74	15,16
Patientenaufnahme	29,39	2,67	15,57	0,44	0,32		2,00	0,13		12,25	15,15
Summe	2.073,73	2.029,57	1.078,41	198,26	74,35	14.941,59	701,02	1.247,48	209,96	893,49	2.007,42
	5.181,71			17.372,66						2.900,91	

Abbildung 4: Kostenmatrix DRG F98B Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen, [...], Datenjahr 2016

Der gelb hinterlegte Teil der Kostenmatrix stellt die Personalkosten (in Summe 5.181,71 €), der grün hinterlegte Teil die Sachkosten (17.372,66 €) und der blau hinterlegte Teil die Infrastrukturkosten (2.900,91 €) dar. In der Vorgehensweise ohne Sachkostenkorrektur wurden die drei Teilsummen für die Bestimmung der Bewertungsrelation jeweils einheitlich durch die Bezugsgröße dividiert. Im Beispiel der DRG F98B hätte sich für den G-DRG-Entgeltkatalog 2018 bei einer Bezugsgröße von 2.987,62 € eine Bewertungsrelation in Höhe von 8,520 ergeben. Diese Bewertungsrelation setzt sich aus den drei Teilwerten für die

- Personalkosten 1,734 (= 5.181,71 € / 2.987,62 €),
- Sachkosten 5,815 (= 17.372,66 € / 2.987,62 €) und
- Infrastrukturkosten 0,971 (= 2.900,91 € / 2.987,62 €)

zusammen (1,734 + 5,815 + 0,971 = 8,520).

Umsetzung Sachkostenkorrektur

Um das Ziel der Sachkostenkorrektur zu erreichen, müssten die in Abbildung 4 grün hinterlegten Sachkosten nicht durch die Bezugsgröße, sondern durch den gewichteten Mittelwert der landesweiten Basisfallwerte für 2018 dividiert werden. Dieser Mittelwert liegt zum Zeitpunkt der Katalogerstellung allerdings noch nicht vor. Diesem Wert am nächsten liegt das Berechnungsergebnis gem. § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntgG für 2018, das als gewichteter Mittelwert der landesweiten Basisfallwerte für 2017 die Ausgangsbasis zur Bestimmung des Bundesbasisfallwerts für 2018 darstellt. Die Differenz zwischen der Bezugsgröße (2.987,62 €) und dem Berechnungsergebnis gem. § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntgG (3.361,91 €) beträgt 374,29 € (=11,65%). Die in der Sachkostenvereinbarung konsentrierte Umsetzung zu 60% wird dadurch erreicht, dass 60% der Differenz von 374,29 € (= 224,57 € bzw. 6,99%) bei der Sachkostenkorrektur berücksichtigt werden. Entsprechend wird als Divisor für die Sachkosten der Wert 2.987,62 € + 224,57 € = 3.212,19 € (im Folgenden Berech60 genannt) verwendet. Damit bei der Division mit dem Berech60-Wert der nationale Case-Mix nicht absinkt, können bei Ermittlung der Bewertungsrelationen die übrigen Kostenarten ebenfalls nicht mehr durch die Bezugsgröße dividiert werden. Vielmehr ist ein Korrekturwert so zu ermitteln, dass bei Division der Sachkosten durch Berech60 und der Division der Personal- und Infrastrukturkosten durch den Korrekturwert der nationale Case-Mix dem Wert entspricht, der sich bei Anwendung der Bezugsgröße als einheitlicher Divisor ergeben hätte. Als Korrekturwert für den Fallpauschalen-Katalog 2018 ergibt sich dann

2.932,96 €. Die Berechnung der Bewertungsrelationen wird am Beispiel der DRG F98B noch einmal verdeutlicht (vgl. Abb. 5).

	Personalkosten			Sachkosten						Infrastruktur	
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8
Normalstation	506,00	1.018,66	32,17	61,76	9,10		74,98	1,02	7,87	307,79	821,14
Intensivstation	497,96	1.005,35	8,10	69,71	11,53		166,42	3,95	2,70	193,73	536,50
OP-Bereich	204,96		151,41	14,53	2,65	2.824,57	146,21	174,32	33,62	82,70	129,07
Anästhesie	263,68		163,98	25,96	1,28		78,42	12,37		41,62	79,17
Kardiologie	350,65		382,87	17,30	1,11	12.106,98	116,11	1.039,75	80,91	168,95	272,54
Endoskopie	2,04		2,25	0,06			0,53	0,74		1,10	1,30
Radiologie	99,83		87,45	1,92	0,47	10,04	16,51	12,22	12,08	39,22	56,68
Laboratorien	22,56		105,08	5,55	47,89		93,23	2,09	58,57	16,68	42,74
Diagnost. Bereiche	88,42	2,84	71,03	0,97			6,01	0,59	0,39	24,71	37,97
Therapeut. Verfahren	8,24	0,05	58,50	0,06			0,60	0,30	13,82	4,74	15,16
Patientenaufnahme	29,39	2,67	15,57	0,44	0,32		2,00	0,13		12,25	15,15
Summe	2.073,73	2.029,57	1.078,41	198,26	74,35	14.941,59	701,02	1.247,48	209,96	893,49	2.007,42
		5.181,71				17.372,66				2.900,91	
Dividiert durch Korrekturwert 2.932,96 €											
Dividiert durch Berech60 3.212,19 €											
		8,164	=	1,767	+	5,408	+	0,989			

Abbildung 5: Ermittlung der Bewertungsrelation für die DRG F98B für 2018 bei Umsetzung der Sachkostenkorrektur

Die Bewertungsrelation der DRG F98B für den Entgeltkatalog 2018 setzt sich aus den drei Teilwerten für die Personal-, Sach- und Infrastrukturkosten zusammen. Dabei werden im Rahmen der Sachkostenkorrektur die Sachkosten durch den Wert Berech60 und die Personal- und Infrastrukturkosten durch den Korrekturwert dividiert. Die Bewertungsrelation bei Umsetzung der Sachkostenkorrektur setzt sich beispielsweise für die DRG F98B aus den drei Teilwerten für die

- Personalkosten 1,767 (= 5.181,71 € / 2.932,96 €),
- Sachkosten 5,408 (= 17.372,68 € / 3.212,19 €) und
- Infrastrukturkosten 0,989 (= 2.900,91 € / 2.932,96 €)

zusammen (1,767 + 5,408 + 0,989 = 8,164).

Bei der Umsetzung der Sachkostenkorrektur ergibt sich demnach eine reine Umverteilung von der anteiligen Bewertung der Sachkosten hin zur anteiligen Bewertung der Personal- und Infrastrukturkosten. Der anteiligen Absenkung der Sachkostenbewertung steht eine korrespondierende anteilige Aufwertung der Personal- und Infrastrukturkosten in Höhe von insgesamt +1,86% gegenüber. Die Bewertungsrelationen von DRG-Fallpauschalen mit hohem Sachkostenanteil werden durch die Sachkostenkorrektur abgesenkt. Durch den Umverteilungseffekt sinkt die Bewertungsrelation allerdings niemals um den maximal möglichen Wert, da sich in jeder DRG stets Aufwertungen der Personal- und Infrastrukturkosten ergeben. Der maximale Rückgang der Inlier-Bewertungsrelation einer DRG im Vergleich zu einem Entgeltkatalog ohne Sachkostenkorrektur beträgt -5,42%. Bei geringerem Sachkostenanteil übersteigt die Aufwertung der Personal- und Infrastrukturkosten sogar die Absenkung der Sachkosten. Der maximale Anstieg der Inlier-Bewertungsrelation einer DRG im Vergleich zu einem Entgeltkatalog ohne Sachkostenkorrektur beträgt +1,53%. Den 251 DRGs mit einem Rückgang der Inlier-Bewertungsrelation stehen 968 DRGs mit einem Anstieg der Inlier-Bewertungsrelation gegenüber (ohne Betrachtung der DRGs mit gezielter Absenkung

der Bewertungsrelation und der DRGs ohne Veränderung in der Bewertungsrelation). Der Case-Mix für Deutschland wird durch die Sachkostenkorrektur – von unvermeidbaren Rundungsdifferenzen abgesehen – nicht verändert. Krankenhausbezogen ergeben sich in Abhängigkeit von der Leistungsstruktur unterschiedliche Auswirkungen auf den krankenhausindividuellen Case-Mix.

3.2.3.2 Gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen

Zur Umsetzung der Regelungen in § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen haben die Vertragsparteien auf Bundesebene am 29. August 2016 eine entsprechende Vereinbarung geschlossen. In den Anlagen der Vereinbarung sind die DRGs mit gezielter Absenkung der Bewertungsrelation aufgelistet. Die Höhe der Absenkung ergibt sich aus der Sachkostenkorrektur – für 2018 ist 60% der Differenz zwischen der Bezugsgröße und dem Berechnungsergebnis gem. § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntG für 2018 als Grundlage zu verwenden.

Umsetzung

In der technischen Umsetzung wird zur Ermittlung der Bewertungsrelationen der Wert Berech60 aus der Sachkostenkorrektur (vgl. Kap. 3.2.3.1) als einheitlicher Divisor für die Gesamtkosten der in der Anlage der Vereinbarung genannten DRGs verwendet. Die Sachkostenkorrektur wird für diese DRGs gem. § 2 Abs. 2 der Vereinbarung nicht zusätzlich angewendet, um „eine doppelte Absenkung von Sachkosten“ zu vermeiden. Die DRGs mit gezielter Absenkung der Bewertungsrelationen sind in Tabelle 7 aufgeführt. Grün hinterlegt sind dabei die zwei DRGs, bei denen die gezielte Absenkung der Bewertungsrelationen abrechnungstechnisch in Abhängigkeit von der Median-Fallzahl durchgeführt wird.

DRG	Bezeichnung
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule außer bei best. Diszitis, Spinalkanalstenose, bestimmten Bandscheibenschäden, ohne Verschluss eines Bandscheibendefekts mit Implantat
I10E	Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule
I10F	Andere wenig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff, mehr als ein Belegungstag
I10G	Andere wenig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne bestimmten kleinen Eingriff oder ein Belegungstag
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrothese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff, ohne komplexe Diagnose an Becken/Oberschenkel oder ohne bestimmten endoprothetischen 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
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag

Tabelle 7: DRGs mit gezielter Absenkung der Bewertungsrelationen; grün hinterlegt: DRGs mit gezielter Absenkung in Abhängigkeit von der Median-Fallzahl

Die Median-Fallzahl ist die Fallzahl, bei der jeweils genau 50% der Krankenhäuser eine Leistungserbringung oberhalb und 50% der Krankenhäuser eine Leistungserbringung unterhalb dieser Fallzahl aufweisen. Die Median-Fallzahl für die DRG I68D beträgt dabei 176 Fälle und für die DRG I68E 37 Fälle. Dabei wurde von den Vertragsparteien auf Bundesebene konsentiert, eine krankenhausbezogene (IK-Nummer bezogene) Berechnung vorzunehmen. Das bedeutet, bei der Betrachtung der Fallzahlen werden die Fälle

sowohl bei Versorgung durch Hauptabteilungen als auch bei Versorgung durch Belegabteilungen insgesamt (gemeinsam) gezählt. Für die DRGs I68D und I68E sind damit zwei verschiedene Berechnungen vorzunehmen:

1. Bewertungsrelationen, die sich nach Umsetzung der Sachkostenvereinbarung ergeben (Leistungserbringung bis einschließlich zur Median-Fallzahl)
2. Bewertungsrelationen, die sich nach Umsetzung der Vereinbarung zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen ergeben (Leistungserbringung oberhalb der Median-Fallzahl)

Die unterschiedlichen Bewertungsrelationen werden im Fallpauschalen-Katalog mit Hilfe von zwei Anlagen dargestellt. Die Anlagen enthalten die Bewertungsrelationen bei Leistungserbringung oberhalb der jeweiligen Median-Fallzahl (Anlage 1d bei Versorgung durch Hauptabteilungen und Anlage 1e bei Versorgung durch Belegabteilungen).

Im Fallpauschalen-Katalog bei Versorgung durch Hauptabteilungen (Teil 1a) bzw. bei Versorgung durch Belegabteilungen (Teil 1b) sind die Bewertungsrelationen (inkl. Sachkostenkorrektur) mit gezielter Absenkung für die Leistungserbringung bis einschließlich der jeweiligen Median-Fallzahl eingetragen. Die gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen wurde in diesem Jahr gemeinsam mit der Sachkostenkorrektur als integrierter Gesamtprozess durchgeführt, sodass die Auswirkungen der gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen bei der Berechnung des Korrekturwerts bereits berücksichtigt wurden. Es ergeben sich durch die gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen – wie in der Vereinbarung vorgesehen – keine Auswirkungen auf das nationale Case-Mix-Volumen.

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 Anforderungen genügen und inhaltlich ein stimmiges Bild des Behandlungsfalls vermitteln.

Die Prüfungen gehen einerseits 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 zentralen Bestandteil der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen zur Beurteilung der Integrität der Gesamtdaten eines Krankenhauses dar. Dazu gehören 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 sind. 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. Neben den Kosten für den Pflegedienst auf den bettenführenden Stationen im Bereich der Fachbereiche mit Normalpflege wurden die Zurechnungen von Personalkosten im ärztlichen bzw. pflegerischen und medizinisch-technischen Dienst für die intensivmedizinische Betreuung (Kostenstellengruppe 2) sowie im OP-Bereich (Kostenstellengruppe 4) und in der Anästhesie (Kostenstellengruppe 5) einer besonders intensiven Analyse unterzogen. Auf Basis fallbezogener Leistungsdaten wurden krankenhausespezifische Kostensätze ermittelt und einer Plausibilitäts- und Konformitätsprüfung in einem übergeordneten Gesamtkontext unterzogen. Bei auffälligen Abweichungen wurde das Krankenhaus kontaktiert, um die Auffälligkeiten zu erläutern. Dabei war insbesondere zu klären, ob eine besondere krankenhausespezifische Situation die Auffälligkeit – inhaltlich korrekt – determinierte oder ob ein systematischer Kalkulationsfehler vorlag.

Insbesondere im Hinblick auf Extremkostenfälle wurden den Kalkulationsteilnehmern zur Plausibilisierung über den bisherigen Umfang hinaus zahlreiche detaillierte Rückfragen zur Kostenzuordnung übersandt. Nachgefragt wurden dabei – abstrahierend vom Einzelfall – auffällige Zuordnungen von Personal- und Sachkosten in allen Bereichen der Kostenkalkulation mit Schwerpunkten auf den Kostenstellengruppen 1 (Normalstation), 2 (Intensivstation), 4 (OP-Bereich), 5 (Anästhesie) und 6 (Kreißaal).

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 und ungewichteten Intensivstunden sowie die Angaben zu den einzelnen Intensivstationen in den Informationen zur Kalkulationsgrundlage wurden zu Plausibilitätsprüfungen herangezogen. Dabei wurden die Kostensätze des Ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes sowie die verwendeten Gewichtungsfaktoren selbst in den Fokus der Prüfungen gerückt. Bei der Kostenzuordnung auf den Intensivstationen wurde auch analysiert, ob die Gesamtsumme der zugeordneten Personalkosten auf Ebene des einzelnen Behandlungsfalls insbesondere bei besonders aufwendigen Patienten noch plausibel war. 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.

Mit dem Datenjahr 2016 wurde die Kostenmatrix erweitert. Die bisherige Kostenstellengruppe 11 (übrige diagnostische und therapeutische Bereiche) wurde in drei Kostenstellengruppen getrennt mit dem Ziel, die inhomogene Zusammensetzung der Kostenstellengruppe zu reduzieren und die Transparenz zu erhöhen. Dabei werden

- die Funktionsstellen, die diagnostische Leistungen am Patienten erbringen und nicht bereits einem anderen definierten Leistungsbereich zugewiesen werden, in der Kostenstellengruppe 11 (Diagnostische Bereiche),
- die Funktionsstellen, die für die Durchführung spezieller Therapieverfahren eingerichtet und nicht bereits einem anderen definierten Leistungsbereich zugewiesen werden, in der Kostenstellengruppe 12 (Therapeutische Verfahren) und
- die Funktionsstellen zur Klärung der stationären Behandlungsbedürftigkeit bzw. der Vorbereitung der stationären Aufnahme der Patienten in der Kostenstellengruppe 13 (Patientenaufnahme)

zusammengefasst. Mit dieser Differenzierung können die unterschiedlichen Leistungserbringungen in den Krankenhäusern besser abgebildet sowie die dazugehörigen Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sachgerechter ausgestaltet werden. Darüber hinaus wurde die bisherige Kostenartengruppe 6b (Einzelkosten medizinischer Sachbedarf) in zwei Kostenartengruppen aufgeteilt: Einzelkosten des medizinischen Sachbedarfs werden weiterhin in der Kostenartengruppe 6b dargestellt. Die als Sachkosten zu buchenden, bezogenen medizinischen Leistungen werden ab dem Datenjahr 2016 in einer eigenständigen Kostenartengruppe 6c (bezogene medizinische Leistungen) dargestellt. Durch diese Trennung können unterschiedliche Leistungserbringungen in den einzelnen Krankenhäusern besser identifiziert und plausibilisiert werden. Dadurch können ab dem Datenjahr 2016 die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sachgerechter ausgestaltet werden und die Anzahl unnötiger Nachfragen bei den Kalkulationsteilnehmern reduziert werden. Gleichzeitig erhöht sich die Transparenz in der Differenzierung zwischen teurem medizinischem Sachbedarf einerseits und bezogenen medizinischen Leistungen andererseits. Die vollständige, aktualisierte Kostenmatrix zeigt Abbildung 6. Die geänderten Kostenarten- bzw. Kostenstellengruppen sind hervorgehoben.

	Personalkosten			Sachkosten						Infrastruktur	
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8
1 Normalstation											
2 Intensivstation											
3 Dialyse											
4 OP-Bereich											
5 Anästhesie											
6 Kardiologie											
7 Kreißsaal											
8 Endoskopie											
9 Radiologie											
10 Laboratorien											
11 Diagnostische Bereiche											
12 Therapeutische Verfahren											
13 Patientenaufnahme											

Abbildung 6: Kostenmatrix ab dem Datenjahr 2016, geänderte Kostenarten- bzw. Kostenstellengruppen markiert

Der Report-Browser wird ab dem Datenjahr 2016 ebenfalls in der neuen oben vorgestellten Struktur veröffentlicht; dies ist bei Vergleichen der Werte im Report-Browser mit Vergangenheitswerten entsprechend zu berücksichtigen.

Gemäß der neuen Matrixstruktur wurden die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen der bisherigen Kostenstellengruppe 11 (übrige diagnostische und therapeutische Bereiche) an die neue Kostenstellengruppenstruktur angepasst. Dabei konnten einige Prüfungen direkt übertragen werden, bei anderen Prüfungen konnte nicht auf Erfahrungswerte der Vergangenheit zurückgegriffen werden, da sich die Prüfungsinhalte bestehender Prüfungen nunmehr auf mehr als eine Kostenstellengruppe bezogen und Kosteninformationen in der neuen Differenzierung erstmals für das Datenjahr 2016 von den Kalkulationsteilnehmern geliefert wurden.

Die Plausibilisierung der Kalkulationsergebnisse in der Kostenstellengruppe 12 (Therapeutische Verfahren) 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. Für die Kostenstellengruppe 13 (Patientenaufnahme) wurden zunächst nur grundsätzliche Prüfungen aufgesetzt, auch mit dem Fokus auf die Generierung des erforderlichen Wissens für die sachgerechte Weiterentwicklung dieser Prüfungen für die Datenerhebung im Datenjahr 2017. Von besonderer Bedeutung war dabei die Verlagerung der Kostenstellen der bettenführenden Aufnahmestationen von der Kostenstellengruppe 1 (Normalstationen) – bis zum Datenjahr 2015 – zur Kostenstellengruppe 13 (Patientenaufnahme) – ab dem Datenjahr 2016, sodass sich entsprechend auch Konsequenzen für die inhaltliche Ausgestaltung der Prüfungen für die Normalstationen ergaben.

Zur Weiterentwicklung der Zusatzentgelte für die Behandlung mit Blutgerinnungsfaktoren wurden die in diesem Bereich gelieferten Kosten- und Leistungsdaten einer vertieften Überprüfung unterzogen. Im Fokus stand hier u.a. der korrekte Kostenausweis innerhalb der Kostenmatrix. Die Kostenzuordnung folgt dabei der definitorischen Logik

der Zusatzentgelte ZE20xx-97 und ZE20xx-98, unabhängig davon, ob die Gabe von Blutgerinnungsfaktoren im Datenjahr 2016 tatsächlich vom Kalkulationskrankenhaus entsprechend abgerechnet werden konnte. Kosten für Blutgerinnungsfaktoren, die definitionsgemäß 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 nach Angaben des Kalkulationskrankenhauses im betrachteten Datenjahr mit dem Zusatzentgelt ZE20XX-98 vergütet wurden, sind im Rahmen der Bereinigung aus den fallindividuellen Kostenmatrizen herausgelöst worden.

Ein weiterer Schwerpunkt lag erneut auf der Steigerung der Datenqualität im Bereich der Einzelkostenzuordnung. Zusätzlich zu den fallbezogenen Prüfungen wurden krankenhäusübergreifende 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. Sie 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 erneut zahlreiche Nachfragen an die Kalkulationskrankenhäuser gestellt wurden. Die 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. Dies beinhaltet auch die Verschlüsselung von Codes, die für die Definition und Kalkulation von Zusatzentgelten verwendet werden, wie z.B. die Diagnosen für die dauerhaft erworbene oder temporäre Blutgerinnungsstörung (U69.11! und U69.12!). Die korrekte Anwendung von Codes z.B. hinsichtlich der Tatsache, dass bestimmte Codes nur einmal pro stationärem Aufenthalt anzugeben sind, wurde durch medizinische Plausibilitätsprüfungen kontrolliert. Prinzipiell wurden auch alle bestehenden Prüfungen auf ihre Relevanz im Gruppierungsalgorithmus überprüft und – falls erforderlich – gestrichen bzw. angepasst. Dabei wurden auch Rückmeldungen der Krankenhäuser zu einzelnen Prüfungen berücksichtigt.

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 erneut entschärft oder ggf. gestrichen, 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 oder eine bösartige Neubildung. 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 Entgeltkatalogs 2018 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 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 38.880 Datensätzen wurden somit 58 DRGs eigenständig kalkuliert. Eine Aufstellung dieser DRGs befindet sich im Anhang (siehe Tab. A-2). Die Datenbasis ist damit zum Vorjahr leicht angestiegen. Wird die Gesamtheit der gelieferten §-21-Daten betrachtet, repräsentieren diese DRGs rund 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 32,8% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tab. 8).

Differenz Bewertungsrelation	DRGs kalkuliert	DRGs abgeleitet
Bis 10%	0	104
Über 10% bis 20%	5	561
Über 20% bis 30%	20	98
Über 30% bis 40%	20	0
Über 40% bis 50%	13	0
Mittelwert (ungew.)	32,8%	14,7%

Tabelle 8: Differenz der Bewertungsrelation Belegabteilung zur 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 437 DRGs zusätzlich zum Abzug der Arztkosten ein Zu- bzw. Abschlag der verweildauerabhängigen Module vorgenommen (151 DRGs mit Zuschlag, 286 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 14,7% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tab. 9). Bei 39,9% der DRGs wurden lediglich die Arztkosten abgezogen, ohne dass weitere Anpassungen vorgenommen wurden (siehe Tab. 10). Die untere und obere Grenzverweildauer wurden nach den üblichen Vorschriften abgeleitet. Entsprechend wurde für den Entgeltkatalog bei belegärztlicher Versorgung die obere Grenzverweildauer im Vergleich zur Hauptabteilung 168 Mal abgesenkt und 61 Mal angehoben. Die untere Grenzverweildauer wurde im Vergleich zur Hauptabteilung 30 Mal abgesenkt und 9 Mal angehoben.

Verfahren	Anzahl DRGs
Zu- und Abschläge durch VWD-Anpassung	437
Nur Abzug Arztkosten	329
Eigenständig kalkulierte DRGs	58
Gesamt	824

Tabelle 9: Überblick Kalkulationsmethodik der DRGs bei belegärztlicher Versorgung

Für 423 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 10 erhöht (Vorjahr: 814 DRGs).

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

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

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

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 2016 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 Entgeltkatalogs (Anlage 3b) ausgewiesen.

Niereninsuffizienz, teilstationär

Drei DRG-Fallpauschalen für teilstationäre Dialysen bei Kindern und Erwachsenen wurden unverändert in den Fallpauschalen-Katalog übernommen. Die Fallpauschale für die teilstationäre Dialyse bei Kindern (L90A) konnte wegen Verletzung der Kalkulationsbedingungen nicht bewertet werden. Die mittleren Kosten für die teilstationären

DRGs L90B *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse* und L90C *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse* werden in Tabelle 10 für insgesamt 1.877 Kalkulationsdatensätze der L90B und 158.425 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	41,90	36,09
Pflegedienst	2	31,28	62,59
Med.-technischer Dienst	3	38,52	19,34
Arzneimittel	4a	18,39	11,19
Arzneimittel Einzelkosten	4b	0,19	3,26
Implantate/Transplantate	5	0,00	0,00
Übriger med. Bedarf	6a	42,96	32,82
Übriger med. Bedarf Einzelkosten	6b	51,73	11,34
Sachkosten für von Dritten bez. med. Behandlungsleistungen	6c	0,73	11,96
Med. Infrastruktur	7	12,24	22,78
Nicht med. Infrastruktur	8	54,61	49,16
Gesamt		292,54	260,52

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 2016*

Kode	Hauptdiagnose	Fälle
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	49
Z49.1	Extrakorporale Dialyse	48

Tabelle 11: *Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90B Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2016*

Kode	Hauptdiagnose	Fälle
Z49.1	Extrakorporale Dialyse	10.198
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	1.985

Tabelle 12: *Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2016*

Kode	Prozeduren	Anzahl
8-857.0	Peritonealdialyse: Intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	1.281
8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	39

Tabelle 13: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90B Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2016

Kode	Prozeduren	Anzahl
8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	100.783
8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	43.972
8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	6.680

Tabelle 14: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2016

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, sofern Kostenunterschiede bestehen, 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:

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

Mit dem PCCL wird jedem Fall in Abhängigkeit von der Kostenrelevanz seiner Begleiterkrankungen auf hochdifferenzierte Weise ein DRG- und fallspezifischer Wert zu-

geordnet, durch den die Begleiterkrankungen des Falles implizit in die Zuordnung zu einer Fallpauschale eingehen können, ohne die Aufwandserhöhung durch die Begleiterkrankungen für jeden Fall und jede DRG für jede mögliche Diagnose und Diagnosekombination einerseits explizit messen und andererseits für jede DRG mit individuellen Splitkriterien mit langen Diagnosetabellen und entsprechender Intransparenz definieren 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, beispielsweise auch, ob die Bewertung einer konkreten Diagnose als schweregradsteigernd in der CCL-Matrix anhand der aktuellen Kostendaten noch für jede Basis-DRG in der momentanen Höhe gerechtfertigt ist. Dies bedeutet im Einzelnen:

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

Nach beständigen Anpassungen der CCL-Werte und der Exklusionslisten in den ersten Jahren des G-DRG-Systems wurde im Jahr 2013 mit der ersten grundsätzlichen Überarbeitung aller Schritte der PCCL-Berechnung begonnen. Sie erfolgt in mehreren Stufen: Als erste Stufe wurde die PCCL-Formel für den Fallpauschalen-Katalog 2014 angepasst, die aus dem australischen AR-DRG-System unverändert übernommen worden war. Auslöser hierfür war die Veränderung der Kodierung von Nebendiagnosen. Die zweite Stufe mit Einführung der PCCL-Werte 5 und 6 („schwerste CC“) wurde für den Fallpauschalen-Katalog 2016 umgesetzt, um Fälle mit schweren CC differenzierter abbilden zu können. Wie für den Fallpauschalen-Katalog 2017 wurden auch bei der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems verstärkt die CCL-Werte einzelner Diagnosen und Diagnosegruppen als Themenschwerpunkt der Weiterentwicklung des Schweregrad-Systems analysiert.

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. Standen zu Beginn der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems vor allem die Überprüfung der inhaltlichen Nähe zum typischen DRG-Inhalt, eine streitbefangene und/oder wenig belastbare Kodierung, Hinweise auf Besonderheiten bei der Verschlüsselung sowie die „Schieflage“ der Kalkulationsstichprobe bei den Analysen zur CCL-Matrix im Vordergrund, lag der Fokus auch in diesem Jahr vor allem auf Diagnosen mit signifikantem Fallzahlwachstum in den letzten Jahren sowie Diagnosen mit großer Häufigkeit oder Bedeutung für das Gesamtsystem. Zudem wurden die Auswirkungen von Änderungen in der ICD-10-GM (z.B. Kodedifferenzierungen) analysiert.

Im Folgenden werden die wesentlichen Anpassungen hinsichtlich des Schweregrad-Systems vorgestellt.

Änderung am G-DRG-Grouper

Aufgrund der beständigen Anpassungen der CCL-Werte in den letzten Jahren ergab sich für zunehmend mehr Diagnosen die Konstellation, dass diese in einigen Basis-DRGs den CCL-Wert gleich 0, in den übrigen Basis-DRGs einen CCL-Wert größer als 0 aufweisen. Bis zur Version 2017 des G-DRG-Grouper konnten Hauptdiagnosen, die selbst den CCL-Wert 0 haben, Nebendiagnosen mit einem CCL-Wert größer als 0 ausschließen (siehe rekursives Ausschlussverfahren). Analysen führten zu einer (technischen) Änderung am G-DRG-Grouper im Hinblick auf die Berechnung des PCCL: Ab Version 2018 des G-DRG-Grouper schließen Hauptdiagnosen, die den CCL-Wert 0 haben, Nebendiagnosen mit einem CCL-Wert größer als 0 nicht mehr aus. Dies führt in der Konsequenz systemweit zu einem Anstieg des PCCL-Niveaus. Im Ergebnis waren im Datenjahr 2016 hiervon mehrere Tausend Fälle betroffen.

Kodes mit starkem Fallzahlwachstum sowie großer Häufigkeit im oder Bedeutung für das Gesamtsystem

Die Anzahl der Nebendiagnosen wächst offenbar schneller als die Fallzahl (siehe Abb. 7). Bei gleichbleibenden CCL-Werten würde dies zu einem Anstieg des nach oben begrenzten PCCL-Niveaus führen.

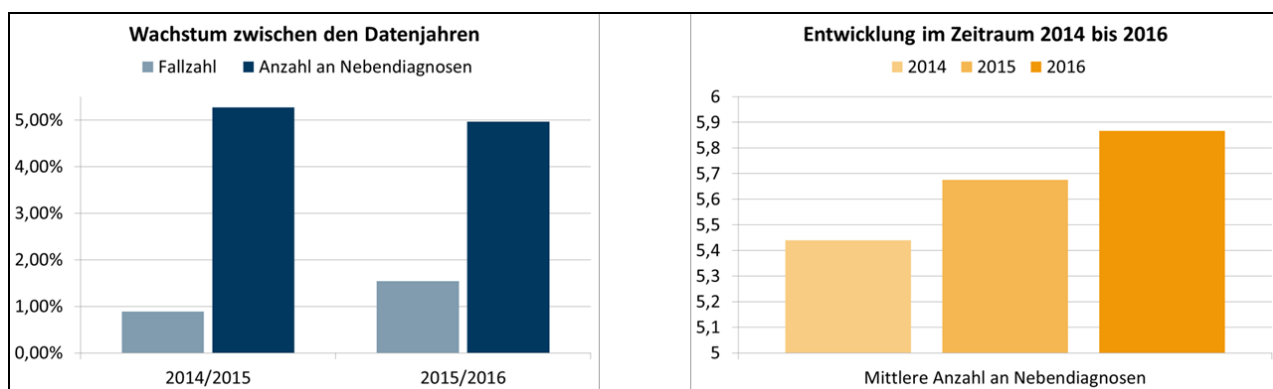


Abbildung 7: Vergleich des Wachstums von Fallzahl und Anzahl an Nebendiagnosen zwischen den Datenjahren 2014 und 2015 bzw. 2015 und 2016 (links) sowie Entwicklung der mittleren Anzahl an Nebendiagnosen je Fall für die Datenjahre 2014 bis 2016 (rechts)

Wie im Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2017 ausführlich beschrieben, standen auch in diesem Jahr bei den Analysen zur CCL-Matrix vor allem Diagnosen mit signifikantem Fallzahlwachstum sowie großer Häufigkeit im oder Bedeutung für das Gesamtsystem im Fokus. Für diese Diagnosen ist zu prüfen, ob sie im Schweregrad-System einen Mehraufwand noch begründen. Im Rahmen der Untersuchungen solcher Diagnosekodes bzw. Diagnosegruppen erfolgte eine Abwertung der CCL-Werte in Basis-DRGs, in denen sie einen Ressourcenmehraufwand nicht mehr begründen, in der Regel jeweils um 1.

Auswirkungen von Änderungen in der ICD-10-GM (z.B. Kodedifferenzierungen)

Jedes Jahr wird das medizinische Klassifikationssystem ICD-10-GM durch das DIMDI überarbeitet. Die Änderungen (z.B. Präzisierungen, Kodedifferenzierungen, Umgestaltung ganzer Codebereiche) beeinflussen die Kodierung der Fälle. Bislang erhalten die differenzierten Codes die CCL-Werte des undifferenzierten Vorgängerkodes – unabhängig vom Schweregrad der ausdifferenzierten Codes. Kodedifferenzierungen führen

nicht zwangsläufig, aber häufig zu einem Anstieg in der Kodierung. Eine Veränderung in der Kodierung bei gleichen CCL-Werten hat eine starke Auswirkung im PCCL-System. Deshalb ist eine detaillierte Prüfung ausdifferenzierter Codes notwendig.

Im letztjährigen Abschlussbericht wurde das Beispiel der Kodedifferenzierung der Diagnose N17.9- *Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet* ausführlich besprochen. Die Kodedifferenzierung führte zu einem deutlichen Fallzahlenanstieg (+45,5%). Im Zuge der letztjährigen Weiterentwicklung des Schweregrad-Systems ergaben sich für die Diagnosecodes der Stadien 2 und 3 – erwartungsgemäß – durchschnittlich leicht höhere CCL-Werte, während eine Absenkung des unspezifischen Codes sowie des Diagnosecodes für Stadium 1 aufgrund geringerer Mehrkosten sachgerecht war. Die sachgerechte Abbildung von Fällen mit nicht näher bezeichnetem akutem Nierenversagen wurde in diesem Jahr erneut untersucht. Für das G-DRG-System 2018 wurden die Diagnosen in der CCL-Matrix in mehreren Basis-DRGs um 1 bzw. 2 abgewertet, in denen sie einen Mehraufwand nicht begründen.

Im Rahmen der diesjährigen klassifikatorischen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurde u.a. die Auswirkung der Kodedifferenzierung der Diagnose A04.7 *Enterokolitis durch Clostridium difficile* in der ICD-10-GM Version 2016 auf das CCL-System analysiert (siehe Abb. 8).

Differenzierung in ICD-10-GM Version 2016:						
A04.7 Enterokolitis durch Clostridium difficile						
Datenjahr 2015		Datenjahr 2016				
ØCCL ¹⁾	Fallzahl		Fallzahl (Anteil)	ØCCL ¹⁾	ØCCL ²⁾	
2,36	<u>82.268</u>	A04.7	A04.70 oh. Megakolon, oh. sonst. Organkompl.	47.969 (67,3%)	2,33	2,35 ↘
			A04.71 oh. Megakolon, m. sonst. Organkompl.	2.906 (4,1%)	2,18	2,23 ↑
			A04.72 m. Megakolon, oh. sonst. Organkompl.	487 (0,7%)	2,20	2,22 ↑
			A04.73 m. Megakolon, m. sonst. Organkompl.	395 (0,6%)	1,88	1,90 ↑
			A04.79 nicht näher bezeichnet	19.529 (27,4%)	2,30	2,27 ↓
			Gesamt	<u>71.286</u>		<u>2,31</u>

Datengrundlage: Valide vollstationäre Fälle der §-21-Datensätze 2015 und 2016, gruppiert ¹⁾ nach G-DRG-System 2017 bzw. ²⁾ nach G-DRG-System 2018

Abbildung 8: Auswirkung der Kodedifferenzierung der Diagnose A04.7 Enterokolitis durch Clostridium difficile in der ICD-10-GM 2016 auf das Schweregrad-System

Die Kodedifferenzierung der Diagnose A04.7 führte im Vergleich der Datenjahre 2015 (82.268 Fälle) und 2016 (in Summe 71.286 Fälle) zu keiner Fallzahlsteigerung. Eine Abwertung des unspezifischen Codes A04.79 (Fallanteil bei 27,4%) und eine Aufwertung der spezifischeren Diagnosen erwiesen sich in bestimmten Basis-DRGs als sachgerecht.

Eine Überprüfung und notwendige Anpassungen in der CCL-Matrix aufgrund von Kodedifferenzierungen sind erst mit einem Zeitversatz von zwei Jahren möglich. Auch die Analysen in diesem Jahr zeigen im Ergebnis, dass das bisherige Vorgehen bei Kodedifferenzierungen kritisch zu hinterfragen ist.

Weitere Anpassungen der CCL-Matrix, Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren

Zur Überarbeitung der CCL-Matrix sind auch in diesem Jahr zahlreiche Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr

2018 und aus dem Anfrageverfahren eingegangen. Darüber hinaus wurden im Rahmen interner Analysen viele weitere Diagnosen hinsichtlich ihrer Abbildung in der CCL-Matrix untersucht. Multiple Abwertungen, Streichungen, Aufwertungen und Aufnahmen wurden simuliert. Diese umfangreichen Analysen führten zur Anpassung der Werte bestimmter Diagnosen innerhalb mehrerer Basis-DRGs. Im Ergebnis wurden 806 Diagnosen verändert. Dabei ist zu betonen, dass 74% der Diagnosen in weniger als zehn Basis-DRGs bzw. 68% der Diagnosen in weniger als drei Basis-DRGs in ihrer Bewertung verändert wurden (siehe Abb. 9).

<u>CCL-Matrix</u>	
▪ Abwertung in < 3 Basis-DRGs:	550
▪ Abwertung in 3–9 Basis-DRGs:	50
▪ Abwertung in 10–29 Basis-DRGs:	12
▪ Abwertung in mindestens 30 Basis-DRGs:	168
▪ Aufwertung:	9
▪ Auf- und Abwertung je nach Basis-DRG:	3
▪ Neuaufnahme:	7
▪ Global aus der CCL-Matrix gestrichen:	7

Abbildung 9: Veränderungen an der CCL-Matrix 2018

Wie im letztjährigen Abschlussbericht beschrieben, wurden für das G-DRG-System 2017 drei Diagnosekodes für Funktionseinschränkung höherer Schweregrade neu in die CCL-Matrix aufgenommen: U50.4- *Schwere motorische Funktionseinschränkung*, U50.5- *Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung* und U51.2- *Schwere kognitive Funktionseinschränkung*. Im Zuge der Überprüfung dieser Diagnosen auf ihre sachgerechte Abbildung fiel auf, dass in einigen Basis-DRGs die Fälle mit den genannten Diagnosen im Datenjahr 2016 erneut höhere Kosten aufwiesen als die übrigen Fälle der jeweiligen DRG. Im Ergebnis konnte daher für das G-DRG-System 2018 eine weitere Aufwertung der Diagnosekodes sowohl für *Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 0–15 Punkte* (U50.50) und *Motorischer FIM: 13–30 Punkte* (U50.51) als auch für *Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Kognitiver FIM: 5–10 Punkte* (U51.21) und *MMSE: 0–16 Punkte* (U51.22) erzielt werden.

In die CCL-Matrix wurden für das G-DRG-System 2018 folgende Diagnosekodes neu aufgenommen:

- Diagnosekodes für die Stadien 3 und 4 der akuten und Stadium 3 der chronischen Haut-Graft-versus-Host-Krankheit (L99.13, L99.14, L99.23)
- Diagnosecode für *Ösophagusdivertikel (angeboren)* (Q39.6)
- Diagnosecode für *Hereditäres Lymphödem* (Q82.0)
- Diagnosecode für *abdominales Kompartmentsyndrom* (R19.80)

Nach Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren konnte des Weiteren der Diagnosecode für *Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie, kritische Phase 10 Tage bis unter 20 Tage* (D70.11) DRG-spezifisch in der Basis-DRG R63 *Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie* mit einem Wert von 1 in die CCL-Matrix aufgenommen werden. Ebenso wurde auch der Diagnosecode für *Sonstige angeborene Fehlbildungen der Aorta* (Q25.4) mit einem Wert von 1 in die CCL-Matrix der Basis-DRG H63 *Erkrankungen der Leber [...]* aufgenommen.

Im Vorschlagsverfahren wurde u.a. ebenfalls darauf hingewiesen, dass die Anzahl der kodierten Nebendiagnosen bei Amputationen bei diabetischem Fußsyndrom im Laufe der letzten Jahre zugenommen habe. Bei Wundkomplikationen würden, nach Angaben des Vorschlagenden, zusätzlich zu den Diagnosen für das diabetische Fußsyndrom oder für die Atherosklerose der Extremitäten mit Gangrän gehäuft auch die Diagnosen *Phlegmone an der unteren Extremität* (ICD-Kode L03.11) und *Osteomyelitis* (ICD-Kode M86.17 oder M86.67) kodiert. Dadurch käme es zu höheren PCCL-Werten der einzelnen Fälle und zu einer Höhergruppierung, die nicht den Aufwand rechtfertigt. Analysen bestätigten, dass die Fälle sowohl mit den ICD-Kodes L03.11 *Phlegmone an der unteren Extremität* und L03.9 *Phlegmone, nicht näher bezeichnet* als auch mit dem ICD-Kode M86.17 *Sonstige akute Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]* in mehr als 30 Basis-DRGs einen potentiellen Mehraufwand nicht durch entsprechende Kosten begründeten. Im Ergebnis erfolgte eine Abwertung der genannten Diagnosen. Im gleichen Zuge wurde der ICD-Kode M86.19 *Sonstige akute Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation* aus der CCL-Matrix gestrichen, da diese Fälle in keiner DRG regelhaft höhere Kosten aufwiesen als die anderen Fälle der jeweiligen DRG.

Im Rahmen des jährlichen Auftrags zur Überprüfung und Bearbeitung der CCL-Matrix wurden in diesem Jahr somit erneut zahlreiche Analysen der CCL-Werte der Diagnosen durchgeführt mit dem Ziel, die Abbildung der Multimorbidität im G-DRG-System weiter zu adjustieren. 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 Schweregrad-System. Die Anzahl der diagnosespezifischen Änderungen der CCL-Systematik im Vergleich zu den Vorjahren verdeutlicht Abbildung 10.

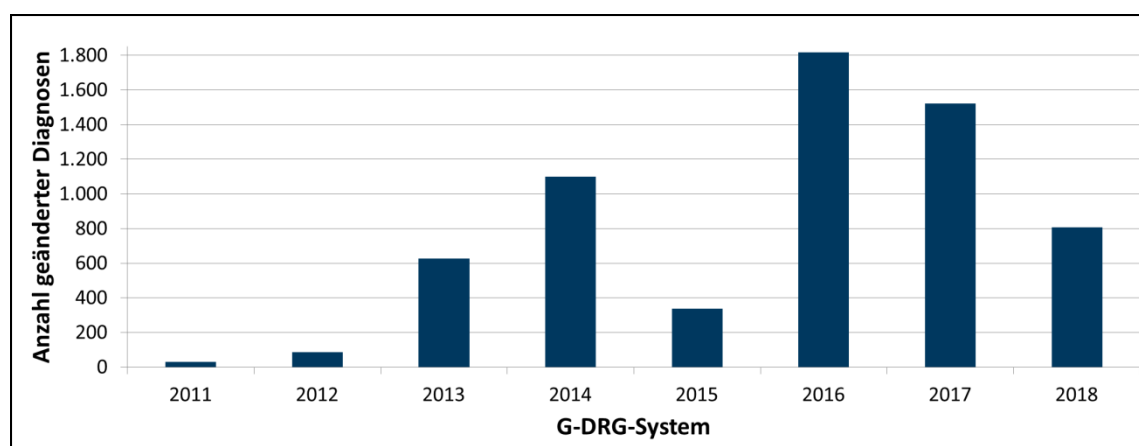


Abbildung 10: Diagnosespezifische Änderungen der CCL-Systematik im Verlauf der letzten Jahre

Eine vollständige Liste aller im Rahmen der Bearbeitung der CCL-Matrix verändert abgebildeten Diagnosen für das G-DRG-System 2018 findet sich in Tabelle A-3 im Anhang und auf der Internetseite des InEK (www.g-drg.de).

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

Kalkulationsbasis	Anzahl DRGs	Anteil DRGs (in %)
Nicht verlegte Fälle	207	16,0
Nicht verlegte und zusätzlich aufnahmeverlegte Fälle	198	15,3
Nicht verlegte und zusätzlich entlassverlegte Fälle	181	14,0
Alle Fälle (nicht verlegte und zusätzlich aufnahme- oder entlassverlegte Fälle)	661	51,2
DRGs ohne Bewertung (Anlage 3a und 3b)	45	3,5
Gesamt	1.292	100,0

Tabelle 15: Überblick über die Berücksichtigung der Verlegungsarten im G-DRG-System 2018

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 langer mittlerer Verweildauer besonders häufig unter den Überliegern zu finden sind.

Beispielsweise wäre die DRG A18Z *Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion* mit einer mittleren Verweildauer von 104,1 Tagen (Fallpauschalen-Katalog 2018) 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 2015 auf 2016) ist diese unter Umständen nicht gegeben, da für Überlieger (die noch mit undifferenzierten Codes aus 2015 verschlüsselt sind) keine Information darüber verfügbar ist, mit welchem der inzwischen verfügbaren differenzierten Codes der Fall 2016 verschlüsselt würde.

Ein Beispiel hierfür ist der Code 5-392.3 *Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Innere AV-Fistel mit alloplastischem Material*. Mit dem OPS 2016 wurde der Code weiter differenziert:

5-392.30 *Mit Implantat ohne Abstrom in den rechten Vorhof*

5-392.31 *Mit Implantat mit Abstrom in den rechten Vorhof*

5-392.3x *Sonstige*

Wenn auf Grundlage neu ausdifferenzierter Codes z.B. eine neue DRG definiert wurde und daher Fälle, die 2015 mit dem gleichen Code verschlüsselt wurden, 2016 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 2015 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 oben genannte DRG A18Z nur die Beatmungszeit und ein OPS-Kode (Transplantation) gruppenrelevant. 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 2017 ergab sich auf Basis der §-21-Daten für das Datenjahr 2016 eine Summe effektiver Bewertungsrelationen in Höhe von 20.586.407. Unter Verwendung identischer Daten ergab sich für den Fallpauschalen-Katalog 2018 nach Umsetzung der Sachkostenvereinbarung gem. § 17b Abs. 1 Satz 6 KHG und der Vereinbarung zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen gem. § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG i.V.m. § 9 Abs. 1c KHEntgG (vgl. Kap. 3.2.3) eine Summe effektiver Bewertungsrelationen in Höhe von 20.558.656. Die Differenz der effektiven Bewertungsrelationen beträgt -27.751. Die Bezugsgröße zur Ermittlung der Bewertungsrelationen für den Fallpauschalen-Katalog 2018 beträgt 2.987,62 €. Die Differenz der effektiven Bewertungsrelationen begründet sich im Wesentlichen durch die Einführung der beiden neuen Zusatzentgelte ZE162 und ZE163 zur Abbildung der Pflegekosten bei pflegebedürftigen Patienten gem. §§ 14, 15 SGB XI (- 22.850 Case-Mix-Punkte) und der erstmalig möglichen Berücksichtigung von NUB-Leistungen bei der Kostenbereinigung (- 5.000 Case-Mix-Punkte). Details zur Höhe der Bestimmung der zu berücksichtigenden Kostenbereinigung bei der Integration der neuen Zusatzentgelte ZE162 und ZE 163 finden sich in Kapitel 3.4.1.3.

Der Bezugsgröße muss in diesem Jahr eine etwas andere Bedeutung als in den vergangenen Jahren zugemessen werden. Sie bildet die zentrale Ausgangsbasis für die Umsetzung der Sachkostenvereinbarung und der Vereinbarung zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen unter der Prämisse, dass die klassifikatorische Weiterentwicklung des G-DRG-Systems keine Auswirkung auf den Case-Mix für Deutschland hat. Ein Vergleich der Bezugsgröße mit Werten vergangener Jahre ist wegen der in Kapitel 3.2.3 beschriebenen Umsetzung der Sachkostenvereinbarung, der Auswirkungen der Vereinbarung zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen sowie der nachträglichen Bereinigung von Case-Mix-Punkten für die Berücksichtigung der unvollständigen Kodierung bei pflegebedürftigen Patienten gem. SGB XI (vgl. Kap. 3.4.1.3) nur eingeschränkt möglich.

3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation

3.3.2.1 Abbildung der Pflege

Hochaufwendige Pflege von Patienten

Das G-DRG-System wurde seit seiner Einführung – neben einer Vielzahl anderer Einflussgrößen – maßgeblich im Hinblick auf möglichst homogene Gesamtkosten in den einzelnen Klassen weiterentwickelt. Ein wichtiger Faktor hierbei ist u.a. die sachgerechte Abbildung der Pflege.

Patienten im Krankenhaus benötigen, abhängig von ihrer Erkrankungsschwere und den für die Behandlung erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, pflegerische Betreuung. Insbesondere in Verbindung mit den therapeutischen Maßnahmen gehen zusätzliche Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit oder ihrer Fähigkeiten zu selbständigem Handeln in unterschiedlichem Maße einher, sodass entsprechende Hilfestellungen bzw. pflegerische Betreuung durch Pflegekräfte erforderlich sind. Die Pflegebedürftigkeit des einzelnen Patienten ist von zahlreichen Faktoren abhängig und zeigt bei der jeweiligen Krankenhausbehandlung eine individuelle Ausprägung. Den unterschiedlichen Pflegeaufwand der Patienten zu erkennen und, sofern Kostenunterschiede bestehen, in der Klassifikation zu berücksichtigen ist ein wesentli-

cher Bestandteil der kontinuierlichen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems. Im Laufe der vergangenen Jahre wurden vielfältige Aspekte berücksichtigt und verschiedene Herangehensweisen etabliert, um die Pflege im G-DRG-System sachgerecht abzubilden.

Methodisch sind hier z.B. die volle Berücksichtigung der Pflegekosten bei der Kalkulation der Fallpauschalen (z.B. in Kostenartengruppe 2 Pflegedienst) seit dem ersten G-DRG-System zu nennen oder als Aspekt der neueren Weiterentwicklung die Verbesserung der Vergütung der Pflege durch die Sachkostenkorrektur, wodurch bereits für 2017 die Vergütung für Personal- und Infrastrukturkosten, insbesondere also auch die Vergütung für die Pflege, bei einem Umsetzungsgrad der Sachkostenkorrektur von 50% um +1,31% gesteigert wurde.

Ebenso konnte durch viele klassifikatorische Anpassungen in den letzten Jahren eine sachgerechtere Abbildung der Pflege erreicht werden, z.B. durch die Etablierung der Zusatzentgelte für die hochaufwendige Pflege (PKMS) und die palliativmedizinische Komplexbehandlung, gestaffelt nach Aufwandspunkteklassen bzw. der Behandlungsdauer. Durch die fortlaufenden Anpassungen der CCL-Matrix werden die Komplikationen und/oder Komorbiditäten, welche die Behandlung gerade auch im Hinblick auf die Pflege erschweren, besser abgebildet. Damit werden kostensteigernde Faktoren besser berücksichtigt und die Pflege insgesamt besser abgebildet. Einer der Schwerpunkte der letztjährigen Entwicklung war darüber hinaus die Etablierung der Tabellen für wesentlich mit der Pflege verbundene „aufwendige Behandlungen“ (z.B. SAPS, PKMS sowie Komplexbehandlungen bei Epilepsie, Parkinson oder multiresistenten Erregern), mit denen eine sachgerechtere Abbildung zahlreicher konservativ behandelter Fälle möglich wurde.

Jedes Jahr werden die medizinischen Klassifikationssysteme ICD-10-GM für Diagnosen und OPS für Prozeduren durch das DIMDI überarbeitet. Zu prüfen ist, inwieweit sich Änderungen dort für eine sachgerechtere Abbildung der Pflege eignen: Im Blick der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2018 stand hierbei vor allem die Pflegebedürftigkeit **nach Pflegestufen** (§§ 14, 15 SGB XI), die erstmalig im Datenjahr 2016 auch im Entgeltbereich „DRG“ kodiert werden konnten (siehe Tabelle 16) und seit dem 1. Januar 2017 durch die Pflegebedürftigkeit der Patienten **nach Pflegegraden** (§§ 14, 15 SGB XI) ersetzt werden (siehe Tab. 17).

OPS 2016	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach ...
9-984.0	Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)
9-984.1	Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit)
9-984.2	Pflegestufe III (schwerste Pflegebedürftigkeit)
9-984.3	Pflegestufe III (H) (schwerste Pflegebedürftigkeit, Härtefall)
9-984.4	Erfolgter Antrag auf Einstufung in eine Pflegestufe
9-984.5	Pflegestufe 0

Tabelle 16: Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufen (§§ 14, 15 SGB XI), bis zum 31. Dezember 2016

OPS 2017	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach ...
9-984.6	Pflegegrad 1
9-984.7	Pflegegrad 2
9-984.8	Pflegegrad 3
9-984.9	Pflegegrad 4
9-984.a	Pflegegrad 5
9-984.b	Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad

Tabella 17: Pflegebedürftigkeit nach Pflegegraden (§§ 14, 15 SGB XI), seit dem 1. Januar 2017

Im Rahmen des G-DRG-Vorschlagsverfahrens 2018 wurden zwei Vorschläge eingereicht, welche die Abbildung der Pflege im G-DRG-System adressieren. Sie zielen u.a. auf die Verwendung der OPS-Kodes für die Pflegebedürftigkeit als Kostentrenner, die Etablierung eines Zusatzentgelts für Pflegebedürftigkeit sowie auf die Aufnahme der Prozedurenschlüssel für die Pflegebedürftigkeit in die Tabellen der „aufwendigen Behandlungen“.

Bei der Bearbeitung der Vorschläge und den weiterführenden Analysen sind insbesondere zwei Aspekte zu beachten.

1. **Belastbarkeit der Datengrundlage**

Wie bereits erwähnt, wurden die OPS-Kodes aus 9-984 für die Pflegebedürftigkeit eines Patienten im Datenjahr 2016 erstmals im Entgeltbereich „DRG“ erfasst. Folglich sind sie im G-DRG-System bislang nicht gruppierungsrelevant.

Wie Abbildung 11 exemplarisch zeigt, sind die Erfassungsquoten dieser Kodes offenbar noch sehr unterschiedlich: Zu sehen ist dort der Fallanteil von Fällen mit dem OPS-Kode 9-984.1 *Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit)* an der Gesamtfallzahl für die Universitätskliniken auf Grundlage der validen vollstationären Fälle in den G-DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG des Jahres 2016. So gibt es im Datenjahr 2016 Universitätskliniken, die den Code der Pflegebedürftigkeit noch gar nicht verschlüsseln, wobei eher unwahrscheinlich ist, dass diese Kliniken tatsächlich keine pflegebedürftigen Patienten mit Pflegestufe im entsprechenden Zeitraum behandelt haben.

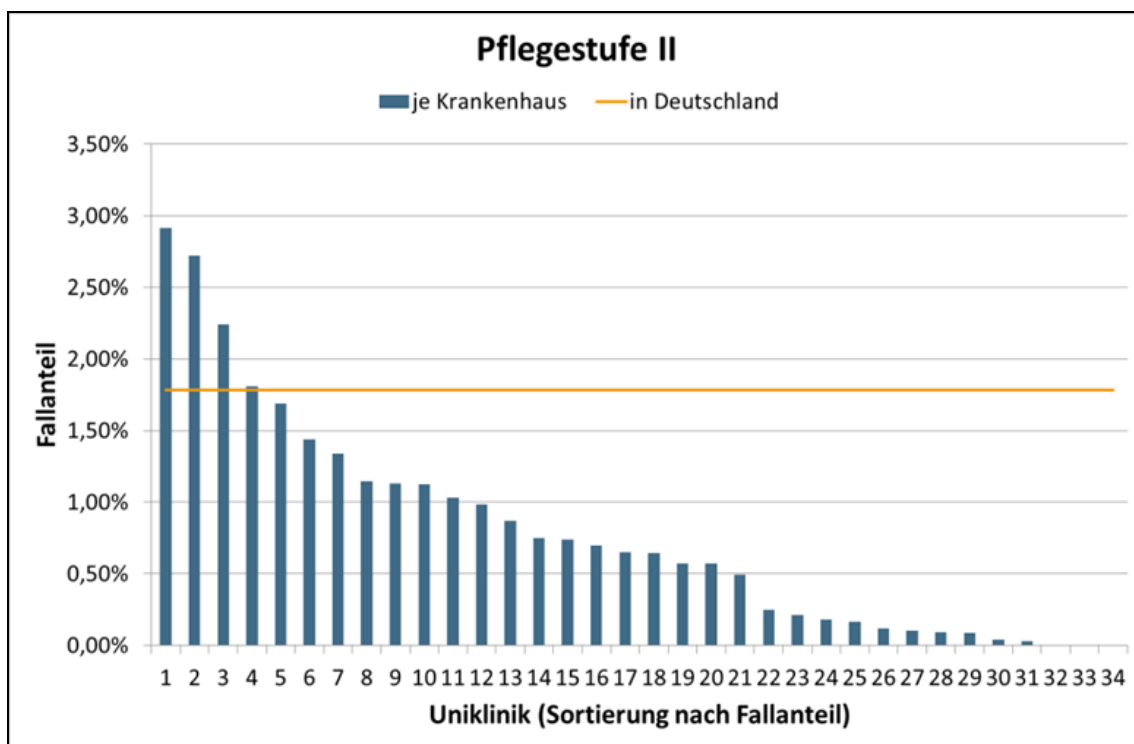


Abbildung 11: Unterschiedliche Erfassungsquoten für die Pflegebedürftigkeit des Patienten im Datenjahr 2016. Hier exemplarisch dargestellt ist der Anteil von Fällen mit dem OPS-Kode 9-984.1 Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit) an der Gesamtfallzahl für die Universitätskliniken auf Grundlage der validen vollstationären Fälle nach den G-DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG des Jahres 2016

Unterjährig zeigt sich im Datenjahr 2016 in der Kodierung der OPS-Kodes für die Pflegebedürftigkeit zudem ein deutlicher Fallzahlenanstieg. Zur Abschätzung einer plausibleren Fallzahl für das Datenjahr 2016 wurden deshalb verschiedene quantitative Schätzungen zur Fallzahlentwicklung auf Gesamtebene bzw. auf Ebene der einzelnen Krankenhäuser berechnet:

- Mittelwert der Fallzahl im letzten Quartal bzw. in den Monaten Oktober und November versus Mittelwert Gesamtjahr
- Beachtung unterschiedlicher Erfassungszeiträume bzw. Einstiegszeitpunkte der Kodierung
- Berücksichtigung der verschiedenen Erfassungsquoten

Alle Erwägungen führen im Ergebnis auf eine „korrigierte Fallzahl“ für 2016, die konservativ geschätzt bei +15% gegenüber dem Gesamtjahr 2016 liegt.

Erfahrungsgemäß finden sich in der Datenlieferung vollständiger Erfassungsquoten, sobald ein Code im G-DRG-System gruppierungsrelevant ist. Das Ausmaß des Kodierpotentials für den OPS-Kode der Pflegebedürftigkeit ist auf Grundlage der aktuell dem InEK vorliegenden Daten nicht abschätzbar.

Weitergehende Analysen zeigen, dass sich bei den Pflegestufen I und II sowohl eine hohe Fallzahl (absolut) als auch ein hoher Fallanteil (relativ) in den DRGs für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung befindet.

Im Datenjahr 2016 weisen nur 0,47% bzw. 0,05% aller validen vollstationären Fälle in den §-21-Daten Pflegestufe III oder Pflegestufe III (Härtefall) auf.

Aufgrund der zum Teil noch sehr schwachen Datengrundlage ist die Plausibilisierung der Daten (z.B. Ausreißeranalyse) erschwert. Ein Ausschluss von Zufallsergebnissen aufgrund geringer Fallzahl je DRG ist daher notwendig.

2. Ablösung der bisherigen Pflegestufen durch neue Pflegegrade zum 1. Januar 2017 (wie oben bereits erwähnt)

In § 140 SGB XI wird für Versicherte mit Pflegestufe bis zum 31. Dezember 2016 die Überleitung in Pflegegrade ab dem 1. Januar 2017 geregelt. Die Überleitung der Pflegestufen in Pflegegrade (skizziert in Abb. 12) erfolgt in Abhängigkeit davon, ob bei der Person eine eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt.

bis 2016	Überleitung	ab 2017
Pflegestufe 0	Mit eingeschränkter Alltagskompetenz	Pflegegrad 1
Pflegestufe I	Ohne eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 2
	Mit eingeschränkter Alltagskompetenz	
Pflegestufe II	Ohne eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
	Mit eingeschränkter Alltagskompetenz	
Pflegestufe III	Ohne eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
	Mit eingeschränkter Alltagskompetenz	
Pflegestufe III (H)		Pflegegrad 5

Abbildung 12: Überleitung der Pflegestufen (bis 2016) in Pflegegrade (ab 2017) gem. § 140 SGB XI

Eine eingeschränkte Alltagskompetenz lässt sich kodieren über den OPS-Kode 9-984.5 *Pflegebedürftig nach Pflegestufe 0*, Hinweis: Dieser Kode ist für Patienten mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI anzugeben. Im Datenjahr 2016 weisen jedoch weniger als 0,1% der Fälle mit Pflegestufe I bis III (H) zusätzlich den OPS-Kode 9-984.5 auf. Die Überleitung der Fälle des Datenjahres 2016 mit Pflegestufe für die Entwicklung des G-DRG-Systems 2018 allein mit dieser Definition der eingeschränkten Alltagskompetenz würde zahlreichen Fällen einen zu niedrigen Pflegegrad zuweisen. In der Konsequenz würde die Fallzahl bei den hohen Pflegegraden unterschätzt und die Fallmenge der Fälle mit niedrigeren Pflegegraden würde mit Fällen mit höheren Pflegegraden vermischt. Alternativ wurde die eingeschränkte Alltagskompetenz deshalb näherungsweise anhand von Diagnosen wie z.B. Demenz (ICD-Kodes F00 bis F03) detektiert.

Zur Analyse der Mehrkosten wurde die Differenz der Kosten von Fällen mit Pflegegrad 2 bis 5 (jeweils einzeln für sich) gegenüber Fällen mit Pflegegrad weniger als 2 oder ohne Pflegegrad bei gleicher Verweildauer ermittelt. Dabei eignen sich die Gesamtkosten der Fälle nicht zur Berechnung der Mehrkosten der Pflege, da in diese Werte viele weitere Aspekte eingehen, die nicht mit der Pflege assoziiert sind. Wie mit den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene konsentiert, wurde die bestmögliche Näherung durch eine Günstigerprüfung mit Konzentration auf die (Differenzen der) Pflegekosten verwendet: Mit Pflegekosten verknüpft sind u.a. die Module für das Pflegepersonal auf der Normalstation und der Patientenaufnahme bzw. kalkulationsmethodisch die Sachkosten für Arzneimittel und den übrigen medizinischen Bedarf auf der Normalstation, mit denen sich der Pflegeaufwand mittelbar messen lässt. Dies entspricht damit weitgehend dem Vorgehen bei der Berechnung der Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege und die palliativmedizinische Komplexbehandlung.

Die Mehrkosten der Pflegebedürftigkeit lassen sich u.a. in Abhängigkeit von den Pflegegraden, der Verweildauer und der DRG untersuchen, wobei die zum Teil schwache Datengrundlage vor allem für hohe Pflegegrade (4 und 5) und lange Verweildauern (insbesondere > 20 Tage) zu beachten ist.

A priori ist – wie in Abbildung 13 skizziert – zu erwarten, dass die Mehrkosten der Pflege sowohl mit zunehmendem Pflegegrad als auch mit der Verweildauer steigen. Wie in Abbildung 14 zu sehen ist, zeigen die berechneten Mehrkosten der Pflege im Datenjahr 2016 große Unterschiede zu dieser A-priori-Erwartung. Die zum Teil hohen Ausschläge sind dabei auf die schwache Datengrundlage zurückzuführen. In der Gesamtbetrachtung ergeben sich generell nur geringfügig höhere Mehrkosten durch die Pflege, die mit zunehmender Verweildauer kaum mehr messbar sind. Ein signifikanter Einfluss der Höhe des Pflegegrades ist nicht feststellbar. Bezüglich der Tageskosten je Fall sinken die Mehrkosten der Pflege regelhaft mit zunehmender Verweildauer (siehe Abb. 15).

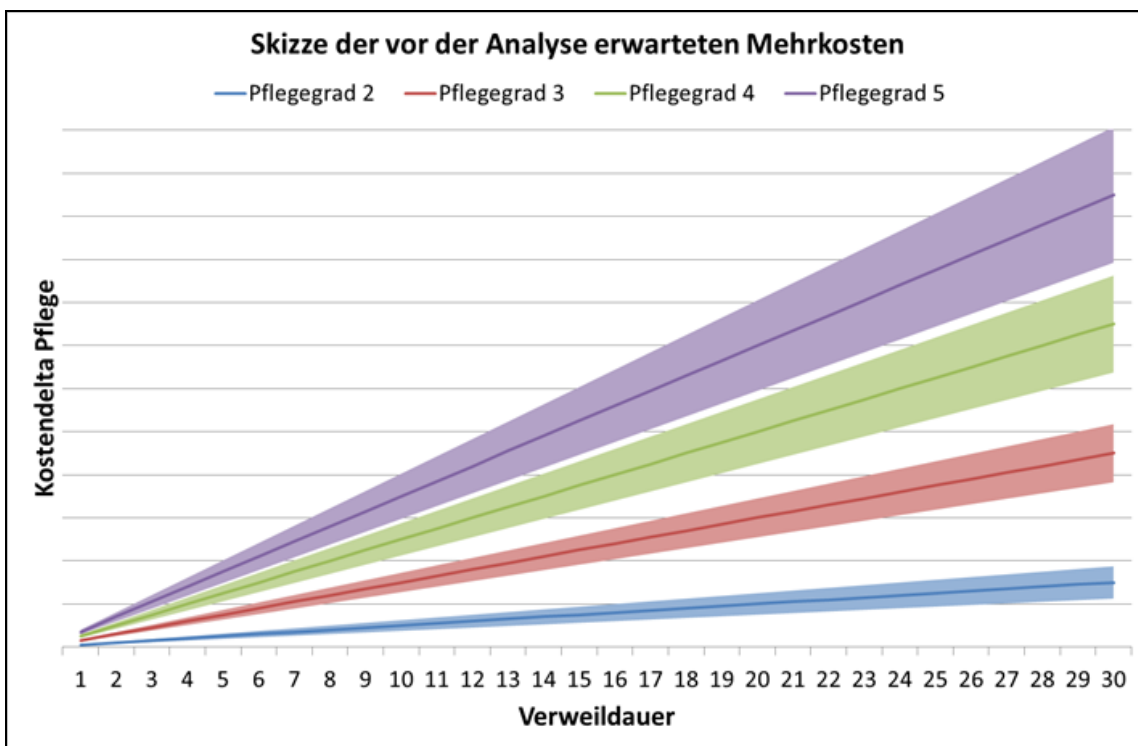


Abbildung 13: Allgemeine Erwartung, dass die Mehrkosten der Pflege sowohl mit der Verweildauer als auch mit zunehmendem Pflegegrad ansteigen

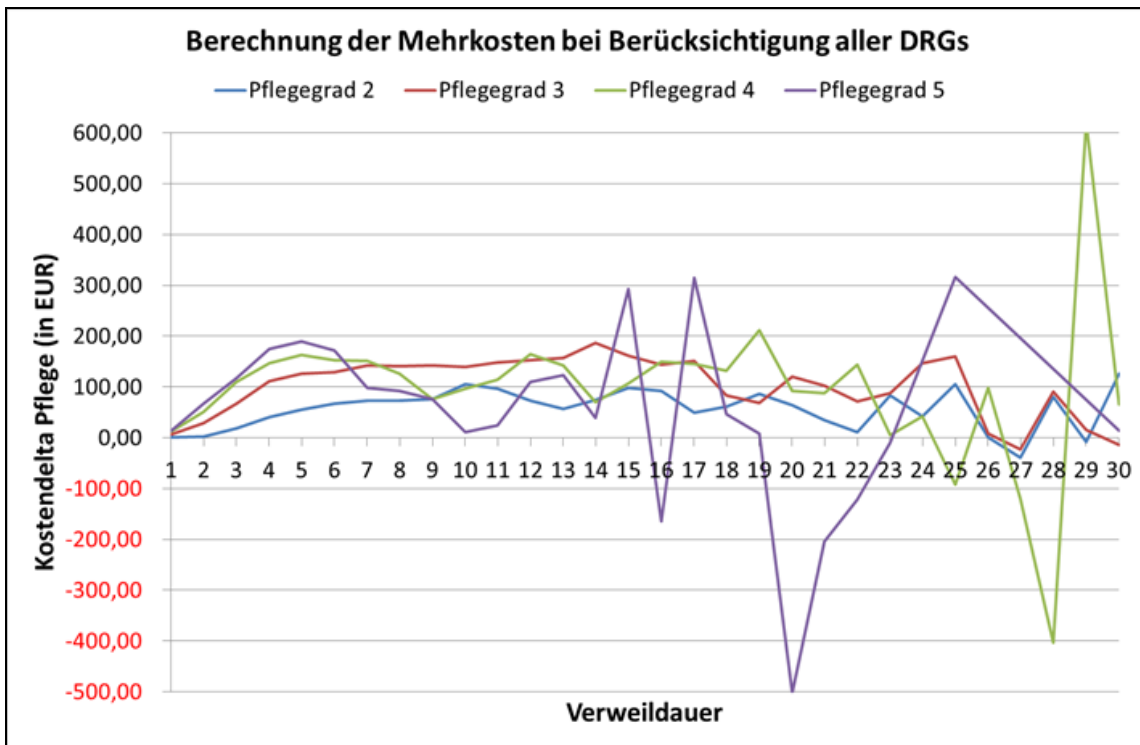


Abbildung 14: Mehrkosten der Pflege je Fall, Datengrundlage: Vollstationäre Kalkulationsfälle in bewerteten DRGs mit Pflegekosten im Datenjahr 2016, bereinigt um Ausreißer

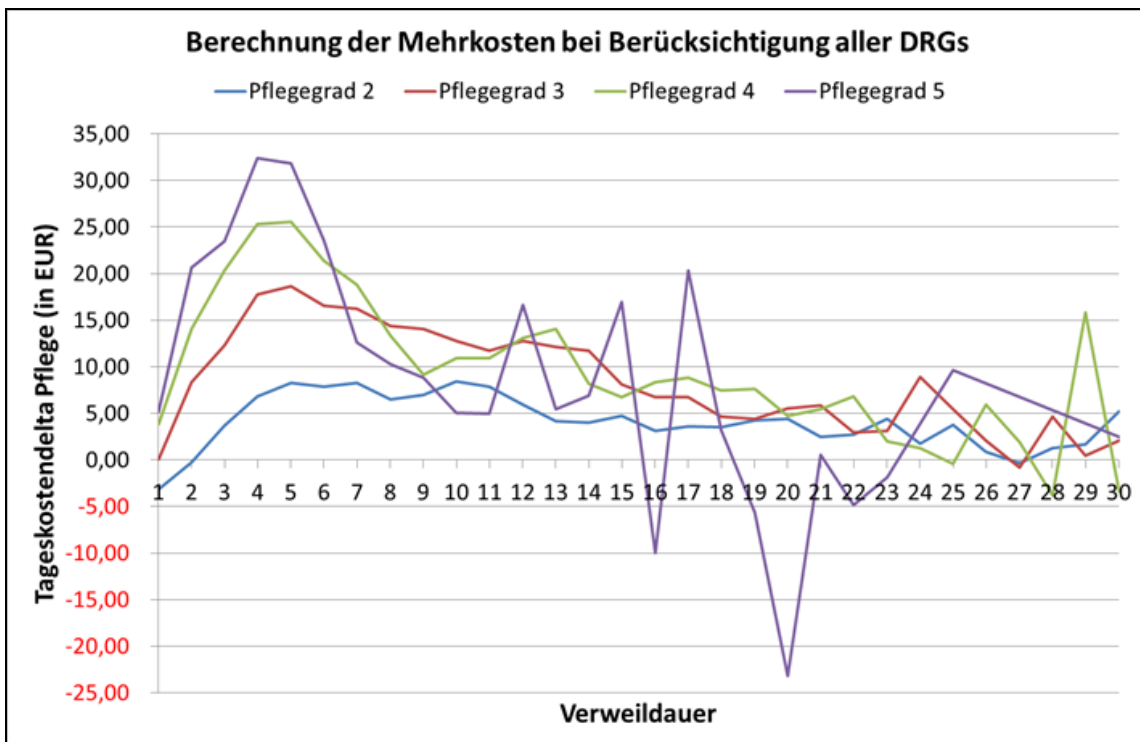


Abbildung 15: Mehrkosten der Pflege je Fall und Tag, Datengrundlage: Vollstationäre Kalkulationsfälle in bewerteten DRGs mit Pflegekosten im Datenjahr 2016, bereinigt um Ausreißer

Zusammenfassend ergibt sich folgendes Analyseergebnis für das Datenjahr 2016:

- Die Mehrkosten der Pflegebedürftigkeit sind DRG-abhängig.
- Das Kostendelta ist zwar abhängig von der Verweildauer, aber nicht – wie erwartet – (monoton) wachsend. Der zunehmenden Behandlungsdauer steht das geringer werdende Tageskostendelta (siehe Abb. 15) gegenüber.
- Bei geringer Verweildauer von weniger als 5 Tagen sind die Kostenunterschiede zwischen Fällen mit Pflegegrad und Fällen ohne Pflegegrad gering.
- Bei aktuell schwacher Datengrundlage ergibt sich ein sehr uneinheitliches Bild der Kostenunterschiede in Abhängigkeit von den Pflegegraden. Die Mehrkosten bei Fällen mit Pflegegrad 2 sind jedoch gering.

Etablierung von zwei neuen Zusatzentgelten für die Pflegebedürftigkeit

Aufgrund der vorgestellten Analysen war die Etablierung eines systemweiten Zusatzentgelts (ZE) für die Pflegebedürftigkeit, ggf. differenziert nach Pflegegraden und/oder Verweildauer, nicht möglich. Die deshalb zunächst ins Auge gefasste gesonderte Betrachtung für bestimmte DRG-Gruppen (z.B. für geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, Frührehabilitation, multimodale Schmerztherapie, Komplexbehandlung bei MRE) mit dem Ziel unterschiedlicher ZE führte – auf der Datengrundlage des Datenjahres 2016 – ebenso wenig zu einer sachgerechten Abbildung der Pflege in diesen und den anderen DRGs. Als sachgerecht erwies sich stattdessen die Etablierung von zwei unterschiedlich hohen Zusatzentgelten für die Pflegebedürftigkeit eines Patienten ab Pflegegrad 3 und einer Verweildauer (VWD) von mindestens 5 Belegungstagen in Abhängigkeit von der DRG:

- ZE162 *Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 1):* 107,14 € („niedriges“ ZE).
- ZE163 *Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 2):* 219,56 € („hohes“ ZE)

Den DRG-Tabellen 1 und 2 in Anhang 1 des Fallpauschalen-Katalogs 2018 kann entnommen werden, in welchen DRGs das „hohe“, das „niedrige“ bzw. kein Zusatzentgelt für die Pflegebedürftigkeit des Patienten abrechenbar ist.

Im Folgenden wird erklärt, nach welchen Kriterien den DRGs das „hohe“, das „niedrige“ bzw. kein Zusatzentgelt für die Pflegebedürftigkeit des Patienten zugeordnet wurde:

- Sicher kein Zusatzentgelt hat die DRG, wenn sie in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG des Jahres 2016 mindestens drei Fälle mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 und VWD > 4 Belegungstage hat und in der Kalkulation ein negatives Kostendelta aufweist, d.h. die Pflegekosten der pflegebedürftigen Fälle geringer sind als die Referenzpflegekosten in dieser DRG. Auch bei den unbewerteten DRGs der Anlage 3 des Fallpauschalen-Katalogs, den teilstationären DRGs und den Fehler-DRGs kann kein Zusatzentgelt für Pflegebedürftigkeit abgerechnet werden. Ebenfalls kann kein Zusatzentgelt in DRGs abgerechnet werden, in denen das Kriterium der Mindestverweildauer von 5 Belegungstagen nicht erreichbar ist. So können beispielsweise Fälle in Ein-Belegungstags-DRGs aufgrund ihrer zu geringen Verweildauer kein Zusatzentgelt abrechnen. Diese DRGs finden sich deshalb nicht in den DRG-Tabellen in Anhang 1 des Fallpauschalen-Katalogs 2018.

- Als Komplement dazu wurde einer DRG das „hohe“ Zusatzentgelt zugeordnet, wenn die DRG in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG des Jahres 2016 mindestens drei Fälle mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 und VWD > 4 Belegungstage hat und in der Kalkulation ein positives Pflegekostendelta von mehr als 150,00 € aufweist.
- Das „niedrige“ Zusatzentgelt wurde allen übrigen DRGs zugeordnet, d.h. DRGs mit weniger als drei Fällen in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG des Jahres 2016 mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 und VWD > 4 Belegungstage (geringe Fallzahl) oder DRGs mit einem Kostendelta zwischen 0,00 € und 150,00 € (geringer Kostenunterschied), in denen eine Verweildauer von mindestens 5 Belegungstagen prinzipiell erreicht werden kann.

Im Rahmen der gerade beschriebenen Zuordnung der beiden unterschiedlich hohen ZEs zu den DRGs wurden unterschiedliche Mindestfallzahlen geprüft: Auswirkungen hat die Höhe der Mindestzahl zwar auf einzelne DRGs und die Höhe der Zusatzentgelte; solange in der „Definition“ für kein ZE und „hohes“ ZE allerdings dieselbe Mindestfallzahl gefordert wird, bleibt das Gesamtvolumen des Zusatzentgelts relativ gleich. Entsprechende Aussagen gelten auch für den Schwellenwert des Kostendeltas von 150,00 €.

Im Datenjahr 2016 hätte dies ein „hohes“ ZE für 63,1%, ein „niedriges“ ZE für 30,2% und kein ZE für 6,7% der pflegebedürftigen Fälle mit erhöhtem Pflegeaufwand und einer Verweildauer > 4 Belegungstage bedeutet. Knapp 29,7% der Fälle mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 haben eine Verweildauer < 5 Belegungstage. Aufgrund ihres geringen Kostendeltas kann für diese Fälle kein Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Die über die neu etablierten Zusatzentgelte zu vergütenden Pflegekosten sind analog zum Vorgehen bei den anderen Zusatzentgelten zur Vermeidung einer Doppelvergütung aus den DRGs herauszunehmen. Entsprechend erfolgte eine zeitnahe Durchführung der systemrelevanten Kostenbereinigung, um die Auswirkung der Zusatzentgelte für die Pflegebedürftigkeit bei der Systementwicklung berücksichtigen zu können.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich das auf den ersten Blick erklärungsbedürftig erscheinende Vorgehen der DRG-abhängigen Ausgestaltung der neuen Zusatzentgelte für die Pflegebedürftigkeit im Sinne einer datengetriebenen Ermittlung der Zusatzentgelte als bester Weg erwies, um für 2018 Zusatzentgelte etablieren zu können. Die Entwicklung der nächsten Jahre, voraussichtlich mit einer Verbesserung der Datengrundlage, bleibt indes abzuwarten.

Auswirkungen der Zusatzentgelte auf die Normierung

Das zusätzliche Zusatzentgeltvolumen von ZE162 und ZE163 wirkte sich regelkonform im Rahmen der Normierung auch in der Höhe der Bezugsgröße aus. Dabei war die Berücksichtigung der steigenden Fallzahlentwicklung (+15%) hinsichtlich der Kodierung der Pflegekodes innerhalb des Datenjahres 2016 möglich und notwendig.

Wie oben ausgeführt, war dem InEK aufgrund der aktuell zur Verfügung stehenden Daten eine Abschätzung der Leistungszahlentwicklung in den Folgejahren nicht möglich. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben nach ausführlichen Beratungen konsentiert, die bislang vom InEK berücksichtigten Auswirkungen um den Faktor +62,5% zu erhöhen, um der OPS-Dokumentationslücke in den Krankenhäusern im Datenjahr 2016 besser Rechnung tragen zu können. Dabei wurde für das Datenjahr 2016 eine erwartete Auswirkung der beiden neuen Zusatzentgelte in Höhe von 130 Mio. €

konsentiert. Die bislang vom InEK durchgeführte Kostenbereinigung wurde von den Vertragsparteien auf Bundesebene mit einem Auswirkungsbetrag in Höhe von 80 Mio. € bewertet ($130/80 - 1 = 0,625$). Die zusätzliche Berücksichtigung der OPS-Dokumentationslücke sollte auf Basis der vom InEK bereits bei Berechnung der Bezugsgröße verwendeten 22.850 Case-Mix-Punkte erfolgen. Entsprechend waren 14.280 Case-Mix-Punkte zusätzlich aus dem nationalen Case-Mix-Volumen herauszunehmen ($14.280 \text{ Case-Mix-Punkte} = 0,625 * 22.850 \text{ Case-Mix-Punkte}$). Die Selbstverwaltungspartner haben darüber hinaus konsentiert, die 14.280 Case-Mix-Punkte proportional ausschließlich bei den DRGs zu berücksichtigen, für die im Jahr 2018 die beiden neuen Zusatzentgelte abgerechnet werden können. Hierzu wurden die Relativgewichte für die Inlier des zum Zeitpunkt der Beratungen vorliegenden Fallpauschalen-Katalogs 2018 in den DRGs mit „hohem“ bzw. „niedrigem“ Zusatzentgelt für die Pflegebedürftigkeit eines Patienten proportional zur zu diesem Zeitpunkt bereits durchgeführten Kostenbereinigung reduziert. Die 14.280 Case-Mix-Punkte (durch Rundungseffekte exakt 14.243 Case-Mix-Punkte) wurden auf Beschluss der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene ausschließlich bei den Inliern bei der Behandlung in Hauptabteilungen korrigiert; Anpassungen der Zu- und Abschläge sowie der Bewertungsrelationen für die Versorgung in Belegabteilungen wurden nicht vorgenommen.

Weitere klassifikatorische Anpassungen im G-DRG-System 2018

Im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2018 wurden die erst im letzten Jahr geschaffenen Tabellen für „aufwendige Behandlungen“ überprüft, in denen u.a. die Aufwandspunkte gemäß PKMS als Kostentrenner verwendet werden. Auch nach Bereinigung der Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege und Pflegebedürftigkeit eignen sich die Prozeduren für die hochaufwendige Pflege in den entsprechenden DRGs weiterhin als Kostentrenner. Für 2018 ergeben sich keine Anpassungen in den Tabellen für „aufwendige Behandlungen“. Da sich die Auswirkungen der letztjährigen Etablierung der Tabellen für „aufwendige Behandlungen“ erst im Datenjahr 2017 zeigen und diese Daten erst bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems im kommenden Jahr zur Verfügung stehen, wurde in diesem Jahr darauf verzichtet, die Tabellen an weiteren Stellen im G-DRG-Algorithmus zu verwenden.

Lediglich eine punktuelle Änderung, nämlich die Aufwertung von Kleinkindern mit hochaufwendiger Pflege ab 72 Aufwandspunkten (PKMS-K) durch Eingruppierung in die DRG K09A *Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten [...]* bleibt hierbei eine gewisse Ausnahme.

Darüber hinaus konnte durch Anpassungen der CCL-Matrix die Abbildung der Pflege im G-DRG-System weiter verbessert werden. Insbesondere ist hier die abermalige Aufwertung der Diagnosen U50.5- *Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung* und U51.2- *Schwere kognitive Funktionseinschränkung* in Basis-DRGs zu nennen, in denen sie einen Mehraufwand begründen.

Die Behandlung isolationspflichtiger Patienten ist mit einem höheren Pflegeaufwand verbunden. Im G-DRG-System wurde die Abbildung isolationspflichtiger Patienten weiter verbessert. So sind die erstmals im Datenjahr 2016 zur Verfügung stehenden OPS-Kodes aus 8-98g *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern* im G-DRG-System 2018 ab einer Behandlungsdauer von 10 Tagen in den Basis-DRGs G77, E77 und E79 gruppenrelevant. Durch Abbildung der Fälle mit Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern nicht auf spezieller Isoliereinheit mit einer Behandlungsdauer von mindestens 7 bis höchstens 13 Tagen in der neuen DRG G77B *Andere Komplex-*

*behandlung bei isolationspflichtigen Erregern [...] konnte die Vergütung vieler pflegeaufwendiger, konservativ behandelter Fälle in der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* verbessert werden (siehe dazu auch Kap. 3.3.2.21).*

Fazit und Ausblick

Im Zuge der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2018 konnten die bereits bestehenden vielfältigen Ansätze zur sachgerechten Abbildung der Pflege durch die Etablierung neuer Zusatzentgelte für den erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten erweitert werden. Auf Grundlage der Daten des Datenjahres 2016 war die Schaffung eines systemweiten oder DRG-gruppenspezifischen, ggf. nach Pflegegrad differenzierten Zusatzentgelts nicht möglich. Stattdessen wurden nach Günstigerprüfung zwei unterschiedlich hohe Zusatzentgelte ZE162 und ZE163 etabliert, die für Patienten ab Pflegegrad 3 und einer Verweildauer von mindestens 5 Belegungstagen in Abhängigkeit von der DRG abgerechnet werden können.

Darüber hinaus konnte durch zusätzliche klassifikatorische Weiterentwicklungen die Abbildung der Pflege im G-DRG-System weiter verbessert werden.

Eine zusätzliche positive Auswirkung auf die Vergütung der Pflege ergibt sich durch den höheren Umsetzungsgrad der Sachkostenkorrektur von nun 60%, wodurch sich die Vergütung der Personal- und Infrastrukturkosten um +1,86% erhöht (siehe Kap. 3.2.3.1).

Die Auswirkungen der im letzten Jahr etablierten Tabelle für „aufwendige Behandlungen“ werden erst in den Daten des Jahres 2017 sichtbar. Diese stehen erst für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems im kommenden Jahr zur Verfügung. Zudem lassen sich in den Datenjahren 2017 und 2018 Veränderungen in der Kodierung der OPS-Kodes für die Pflegebedürftigkeit eines Patienten erwarten. Hieraus folgt die Notwendigkeit einer erneuten Überprüfung aller Aspekte zur Abbildung der Pflege, insbesondere der neuen Zusatzentgelte und neu etablierten Tabellen, in den Folgejahren bei dann voraussichtlich besserer Datengrundlage.

3.3.2.2 Abdominalchirurgie

Leistungen der Abdominalchirurgie (Viszeralchirurgie) bei Krankheiten des Verdauungssystems sind im G-DRG-System typischerweise in den operativen Partitionen in mehr als 60 operativen DRGs der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* und MDC 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* abgebildet.

Wie in den letzten Jahren wurden von den Fachgesellschaften zahlreiche Vorschläge im Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems eingebracht. Ausgehend von diesen Anregungen und weiteren internen Analysen wurde für das G-DRG-System 2018 eine Vielzahl von Änderungen vorgenommen. Die einzelnen Umbauten im Bereich der Abdominalchirurgie sind nachfolgend beschrieben:

Eingriffe an Darm und Anus

Ein Hinweis im Vorschlagsverfahren betraf die Abbildung von Fällen mit einer mehrzeitigen Anlage und Rückverlagerung eines Enterostomas im selben stationären Aufent-

halt. Es wurde u.a. darauf hingewiesen, dass bei den betroffenen Fällen erhöhte Kosten vor allem durch den mehrzeitigen Eingriff, eine längere Verweildauer und einen erhöhten Pflegeaufwand bedingt sind. Bisher wurden die betroffenen Fälle in Abhängigkeit von den durchgeführten Eingriffen diversen operativen DRGs wie z.B. den DRGs G04Z *Adhäsiolyse am Peritoneum [...]*, G17A *Andere Rektumresektion [...]* oder G18A *[...]* oder *Enterostomaanlage [...]* zugeordnet. Neben der Abbildung dieser Fälle in einer eigenen DRG wurde auch die Zuordnung zur DRG G33Z *Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren [...]* oder anderen bestehenden DRGs untersucht. Umgesetzt wurde für 2018 die Zuordnung und damit Aufwertung der mehrzeitigen Enterostomaanlage und -rückverlagerung zur Basis-DRG G16 *Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion [...]*.

Darüber hinaus konnten Fälle mit posteriorer sagittaler Anorektoplastik (OP nach Pena und de Vries) von der Basis-DRG G11 *Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter* in die DRG G07Z *[...] oder bestimmte Anorektoplastik* aufgewertet werden.

Die Abbildung von Kindern in diesem Bereich wurde zum einen durch eine Präzisierung des Altersplits der DRG G11A von < 10 Jahre auf < 6 Jahre sowie durch eine Erweiterung des Altersplits der DRG G26A *Andere Eingriffe am Anus [...]* von < 14 Jahre auf < 16 Jahre weiter spezifiziert.

Eingriffe bei Hernien

Im Vorschlagsverfahren wurde hinsichtlich der Abbildung von Fällen mit beidseitigem Hernienverschluss dargelegt, dass der durch zwei OP-Zugänge und die verlängerte OP-Dauer bedingte erhöhte Aufwand bei Fällen, die jünger sind als 56 Jahre, nicht abgebildet sei. Bei einem Alter > 55 Jahre werden beidseitige Eingriffe bereits überwiegend der DRG G09Z *Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre [...]* zugeordnet. Fälle mit einem Alter < 56 Jahre sollten entweder ebenfalls in der DRG G09Z *Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre [...]* oder aber in einer neuen DRG abgebildet werden. Im Ergebnis wurde innerhalb der Basis-DRG G24 die neue DRG G24B *Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff* für die Abbildung von beidseitigen Eingriffen geschaffen. Ebenfalls dieser DRG zugeordnet werden ab 2018 Fälle mit einem aufwendigen Verschluss einer Narbenhernie oder einem Verschluss eines kongenitalen Bauchwanddefektes mit und ohne plastischen Bruchpfortenverschluss.

Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen

Die Basis-DRG G12 *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen* als sogenannte operative „Reste“-DRG bildet sowohl Eingriffe an den Verdauungsorganen als auch für die MDC 06 nicht typische Eingriffe wie beispielsweise Eingriffe an Gefäßen, Wunddebridement oder Hauttransplantationen ab. Die in dieser Basis-DRG gruppierungsrelevanten Prozeduren wurden hinsichtlich ihrer aufwandsgerechten Abbildung überprüft. Im Ergebnis wurde innerhalb der Basis-DRG G12 eine neue DRG geschaffen und zahlreiche Prozeduren aufwandsentsprechend neu zugeordnet, was sowohl eine Auf- als auch eine Abwertung von Leistungen beinhaltet. Eine Übersicht über beispielhafte Fallwanderungen zeigt Abbildung 16.

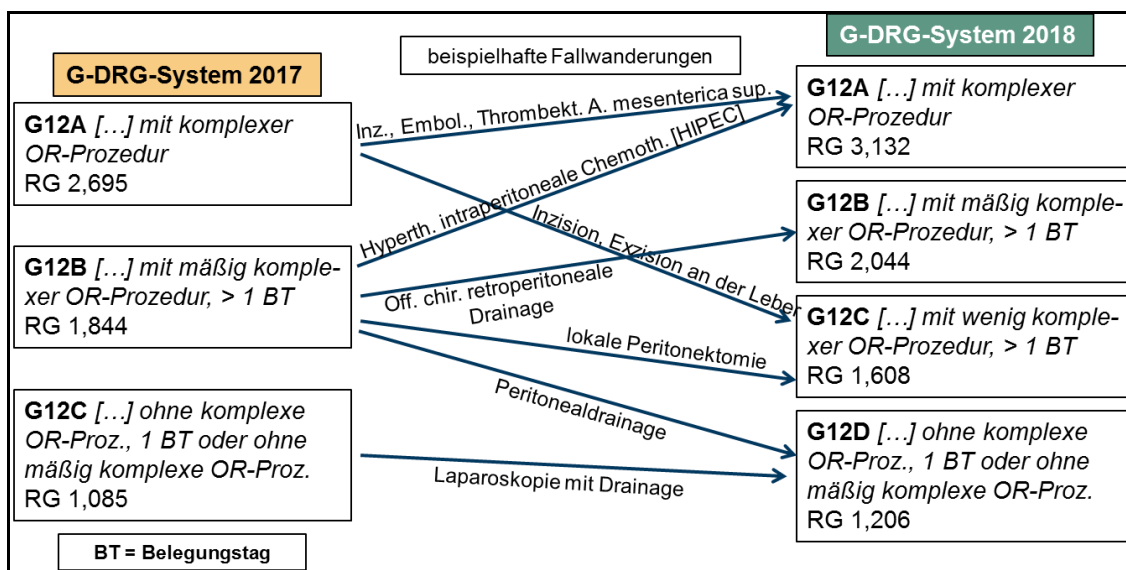


Abbildung 16: Änderungen der Basis-DRG G12 Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen

Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen

Im Rahmen von internen Analysen wurde die Abbildung einzelner Prozeduren in der Basis-DRG H05 *Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen* überprüft. Als weniger aufwendige Leistungen zeigten sich in den Daten des Jahres 2016 folgende Eingriffe: Offen chirurgische Cholezystotomie, Laparoskopische Steinentfernung, Destruktion, Entfernung von alloplastischem Material und sonstige Operationen an den Gallengängen, sonstige Destruktion von erkranktem Gewebe der Papilla duodeni major oder sonstige Exzision oder Destruktion an Sphincter Oddi und Papilla duodeni major. Diese Eingriffe wurden für das G-DRG-System 2018 aufwandsgerecht anderen operativen DRGs der MDC 07, vorwiegend in den Basis-DRGs H08 *Laparoskopische Cholezystektomie* und H12 *Verschiedene Eingriffe an hepatobiliärem System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen* zugeordnet.

Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas

Ein weiterer Schwerpunkt der diesjährigen Weiterentwicklung war die Analyse und Neubewertung von Fällen und Leistungen der Basis-DRG H06 *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas*. In der DRG H06A werden zukünftig nur noch Fälle mit aufwendigen Eingriffen und bestimmten komplizierenden Faktoren abgebildet. Wesentlich aufgewertet wurden Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung (ab 369 Aufwandspunkten), mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter (ab 197 Aufwandspunkten) und mit aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung (ab 185 Aufwandspunkten). Außerdem werden zukünftig Fälle mit linksseitiger Resektion des Pankreas (ohne Anastomose) in Verbindung mit weiteren komplizierenden Konstellationen der DRG H06A *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit aufwendigem Eingriff und bestimmten komplizierenden Faktoren* zugeordnet. Dagegen führen beispielsweise die Prozeduren für Naht (nach Verletzung) der Gallengänge, für die sonstige oder nicht bezeichnete andere Rekonstruktion der Gallengänge, für die Relaparotomie, für die therapeutische Drainage der Peritonealraumes, die sonstige oder nicht näher bezeichnete therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben sowie die selektive Embolisierung mit embolisierenden Flüssigkeiten oder mit Partikeln an viszerale Gefäßen in Kombination mit weiteren komplizierenden

Konstellationen nur noch dann in die DRG H06A, wenn sie im Rahmen eines mehrzeitigen Eingriffs zusammen mit anderen aufwendigen Prozeduren erbracht werden. Daneben wurden auch die Prozeduren für Inzision der Leber und für lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber sowie für bestimmte Biopsien an Lymphknoten, Milz und Thymus innerhalb der Basis-DRG H06 abgewertet. Des Weiteren wurden die Funktionen „Dialyse“ und „Komplexe-OR-Prozeduren“ sowie die „Komplizierenden Konstellationen“ für die DRG H06A geschärft, indem nun beispielsweise bestimmte Dialysen, die Gabe von zwei Thrombozytenkonzentraten und die therapeutische Drainage des Peritonealraumes nicht mehr im Rahmen der Funktion gruppierungsrelevant sind.

Fälle mit selektiver intravaskulärer Radionuklidtherapie und bestimmter selektiver Embolisation werden im G-DRG-System 2018 der spezifischen Basis-DRG H29 *Bestimmte selektive Embolisation oder SIRT* zugeordnet. Eine detaillierte Beschreibung zur Etablierung der DRG H29Z findet sich in Kapitel 3.3.2.9.

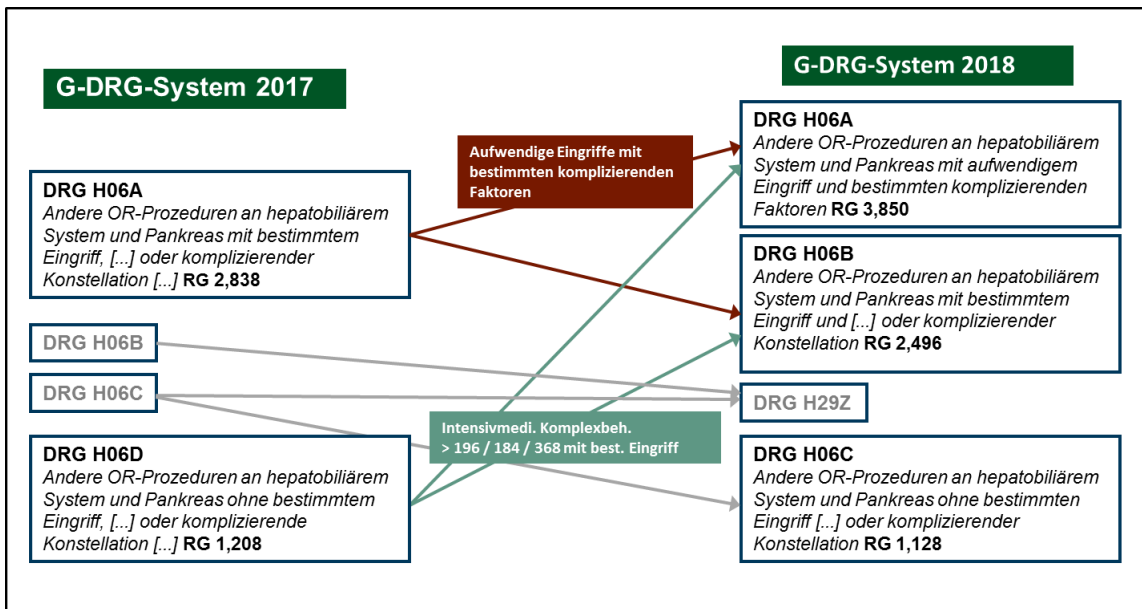


Abbildung 17: Änderungen der Basis-DRG H06 Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas

Zusammenfassend sind die Änderungen der Basis-DRG H06 in Abbildung 17 dargestellt. Die DRG H06A wird gemäß ihrer mittleren Inlier-Kosten sortiert, wohingegen die „Reste“-DRGs H06B und H06C erst am Ende der operativen Partition abgefragt werden. Eine detaillierte Beschreibung zur Bedeutung und Vorgehensweise der Sortierung findet sich in Kapitel 3.3.4.

Weitere Änderungen

MDC 06

Die Abbildung von Fällen mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators wurde systemweit analysiert. In der MDC 06 führten diese Analysen zur Etablierung der neuen Basis-DRG G13 *Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden [...]*, die nach der Implantation oder dem Wechsel eines permanenten

Elektrodensystems differenziert ist. Detaillierte Informationen zu dieser Thematik finden sich in Kapitel 3.3.2.23.

Fälle, welche die Definition der Funktion „Komplizierende Konstellationen I“ erfüllen, werden innerhalb der Basis-DRG G19 *Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr* in die DRG G19A aufgewertet.

Die Überprüfung von weniger komplexen Eingriffen hinsichtlich ihrer Eignung als Kostentrenner hat zu einer aufwandsentsprechenden Abwertung und damit zur Präzisierung zahlreicher operativer DRGs geführt. Die folgende Auflistung gibt einige Beispiele zu betroffenen Prozeduren und DRGs:

- Unspezifische Prozeduren für die Resektion des Dünndarms wie z.B. die laparoskopische (Teil-)Resektion des Duodenums (OPS 5-454.41) wurden aus der DRG G02A *Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre od. best. Eingriffe an Dünn-/Dickdarm [...]* gestrichen. Zukünftig werden diese Fälle überwiegend in der DRG G02B abgebildet.
- Prozeduren für sonstige und nicht näher bezeichnete Gastrektomie sowie für Gastrektomie mit Dünndarminterposition ohne Reservoirbildung wurden von der Basis-DRG G03 *Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum* in die DRG G04Z [...] *od. best. Gastrektomie* verschoben.
- Fälle mit Biopsie am Dünndarm durch Inzision (OPS 1-555*) sowie mit laparoskopischer Exzision von erkranktem Gewebe des Dickdarms (OPS 5-452.1) werden nicht mehr in der Basis-DRG G07, sondern in der Basis-DRG G12 abgebildet.
- Innerhalb der Basis-DRG G18 *Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm [...]* wurden Prozeduren für die Naht des Rektums (OPS 5-486.0) sowie für die Desinvagination am Darm (OPS 5-468.0*) und die sonstige und nicht näher bezeichnete Anlage eines Enterostomas im Rahmen eines anderen Eingriffs (OPS 5-462.x, .y) abgewertet.
- Fälle mit Prozeduren für die Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie sowie für Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie werden zukünftig nicht mehr der DRG G15Z *Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff* zugeordnet.

MDC 07

Fälle mit offen chirurgischer Entfernung von alloplastischem Material an den Gallengängen und sonstiger anderer laparoskopischer Operation an den Gallengängen zeigten sich in der Basis-DRG H12 *Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen* als weniger kostenintensiv und werden zukünftig innerhalb der Basis-DRG H06 *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas* entsprechend Ihrem Aufwand zugeordnet.

Fälle mit partieller Zwerchfellplastik ohne alloplastisches Material oder mit Naht oder anderen operativen Verschluss an bestimmten tiefen Venen wurden innerhalb der Basis-DRG H01 abgewertet und werden zukünftig der DRG H01B *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, ohne komplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte* zugeordnet.

Fälle mit chirurgischer Leberdrainage werden innerhalb der Basis-DRG H09 entsprechend ihrem Aufwand der DRG H09B *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC oder ohne äußerst schwere CC, mit bestimmtem Eingriff am Pankreas oder bei bösartiger Neubildung* zugeordnet und damit abgewertet.

3.3.2.3 Augenheilkunde

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverstandes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2018 wurden im Bereich der MDC 02 *Krankheiten und Störungen des Auges* erneut Vorschläge zur Verbesserung der sachgerechten Abbildung von Fällen mit ophthalmologischen Erkrankungen eingereicht.

So wurde im Vorschlagsverfahren für 2018 darauf hingewiesen, dass Fälle mit Orbitotomien mit transossärem, transfrontalem und transethmoidalem Zugang mit höheren Kosten verbunden sind als andere Fälle in der DRG C02B *E nukleationen und Eingriffe an der Orbita außer bei bösartiger Neubildung*. Die Analyse bestätigte, dass diese Fälle höhere Kosten aufweisen. Dementsprechend wurden die Prozeduren für Orbitotomien mit dem genannten Zugang in die Basis-DRG C01A *Komplexer Eingriff bei penetrierenden Augenverletzungen oder bestimmte Orbitotomie* eingruppiert und somit aufgewertet. Fälle mit diesen Prozeduren bei einer bösartigen Neubildung am Auge dagegen verbleiben in der entsprechend höher bewerteten DRG C02A *E nukleationen und Eingriffe an der Orbita bei bösartiger Neubildung [...]*, da sie dort weiterhin sachgerecht abgebildet sind. Im Rahmen der Analyse wurden zudem weniger komplexe Eingriffe wie Biopsie an der Orbita durch Inzision aus der Basis-DRG C02 in die DRG C01B *Andere Eingriffe [...]* oder *bestimmte Biopsie* verschoben und damit kostenentsprechend bewertet.

Des Weiteren wurde im Vorschlagsverfahren auf die streitbefangene Kodierung der Prozedur für temporäre intraokulare Druckerhöhung hingewiesen. Diese Prozedur ist üblicherweise ein Bestandteil eines Eingriffs und kein eigenständiger Eingriff. Bei Kodierung der Prozedur als einzigen Eingriff werden die Fälle der relativ hoch bewerteten DRG C14Z *Andere Eingriffe am Auge („Reste“-DRG)* zugeteilt. Nach der Analyse wurde die Prozedur in die DRG C07B *Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Ex-traktion der Linse (ECCE)* aufgenommen, sodass betroffene Fälle im G-DRG-System 2018 spezifisch und den Kosten entsprechend dort abgebildet werden.

3.3.2.4 Eingriffe an der Mamma

Aufgrund von Hinweisen der Fachgesellschaft ergaben sich für das G-DRG-System 2018 einige Änderungen, die Eingriffe an der Mamma betreffen.

Fälle mit der Diagnose für *bösartige Neubildung an Brustwarze und Warzenhof* (ICD-Kode C50.0) wurden im G-DRG-System 2017 in die DRG J22Z *Andere Hauttransplantation [...], ohne kompl. Diagnose [...]* gruppiert. Im Gegensatz dazu führten die anderen Diagnosen aus dem Bereich bösartige Neubildung der Brustdrüse (ICD-Kode C50.-) in die Basis-DRG J08 *Andere Hauttransplantation [...]* mit kompl. Diagnose [...]. Da die beiden Fallgruppen ähnliche Kosten aufwiesen, wurde die Gruppierungsrelevanz ange-

glichen, sodass auch die Diagnose für *bösartige Neubildung an Brustwarze und Warzenhof* (ICD-Kode C50.0) ab dem G-DRG-System 2018 in die Basis-DRG J08 *Andere Hauttransplantation [...] mit kompl. Diagnose [...]* führt.

Weitere Umbauten, die nicht ausschließlich Eingriffe an der Mamma beschreiben, aber ebenfalls die MDC 09 und somit Eingriffe an der Haut und Unterhaut betreffen, werden in Kapitel 3.3.2.5 beschrieben.

3.3.2.5 Eingriffe an Haut und Unterhaut

Im Zuge des Vorschlagsverfahrens gab es in diesem Jahr zahlreiche Hinweise, die im Ergebnis zu komplexen Umstrukturierungen der DRGs für Eingriffe an Haut und Unterhaut führten.

In der DRG J22Z *Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, [...]* wurden im G-DRG-System 2017 unterschiedliche Fallkollektive zusammengefasst. Nicht nur Fälle mit temporären Weichteildeckungen, sondern auch Fälle mit lokalen Lappenplastiken, Exzisionen und Destruktionen von erkranktem Gewebe oder freien Hauttransplantationen wurden in diese DRG eingruppiert. Durch Verschiebung von Fällen mit weniger komplexen Eingriffen, wie temporärer Weichteildeckung durch alloplastisches und xenogenes Material oder chirurgischer Wundtoilette [Wunddebridement] an bestimmten Lokalisationen wie Lippe und sonstige in die Basis-DRG J10 *Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma*, konnte die DRG J22Z *Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, [...]* präzisiert werden. Fälle mit aufwendigeren Eingriffen wie Transplantation lokaler Lappenplastiken werden auch im G-DRG-System 2018 in die DRG J22Z gruppiert und dadurch aufgewertet.

Ebenso wie in anderen MDCs wurde auch in der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* die „Reste“-DRG J11 *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma* gründlich analysiert und umstrukturiert.

Zunächst wurden Fälle z.B. mit Exzision eines Ganglions und radikaler Exzision von erkranktem Gewebe und auch mit der Diagnose *Hidradenitis suppurativa* aus der DRG J11B *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne bestimmten Eingriff [...] oder komplexer Diagnose* in die DRG J11C *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma [...] mit best. Eingriff oder Hidradenitis suppurativa* verschoben. Des Weiteren zeigten Fälle mit bestimmten Exzisionen und kleinflächiger Elektrokaustik von erkranktem Gewebe geringere Kosten als andere Fälle in der DRG J11C *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma [...], ohne komplexe Diagnose, mit bestimmtem Eingriff*, sodass diese Fälle ab dem G-DRG-System 2018 in die DRG J11D *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma [...], ohne komplexe Diagnose, [...]* eingruppiert werden.

Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren wiesen zum einen darauf hin, dass die Exzisionen an Haut und Unterhaut ohne Anwendung mikrographischer Chirurgie im G-DRG-System 2017 teilweise höher bewertet waren als die Prozeduren für Exzisionen mit mikrographischer Chirurgie. Da die Fälle ähnliche Kosten zeigten, war eine lokalisationsabhängige Angleichung der Gruppierungsrelevanz innerhalb der Basis-DRG J11 *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma* möglich.

Zum anderen zeigten sich in den Analysen Fälle mit großflächigen lokalen Lappenplastiken an Haut und Unterhaut, wie z.B. Verschiebe-Rotationsplastik, Transpositionsplastik, Insellappenplastik oder Z-Plastik, in den DRGs J11C *Andere Eingriffe an Haut, Un-*

terhaut und Mamma, [...] mit best. Eingriff und *J11D Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma, [...] ohne best. Eingriff* untervergütet. Durch Aufwertung dieser Fälle in die Basis-DRG *J10 Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma* gelang für das G-DRG-System 2018 eine präzise und spezifische Abbildung dieser Fälle.

In der MDC 09 werden Fälle mit Verletzungen an Haut, Unterhaut und Mamma, die keinen operativen Eingriff aufweisen, in die DRG *J65Z Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma* eingruppiert. Bei internen Analysen fielen Fälle mit Verletzungen z.B. am Thorax oder an den Extremitäten durch eine deutlich längere Verweildauer sowie höhere Kosten, im Vergleich zu anderen Fällen mit kleinen oberflächlichen Verletzungen an Kopf, Rachen und Mundhöhle, auf. Durch einen Split der DRG *J65Z Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma* in die DRGs *J65A* und *J65B* konnten diese beiden Fallkollektive getrennt und im Ergebnis eine Aufwertung der Fälle mit komplexen Verletzungen am Thorax und an den Extremitäten durch Zuordnung zur neuen DRG *J65A Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma mit komplexer Diagnose* erreicht werden.

Plastische Operationen

Fälle mit plastischen Operationen, wie z.B. Liposuktionen, Rekonstruktionen und Narbenkorrekturen, werden in der Basis-DRG *J10 Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma* abgebildet. Im G-DRG-System 2017 wurden Fälle mit bösartigen Neubildungen in die DRG *J10A Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma bei bösartiger Neubildung* eingruppiert. Umfassende Analysen zeigten allerdings, dass das Splitkriterium „bösartige Neubildung“ allein die Kosten dieser operierten Fälle nicht ausreichend beschreibt, sodass im G-DRG-System 2017 lediglich ein kleiner Erlössprung zwischen den DRGs *J10A Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma bei bösartiger Neubildung* und *J10B Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma außer bei bösartiger Neubildung* vorlag. Für das G-DRG-System 2018 wurde die Basis-DRG *J10* vollständig umstrukturiert. Anstatt des Splitkriteriums „bösartige Neubildung“ wurde zunächst ein PCCL-Split etabliert, sodass Fälle mit äußerst schweren oder schweren CC der DRG *J10A Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma mit äußerst schweren oder schweren CC oder [...] zugeordnet* werden. Des Weiteren wurden Fälle mit einer Rekonstruktion der Augenlider durch bestimmte Verschiebe- und Rotationsplastik des Lides in die DRG *J10A Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Verschiebe- oder Rotationsplastik am Augenlid* aufgenommen. Auf diese Weise gelang eine strukturierte und differenzierte Abbildung der Fälle innerhalb der Basis-DRG *J10*.

3.3.2.6 Endokrinologie

Im Bereich der endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten wurden in diesem Jahr punktuelle Änderungen vorgenommen. Durch Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren konnte eine spezifischere Abbildung einiger Fälle erreicht werden.

Im G-DRG-System 2017 wurden Fälle mit der Hauptdiagnose Stimmbandparese bei Schilddrüsenkarzinom, die wegen progredienter Dyspnoe durch die Stimmbandlähmung tracheotomiert werden, in die operative Basis-DRG *D15 Tracheostomie* eingruppiert. Im Gegensatz dazu wurden Fälle mit Stimmbandparese bei Schilddrüsenkarzinom, bei denen das Karzinom die Hauptdiagnose darstellte, der konservativen DRG *K64D Endokrinopathien ohne komplexe Diagnose, [...] zugeordnet*. Durch Zuordnung

dieser Fälle zur DRG K09C *Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten [...] mit komplexem Eingriff, Alter > 15 Jahre* wurde eine aufwandsgerechte und spezifischere Abbildung erreicht.

Des Weiteren gelang eine präzisere Abbildung von Fällen mit einer Magenplikaturn/Magenfaltung im Rahmen der Adipositaschirurgie, verschlüsselt mit der Prozedur *Sonstige andere laparoskopische Rekonstruktion am Magen* (OPS-Kode 5-448.x2), durch Zuordnung zur DRG K07Z *Andere Eingriffe bei Adipositas*, sodass diese Fälle nicht mehr in die Basis-DRG 801 *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose* eingruppiert werden. Ab 2018 stehen im OPS spezifische Codes für die Kodierung einer Magenplikaturn (OPS-Kode 5-448.f) zur Verfügung.

Ein Schwerpunkt der internen Analysen war auch in der MDC 10 die sogenannte „Res-te“-DRG K09 *Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten*. Im Vergleich zu anderen MDCs war die Basis-DRG K09 im G-DRG-System 2017 eher gering ausdifferenziert, was in einer großen Erlösdifferenz der DRGs K09A und K09B resultierte. Durch einen komplexen Umbau und Differenzierung innerhalb der Basis-DRG K09 konnte eine präzisere Fallmengen-Trennung für das G-DRG-System 2018 erreicht werden. Zunächst wurde die DRG K09B gesplittet in die DRGs K09B und K09C. Auf diese Weise gelang eine Aufwertung von Kindern im Alter < 16 Jahre in die neue DRG K09B *Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit bestimmtem Eingriff, [...], Alter < 16 Jahre*. Durch weitere Präzisierungen der Bedingungen zu den DRGs K09C *Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit mäßig komplexem Eingriff, Alter > 15 Jahre* und K09D *Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten ohne mäßig komplexen Eingriff* wurde eine differenzierte Abbildung der Fälle innerhalb der Basis-DRG K09 erreicht. Des Weiteren konnten Kleinkinder mit hochaufwendiger Pflege ab 72 Aufwandspunkten in die DRG K09A *Andere Prozeduren bei endokrinen, [...] oder hochaufwendiger Pflege von Kleinkindern ab 72 Aufwandspunkten [...]* aufgewertet werden, sodass die Aufwandspunkte gemäß PKMS hier erstmals höhergruppierend wirken.

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 oder aber die operative oder interventionelle Behandlung einer Gefäßkomplikation der Grunderkrankung im Vordergrund stehen. 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. 18).

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

Abbildung 18: Basis-DRG F27

Für das G-DRG-System 2018 wurde die Basis-DRG F27 erneut analysiert. Die Abbildung der Fälle konnte durch Umstrukturierung innerhalb der Basis-DRG F27 weiter präzisiert werden (siehe auch Kap. 3.3.2.11).

3.3.2.7 Extremkosten

Mit § 17b Abs. 10 KHG hat der Gesetzgeber die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene dazu aufgefordert, das InEK mit der systematischen Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern zu beauftragen. Zum 28. Februar 2017 hat das InEK den nunmehr dritten Extremkostenbericht vorgelegt, in dem die Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern auf Basis der nach dem G-DRG-System 2017 gruppierten Fälle des Datenjahres 2015 aufgearbeitet wurde. In den drei veröffentlichten Berichten wird transparent und umfassend die Vorgehensweise zur Ermittlung und Analyse von Extremkostenfällen erläutert sowie auf verbesserte Abbildungen dieser Fälle im G-DRG-System eingegangen. Wie dort dargestellt, können Veränderungen in der G-DRG-Systematik einen erheblichen Beitrag zur verbesserten Abbildung der Extremkostenfälle leisten. Wie bereits in den vergangenen Jahren ist deshalb auch die diesjährige Weiterentwicklung des G-DRG-Systems in starkem Maße durch Erkenntnisse aus den Extremkostenanalysen geprägt.

Aufgrund verschiedener Faktoren (z.B. Änderungen in der Kodierung, generelle Seltenheit bestimmter Krankheitsverläufe in den Kalkulationsdaten, Schiefelage der Kalkulationsstichprobe, Integration von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Zusatzentgelten) finden sich im G-DRG-System immer wieder 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. Wie in den Vorjahren wurde auch im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2018 darüber hinaus das Augenmerk auf Extremkostenausreißer im Sinne des Extremkostenberichts gelegt. Insgesamt handelt es sich häufig um verschiedene, sehr außergewöhnliche Fallkonstellationen, bei deren Identifizierung u.a. Analysen in über die nach § 21 KHEntgG hinausgehenden Fallinformationen sowie ergänzende Datenlieferungen notwendig sind. Dabei gestaltet sich die klassifikatorische Abbildung von Extremkostenfällen in vielen DRGs als zunehmend schwierig, da die in der Regel sehr aufwendigen und teuren Fälle zwar eine Vielzahl von Attributen/Leistungen aufweisen, mitunter jedoch mit sehr kleinen Fallzahlen.

Neben etlichen Detailveränderungen zur Verbesserung der Abbildung spezifischer aufwendiger Leistungen erwiesen sich im Rahmen der klassifikatorischen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2018 sieben systematische Ansätze als besonders geeignet, um die Vergütungssituation von Extremkostenfällen zu verbessern:

- Anpassungen bei der Abbildung von Kindern (siehe Kap. 3.3.2.34)
- Anpassungen im Bereich der intensivmedizinischen Versorgung (siehe Kap. 3.3.2.16)
- eine verbesserte Abbildung von Fällen mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bzw. nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern (siehe Kap. 3.3.2.21)
- Präzisierung der Funktion für die „komplexe Vakuumbehandlung“ (siehe Kap. 3.3.2.18)
- Etablierung eigener DRGs für Implantation, Wechsel, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Elektrodensystemen (siehe Kap. 3.3.2.23)
- Anpassungen im Schweregrad-System (CCL-Matrix, siehe Kap. 3.3.1.4)
- Stärkere Differenzierung bestehender (Basis-)DRGs

Im Zuge der diesjährigen Extremkostenanalysen bezüglich der Abbildung von Kindern und Jugendlichen zeigte sich, dass durch die Etablierung weiterer „Kindersplits“ (ggf. eingeschränkt durch weitere Bedingungen) die Vergütungssituation für Fälle aus dem Bereich der Kinder- und Jugendmedizin mit sehr hohen Kosten deutlich verbessert werden kann. In diesem Kontext sind insbesondere die DRGs

- *A61B Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, [...] mit schweren CC oder Alter < 10 Jahre* (zusätzliche Eingruppierung von Fällen mit Alter < 10 Jahre),
- *B20A Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 18 Jahre* (Anpassung der bisherigen Altersbedingung von Alter < 16 Jahre auf Alter < 18 Jahre),
- *E06A Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum, Alter < 10 Jahre [...]* (zusätzliche Eingruppierung von Fällen mit Alter < 10 Jahre),
- *E75A Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre* (Anhebung der bisherigen Altersgrenze von Alter < 10 Jahre auf Alter < 16 Jahre),
- *G26A Andere Eingriffe am Anus, Alter < 16 Jahre [...]* (Änderung der bisherigen Altersgrenze von Alter < 14 Jahre auf Alter < 16 Jahre),
- *I28B Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe, mehr als ein Belegungstag oder andere Eingriffe am Bindegewebe, Alter < 10 Jahre* (zusätzliche Eingruppierung von Fällen mit Alter < 10 Jahre) und
- *L06B Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne äußerst schwere CC oder ohne bestimmte Prozeduren oder Alter < 16 Jahre* (zusätzliche Eingruppierung von Fällen mit Alter < 16 Jahre)

zu nennen. In den chirurgischen DRGs der MDC 15 *Neugeborene* zeigten sich Fälle mit einem offen chirurgischen Verschluss einer kongenitalen Zwerchfellhernie und Fälle mit kardiothorakalen Eingriffen oder Gefäßeingriffen beim Neugeborenen als besonders kostenintensiv. Diese Fälle werden im G-DRG-System 2018 nun sachgerecht in der Basis-DRG P02 *Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe oder bestimmte Eingriffe bei angeborener Zwerchfellhernie beim Neugeborenen* abgebildet. In den Basis-DRGs P66 *Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000–2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden [...]* und P67 *Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden* werden aufgrund deutlich höherer Kosten zudem im G-DRG-System 2018 Neugeborene mit Krampfanfall in Kombination mit mindestens zwei unterschiedlichen diagnostischen Maßnahmen aus den DRGs P66B bzw. P67B in die DRGs P66A bzw. P67A aufgewertet. In gleicher Weise werden Fälle der Basis-DRG P66 mit mehr als 48 Beatmungsstunden und Fälle der Basis-DRG P67 mit mehr als 24 Beatmungsstunden aufgrund extrem hoher Kosten in die DRGs P66A bzw. P67A höhergruppiert.

Im Rahmen der vor drei Jahren begonnenen und in diesem Jahr fortgesetzten Analyse des sogenannten „Super-SAPS“ im G-DRG-System fielen auch in diesem Jahr intensivmedizinisch behandelte Fälle aufgrund deutlich höherer Kosten auf. Bei den daraus resultierenden Anpassungen der G-DRG-Klassifikation wurden wie bereits im Vorjahr auch niedrigere Schwellen für Aufwandspunkte (AP) der intensivmedizinischen Komplexbehandlung (IntK) als Kostentrenner geprüft. Als Beispiele für derartige Umbauten sind hier u.a. aufzuführen:

- die Anpassung der Basis-DRG B02 *Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation*, sodass nun alle Fälle der Basis-DRG B20 *Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation* in Verbindung mit IntK im Kindesalter > 392 AP oder aufwendiger IntK > 368 AP in die Basis-DRG B02 eingruppiert werden,
- die Aufwertung von Fällen mit IntK im Kindesalter > 196 AP, aufwendiger IntK > 184 AP oder IntK > 368 AP in die DRG E02A *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen mit aufwendigem Eingriff oder schwersten CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte oder Alter < 10 Jahre* und
- die Aufwertung von Fällen mit IntK im Kindesalter > 196 AP, aufwendiger IntK > 184 AP oder IntK > 184 AP in die DRG O01A *Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen (SSW) oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Mehrlingsschwangerschaft oder mit IntK > 196 / 184 / 184 Punkte*.

Im Bereich der Intensivmedizin sind darüber hinaus die Streichung der Obergrenze von 500 Beatmungsstunden in der Basis-DRG A11 *Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte* und die Streichung der Obergrenze von 250 Beatmungsstunden in der Basis-DRG A13 *Beatmung > 95 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte* zu nennen, durch die einige Extremkostenfälle aufgrund einer höheren Eingruppierung nun sachgerechter abgebildet werden.

Wie detailliert in Kapitel 3.3.2.21 beschrieben, ist die Komplexbehandlung bei nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern im G-DRG-System 2018 erstmals gruppierungsrelevant, nämlich in den DRGs E77D *Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane [...]* und E79B *Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane [...]* der MDCs 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* sowie in der Basis-DRG G77 in der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungs-*

organe. Hierdurch und durch Etablierung der neuen DRG G77B *Andere Komplexbehandlung bei Isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* konnten zahlreiche konservative Fälle der MDCs 04 und 06 mit multiresistenten Erregern oder nicht multiresistenten Isolationspflichtigen Erregern sachgerechter abgebildet werden. Auf diese Weise ist eine Verbesserung der Vergütung von pflegeintensiven Fällen möglich, deren höherer Kostenaufwand sich auch aus der erhöhten Behandlungsdauer ergibt.

Auf die Abbildung von Fällen mit Implantation, Wechsel, Revision oder Entfernung von Neurostimulatoren und Elektrodensystemen wird ausführlich in Kapitel 3.3.2.23 eingegangen. Die hierbei auftretenden Konstellationen wurden auch unter dem Aspekt der Extremkosten systematisch analysiert. Die neu eingeführten hinreichend stark differenzierten DRGs in den Basis-DRGs B19 *Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems*, G13 *Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*, I19 *Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* und L16 *Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane* eignen sich zusätzlich, um einige sehr teure Fälle aufzuwerten und so einer sachgerechten Vergütung zuzuführen.

Hinsichtlich der Anpassungen in der CCL-Matrix sorgt die gezielte Neubewertung der Diagnosen, die einen Mehraufwand nicht mehr begründen, für eine Präzisierung des Schweregrad-Systems. In der Folge sorgen die dann „schärferen“ PCCL-Splits im G-DRG-System für eine sachgerechtere Trennung von (extrem) teuren und weniger teuren Fällen. Besondere Erwähnung sollte die Aufwertung der Diagnosecodes für Funktionseinschränkung höherer Schweregrade (ICD-Kodes U50.50, U50.51, U51.21 und U51.22) finden, mit deren Hilfe systemweit einige Fälle mit extrem hohen Kosten in eine höher vergütete DRG eingruppiert werden konnten.

Auf die MDC-spezifische Abbildung von Fällen mit komplexer Vakuumtherapie durch Anpassung der Funktion „Komplexe Vakuumbehandlung“ wird – gerade mit Blick auf teure Fälle – detailliert im entsprechenden, oben angegebenen Abschnitt eingegangen. Die dort ebenfalls beschriebene Differenzierung der Basis-DRG I50 *Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren* in drei DRGs anstelle von einer DRG lässt sich dem letzten der sieben systematischen Ansätze zur besseren Abbildung von Extremkostenfällen im G-DRG-System 2018 zuordnen. Die stärkere Differenzierung einer (Basis-)DRG kommt in Betracht, wenn sich hierdurch für eine Mehrzahl der Fälle der (Basis-)DRG eine signifikant sachgerechtere Vergütung ergibt. Von solch einer DRG-individuell ausgestalteten Differenzierung können insbesondere Extremkostenfälle profitieren, wenn die Fälle mit extrem hohen Kosten in die am höchsten vergütete DRG, die Fälle mit extrem niedrigen Kosten hingegen in die am niedrigsten vergütete DRG eingruppiert werden. Neben der Basis-DRG I50 sind hier die Differenzierungen der Basis-DRGs B18 *Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark [...]* und I30 *Komplexe Eingriffe am Kniegelenk oder arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk* in jeweils vier DRGs hervorzuheben. Darüber hinaus spielt der Aspekt der Differenzierung bei vielen weiteren Umbauten eine gewisse Rolle (z.B. bei den Basis-DRGs H06 *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas* und T01 *OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten*).

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 exemplarisch kurz zusammengefasst und in den einzelnen Kapiteln dieses Berichts dann detailliert beschrieben. Die nachfolgende Darstellung soll die Vielfalt der Umbauten zeigen. Die Auflistung ist nicht abschließend.

In der Prä-MDC finden sich nach ihrer Definition überwiegend (extrem) teure Fälle wieder. Somit kann letztlich – mit Blick auf die absoluten Kosten der Fälle – beinahe jeder klassifikatorische Umbau in der Prä-MDC als Umbau zur besseren Abbildung von „Extremkostenfällen“ angesehen werden. Innerhalb der Basis-DRG A61 *Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen* fielen Fälle mit einer Hauptdiagnose für akute Graft-versus-Host-Krankheit, Grad III und IV, und mehr als einem Belegungstag mit deutlich höheren Kosten auf. Durch eine Eingruppierung dieser Fälle in die DRG A61A konnte deren Vergütungssituation deutlich verbessert werden.

In der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* fielen bei Analysen Fälle mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit oder ohne Anwendung eines Telekonsildienstes, mit deutlich erhöhten Kosten auf. Diese Fälle, die bislang vorwiegend in die Basis-DRG B04 *Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen* eingruppiert waren, werden im G-DRG-System 2018 nun sachgerecht in der Basis-DRG B39 *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur* abgebildet.

In der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* zeigten Analysen, dass Fälle mit einer Hauptdiagnose für Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Herzklappenprothese in der Basis-DRG F75 *Andere Krankheiten des Kreislaufsystems* nicht sachgerecht vergütet sind. Im G-DRG-System 2018 werden diese Fälle nun durch Angleichung der Gruppierung an Fälle mit Endokarditis in der Basis-DRG F61 *Infektiöse Endokarditis* sachgerecht abgebildet. Durch diesen Umbau konnten ebenso einige operative Fälle mit einer Hauptdiagnose für Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Herzklappenprothese in den Basis-DRGs F15 *Perkutane Koronarangioplastie mit komplizierender Konstellation [...]*, F36 *Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems [...]* besser abgebildet werden. Auch für Fälle mit einer Hauptdiagnose für venöse Insuffizienz mit Ulzeration oder für ein postthrombotisches Syndrom mit Ulzeration erwies sich eine Anpassung der Eingruppierung in die Basis-DRG F64 *Hautulkus bei Kreislaufferkrankungen* anstelle der bisher angesteuerten Basis-DRG F65 *Periphere Gefäßkrankheiten* als sachgerecht. Ebenso zeigten Fälle mit Verschluss des linken Herzohrs durch eine perkutan epikardial eingebrachte Schlinge höhere Kosten. Sie werden im G-DRG-System 2018 in die Basis-DRG F95 *Interventioneller Septumverschluss oder Vorhofohrverschluss* eingruppiert. In der MDC 05 konnte durch eine Reihe weiterer Umbauten die Vergütungssituation vieler Extremkostenfälle merklich verbessert werden.

Jeder Fall, der die Funktion der „Komplizierenden Konstellationen II“ erfüllt, erfüllt auch die Funktion der „Komplizierenden Konstellationen I“. Umgekehrt gilt dies im Allgemeinen nicht. Die „Komplizierenden Konstellationen II“ implizieren die „Komplizierenden Konstellationen I“. Durch eine Ersetzung der Funktion „Komplizierende Konstellationen II“ durch die „schwächere“ Funktion „Komplizierende Konstellationen I“ konnten in der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* einige teure Fälle innerhalb der Basis-DRG G19 *Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr* in die DRG G19A aufgewertet werden.

Infolge des komplexen Umbaus der Basis-DRG H06 konnte auch durch Einsatz der neuen Funktionen „Komplizierende Konstellationen H06“, „Komplexe OR-Prozeduren

Gastro“ und „Komplexe OR-Prozeduren Leber“ die Definition der DRG H06A in hohem Maße präzisiert werden. Die damit einhergehende höhere Vergütung führt zu einer sachgerechteren Vergütung einiger extrem teurer Fälle in dieser „Rest“-DRG der MDC 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas*.

In der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* konnte durch eine Vielzahl von Maßnahmen eine sachgerechtere Vergütung von Extremkostenfällen erreicht werden: Beispielsweise fielen in den Basis-DRGs I09 *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule* und I10 *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule* Fälle mit bösartiger Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels an der Wirbelsäule sowie Fälle mit sekundärer bösartiger Neubildung des Knochens und des Knochenmarks in Kombination mit einer Strahlentherapie durch erhöhte Kosten auf. Sie werden im kommenden Jahr sachgerecht in die Basis-DRG I06 *Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals* eingruppiert. Ebenfalls in der Basis-DRG I06 kann die für das G-DRG-System 2018 umgesetzte Eingruppierung der Fälle mit Verfahren für dorsale Spondylodese an 6 oder mehr Segmenten in Verbindung mit Verfahren für ventrale Spondylodese an 2 und mehr Segmenten oder dorsal und ventral kombinierte, interkorporale Spondylodese an 2 und mehr Segmenten in die DRG I06A genannt werden.

Wie im Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2017 ausführlich erläutert, wird es im Besonderen zunehmend schwieriger, konservative Extremkostenfälle sachgerecht abzubilden. In der MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* zeigten bestimmte konservative Fälle in der Basis-DRG K64 *Endokrinopathien* deutlich höhere Kosten: Durch die Aufwertung der permanenten Tracheostomie in die Basis-DRG K09 *Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* werden diese Fälle nun mit einer höheren Vergütung in der operativen Partition sachgerecht abgebildet.

Bei Analysen in der MDC 12 *Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane* zeigten Fälle mit transurethraler Behandlung einer Prostatablutung im Vergleich zu den übrigen Fällen der jeweiligen DRG auffällig hohe Kosten. Durch eine Abbildung dieser Fälle in der Basis-DRG M02 *Transurethrale Prostatektomie oder bestimmte andere Operationen an der Prostata* konnte eine sachgerechte Abbildung erreicht werden.

Durch einen komplexen Umbau in der Basis-DRG R63 *Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie* in der MDC 17 *Hämatologische und solide Neubildungen* aufgrund einer Erweiterung der Definition um die Bedingungen der DRGs R61A bis R61C in Kombination mit einer Hauptdiagnose für lymphoblastisches, Burkitt- oder mediastinales großzelliges B-Zell-Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie konnte für einige Fälle mit extrem hohen Kosten eine spürbare Verbesserung ihrer Vergütungssituation erzielt werden.

In der MDC 18B *Infektiöse und parasitäre Krankheiten* sind aus Extremkostensicht zwei Anpassungen hervorzuheben: Der komplexe Umbau der Basis-DRG T01, insbesondere der Split der DRG T01B, sorgt für eine sachgerechtere Vergütung von Fällen mit deutlich höheren Kosten innerhalb dieser DRG. In der Basis-DRG T60 *Sepsis* zeigten Fälle mit Meningokokken- oder Pilzsepsis als Nebendiagnose auffällige Kosten. Durch die Angleichung der Eingruppierung dieser Fälle an die Eingruppierung der Fälle mit Meningokokken- oder Pilzsepsis als Hauptdiagnose und die damit verbundene Aufwertung innerhalb der Basis-DRG T60 konnte die Vergütungssituation vieler konservativer Extremkostenfälle verbessert werden.

Die gerade vorgestellten und zahlreiche weitere Extremkostenumbauten werden in den jeweiligen Abschnitten zu den einzelnen Themengebieten detailliert beschrieben.

Ferner ist auf den vierten Extremkostenbericht hinzuweisen, der voraussichtlich zum 28. Februar 2018 veröffentlicht wird.

3.3.2.8 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-ZE“ 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 konnte bis 2017 dagegen das Zusatzentgelt ZE20XX-98 abgerechnet werden, wenn ein Schwellenwert von 9.500 € für die Summe der im Rahmen der Behandlung des Patienten für Blutgerinnungsfaktoren angefallenen Beträge überschritten wurde.

Wie in den vergangenen Jahren erfolgte eine umfangreiche Analyse aller Fälle mit Gabe von Gerinnungsfaktoren. Neben den ICD-Kodes zur Fallidentifikation und den OPS-Kodes mit factorspezifischer Dosisklasse enthält 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 detaillierte Daten zur kumulativen Dosis und zu den genauen Kosten je Gerinnungsfaktor (aus der ergänzenden Datenbereitstellung) vor, die für eine exakte datenbasierte Analyse zum Schwellenwert unabdingbar sind. Für Daten aus Krankenhäusern, die nicht an der Kostenkalkulation teilnehmen, liegen dagegen weder Kosten noch genaue Dosisangaben zu Gerinnungsfaktoren vor. Aus diesem Grund konnte für diese Fälle nur eine Abschätzung der Kosten mittels eines „Erwartungswertes“ vorgenommen werden. Der Erwartungswert für jeden Faktor wurde wie folgt berechnet: 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 Intervall-Angaben 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 unbekanntes Dosis der Klas-

senmittelwert des Dosisintervalls angenommen. Im Vergleich zu den Vorjahren war die Analyse von Fällen mit besonders hoher Dosierung von Gerinnungsfaktoren im DRG-Datensatz gem. § 21 KHEntgG deutlich verbessert, da in den Daten des Jahres 2016 über eine Erweiterung der Dosisklassen des OPS Version 2016 genauere Daten zur Verfügung standen. Die Analyse der über die OPS-Kodierung abgeschätzten Kosten verdeutlichte wie bereits in den vergangenen Datenjahren, dass bei einem Schwellenwert von 9.500 € weiterhin mehr als zwei Drittel der abgeschätzten Kosten auf nur zwei Gerinnungsfaktoren entfielen (siehe Abb. 19).

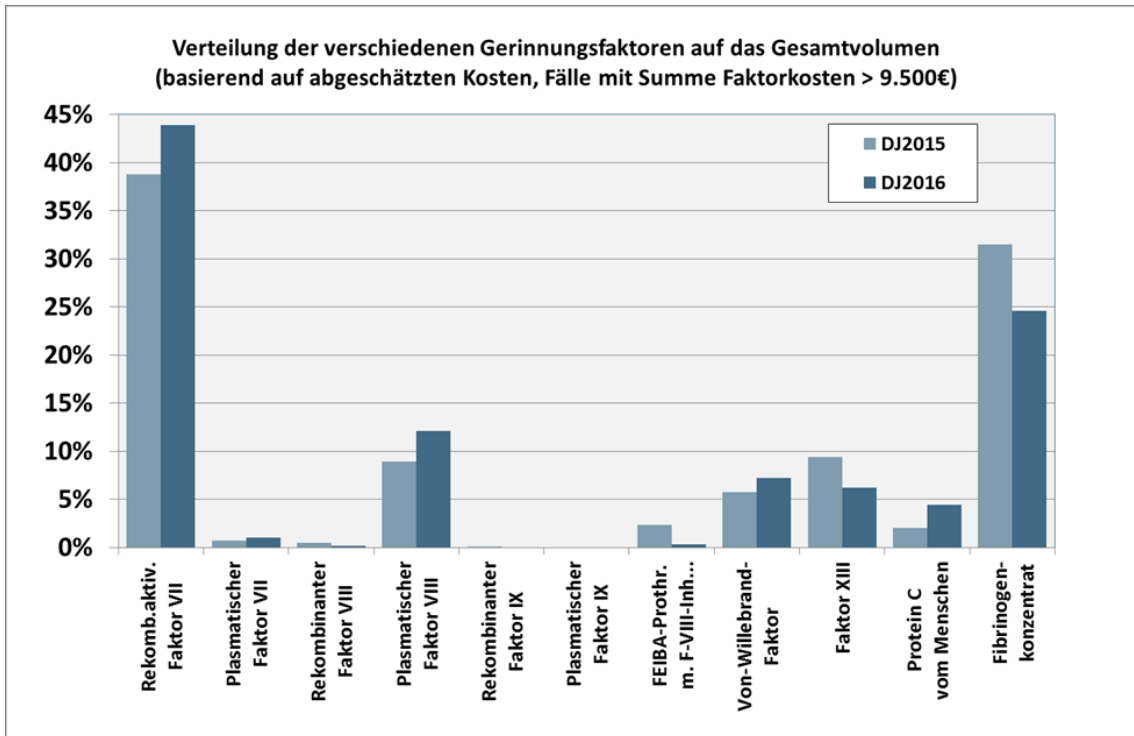


Abbildung 19: Verteilung der Gerinnungsfaktoren auf das Gesamtvolumen der abgeschätzten Kosten (Fälle mit Faktorkosten (Summe) > 9.500 €)

Auf Beschluss der Selbstverwaltung hin wird das bisherige Zusatzentgelt ZE20xx-98 für 2018 gemäß Tabelle 18 differenziert. Die intrabudgetären Zusatzentgelte ZE2018-137 Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII, ZE2018-138 Gabe von Fibrinogenkonzentrat und ZE2018-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren sind über eine Kombination aus OPS- und ICD-Kode-Listen (gemäß Anlage 6 bzw. Anlage 7 des Fallpauschalen-Katalogs) definiert. Für jedes der genannten Zusatzentgelte gilt, dass ab Überschreitung des aufgeführten Schwellenwerts der gesamte für die Behandlung des Patienten angefallene Betrag für die Gabe des entsprechenden Gerinnungsfaktors bzw. der Gerinnungsfaktoren abrechenbar ist.

ZE	Bezeichnung	Schwellenwert
ZE2018-137	<i>Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII</i>	20.000 €
ZE2018-138	<i>Gabe von Fibrinogenkonzentrat</i>	2.500 €
ZE2018-139	<i>Gabe von Blutgerinnungsfaktoren</i>	6.000 € (für die Summe der Faktoren)

Tabelle 18: Intradudgetäre Zusatzentgelte für die Gabe von Blutgerinnungsfaktoren

3.3.2.9 Gastroenterologie

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

Wie in jedem Jahr wurden seitens der Fachgesellschaft zahlreiche Vorschläge zur Anpassung der Abbildung gastroenterologischer Leistungen eingereicht, die auch Dank einer intensiven Kommunikation außerhalb des Vorschlagsverfahrens im Sinne des G-DRG-Systems zum Teil umgesetzt werden konnten. Die einzelnen Umbauten im Bereich der Gastroenterologie sind nachfolgend beschrieben.

Selektive interne Radiotherapie (SIRT) und selektive Embolisation

Das Verfahren der selektiven internen Radiotherapie (SIRT) wird zur Behandlung von Lebertumoren eingesetzt. Für das DRG-System 2017 erfolgte erstmals eine einheitliche Zuordnung betroffener Fälle zur spezifischen DRG H06B *Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie*. Über die DRG hinaus konnte für betroffene Fälle ein unbewertetes Zusatzentgelt geltend gemacht werden. Weitere im G-DRG-System 2017 innerhalb der Basis-DRG H06 *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas* abgebildete Verfahren zur Behandlung von Lebertumoren sind die selektive Embolisation mit Partikeln, Flüssigkeiten oder Metallspiralen. Eingehende Analysen dieser Fälle zeigten, dass Fälle mit selektiver Embolisation mit sonstigen sphärischen Partikeln im Vergleich zu beispielsweise Fällen mit selektiver Embolisation mit radioaktiven Partikeln oder selektiver Embolisation mit Flüssigkeiten unter Verwendung von zwei oder mehr Mikrokathetersystemen mit deutlich geringeren Kosten verbunden waren. Zukünftig werden diese Fälle abgewertet und der DRG H06C *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Diagnose, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation* zugeordnet. Weitergehende Analysen verdeutlichten darüber hinaus, dass bei einer großen Anzahl von Fällen der Basis-DRG H06 mit Lebertumoren eine Kombination aus SIRT und bestimmten selektiven Embolisationsverfahren angewendet wird. Für diese Fälle zeigte sich ein deutlicher Unterschied bezüglich Kostenstruktur und Verweildauer im Vergleich zu anderen Fällen der Basis-DRG H06. Im Ergebnis erfolgt für das G-DRG-System 2018 die Etablierung einer neuen spezifischen Basis-DRG H29Z *Bestimmte selektive Embolisation oder SIRT*. Die beschriebenen Änderungen für das G-DRG-System 2018 sind in

Abbildung 20 dargestellt. Das unbewertete Zusatzentgelt ZE2018-65 *Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Yttrium-90- oder Rhenium-188-markierten Mikrosphären* kann darüber hinaus für betroffene Fälle auch weiterhin geltend gemacht werden.

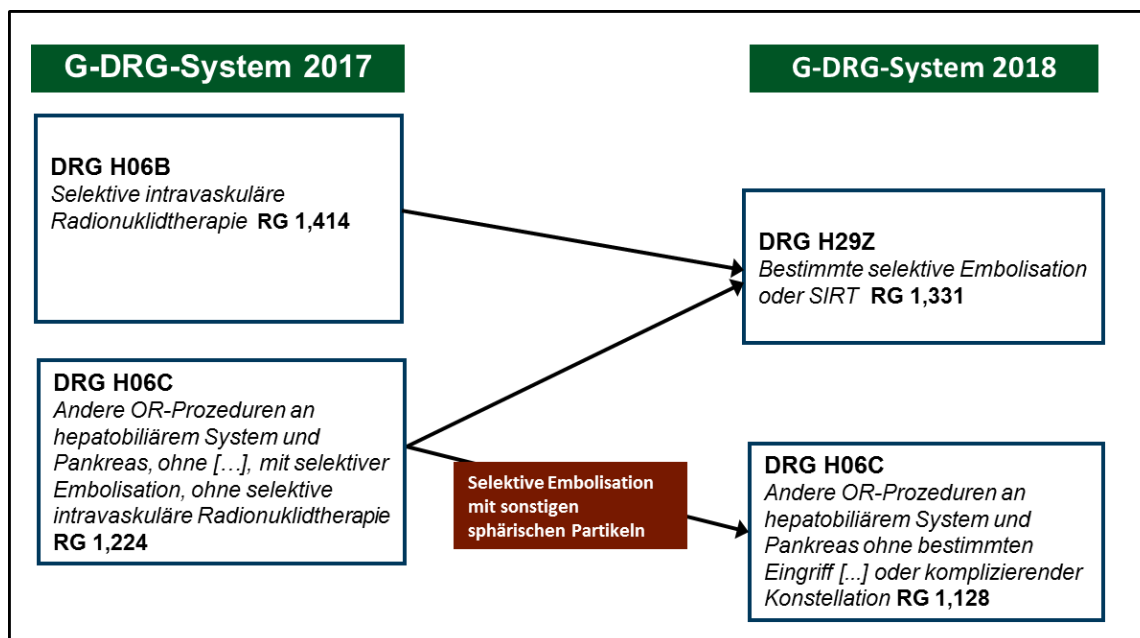


Abbildung 20: Etablierung der neuen Basis-DRG H29Z für Fälle mit bestimmter selektiver Embolisation oder SIRT

Drainage von Pankreaszysten – Entfernung von Pankreasnekrosen

Im Vorschlagsverfahren wurde thematisiert, dass bei Patienten mit nekrotisierender Pankreatitis, einer schweren Verlaufsform der akuten Pankreatitis, Interventionen wie beispielsweise transgastrale/transduodenale Nekrosektomien oder Drainagen von Pankreaszysten aufgrund unvollständiger Nekrosenausträumung oder Bildung von neuen Nekrosen nicht selten mehrfach während eines stationären Aufenthalts wiederholt werden müssen. Diese mehrfachen Eingriffe seien im DRG-System nicht entsprechend ihrem Aufwand abgebildet. Eingehende Analysen der Daten des Jahres 2016 verdeutlichen, dass die Kosten bei dem überwiegenden Teil der betroffenen Fälle eher mit der Verweildauer als mit der Leistung korrelierten und die Fälle über Zuschläge bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer meist weitgehend sachgerecht vergütet sind. Innerhalb der Basis-DRG H41 *ERCP oder bestimmte endoskopische Eingriffe* zeigten sich hingegen bestimmte Fälle in der DRG H41B als nicht sachgerecht vergütet. Im Ergebnis konnten Fälle mit einer Hauptdiagnose für Pankreatitis mit Organkomplikation und bestimmter multipler transgastraler Drainage bzw. Entfernung von Pankreasnekrosen (mindestens drei Prozeduren an drei unterschiedlichen Tagen) in die DRG H41A *Bestimmte ERCP mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, mit Zugang durch retrograde Endoskopie* aufgewertet werden.

Magendaris

Ein Hinweis im Vorschlagsverfahren hatte die Abbildung von Fällen mit der Hauptdiagnose I86.4 *Magendaris* zum Inhalt. Im G-DRG-System 2017 werden diese Fälle in

der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* in der konservativen Basis-DRG F65 *Periphere Gefäßkrankheiten* abgebildet. Hingegen werden Fälle mit einer Hauptdiagnose für *Ösophagusvarizen (I85.-)* – in Abhängigkeit vom Auftreten einer Blutung – in der MDC 06 den DRGs G71Z *Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane* bzw. G73Z *Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag* zugeordnet. Die typischerweise durchgeführten Verfahren der endoskopischen Therapie von Magenvarizen sind in der MDC 05 jedoch nicht abgebildet, sodass die Mehrheit der Fälle der konservativen Basis-DRG F65 zugeordnet wird. Ab 2018 wird die Diagnose I86.4 *Magenvarizen*, wenn sie als Hauptdiagnose verschlüsselt wurde, der MDC 06 zugeordnet und dort – analog der Diagnose für *Ösophagusvarizen ohne Blutung* – als „nicht schwere Krankheit der Verdauungsorgane“ gewertet. Das bedeutet, dass konservativ behandelte Fälle der DRG G71Z und Fälle mit endoskopischer Intervention überwiegend der DRG G50Z *Komplexe therapeutische Gastroskopie und bestimmte andere Gastroskopie [...]* zugeordnet werden.

Endoskopie in der MDC 06

Seit OPS Version 2015 stehen spezifische Prozeduren für die *Endoskopische Geweberaffung oder den Gewebeverschluss durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip* zur Verfügung. Bereits für die G-DRG-Version 2017 wurden die Codes für alle Lokalisationen (Ösophagus, Magen, Darm, Rektum) der DRG G47Z *Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe* zugeordnet. Im Vorschlagsverfahren wurde nun noch einmal auf die hohen Sachkosten für diese Leistung hingewiesen und eine weitere Aufwertung angeregt. Die Analysen ergaben, dass diese Leistung mit der Lokalisation „Darm“ aufwandsentsprechend in die Basis-DRGs G46 *Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie oder therapeutische ERCP*, G47 und G50 aufgenommen und damit analog den komplexen therapeutischen Gastroskopen und den Lokalisationen „Ösophagus“ und „Magen“ bei dieser Leistung bewertet werden konnte.

Erstmals seit 2016 mit dem OPS kodierbar ist eine *Endoskopische Blutstillung durch Auftragen absorbierender Substanzen* (Lokalisationen Ösophagus (5-429.v), Magen (5-449.t3), Darm (5-469.t3) und Rektum (5-489.k)). Im Vorschlagsverfahren wurde die Gleichstellung dieser Leistung mit der als kostengünstiger beschriebenen endoskopischen Blutstillung durch Injektion oder Clippen vorgeschlagen. Im Ergebnis war eine Aufwertung der endoskopischen Blutstillung durch Auftragen absorbierender Substanzen am Ösophagus – analog zur Lokalisation „Magen“ – in die Basis-DRG G46, G47 und G50 und eine Bewertung als „andere Gastroskopie“ möglich.

Komplexbehandlung mit bestimmten Erregern

Die *Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern* war bisher schon in der DRG G77Z abgebildet. Ab 2018 werden in dieser Basis-DRG auch die Prozeduren für die *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern* (OPS 8-98g) ab einer Behandlungsdauer von 10 Tagen bei der Eingruppierung berücksichtigt. Ebenso erstmals gruppierungsrelevant ist hier eine Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, die nicht auf einer speziellen Isoliereinheit erfolgt, ab einer Behandlungsdauer von 7 Tagen. Darüber hinaus wurde eine neue DRG in der Basis-DRG G77 geschaffen, um eine differenzierte Abbildung der Behandlungsdauer und der Behandlung auf einer speziellen Isoliereinheit zu ermöglichen. Detaillierte Informationen zu dieser Thematik finden sich in Kapitel 3.3.2.21.

Weitere Änderungen

■ MDC 06

Basierend auf Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren wurden Fälle mit einer Radiofrequenzablation am Rektum in die DRG G47Z aufgewertet. Dies bedeutet auch eine bessere Vergütung von Kurzliegern. Die ursprünglich beantragte Etablierung eines Zusatzentgelts analog zur Radiofrequenzablation am Ösophagus war wegen sehr uneinheitlichen Sachkosten für diese Leistung und einer nur geringen Anzahl betroffener Fälle in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser nicht möglich.

Die Überprüfung von wenig komplexen Eingriffen hinsichtlich ihrer Eignung als Kostentrenner hat zu einer aufwandsentsprechenden Abwertung und damit zur Präzisierung verschiedener DRGs geführt. Die folgende Auflistung gibt einige Beispiele zu betroffenen Prozeduren und DRGs.

Die Prozeduren für endoskopische Ösophagomyotomie, sonstige endoskopische Inzision des Ösophagus, sonstige lokale endoskopische Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus, lokale endoskopische Destruktion durch sonstige Verfahren bzw. sonstige lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens sowie für sonstige Inzision des Darmes wurden aus der gemeinsamen Splitbedingung der DRGs G46A und G46B gestrichen. Die Abbildung der betroffenen Fälle erfolgt zukünftig in der DRG G46C.

Fälle mit einer Sprengung der Kardialia, Bougierung des Ösophagus, einer sonstigen und nicht näher bezeichneten anderen Operation am Ösophagus, einer endoskopischen Polypektomie mit Schlinge von mehr als zwei Polypen am Magen und einer endoskopischen Mukosaresektion am Magen werden zukünftig nicht mehr der DRG G67A *Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit bestimmten komplizierenden Faktoren*, sondern der DRG G67B zugeordnet.

■ MDC 07

Basierend auf Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren wurden Fälle mit Messung des Lebervenenverschlussdruckes eingehend analysiert. Im G-DRG-System 2018 werden betroffene Fälle entsprechend ihrem Aufwand der Basis-DRG H41 *ERCP oder bestimmte endoskopische Eingriffe* zugeordnet.

Ebenfalls basierend auf Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren werden in der Basis-DRG H09 *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen* zukünftig Fälle mit einer Prozedur für portosystemischem Shunt (TIPSS) mit perkutanem Anlegen von zwei oder mehr gecovernten Stents der DRG H09B *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, [...] mit bestimmtem Eingriff am Pankreas oder bei bösartiger Neubildung* zugeordnet.

3.3.2.10 Geburtshilfe

In diesem Jahr erreichten uns im Vorschlagsverfahren erneut verschiedene Hinweise der Fachgesellschaft zu Themen der Geburtshilfe. Diese bezogen sich sowohl auf Änderungen der G-DRG-Klassifikation, beispielsweise hinsichtlich der Abbildung von protrahierten Geburten oder Fällen mit postpartalen Infektionen, als auch auf den Bereich der Geburtshilfe in den Deutschen Kodierrichtlinien.

Hinsichtlich der Regelungen zur Kodierung von geburtshilflichen Fällen in den Deutschen Kodierrichtlinien wurde erneut die Frage thematisiert, mit welcher Hauptdiagnose Fälle zu verschlüsseln sind, wenn die stationäre Aufnahme nicht zur Entbindung, sondern wegen einer primär nicht geburtshilflichen Erkrankung erfolgte. Je nach Hauptdiagnose erfolgt die Abbildung in einer DRG der MDC 14 *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* oder in der jeweiligen „organspezifischen“ MDC. Gemäß den Regelungen der Kodierrichtlinie 1510 *Komplikationen in der Schwangerschaft* ist bei der Wahl der Hauptdiagnose u.a. zu berücksichtigen, ob die Erkrankung, die zur Aufnahme geführt hat, die Schwangerschaft kompliziert oder durch die Schwangerschaft kompliziert wird. Konfliktpotential ist u.a. dadurch gegeben, dass diese Regelung zum einen Interpretationsspielraum bietet, und zum anderen, dass daraus in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose unterschiedliche DRGs und damit auch unterschiedliche Vergütungen des jeweiligen Falles resultieren können. Die Problematik der Kodierung der betroffenen Fälle wurde erneut in der zuständigen Arbeitsgruppe im Rahmen der Revision der Deutschen Kodierrichtlinien besprochen. Ein abschließendes Ergebnis konnte dazu aber weiterhin nicht erzielt werden.

Der Fokus eigener Analysen lag einerseits auf der Abbildung hochaufwendiger Fälle in der MDC 14. Andererseits wurden operative DRGs, die durch sehr umfangreiche Prozedurenlisten definiert sind, daraufhin untersucht, ob eine Präzisierung der OPS-Listen möglich ist und zu einer sachgerechteren Abbildung eher aufwendigerer Fälle führt. Letzteres betrifft die DRGs O05B *Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, ein Belegungstag od. oh. Cerclage [...]* und O04B *Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma, ohne komplexen Eingriff*, die durch die Funktion „Bestimmte OR-Prozeduren“ bzw. durch die Liste aller OR-Prozeduren definiert sind. Bei der DRG O05B zeigten die Analysen, dass beispielsweise die Exzision von Analfisteln oder erkranktem Gewebe des Analkanals, die operative Behandlung von Hämorrhoiden sowie die Konisation und die Exzision von erkranktem Gewebe der Cervix uteri mit geringeren Kosten verbunden sind. Diese Leistungen wurden für die G-DRG-Version 2018 in die DRG O05C *Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, [...], mit wenig aufwendigem Eingriff oder [...]* abgewertet und damit aufwandsgerecht abgebildet. In der DRG O04B zeigte sich, dass insbesondere Fälle mit den folgenden Leistungen geringere Kosten aufwiesen als die übrigen Fälle dieser DRG:

- Therapeutische Kürettage
- Biopsie ohne Inzision am Endometrium
- Inzision von Gewebe der Perianalregion
- Sonstige und nicht näher bezeichnete Inzision der Bauchwand und der Vagina
- Naht der Vagina
- Sonstige und nicht näher bezeichnete plastische Rekonstruktion der Vagina

Zukünftig werden diese Verfahren demnach der neu etablierten DRG O04C *Stationäre Aufnahme nach Entbindung mit kleinem Eingriff an Uterus, Vagina, Perianalregion und Bauchwand* zugeordnet.

Bezüglich der Abbildung hochaufwendiger Fälle wurden in diesem Jahr erneut die Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung untersucht. Ab einer Anzahl von mindestens 589 Aufwandspunkten bei Kindern und 553 Punkten bei Erwachsenen erfolgt bereits die Zuordnung zur Basis-DRG A36 *Intensivmedizinische Komplexbehand-*

lung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen [...]. Fälle mit mindestens 197 Punkten bei Kindern bzw. 185 Punkten bei Erwachsenen waren in der Basis-DRG O01 *Sectio caesarea* [...] kostenauffällig im Sinne einer nicht sachgerechten Abbildung. Ab 2018 werden die betroffenen Fälle in der DRG O01A *Sectio caesarea* [...] oder mit *IntK* > 196 / 184 / 184 Punkte abgebildet und damit aufgewertet.

3.3.2.11 Gefäßchirurgie und -interventionen / Angiologie

Die MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* teilt sich in verschiedene medizinische Teilgebiete auf. Neben der Behandlung von Erkrankungen des Herzens und der Koronargefäße wird in dieser MDC auch die Behandlung von Erkrankungen nichtkoronarer Arterien und Venen abgebildet. Für 2018 wurde auf Basis der eingesandten externen Vorschläge und zahlreicher interner Analysen im Rahmen des strukturierten Dialogs zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems eine Reihe von Änderungen in diesem Bereich der MDC 05 durchgeführt.

Angiologie

In der ICD-10-GM Version 2016 wurde ein neuer Code für chronisch-venöse Insuffizienz mit Ulzeration (ICD-Kode I87.21) etabliert. Darüber hinaus existieren bereits ICD-10-Kodes für Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration (ICD-Kode I83.0) bzw. mit Ulzeration und Entzündung (ICD-Kode I83.2). In einem Vorschlag wurde einerseits thematisiert, dass alle Diagnosen vom Behandlungsaufwand identisch sind. Andererseits wurde darauf hingewiesen, dass diese Codes im G-DRG-System 2017 unterschiedlich abgebildet sind, was auch zu Kodierstreitigkeiten führen kann. Dabei bezieht sich die unterschiedliche Abbildung sowohl auf die Zuordnung zu konservativen Basis-DRGs in der MDC 05 (siehe Tab. 19) als auch auf eine unterschiedliche Bewertung der Diagnosen in der CCL-Matrix.

ICD-10 Kode	zugeordnete Basis-DRG im G-DRG-System 2017
I87.21	F65: <i>Periphere Gefäßkrankheiten</i>
I83.0, I83.2	F64: <i>Hautulkus bei Kreislaufkrankungen</i>

Tabelle 19: Gruppierungsrelevanz der unterschiedlichen Hauptdiagnosen im G-DRG-System 2017

Die Analysen der betroffenen Fälle mit diesen Diagnosen haben die Annahme bestätigt, dass die Fälle vergleichbare Kosten- und Verweildauerstrukturen aufweisen. Deshalb erfolgt im G-DRG-System 2018 eine aufwandsgerechte Zuordnung von Fällen mit der Hauptdiagnose chronisch-venöse Insuffizienz mit Ulzeration (ICD-Kode I87.21) zur Basis-DRG F64 *Hautulkus bei Kreislaufkrankungen*. Darüber hinaus wurden die Diagnosen für chronisch-venöse Insuffizienz mit Ulzeration und für Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration in der CCL-Matrix gleichgestellt: Beide Diagnosen besitzen im G-DRG-System 2018 keine CCL-Relevanz. Diese Änderungen führen zu einer Angleichung der Erlöse bei inhaltlich ähnlichen Diagnosen mit vergleichbaren Kosten, sodass zukünftig Kodierungsunsicherheiten vermieden werden.

„Reste“-DRG der MDC 05

In den meisten MDCs werden die sogenannten „Reste“-DRGs am Ende der operativen Partition abgefragt. Die Besonderheit der Basis-DRG F21 *Andere OR-Prozeduren bei Kreislaufkrankungen* der MDC 05 ist, dass die kostenaufwendigste DRG dieser Basis-DRG die DRG F21A [...] *mit hochkomplexem Eingriff [...] gemäß ihren mittleren Kosten innerhalb der operativen Partition einsortiert ist. Deshalb ist es möglich, dass Fälle aufgrund ihrer Kosten dieser „Reste“-DRG zugeordnet werden, obwohl sie auch die Bedingungen einer spezifischeren operativen DRG erfüllen. Die umfassenden Analysen zu Kosten- und Verweildauerprofilen zeigten, dass innerhalb der Funktionen für komplizierende Konstellationen, die u.a. in der Definition der DRG F21A verwendet wird, bestimmte Dialyseverfahren nur noch eine eingeschränkte Eignung als Kostentrenner für Fälle der Basis-DRG F21 hatten. Daneben zeigten sich auch bestimmte Fälle der DRG F21A mit großflächiger Transplantation von Spalthaut an Oberarm und Ellenbogen als weniger kostenintensiv.*

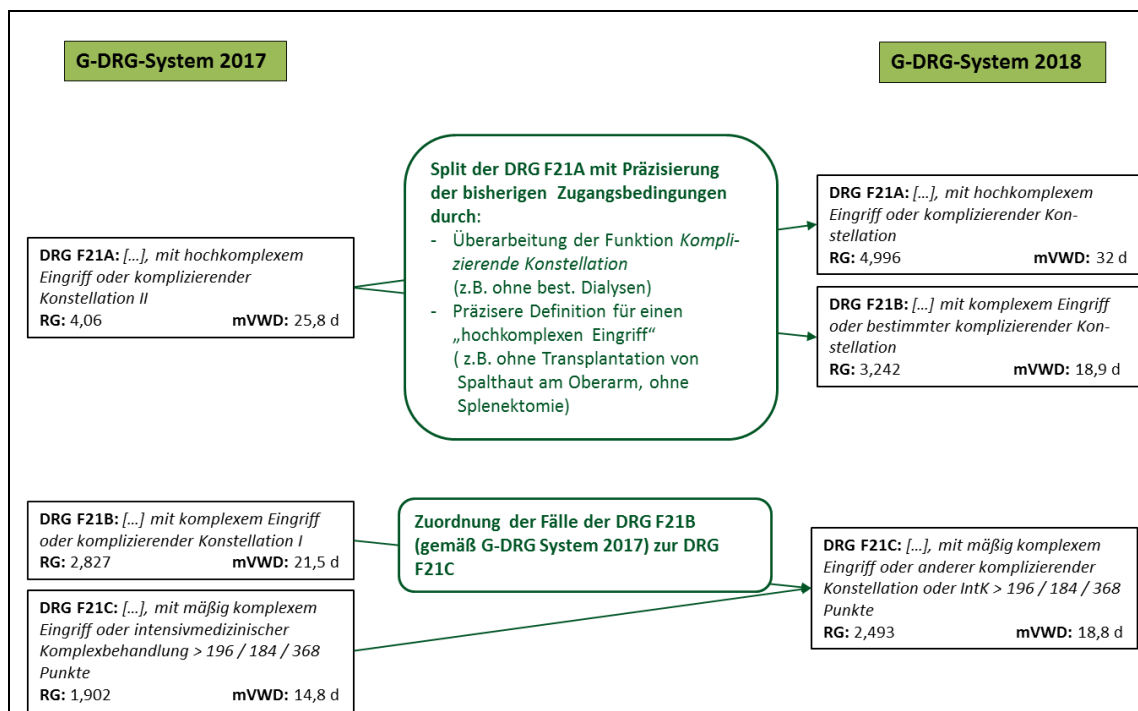


Abbildung 21: Komplexe Neustrukturierung der drei DRGs F21A bis F21C

Auf Basis der umfangreichen Analysen wurden die DRG F21A [...], *mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation* gesplittet und die Definition der DRG F21A präzisiert durch (siehe Abb. 21)

- den Ausschluss weniger aufwendiger Dialysen bzw. Dialysen geringerer Dauer aus den komplizierenden Konstellationen sowie
- den Ausschluss weniger komplexer Verfahren, z.B. für großflächige Transplantation von Spalthaut an Oberarm und Ellenbogen.

Im G-DRG-System 2018 werden der DRG F21B [...] *mit komplexem Eingriff oder bestimmter komplizierender Konstellation* zukünftig weniger aufwendige Fälle der ursprünglichen DRG F21A zugeordnet. Sowohl die DRG F21A als auch die DRG F21B werden innerhalb der operativen Partition gemäß ihren mittleren Kosten einsortiert. Alle

anderen DRGs der Basis-DRG F21 verbleiben hinsichtlich der Abfragereihenfolge am Ende der operativen Partition.

Des Weiteren werden zukünftig einige weniger aufwendige Verfahren für Wundversorgung (u.a. lokale Lappenplastik am Oberschenkel und Knie) nicht mehr den DRGs F21A und F21B zugeordnet. Aufgrund geringer Kostenunterschiede und ähnlicher Verweildauer erfolgte für das G-DRG-System 2018 eine Kondensation der ursprünglichen DRG F21B mit der DRG F21C (siehe Abb. 21). Insgesamt wurde mit den beschriebenen Umstrukturierungen eine deutlich homogenere Kostenstruktur in den Fallmengen der DRGs F21A bis F21C erreicht.

Im G-DRG-System 2017 wurden bestimmte Fälle mit einer Hauptdiagnose aus der MDC 05 und bestimmten Prozeduren für Exzision an Muskeln, Sehnen und Faszien der Basis-DRG 801 *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose* (MDC 24) zugeordnet und damit einem Vorschlag zufolge nicht sachgerecht abgebildet. Die eingehenden Analysen der betroffenen Fälle bestätigten dies. Im G-DRG-System 2018 wurden die genannten Prozeduren in die Definition der Basis-DRG F21 aufgenommen (siehe Abb. 22). Eine Eingruppierung erfolgt dabei vor allem in die DRG F21E *Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, [...], ohne bestimmten anderen Eingriff*. Im Rahmen des beschriebenen Umbaus erfolgte eine Aufwertung bestimmter aufwendigerer Eingriffe (z.B. Debridement eines Muskels am Rücken) aus der DRG F21E in die DRG F21D *Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen [...] mit bestimmtem anderen Eingriff* (siehe Abb. 22).

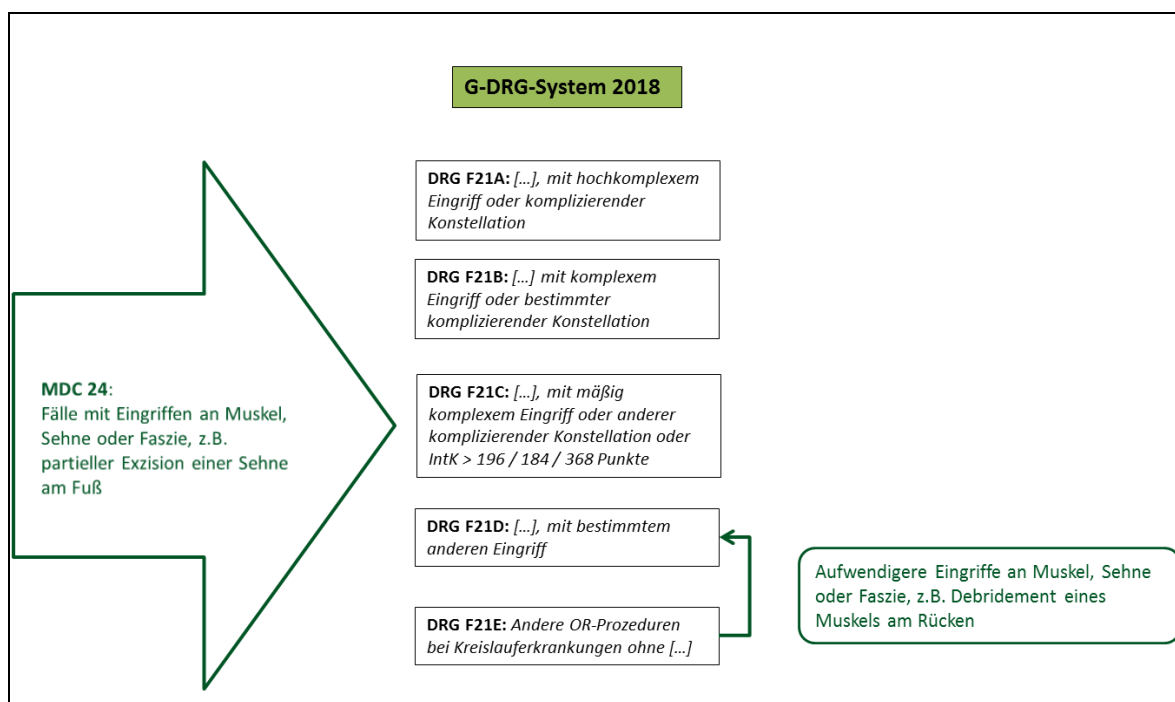


Abbildung 22: Integration von Fällen der MDC 24 (vornehmlich Basis-DRG 801) in die Basis-DRG F21

Weitere Umbauten innerhalb der operativen Partition

Ein Großteil der externen Hinweise aus dem Strukturierten Dialog für das G-DRG-System 2018 bezog sich auf sachkostenlastige Leistungen zur Rekanalisierung von

Gefäßen, beispielsweise Angioplastie-Verfahren. Diese werden vornehmlich in den Basis-DRGs F14 *Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe [...]* und F59 *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe* abgebildet. In diesen Basis-DRGs werden Fälle mit verschiedenen Verfahren für periphere Gefäßinterventionen, wie beispielsweise Ballonangioplastie oder Stentimplantation, aber auch offen chirurgische Gefäßeingriffe differenziert abgebildet. Spezifische Fallkonstellationen, z.B. Mehrfacheingriffe oder Fälle mit komplizierenden Konstellationen, werden vor allem in der Basis-DRG F14 abgebildet, weniger komplexe Konstellationen vor allem in der Basis-DRG F59.

Im Vorschlagsverfahren gab es einen Hinweis zur unterschiedlichen Abbildung zweier konkurrierender Gefäßinterventionen. Die Verfahren Laser-Angioplastie und Rotations-thrombektomie seien bei vergleichbaren Kosten im G-DRG-System 2017 in den Basis-DRGs F14 *Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe [...]* und F59 *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe* unterschiedlich abgebildet. Das Ergebnis der Analysen zur unterschiedlichen Gruppierungsrelevanz (siehe Tab. 20) in den Basis-DRGs F14 und F59 zeigte auf Basis der Kalkulationsdaten aus dem Datenjahr 2016, dass diese nicht mehr für jede berechnete Konstellation kostenentsprechend war. Im G-DRG-System 2018 erfolgt deshalb innerhalb der Basis-DRG F14 eine sachgerechte Gleichstellung beider Verfahren: Fälle mit einem Verfahren zur Laser-Angioplastie werden entsprechend den Fällen mit einem Verfahren für Rotationsthrombektomie nur noch für bestimmte Lokalisationen der Basis-DRG F14 zugeordnet.

Fälle mit Verfahren für...	Basis-DRG F14	Basis-DRG F59
... Laser-Angioplastie	Das Verfahren ist in Kombination mit weiteren komplizierenden Faktoren bei Anwendung an allen (kodierbaren) Gefäßlokalisationen gruppierungsrelevant	Zuordnung zur DRG F59B
... Rotationsthrombektomie	Das Verfahren ist in Kombination mit weiteren komplizierenden Faktoren nur bei Anwendung an bestimmten Gefäßlokalisationen gruppierungsrelevant	Zuordnung zur DRG F59A

Tabelle 20: Ausgangslage: Abbildung der Verfahren im G-DRG-System 2017

Innerhalb der Basis-DRG F59 zeigte sich die Gleichstellung beider Verfahren als nicht sachgerecht, sodass auch für das G-DRG-System 2018 dort weiterhin eine unterschiedliche Gruppierungsrelevanz beider Verfahren besteht.

Einem weiteren Hinweis folgend, konnten innerhalb der Basis-DRG F59 Fälle mit Verwendung eines Mikrodrahtretrieversystems zur Thrombektomie [...] durch Aufnahme in die DRG F59B aufgewertet werden. Interne Analysen führten zu einer sachgerechten Abwertung von Fällen der DRGs F59B und F59C mit weniger kostenintensiven Eingriffen, z.B. Patchplastik an Gefäßen der oberen und unteren Extremität innerhalb der Basis-DRG F59.

Als Ergebnis vorwiegend interner Analysen waren die Basis-DRGs F14 und F59 ebenfalls von einer Reihe Basis-DRG-übergreifender Umbauten betroffen: So erfolgte beispielsweise eine Umleitung von Fällen mit bestimmten gefäßchirurgischen Eingriffen aus der MDC 21B *Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten* in die MDC 05 mit differenzierter Eingruppierung der Fälle in die Basis-DRGs F14 und F59, z.B. bei Fällen mit einem Verfahren zur Naht an der A. radialis, da diese Fälle keinen von der Hauptdiagnose abhängigen Kostenunterschied zeigten. Des Weiteren erfolgte eine sachgerechte Neuordnung von Fällen der Basis-DRGs F14 bzw. F59 mit einer Prozedur für andere plastische Rekonstruktionen von Blutgefäßen an tiefen Venen für die Lokalisation V. femoralis zur Basis-DRG F39 *Unterbindung und Stripping von Venen*. Fälle mit diesem Verfahren zeigten ein ähnliches Kostenprofil wie Fälle der Basis-DRG F39 mit beispielsweise einem Verfahren zur *Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping*.

Eine größere Anzahl von Änderungen ergab sich als Ergebnis umfassender interner Analysen auch für die Basis-DRG F08 *Rekonstruktive Gefäßeingriffe*. Die Basis-DRG F08 bietet als sechsfach gesplittete DRG die Möglichkeit, kostenentsprechend differenziert Fälle mit verschiedenartigsten Gefäßeingriffen abzubilden. So sind hier sowohl Fälle mit rekonstruktiven Eingriffen an größeren Gefäßen, z.B. an der Aorta, zu finden (ähnlich Fällen der Basis-DRGs F51 *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta* und F42 [...] *best. rekonstruktive Gefäßeingriffe oh. Herz-Lungen-Maschine m. kompl. Eingriff*) als auch Fälle mit komplexen Eingriffen an peripheren, kleineren Gefäßen, z.B. femoropedale Bypässe bei höhergradiger peripherer arterieller Verschlusskrankheit oder Verschluss von peripheren Gefäßen durch Embolie oder Thrombose (d.h. bei Fällen mit vergleichbaren Indikationen wie in den Basis-DRGs F14 und F59).

Analysen zeigten, dass Fälle mit einigen Gefäßeingriffen und Konstellationen (z.B. bei unspezifischer Kodierung einer Anastomosenrevision) innerhalb der Basis-DRG F08 nicht mehr sachgerecht abgebildet waren. So erfolgte für das G-DRG-System 2018

- eine Präzisierung der „Mehr-Etagen-Logik“ der DRGs F08B und F08D, sodass z.B. für einen Fall das Anlegen eines iliofemorales Shunt und Bypasses in Kombination mit einer Endarteriektomie der Arteria iliaca externa nicht mehr als Mehr-Etagen-Eingriff gewertet wird,
- die Streichung der Diagnose für thorakoabdominales Aortenaneurysma, ohne Angabe einer Ruptur aus der Bedingung thorakoabdominales Aneurysma der DRG F08A (und der DRG F42Z) und damit eine den Kosten entsprechende Abwertung von Fällen mit dieser Hauptdiagnose,
- des Weiteren eine sachgerechte Neuordnung von Fällen der DRGs F08B, F08C und F08D mit verschiedenen weniger kostenintensiven Verfahren, z.B. zur Resektion und Ersatz von Blutgefäßen an Arterien des Oberschenkels, innerhalb der Basis-DRG F08.

In einigen DRGs der operativen Partition wird neben der Behandlung erkrankter Gefäße im engeren Sinne auch die Behandlung von Komplikationen einer Gefäßerkrankung abgebildet. Dies betrifft z.B. die Versorgung eines Ulkus (u.a. in der „Reste“-DRG F21, vgl. oberer Abschnitt), die spezifische Behandlung des diabetischen Fußsyndroms (Basis-DRG F27 *Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen*) und den Extremitätenverlust, z.B. infolge einer Ischämie (Basis-DRGs F13 *Amputation bei Kreislaufkrankungen an oberer Extremität und Zehen* und F28 *Amputation außer an oberer*

Extremität und Zehen). In diesem Jahr war auch ein Teil dieser DRGs von Umbauten betroffen.

So waren im G-DRG-System 2017 innerhalb der Basis-DRG F13 mehr als 2.000 Prozeduren als „Revisions- und Rekonstruktionseingriffe“ bei mehrzeitigem Vorgehen in der DRG F13A gleichwertig gruppierungsrelevant. Dies waren z.B. Verfahren zur Amputation und Gelenkoperationen, aber auch Prozeduren für bestimmte Nahtverfahren (Naht zur Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut). Im Rahmen interner Analysen zeigte sich eine Reihe von Prozeduren als nicht mehr mit höheren Kosten verbunden. So wiesen beispielsweise Fälle mit Prozeduren für Inzisionen am Knochen, besonders Sequesterotomien, geringere Kosten auf als andere Fälle der DRG F13A. Für das G-DRG-System 2018 erfolgte eine sachgerechte Streichung der Gruppierungsrelevanz dieser Prozeduren aus den Bedingungen für mehrzeitige Revisions- und Rekonstruktionseingriffe der DRG F13A *Amputation bei Kreislaufkrankungen [...] mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen*.

Als Ergebnis interner Analysen erfolgte auch eine sachgerechte Neuordnung von Fällen innerhalb der Basis-DRG F27 *Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen*. So wurden für das G-DRG-System 2018 weniger kostenintensive Fälle der DRG F27A mit Gefäßeingriffen (u.a. mit Anlage eines Shuntes und Bypasses an Femoralgefäßen) der DRG F27B und Fälle der DRG F27C (u.a. mit Tenotomien an verschiedenen Lokalisationen) der DRG F27D zugeordnet.

3.3.2.12 Geriatrie

Im Vorjahr wurden einzelne, mitunter nur in kleinen Fallzahlen vorliegende Leistungen zu drei Kodetabellen mit „mäßig aufwendigen“, „aufwendigen“ und „hochaufwendigen“ Behandlungen zusammengefasst und MDC-übergreifend in mehreren Basis-DRGs als Kostentrenner verwendet. Im Rahmen des Strukturierten Dialogs wurde nun auch die Aufnahme der bislang nicht gruppierungsrelevanten geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung mit mindestens 7 Behandlungstagen in diese „Mäßig aufwendige Behandlung“ vorgeschlagen. Die entsprechende Tabelle beinhaltet u.a. Prozeduren für komplett parenterale Ernährung, Komplexbehandlung bei Epilepsie und Parkinson bzw. bei MRE, Rheuma, Palliativmedizin, die Neurologische Komplexbehandlung bis 72 Stunden sowie Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen und findet bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, des Kreislaufsystems und der Harnorgane Anwendung. In den durchgeführten Analysen wiesen die Fälle mit weniger als 14 Tagen geriatrischer Komplexbehandlung nicht so hohe Kosten auf wie die anderen in dieser Tabelle zusammengefassten Leistungen und zeigten sich in ihren jeweiligen DRGs sachgerecht vergütet.

Die Abbildung geriatrischer Leistungen im G-DRG-System bleibt 2018 im Vergleich zum Vorjahr unverändert – 17 spezifische DRGs in 11 verschiedenen MDCs stellen die Abbildung geriatrischer Leistungen im G-DRG-System sicher.

3.3.2.13 Globale Funktionen und Komplizierende Konstellationen

In der G-DRG-Klassifikation gibt es logische Definitionen und Ausdrücke, die an mehreren Stellen des Gruppierungsalgorithmus – auch MDC-übergreifend – vorkommen. Zur Vereinfachung der Logiken insgesamt und zur leichteren Handhabung jener logischen

Ausdrücke im Algorithmus werden sie in „(globalen) Funktionen“ zusammengefasst. Funktionen beinhalten Prozeduren und ggf. Diagnosen, die in unterschiedlichen Behandlungszusammenhängen jeweils einen höheren Ressourcenverbrauch bedingen. Beispielhaft lassen sich die globalen Funktionen „Komplexe OR-Prozeduren“ und „Bestimmte OR-Prozeduren“ oder die sechs „Komplizierende Konstellationen“-Funktionen nennen, in denen bestimmte, insbesondere intensivmedizinisch relevante Prozeduren und Diagnosekombinationen im G-DRG-System abgebildet werden, die mit einem höheren Ressourcenbedarf einhergehen. Die im G-DRG-System 2018 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, an welchen Stellen des Gruppierungsalgorithmus die Funktionen verwendet werden.

Zu den fortwährenden Aufgaben der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems zählt die Untersuchung der einzelnen Bestandteile aller Funktionen auf ihre weitere Eignung als Kostentrenner. Im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Algorithmus werden nicht nur die Funktionen als solche überprüft. Es wird ferner analysiert, ob sich die Funktionen in den Definitionen der DRGs weiterhin als Kostentrenner eignen und ob neue Einsatzmöglichkeiten der Funktionen, ggf. auch in modifizierter Form, bestehen. Wie im letztjährigen Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems beschrieben, war die Etablierung modifizierter Funktionen erforderlich, um MDC- bzw. (Basis-)DRG-spezifische Besonderheiten zu berücksichtigen.

Auch im Vorschlagsverfahren werden immer wieder Vorschläge zur Überprüfung einzelner Codes in den Funktionen, insbesondere der „Komplizierenden Konstellationen“ eingereicht. Im Vorschlagsverfahren 2018 waren dies u.a. folgende Vorschläge:

- Codeaufnahme der Prozeduren für Tracheostomie in die Funktion „Bestimmte OR-Prozeduren“
- Codeaufnahme der Prozedur für die transorale Resektion der Wange mit plastischer Rekonstruktion mit einem freien mikrovaskulär-anastomosierten Transplantat in die Tabelle „Komplexe OR-Prozeduren“
- Überprüfung der Funktionen „Komplizierende Konstellationen“ hinsichtlich der Prozeduren für die Gabe von Thrombozytenkonzentraten
- Kodestreichung der Prozeduren für die Transfusion von Erythrozytenkonzentraten aus den Funktionen „Komplizierende Konstellationen“

Im Vergleich zum G-DRG-System 2017 wurden im Ergebnis drei weitere Funktionen für „Komplizierende Konstellationen“ mit den zusätzlichen Bezeichnungen F06, F21 und H06 neu etabliert. Dabei handelt es sich um eine Anpassung der Funktion „Komplizierende Konstellationen I“ bei Prozeduren, die starke Überschneidungen zu Inhalten der Basis-DRGs F06, F21 und H06 aufweisen und deshalb dort keinen Mehraufwand begründen, wie z.B. die Gabe von zwei Thrombozytenkonzentraten, das Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung sowie bestimmte therapeutische Drainagen und Dialysen. In den DRGs F03A *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierender Konstellation oder bestimmter Zweifacheingriff*, F06A *Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation [...]*, F06C *Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit kompl. Konstellation [...]* und F07A *Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Konstellation [...]* wird die neue Funktion „Komplizierende Konstellationen F06“ im Gruppierungsalgorithmus verwendet;

bei den ersten drei DRGs ersetzt sie die Funktion „Komplizierende Konstellationen I“. In der Basis-DRG F21 *Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen* ist neben den Funktionen „Komplizierende Konstellationen I“ und „Komplizierende Konstellationen II“ nun auch die Funktion „Komplizierende Konstellationen F21“ gruppierungsrelevant. In der Basis-DRG H06 *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas* wird nun zusätzlich auch die Funktion „Komplizierende Konstellationen H06“ als Kostentrenner verwendet. Die Funktion „Komplizierende Konstellationen I“ ersetzt in der DRG G19A *Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, mit komplizierender Konstellation [...] im G-DRG-System 2018 die dort bislang verwendete Funktion „Komplizierende Konstellationen II“. In der DRG A07B *Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 4900 / 4600 / 4600 Punkte [...] erwies sich die Funktion „Komplizierende Konstellationen Prä-MDC“ hingegen nicht mehr als geeigneter Kostentrenner. Sie ist im G-DRG-System 2018 deshalb dort nicht mehr für die Eingruppierung relevant.**

Im Rahmen der Überarbeitung der Funktion „Komplexe OR-Prozeduren“ zeigten Verfahren wie die thorakoskopische Pleurolyse, bestimmte Adhäsiolysen an Lunge und Brustwand bzw. die lokale thorakoskopische Pleurektomie in der Basis-DRG R01 keinen Mehraufwand mehr. Deshalb sind sie im G-DRG-System 2018 dort nicht mehr als „Komplexe OR-Prozeduren“ gruppierungsrelevant.

Darüber hinaus gibt es im G-DRG-System 2018 zwei neue Funktionen „Komplexe OR-Prozeduren“ mit dem Namenszusatz „Gastro“ und „Leber“. Bei beiden Funktionen handelt es sich um eine Anpassung der Funktion „Komplexe OR-Prozeduren“ bei Eingriffen, die teilweise definitorischer Inhalt der Basis-DRGs G12 *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen* und H06 sind, z.B. die lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber bzw. des Pankreas, bestimmte Operationen an den Gallengängen und die partielle und (sub-)totale peritoneale Peritonektomie. Die neuen Funktionen „Komplexe OR-Prozeduren Gastro“ und „Komplexe OR-Prozeduren Leber“ sind in den DRGs G10Z *Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz*, G12A *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur*, H06A *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit [...] bestimmten komplizierenden Faktoren* und H06B *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit [...] komplexer OR-Prozedur [...] anstelle der Funktion „Komplexe OR-Prozeduren“ gruppierungsrelevant.*

Die Anpassungen bei der Funktion „Komplexe Vakuumbehandlung“ im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2018 werden ausführlich in Kapitel 3.3.2.18 beschrieben.

Damit wurden im G-DRG-System erneut bestehende Funktionen in bestimmten DRGs im Rahmen kleiner Detailänderungen modifiziert, um auch in diesen Zusammenhängen (weiter) als geeignete Kostentrenner eingesetzt werden zu können.

3.3.2.14 Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

In der MDC 03 sind die Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses bereits hochdifferenziert abgebildet. Dennoch konnte aufgrund von Vorschlägen im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2018 und interner Analysen die Abbildung der Fälle im G-DRG-System 2018 weiter verbessert werden.

Im G-DRG-System 2017 wurden Fälle mit komplexen Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals bei bestimmten unspezifischen Hauptdiagnosen, wie z.B. *bösartiges Melanom sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes* nicht in der MDC 03, sondern in der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* abgebildet. Im Vorschlagsverfahren 2018 wurde darauf hingewiesen, dass solche Fälle in der MDC 03 *Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses* differenzierter abbildbar sind.

Eine Lösung des Problems durch Verschiebung der betroffenen Hauptdiagnosen aus der MDC 09 in die MDC 03 war nicht möglich, da diese nicht spezifisch genug sind und nicht nur Fälle mit Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses betrifft. Nach der Analyse der Fälle wurde eine Umleitung mit einer prozedurenbedingten Verknüpfung aus der MDC 09 in die MDC 03 und in die Basis-DRG D02 *Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals* etabliert, um Fälle mit bösartigem Melanom am Kopf und Hals, die die Bedingung der Basis-DRG D02 erfüllen, sachgerecht abzubilden. Auf diese Weise wurden nur Fälle verschoben, die aufgrund ihrer Operation eindeutig der MDC 03 zuzuordnen sind.

Des Weiteren wurde im Vorschlagsverfahren darauf hingewiesen, dass Fälle mit einer Prozedur für Einführung oder Wechsel eines aktiven mechanischen Hörimplantats unabhängig von ihrer Hauptdiagnose in der spezifischen DRG D23Z *Implantation eines aktiven mechanischen Hörimplantates* abgebildet sein sollten. Betroffene Fälle wurden analysiert und als Ergebnis wurde die vorhandene Umleitung für Kochleaimplantation aus der Prä-MDC in die MDC 03 um Fälle mit Implantation eines aktiven mechanischen Hörimplantats erweitert, sodass diese zukünftig direkt der DRG D23Z zugeordnet werden.

Einem weiteren Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend, wurden Fälle mit bestimmten aufwendigeren Prozeduren für äußere Inzision und Drainage im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich untersucht, die in der DRG D40Z *Zahnextraktion und -wiederherstellung* abgebildet sind, während Eingriffe mit ähnlichem Aufwand in die Basis-DRG D06 eingruppiert werden. Solche Prozeduren wurden entsprechend ihren Kosten in die Basis-DRG D06 aufgenommen, sodass die Fälle zukünftig dort sachgerecht abgebildet werden.

Im Vorschlagsverfahren wurde angeregt, die Abbildung von Kindern und Jugendlichen mit Infektionen der oberen Atemwege bei Durchführung einer Drainage des Liquor cerebrospinalis oder in Verbindung mit Prozeduren für lumbale Liquorpunktion, CT oder MRT zu überprüfen. Solche Fälle wurden im G-DRG-System 2017 in die DRG D62Z [...] *Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre* eingruppiert. Die Prozeduren für lumbale Liquorpunktion, CT oder MRT erwiesen sich nicht als geeignete Splitkriterien. Kinder mit einer Liquordrainage dagegen wiesen höhere Kosten auf, sodass diese zukünftig in der höher bewerteten DRG D63Z *Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter < 3 Jahre oder bei Vorhandensein einer Liquordrainage, Alter < 18 Jahre* sachgerecht abgebildet werden.

Auf internen Analysen basierend wurden Fälle mit bestimmten Prozeduren für weniger komplexe plastische Rekonstruktion an der Ohrmuschel bei geringeren Kosten hauptsächlich innerhalb der Basis-DRG D30 *Tonsillektomie [...] oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund u. Hals [...] niedriger bewerteten DRGs* zugeteilt. Genauso wurden Fälle mit kleinflächiger Hauttransplantation am Kopf aus der DRG D29Z *Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals [...] in die DRG D30A* verschoben und werden so zukünftig kostenentsprechend geringer vergütet.

Des Weiteren wurden weniger aufwendige Eingriffe am Kiefergelenk, Haut und Unterhaut aus der DRG D12A *Andere aufwendige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals* gestrichen und werden zukünftig in der DRG D12B abgebildet. Zudem wurden weniger aufwendige Prozeduren zur Alveolarkammplastik aus mehreren DRGs der MDC 03 gestrichen und werden zukünftig in der Basis-DRG D13 *Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals* entsprechend ihren geringeren Kosten abgebildet.

Aufgrund des fehlenden Kostenunterschieds wurden die DRGs D61A *Komplexe Gleichgewichtsstörung, Hörverlust oder Tinnitus* und D61B *Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) außer komplexe Gleichgewichtsstörungen, Hörverlust, Tinnitus* (G-DRG-System 2017) zur DRG D61Z *Gleichgewichtsstörung, Hörverlust und Tinnitus* kondensiert. Genauso wurden bei sehr ähnlichem Kosten- und Verweildauer-Profil die DRGs D65Z *Verletzung und Deformität der Nase* und D66Z *Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals* (G-DRG-System 2017) zur DRG D65Z *Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals oder Verletzung und Deformität der Nase* zusammengefasst.

3.3.2.15 Infektiöse und parasitäre Krankheiten

Fälle mit infektiösen und parasitären Krankheiten ohne klaren Bezug zum Organsystem werden im G-DRG-System vor allem in die DRGs der MDCs 18A *HIV* und 18B *Infektiöse und parasitäre Krankheiten* eingruppiert. Dies betrifft insbesondere Fälle mit Sepsis. In diesem Abschnitt wird die klassifikatorische Weiterentwicklung des G-DRG-Systems in diesen beiden MDCs beschrieben, wohingegen auf die Abbildung von Fällen mit Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE] bzw. nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern ausführlich in Kapitel 3.3.2.21 eingegangen wird.

Im diesjährigen Vorschlagsverfahren wurde lediglich ein Vorschlag eingereicht, der die in diesem Abschnitt beschriebenen MDCs betrifft: Der Vorschlag zielt auf eine Überprüfung der Abbildung von Fällen mit Hauptdiagnose B02.9 *Zoster ohne Komplikationen*, die regelhaft zu einer Eingruppierung in die MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* führt, im Vergleich zu Fällen mit einer Hauptdiagnose Zoster mit einer Komplikation (z.B. über die ICD-Kodes B02.7 oder B02.8), die in der MDC 18B abgebildet sind. Aufgrund des Analyseergebnisses ergab sich hier kein Anpassungsbedarf.

Die operativen Fälle der MDC 18B werden neben der intensivmedizinischen DRG T36Z *Int. Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandsp. [...] od. OR-Proz. [...] m. komplexer OR-Proz., kompliz. Konst. oder bei Zust. n. Organtranspl. mit int. Komplexbeh. > 392 / 368 / - Aufwandsp.* vor allem in der Basis-DRG T01 *OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten* abgebildet. Da bereits „irgendeine“ operative Prozedur aus der Tabelle „Alle OR-Prozeduren“ zur Erfüllung der Zugangsbedingung zur Basis-DRG T01 genügt, findet sich in dieser Basis-DRG – ähnlich einer „Reste“-DRG bzw. den Sonstigen DRGs in der MDC 24 – ein sehr breites Spektrum an operativen Behandlungen wieder. Im G-DRG-System 2017 war die Basis-DRG T01 in vier DRGs gegliedert. Die Inhomogenität der Fallzusammensetzung in der Basis-DRG T01 wird im G-DRG-System 2018 nun mit fünf statt bisher vier DRGs differenzierter abgebildet: Ein Split der bisherigen DRG T01B anhand der Bedingung „äußerst schwere CC oder bestimmter operativer Eingriff (z.B. bei Hüftendoprothesen oder an Brustwand)“ trägt zu einer sachgerechteren Abbildung der Fälle dieser DRG in nun zwei DRGs bei. Erstmals ist dabei in der Basis-DRG T01 der PCCL gruppierungsrelevant, was eine umfassende Überprüfung und Neubewertung der Diagnosen in der CCL-Matrix bezüglich der Basis-

DRG T01 notwendig machte. Des Weiteren werden aufgrund geringerer Kosten im G-DRG-System 2018 Fälle mit weniger aufwendigen Eingriffen an Pleura, Blutgefäßen und Oberbauchorganen nun nicht mehr in die DRG T01A, sondern in die DRGs T01B und T01C eingruppiert. Fälle mit äußerst schweren CC und bestimmten operativen Eingriffen werden hingegen aufgrund höherer Kosten aus den DRGs T01D und T01E in die DRG T01B aufgewertet.

Weitergehende Analysen zeigten, dass bestimmte Hauptdiagnosen (z.B. A41.51 *Sepsis: Escherichia coli [E. coli]*, A41.58 *Sepsis: Sonstige gramnegative Erreger* oder R57.1 *Hypovolämischer Schock*) und bestimmte operative Eingriffe (z.B. 5-346.2 für einen offen chirurgischen Verschluss einer Fistel) aufgrund ihrer Kosten in den DRGs T01B und T01C nicht sachgerecht vergütet sind. Diese Fälle werden im G-DRG-System 2018 nun den DRGs T01D und T01E zugeordnet. Aufgrund niedriger Kosten fielen ferner Fälle mit bestimmten operativen Eingriffen in der DRG T01D auf, u.a. Fälle mit bestimmten Operationen an den Nasennebenhöhlen, Mund und Gesicht, bestimmten Operationen an den Sehnen der Hand, mit chirurgischer Wundtoilette an Unterschenkel und Fuß bzw. Unterarm und Hand, mit Entfernung eines Medikamententrägers oder Osteosynthesematerials sowie mit bestimmten therapeutischen Drainagen. Im G-DRG-System 2018 werden diese Fälle nun in die DRG T01E sachgerecht eingruppiert.

Die Basis-DRG T60 *Sepsis*, in der Fälle mit Hauptdiagnose Sepsis abgebildet werden, war in den vergangenen Jahren immer wieder Gegenstand zahlreicher Analysen und Anpassungen im G-DRG-System. Obwohl die in sieben DRGs ausdifferenzierte Basis-DRG T60 formal zur medizinischen Partition gehört, beinhaltet sie aufgrund der Sortierung in die operative Basis-DRG T01 auch operative und andere interventionelle Fälle. Im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems zeigte sich in diesem Jahr nur ein geringer Anpassungsbedarf: Im G-DRG-System 2017 führten äußerst schwere CC oder eine Meningokokken- oder Pilzsepsis als Hauptdiagnose in die DRGs T60B und T60C. Aufgrund höherer Kosten werden zukünftig zusätzlich Fälle mit Meningokokken- oder Pilzsepsis als Nebendiagnose in die beiden DRGs eingruppiert und damit aufgewertet.

Eine weitere Detailveränderung ist auch in der Basis-DRG T64 *Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten* zu verzeichnen: Durch eine Kombination des Altersplits Alter < 16 Jahre in der DRG T64A *Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit bestimmter komplexer Diagnose [...]* mit den Nebendiagnosen Agranulozytose, Neutropenie, Thrombozytopenie sowie Zustand nach Organtransplantation konnte hier eine verbesserte Kostentrennung erreicht werden.

In der MDC 18A ergeben sich im G-DRG-System 2018 – wie in den Vorjahren – keine nennenswerten Veränderungen.

3.3.2.16 Intensivmedizin

Am Beginn des Algorithmus des G-DRG-Systems werden in der Prä-MDC neben einigen speziellen Konstellationen, wie beispielsweise teilstationären oder unbewerteten DRGs, die besonders kostenintensiven Fallpauschalen abgefragt. Hierzu gehören neben den Transplantationen auch sechs Basis-DRGs, die über eine unterschiedliche Anzahl von Beatmungsstunden definiert sind:

- A18 *Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion*

- A06 *Beatmung > 1799 Stunden*
- A07 *Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte*
- A09 *Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2352 / 1932 / 2208 Aufwandspunkte*
- A11 *Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte*
- A13 *Beatmung > 95 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte*

In den vier Basis-DRGs A07, A09, A11 und A13 kann sich dabei die Anzahl der benötigten Beatmungsstunden bei gleichzeitigem Vorliegen hoher Punktzahlen für intensivmedizinische Komplexbehandlung reduzieren. Für deren Verschlüsselung stehen neben den Prozeduren für die aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung – dem sogenannten „Super-SAPS“ – zwei weitere Codegruppen zur Verfügung, nämlich die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter sowie für Erwachsene. Deren Werte errechnen sich aus der Addition von Punkten für verschiedene, nach Aufwand gestaffelte Parameter und Leistungen über die Verweildauer auf der Intensivstation, z.B. Herzfrequenz, systolischer Blutdruck, Körpertemperatur, Hämofiltration bzw. Dialyse, das Alter oder auch das Vorhandensein chronischer Leiden. Die Summe spiegelt dann den typischerweise erhöhten personellen und apparativen Aufwand auf einer Intensivstation wider.

Die Basis-DRG A06 *Beatmung > 1799 Stunden* war dagegen im G-DRG-System 2017 ausschließlich über Beatmungszeit definiert und erst anschließend weiter differenziert (siehe Abb. 23).

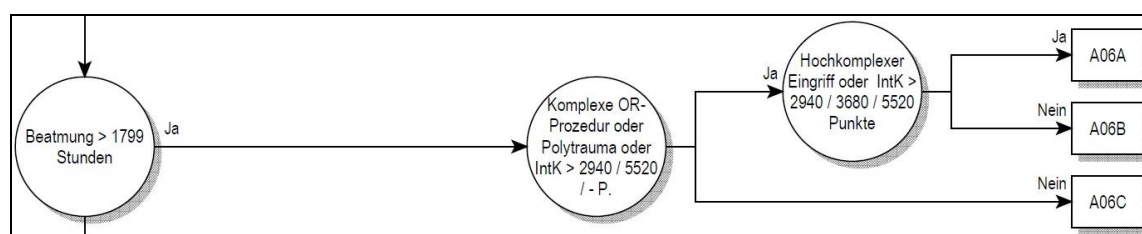


Abbildung 23: Basis-DRG A06 im G-DRG-System 2017

Dabei vereinte die DRG A06C neben hochkomplexen intensivmedizinisch behandelten Fällen mit hoher „SAPS-Punktzahl“ auch solche, bei denen neben langer Beatmungszeit keine weiteren Attribute auf eine aufwendige Intensivbehandlung hindeuten. Dabei unterschieden sich diese verschiedenen Fallkollektive auch bezüglich ihrer Kostenstruktur. Die „ausschließlich beatmeten“ Fälle wiesen auch bei ähnlichen Verweildauern deutlich geringere Kosten auf als die überwiegende Anzahl dieser auf einer Intensivstation behandelten Patienten. Die Kostendifferenzen zeigten sich insbesondere zwischen Fällen, die ausschließlich beatmet wurden, und denjenigen, die zusätzlich eine intensivmedizinische Komplexbehandlung erhalten hatten. Da sich die alleinige Definition einer intensivmedizinischen Basis-DRG über die Beatmungsdauer als nicht mehr zielführend erwies, ist zukünftig zur Gruppierung in die Basis-DRG A06 neben der Beat-

mungszeit auch die Durchführung einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung notwendig (siehe Abb. 24).

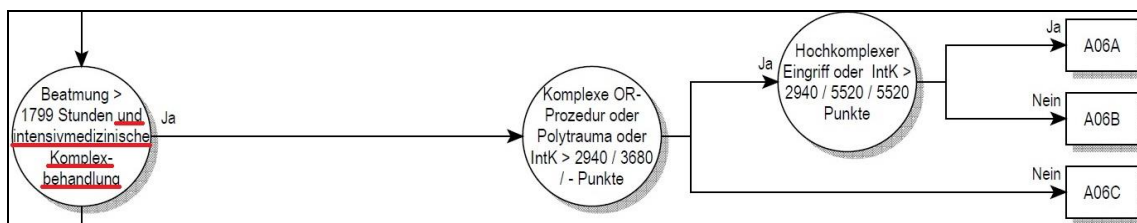


Abbildung 24: Basis-DRG A06 im G-DRG-System 2018 – mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung

Die Fälle mit einer Beatmungsdauer ab 1.800 Stunden ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung oder aber mit für diese lange Beatmungszeit sehr niedrigen Punktwerten werden im G-DRG-System 2018 in die DRG A07E *Beatmung > 999 Stunden [...] mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte oder Beatmung > 1799 Stunden* eingruppiert. Diese DRG wurde überdies anhand einer Beatmungsdauer von mehr als 1.799 Stunden differenziert, sodass „ausschließlich beatmete“ Fälle mit 1.000 bis 1.799 Beatmungsstunden auch innerhalb der Basis-DRG A07 abgewertet wurden. Weiterhin wurden die Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung mit mehr als 392 / 368 / 368 Aufwandspunkten in die DRG A07E aufgenommen.

Prozeduren, die in unterschiedlichen Behandlungszusammenhängen jeweils einen höheren Ressourcenverbrauch bedingen, werden in der Prä-MDC zu den „Komplizierenden Konstellationen Prä-MDC“ zusammengefasst. Diese Funktion beinhaltet u.a. Dialysen, die Gabe von Blutprodukten oder auch verschiedene Strahlen- und Chemotherapien. Da die entsprechenden Fälle der DRG A07B jedoch in den Kalkulationsdaten des Jahres 2016 keine höheren Kosten mehr aufwiesen, wurde die Funktion aus der Bedingung dieser DRG gestrichen.

Ebenfalls Inhalt umfassender Analysen waren Prozeduren, die im Rahmen von dreizeitigen Eingriffen innerhalb der Basis-DRG A07 höhergruppierend wirken. Es zeigte sich, dass einige dieser Eingriffe, z.B. die Verödung des Pleuraspaltes oder eine Exzision von erkranktem Gewebe des Perikardes, mit geringeren Kosten assoziiert waren und folglich künftig nicht mehr in die DRG A07A führen.

Auch die in den Basis-DRGs mit vergleichsweise kürzeren Beatmungszeiten zur Differenzierung genutzten Attribute wurden erneut auf ihre fortbestehende Eignung als Kostentrenner hin untersucht und eine Reihe von Anpassungen vorgenommen. So wurden die Prozeduren für die plastische Rekonstruktion des Herzseptums bei angeborenen Herzfehlern aus den Splitbedingungen der DRGs A11B *Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit hochkomplexem Eingriff [...] und A13A Beatmung > 95 Std. mit hochkompl. Eingr. od. mit kompl. OR-Proz. u. int. Komplexbeh. > 1176 / 1380 / 1656 P. [...] gestrichen. Weiterhin wurde die Tabelle für hochkomplexe kardiothorakale Eingriffe bei geringeren Kosten dieser Fälle aus der DRG A13A in die DRG A13B verschoben. Dagegen wurde die Prozedur für aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung ab 1105 Aufwandspunkten in die Splitbedingung der DRG A13B aufgenommen und die entsprechenden Fälle aufgewertet.*

Die intensivmedizinischen Fallpauschalen haben aufgrund ihrer frühen Abfrageposition im Algorithmus – bedingt durch die hohen Kosten der behandelten Fälle – einen gewissen Sonderstatus im G-DRG-System und erfahren demzufolge eine besondere Aufmerksamkeit. Zudem unterliegen die geforderten Mindestmerkmale der Prozeduren für die intensivmedizinische Komplexbehandlung einem steten Wandel: Fast in jeder Version des OPS werden erneut Feinjustierungen in den entsprechenden Hinweisen vorgenommen. Schon aus diesen Gründen wird die Abbildung intensivmedizinischer Leistungen auch in Zukunft einen hohen Stellenwert im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems einnehmen.

3.3.2.17 Kardiologie und Herzchirurgie

Kardiologie

Basierend auf Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren erfolgte zum einen eine Analyse von Fällen mit einer Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie. Betroffene Fälle zeigten sich in der DRG F19C *Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen [...]* als auffällig, u.a. hinsichtlich ihrer Implantatkosten. Für das G-DRG-System 2018 werden diese Fälle der DRG F01E *Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation [...]* oder *Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie* zugeordnet und damit aufgewertet.

Zum anderen wurden im Zuge der Weiterentwicklung für das G-DRG-System 2018 Fälle mit einer Infektion und entzündlicher Reaktion durch eine Herzklappenprothese (ICD-Kode T82.6) untersucht. Fälle mit dieser Diagnose weisen ähnliche Kosten auf wie Fälle mit den spezifischen Codes für *Akute und subakute infektiöse Endokarditis* und *Akute Endokarditis, nicht näher bezeichnet* (ICD-Kodes I33.0 und I33.9), sodass eine Angleichung der Gruppierungsrelevanz erfolgte.

Des Weiteren wurde im Vorschlagsverfahren darauf aufmerksam gemacht, dass Fälle mit der Diagnose *Sonstige sekundäre bösartige Neubildung des Herzens* (ICD-Kode C79.84) in der MDC 17 *Hämatologische und solide Neubildungen* nicht sachgerecht abgebildet sind. Die untersuchten Fälle wiesen vergleichbare Kosten auf wie Fälle mit der Hauptdiagnose *Bösartige Neubildung des Herzens* (ICD-Kode C38.0), die in die MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* eingruppiert werden. Durch Zuordnung der Hauptdiagnose C79.84 zur MDC 05 und Gleichstellung mit der Hauptdiagnose C38.0 konnten die betroffenen Fälle nicht nur aufgewertet, sondern insbesondere die operierten Fälle können in der MDC 05 spezifischer abgebildet werden.

Im Rahmen interner Analysen wurde die Abbildung einzelner Prozeduren in der Basis-DRG F50 *Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie* eingehend untersucht. Dabei zeigten sich Fälle mit bestimmten ablativen Maßnahmen an den Pulmonalvenen als kostenauffällig. Im G-DRG-System 2018 werden innerhalb der Basis-DRG F50 Fälle mit ablativen Maßnahmen an den Pulmonalvenen mindestens der DRG 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* zugeordnet.

Herzchirurgie

In die DRG F06A *Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation [...]* wurden im G-DRG-System 2017

Fälle u.a. dann eingruppiert, wenn sie die Bedingung der Funktion „Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren“ erfüllen. Analysen zeigten jedoch, dass Fälle mit bestimmten Eingriffen, wie z.B. Inzisionen an Brustwand und Pleura, Pleurodesen, andere Revaskularisation des Herzens, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe oder Reoperation an Herz und Perikard nicht die Kosten aufwiesen wie andere Fälle der DRG. Durch Streichung der Gruppierungsrelevanz der oben genannten Prozeduren werden diese Fälle im G-DRG-System 2018 sachgerecht abgebildet.

Im Rahmen des diesjährigen Vorschlagsverfahrens wurde erneut thematisiert, dass der Ersatz der Aortenklappe durch ein nahtfreies, selbstexpandierendes Xenotransplantat bzw. durch ein ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten mit gleichen Kosten verbunden sei, und es wurde erneut vorgeschlagen, die Gruppierungsrelevanz beider Verfahren zu vereinheitlichen. Beide Verfahren waren in den vergangenen Jahren bei Mehrfacheingriffen innerhalb der Basis-DRG F03 *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine [...]* aufgewertet worden. Eingehende vergleichende Analysen und Rückfragen bestätigten den schon in den letzten Jahren erkennbaren deutlichen Kostenunterschied bei Zweifacheingriffen. Allerdings wiesen bestimmte aortokoronare Bypass-Operationen in Verbindung mit einem Ersatz der Aortenklappe durch ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten in der DRG F03A nicht so hohe Kosten auf wie andere Fälle der DRG und werden deshalb zukünftig der DRG F03B *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Dreifacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder pulmonaler Endarteriektomie oder bestimmter komplizierender Konstellation* zugeordnet. Bei anderen Zweifacheingriffen waren Fälle mit Ersatz durch ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten weiterhin mit deutlich höheren Kosten verbunden und werden deshalb auch im G-DRG-System 2018 der DRG F03A *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierender Konstellation oder bestimmter Zweifacheingriff* zugeordnet.

Komplizierende Konstellationen in der MDC 05

Ein Schwerpunkt der diesjährigen Analysen im Bereich der Funktion „Komplizierende Konstellationen“ waren die herzchirurgischen Basis-DRGs F03 und F06 *Koronare Bypass-Operation*. Fälle mit u.a. zwei Thrombozytenkonzentraten und Monitoring hirnvöner Sauerstoffsättigung wiesen geringere Kosten auf als andere Fälle in den DRGs F03A und F06A, sodass diese Prozeduren in der Funktion „Komplizierende Konstellationen“ in der MDC 05 nicht mehr gruppierungsrelevant sind. Die betroffenen Fälle werden im G-DRG-System 2018 in der DRG F03B bzw. den DRGs F06B *Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, [...]* und F06E *Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, [...]* zugeordnet.

Weitere Umbauten

- Aufwertung von Fällen mit einem Verschluss des linken Herzhohrs durch eine perkutan epikardial eingebrachte Schlinge von der DRG F58B *Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC* in die DRG F95B *Interventioneller Septumverschluss, Alter > 18 Jahre*
- Verschiebung von Fällen mit einer Prozedur für Endarteriektomie an der A. pulmonalis aus der DRG F03A in die DRG F03B

- Kondensation der DRGs F01D und F01E zur DRG F01D *Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer- oder Ein-Kammer-Stimulation [...]* aufgrund fehlenden Kostenunterschieds
- Kondensation der DRGs F06D und F06E zur DRG F06D *Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, [...]* aufgrund fehlenden Kostenunterschieds

3.3.2.18 Komplexe Vakuumbehandlung

Die Funktion „Komplexe Vakuumbehandlung“ wurde vor Jahren etabliert, um besonders komplexe Fälle mit einer Behandlung von Problemwunden mit Vakuumverbänden und -pumpensystemen sachgerecht in spezifischen DRGs abzubilden. Weniger komplexe Fälle mit einer Vakuumbehandlung zeichnen sich durch hohe Verweildauern bei unauffälligen oder unter dem Durchschnitt liegenden Tageskosten aus. Die Funktion „Komplexe Vakuumbehandlung“ definiert hochkomplexe Fälle über die Kriterien: Anlage eines Systems zur Vakuumbehandlung mit einer kontinuierlichen Sogbehandlung über mindestens 8 Tage mit zusätzlichen bestimmten operativen Eingriffen an mindestens 4 Tagen.

Interne Analysen ergaben, dass bei tendenziell steigender Fallzahl und sinkenden Relativgewichten Verbesserungspotential in der differenzierten Abbildung hochkomplexer Fälle vorhanden ist. So fielen in den DRGs für die komplexe Vakuumbehandlung auch einige weniger komplexe Fälle mit deutlich geringeren Kosten als andere Fälle auf. Für das G-DRG-System 2018 erfolgt eine leichte bis deutliche Präzisierung der Funktion „Komplexe Vakuumbehandlung“ je nach MDC. Auf diese Weise unterscheidet sich zukünftig die Definition der Funktion „Komplexe Vakuumbehandlung“ z.B. in der MDC 09 (Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma) von der Definition in der MDC 06 (Krankheiten und Störungen an den Verdauungsorganen). Die Neuuzuordnung der weniger komplexen Fälle in andere DRGs der jeweiligen MDC führt zu einer deutlichen Aufwertung der in den DRGs für die komplexe Vakuumbehandlung verbliebenen Fälle. In der Folge ergeben sich für diese DRGs steigende Relativgewichte (bei rückläufiger Tendenz in den Vorjahren) (siehe Tab. 21).

DRG	MDC	RG 2016	RG 2017	RG 2018
G35Z	Verdauungsorgane	11,365	10,152	11,518
I98Z	Bewegungssystem	6,202	6,140	7,816
J35Z	Haut	5,299	4,892	6,030

Tabelle 21: Änderung der Relativgewichte (RG) der DRGs für die Funktion „Komplexe Vakuumbehandlung“

Neben der Funktion für die komplexe Vakuumbehandlung ist auch die reine Anlage eines Systems zur Vakuumtherapie (OPS-Kode 5-916.a) gruppierungsrelevant. Im G-DRG-System 2017 führte diese Prozedur dazu, dass die Fälle u.a. in die DRG I50Z *Gewebe- / Hauttransplantation, [...]* eingruppiert werden. Im Vergleich zu anderen Fällen der DRG zeigten sich die Fälle ohne weitere operative Eingriffe und mit kurzer Anwendungsdauer als weniger kostenintensiv. Für das G-DRG-System 2018 erfolgte daher eine sachgerechte Differenzierung der Basis-DRG I50 in insgesamt drei DRGs:

- I50A *Gewebe-/Haut-Transplantation [...], mit bestimmtem Eingriff oder bestimmter Vakuumbehandlung mit kontinuierlicher Sogbehandlung ab 8 Tagen* (RG: 2,887)
- I50B *Gewebe-/Haut-Transplantation [...], ohne bestimmten Eingriff, mit bestimmter Vakuumbehandlung oder Alter < 16 Jahre* (RG: 1,665)
- I50C *Gewebe-/Haut-Transplantation [...], ohne bestimmten Eingriff, ohne bestimmte Vakuumbehandlung, Alter > 15 Jahre* (RG: 0,927)

3.3.2.19 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane

In diesem Jahr konzentrierten sich die im Rahmen des Strukturierten Dialogs zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für die MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* eingesandten externen Hinweise und umfassende interne Analysen weitestgehend auf die Abbildung von Fällen innerhalb der operativen Partition der MDC 04.

Operative „Reste“-DRG

Im Rahmen der MDC-übergreifenden umfassenden internen Analysen der „Reste-DRGs“ (vgl. auch Kap. 3.3.2.26) erfolgten auch Änderungen für die „Reste“-DRGs der MDC 04, die Basis-DRG E02 *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen*.

In der Basis-DRG E02 wird die Behandlung von Fällen sowohl mit MDC-spezifischen Verfahren, z.B. *Implantation oder Wechsel eines endobronchialen Klappensystems*, als auch mit MDC-unspezifischeren Verfahren, z.B. Tonsillektomien, abgebildet. Es handelt sich um eine vierfach gesplittete Basis-DRG, die entsprechend ihrer Funktion als operative „Reste“-DRG ans Ende der operativen Partition sortiert ist.

Im Rahmen der Analysen zur Abbildung von Fällen nach dem G-DRG-System 2017 zeigte sich eine inhomogene Kostenstruktur vor allem bei den Fällen der DRGs E02B und E02C mit nicht sachgerechter Abbildung von Fällen mit kostenintensiveren Verfahren, z.B. bestimmter intensivmedizinischer Komplexbehandlung.

Während der zahlreichen Simulationen zu Änderungen für das G-DRG-System 2018 konkretisierte sich weiterer Änderungsbedarf, da bei sehr kleinen Fallzahlen innerhalb der „Kinder-DRG“ E02A *[...] Alter < 10 Jahre* die Fälle im Vergleich zu Fällen der DRG E02B geringere Kosten aufwiesen mit einer möglichen, deutlichen Schlechterstellung von Kindern innerhalb der Basis-DRG E02 (vgl. auch Kap. 3.3.2.34).

Deshalb erfolgte für das G-DRG-System 2018 eine komplexe, kostenentsprechende Neustrukturierung der Basis-DRG E02 (vgl. auch Abb. 25):

- Streichung der reinen „Kinder-DRG“ E02A und Zusammenlegung dieser Fälle mit kostenintensiven Fällen der DRG E02B zur „neuen“ DRG E02A *[...] mit aufwendigem Eingriff [...] oder Alter < 10 Jahre* und damit weiterhin Besserstellung der Kinder
- Homogenisierung der Kostenstrukturen der DRGs innerhalb der Basis-DRG E02 durch Etablierung einer „neuen“ DRG E02B *[...], mit mäßig aufwendigem Eingriff [...]* für weniger kostenintensive Fälle der „alten“ DRG E02B und kostenintensiven Fällen der DRG E02C

- Kostengerechte Differenzierung der operativen Eingriffe in aufwendige, mäßig aufwendige und andere Eingriffe mit entsprechender Berücksichtigung in den Gruppierungsbedingungen der DRGs der Basis-DRG E02

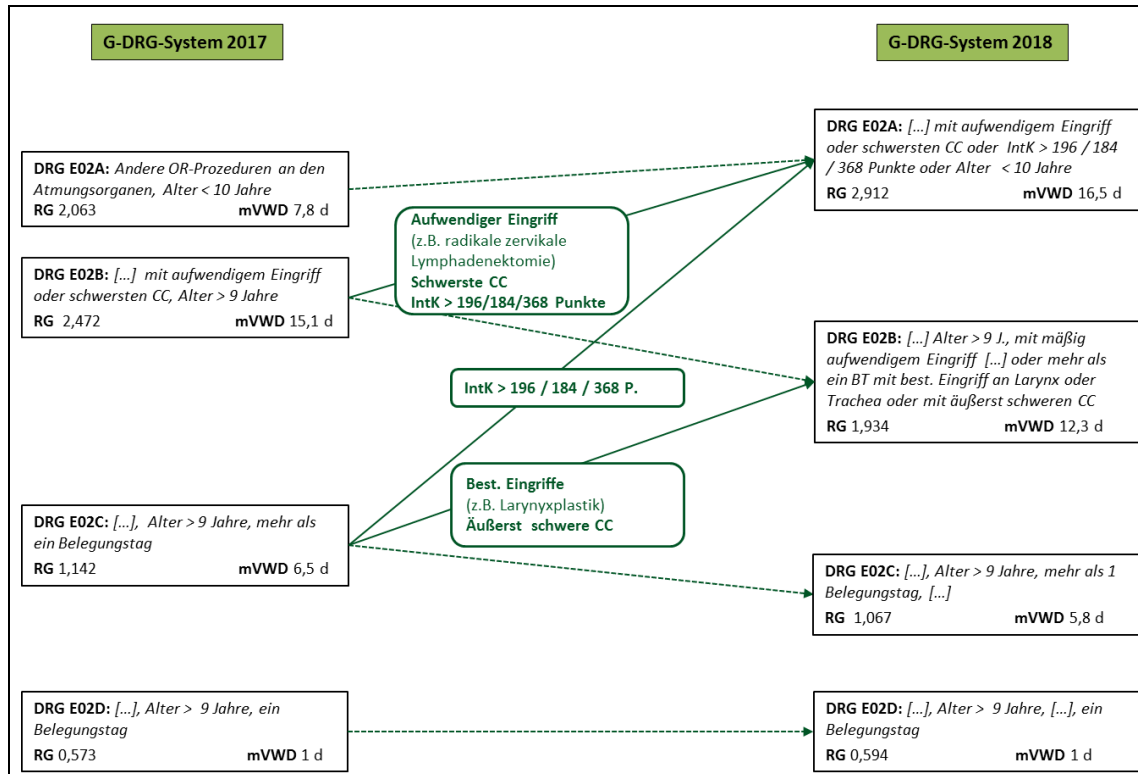


Abbildung 25: Umstrukturierung der Basis-DRG E02 (gestrichelte Pfeile markieren den Übergang von Fallmengen zwischen beiden Systemen ohne veränderte Eingruppierung: beispielsweise DRG E02A (2017) nach DRG E02A (2018))

Zusätzlich erfolgten Basis-DRG-übergreifende Änderungen für die Basis-DRG E02:

- Kostenentsprechende Abwertung von Fällen mit weniger aufwendigen Prozeduren der Basis-DRG E05 *Andere große Eingriffe am Thorax [...]* in die Basis-DRG E02 (u.a. Verfahren für lokale, offen chirurgische Exzision von erkranktem Gewebe des Perikardes)
- Neuordnung von weniger aufwendigen Fällen der Basis-DRG E02 mit einem Verfahren zur thorakoskopischen Pleurodese mittels Poudrage zur Basis-DRG E06 *Andere Lungenresektionen, [...] Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum*. Dort vor allem Eingruppierung der Fälle in die DRG E06C *Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum, Alter > 15 Jahre, [...]*

Operative Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom

Im G-DRG-System 2017 wurde innerhalb der Basis-DRG E07 *Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom* eine Umleitung in die MDC 03 *Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses* für Fälle mit Hauptdiagnose *Schlafapnoesyndrom* und verschiedenen Eingriffen am oberen Respirationstrakt etabliert. Fälle mit diesen

Verfahren wiesen trotz abweichender Hauptdiagnose keinen Kostenunterschied zu Fällen der MDC 03 mit einem entsprechenden Verfahren auf.

Für das G-DRG-System 2018 wurden – unterstützt durch einen externen Hinweis – innerhalb der DRG E07Z *Aufwendige Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom* Fälle mit weiteren Verfahren ohne Kostenunterschied zu entsprechenden Fällen der MDC 03 identifiziert und die Umleitung für Fälle mit diesen Verfahren ergänzt (u.a. Verfahren zur lokalen Exzision des (erkrankten) harten und weichen Gaumens).

Weitere Umbauten

- Im Rahmen der systemweiten Analysen zur Verbesserung der Abbildung von Kindern im G-DRG-System (vgl. auch Kap. 3.3.2.34) erfolgte innerhalb der MDC 04 eine Erweiterung des bestehenden Alterssplits in der DRG E75A *Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre* (vorher lautete die Bedingung *Alter < 10 Jahre*) und eine Erweiterung der Splitbedingungen zur DRG E77D *Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern [...] oder Alter < 10 Jahre* um einen Alterssplit für Fälle mit einem Alter unter 10 Jahren.
- Auf Basis der Analysen zum neu etablierten OPS für Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern (vgl. auch Kap. 3.3.2.21) wurden die bestehenden Splits zu den DRGs E77D und E79B *Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane [...] mit bestimmter mäßig aufwendiger Behandlung* um die Behandlung bei isolationspflichtigen nicht multiresistenten Erregern ergänzt.
- Sachgerechte Abwertung von Fällen der Basis-DRG E01 *Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax* mit einem Verfahren für einfache offene Keilresektion an der Lunge mit Eingruppierung der Fälle in die DRGs der Basis-DRG E06 *Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum*.

3.3.2.20 MDC 15 – Neugeborene

Die Behandlung von Neugeborenen mit angeborener Zwerchfellhernie ist immer sehr aufwendig und mit entsprechend hohen Kosten verbunden. Aufgrund der Struktur der MDC 15 werden Fälle mit operativem Verschluss einer angeborenen Zwerchfellhernie bisher nach ihrem Geburtsgewicht den entsprechenden operativen Basis-DRGs zugeordnet. Mehrheitlich finden sich die Fälle in der Basis-DRG P06. Innerhalb der Basis-DRGs befinden sich die Fälle meist in der DRG mit dem höchsten Relativgewicht (siehe Abb. 26). In den Analysen zeigten sich diese Fälle in den jeweiligen DRGs als sehr deutlich untervergütet.

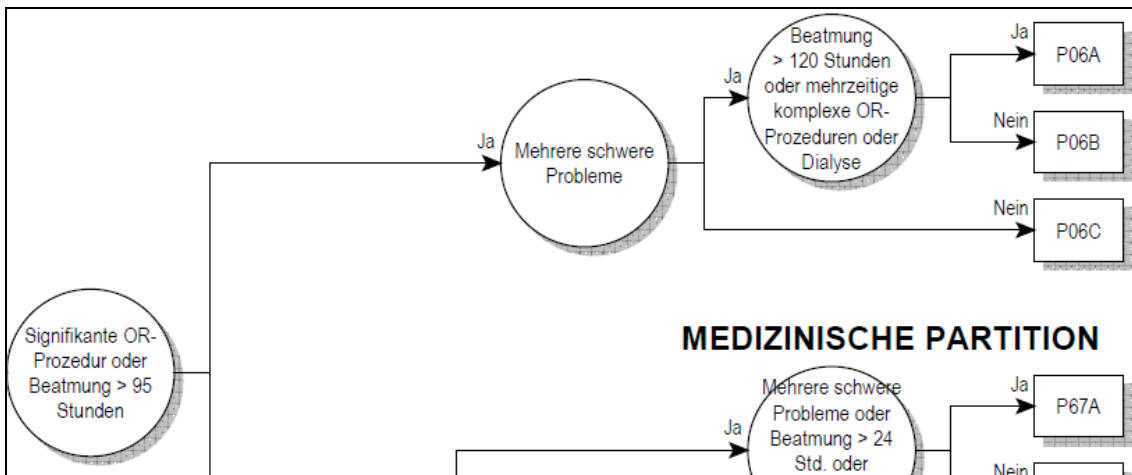


Abbildung 26: Beispielhafte Gruppierung innerhalb der Basis-DRG P06

Eine Höhergruppierung innerhalb der eigenen Basis-DRG war jedoch meist nicht möglich.

Bisher werden nur Fälle mit kardiothorakalen oder Gefäßeingriffen unabhängig von ihrem Aufnahmegewicht in einer eigenen Basis-DRG P02 *Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe [...]* abgebildet. Eine Überprüfung ergab, dass sich die Fälle mit operativer Versorgung bei angeborenen Zwerchfellhernien deutlich besser innerhalb dieser Basis-DRG P02 abbilden lassen (siehe Abb. 27).

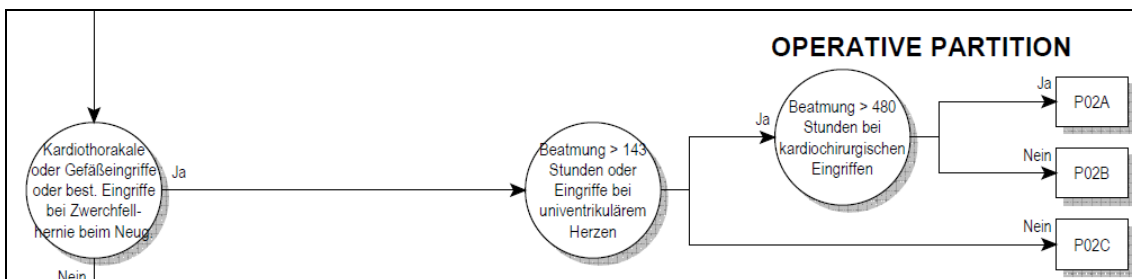


Abbildung 27: Flussdiagramm der Basis-DRG P02 ab G-DRG-System 2018

Abbildung 28 zeigt die mögliche Wanderung von Fällen mit operativem Verschluss einer angeborenen Zwerchfellhernie. Mehrheitlich fanden sich die Fälle im G-DRG-System 2017 in den Basis-DRGs P05 *Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 – 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden* (23% der Fälle) und P06 *Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden* (70% der Fälle). Ab dem G-DRG-System-2018 werden die Fälle in die Basis-DRG P02 eingruppiert.

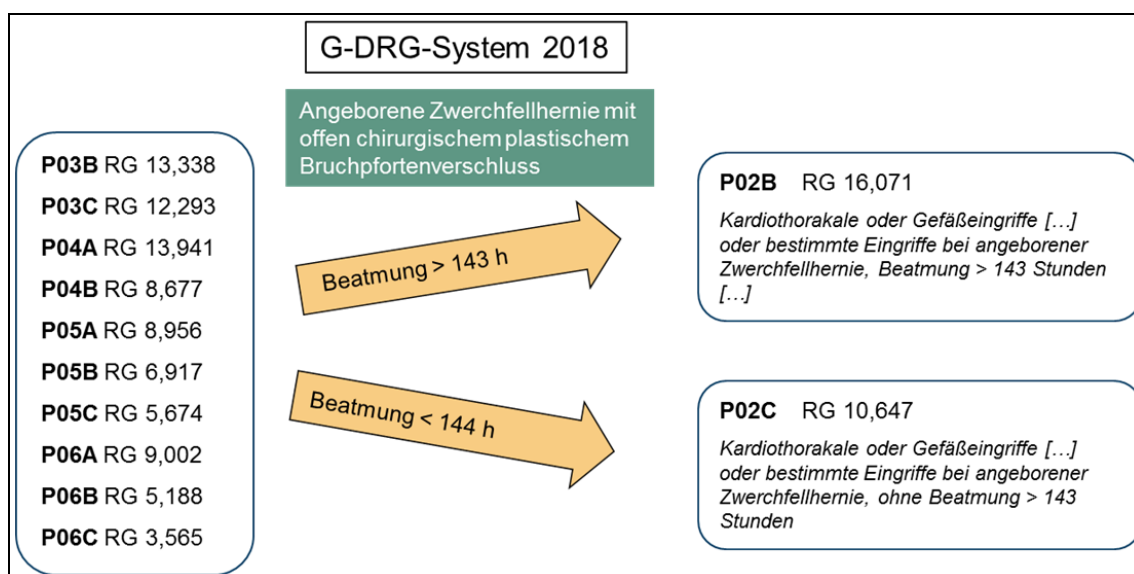


Abbildung 28: Wanderung von Fällen mit operativem Verschluss einer angeborenen Zwerchfellhernie

Innerhalb der MDC 15 sind die Funktionen „Schweres Problem beim Neugeborenen“ (SPNG) und „Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen“ (MSPNG) sowie die Tabelle „Andere schwere Erkrankungen des Neugeborenen“ wiederkehrende Splitbedingungen. Entscheidend für die Eignung einer Diagnose als Splitkriterium ist, dass die Fälle mit dem entsprechenden Code typischerweise mit einem höheren Aufwand verbunden sind.

Im Vorschlagsverfahren 2018 wurden mehrere Hinweise gegeben, dass bestimmte Diagnosen aus Sicht des Antragstellers sich nicht als Splitkriterium eignen.

Ein Hinweis bezog sich auf die Diagnose *Angeborene Gehirnzysten*. Analysen zeigten ein uneinheitliches Bild bezüglich der Kosten in den Basis-DRGs P66 und P67. In den höher bewerteten DRGs der MDC 15 zeigten sich die entsprechenden Fälle bei höheren Erlössprüngen zwischen den einzelnen DRGs nicht mit höheren Kosten verbunden. Die Diagnose wurde aus den Funktionen „Schweres Problem beim Neugeborenen“ und „Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen“ gestrichen und in den Basis-DRGs P66 und P67 in den entsprechenden Logikteilen als eigenständige Tabelle ergänzt, um hier bei entsprechend uneinheitlichem Bild die Fälle mit dieser Diagnose nicht abzuwerten. Somit konnte der Vorschlag teilweise umgesetzt werden.

Ein anderer Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren betraf die Diagnose P28.5 *Respiratorisches Versagen beim Neugeborenen*. Die Diagnose findet in den beiden Funktionen SPNG und MSPNG Verwendung.

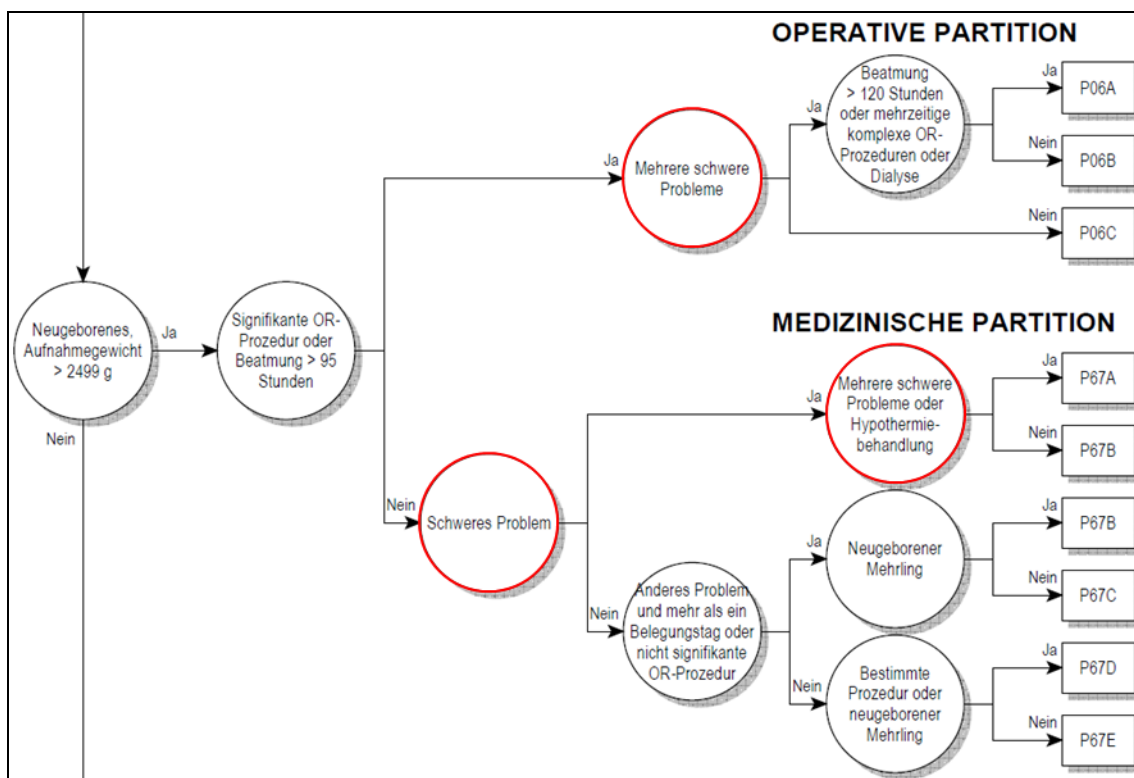


Abbildung 29: Basis-DRGs P67 und P06 und die Bedeutung der Funktionen SPNG und MSPNG

Die Diagnose *Intrauterine Hypoxie, erstmals vor Wehenbeginn festgestellt* befindet sich in der Tabelle „Schwere Probleme beim Neugeborenen“ in den Funktionen SPNG und MSPNG und führt hier zu einer Höhergruppierung. Inhaltlich ähnliche Diagnosen sind nicht in der entsprechenden Tabelle aufgelistet. Hierzu zählen:

- *Intrauterine Hypoxie, erstmals während Wehen und Entbindung festgestellt*
- *Leichte oder mäßige Asphyxie unter der Geburt*
- *Schwere Asphyxie unter der Geburt*

In der Systematik des ICD-10-GM Version 2017 werden als Inklusivum bei der Diagnose *Intrauterine Hypoxie* folgende Diagnosen bzw. Zustände aufgeführt:

- *Anoxie*
- *Asphyxie*
- *Azidose*
- *Distress*
- *Gefahrenzustand*
- *Hypoxie*

Die Fälle mit der Diagnose *Intrauterine Hypoxie, erstmals vor Wehenbeginn festgestellt* zeigten sich in der MDC 15 übervergütet. Nach Streichung der Diagnose aus den Funktionen SPNG und MSPNG und entsprechender Abwertung zeigten sich die Fälle sach-

gerecht abgebildet. Diese Abwertung betrifft jedoch ausschließlich Fälle, die außer dieser Diagnose keine weiteren Kriterien der jeweiligen Funktion erfüllen.

Ein Vorschlag bezog sich auf ausgewählte Diagnosen, die bisher innerhalb der MDC 15 keine Gruppierungsrelevanz haben. Reife Neugeborene in der Basis-DRG P67 mit einer dieser Diagnosen wurden bisher in die DRG P67E *Neugeborener Einling, Aufnahme-gewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Prozedur ohne bestimmte Diagnosen beim Neugeborenen* gruppiert. Drei Diagnosen wurden als neue Splitkriterien vorgeschlagen:

- *Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs*
- *Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet*
- *Impetigo contagiosa [jeder Erreger] [jede Lokalisation]*

Für eine Aufwertung in die DRG P67C eignete sich bei geringer Fallzahl und geringeren Fallkosten keine der Diagnosen. Die Diagnose *Impetigo contagiosa [jeder Erreger] [jede Lokalisation]* konnte bei vergleichbaren Kosten in die DRG P67D eingruppiert werden. Eine weitere Diagnose, *Phlegmone im Gesicht*, konnte durch interne Analysen identifiziert und nachfolgend aufgewertet werden und führt ab dem G-DRG-System 2018 ebenfalls in die DRG P67D. Die beiden anderen Diagnosen bleiben auch im G-DRG-System 2018 ohne Gruppierungsrelevanz.

Bei den Analysen zeigten sich bestimmte weitere Diagnosen in der Tabelle „Andere schwere Erkrankungen des Neugeborenen“ zudem als ungeeignete Splitkriterien und wurden aus der Tabelle gestrichen:

- *Azidose*
- *Volumenmangel*
- *Nicht infektiöse Enteritis beim Neugeborenen*
- *Sonstige hämolytische Erkrankung beim Fetus und Neugeborenen*
- *Neugeborenes mit extremer Unreife*

Die Diagnose *Neugeborenes mit extremer Unreife* wird gemäß ICD nur bei einem Gestationsalter von weniger als 28 vollendeten Wochen angegeben. Typischerweise werden diese Fälle aufgrund ihres Aufnahmegewichts den Basis-DRGs P61 bis P66 zugeordnet. Verwendet wurde diese Diagnose allerdings auch innerhalb der Basis-DRG P67, wo ein per definitionem gefordertes Geburtsgewicht von mindestens 2.500g eine extreme Unreife jedoch weitgehend ausschließt. Eine zusätzliche Gruppierungsrelevanz des Codes für *extreme Unreife* ergab sich demnach in den Analysen nicht.

Im Zuge der Analysen von Extremkostenfällen zeigten sich Fälle mit einer Beatmungsdauer von mehr als 24 Stunden in der DRG P67B und mehr als 48 Stunden in der DRG P66B untervergütet (siehe Abb. 30). So war beispielsweise für Fälle mit einer Beatmungsdauer von 90 Stunden, die die Funktion MSPNG nicht erfüllten, eine Abbildung in der DRG P67A nicht möglich.

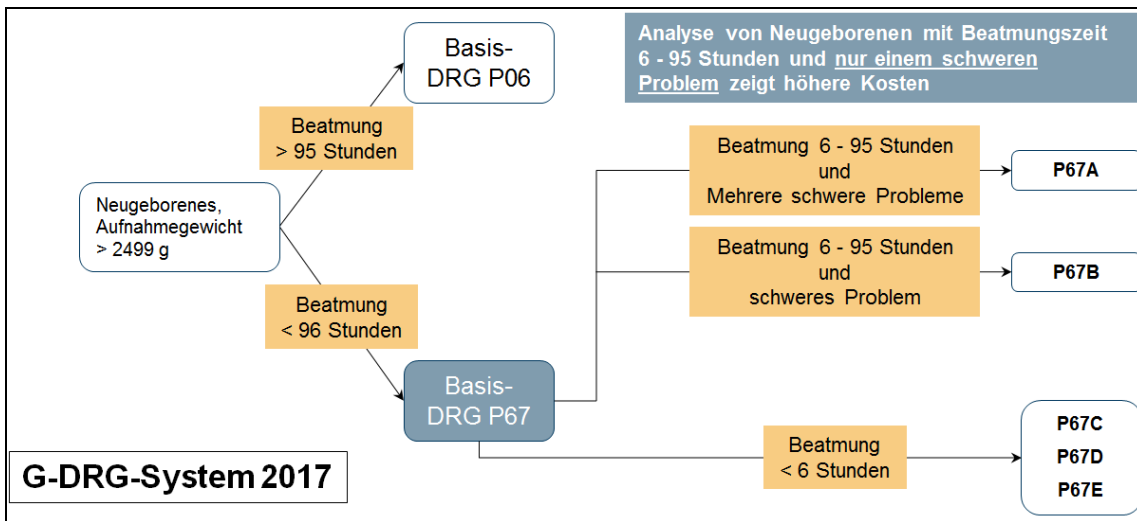


Abbildung 30: Basis-DRG P67 Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g im G-DRG-System 2017

Durch eine Erweiterung der Splitbedingungen wurden die Fälle im G-DRG-System 2018 entsprechend ihren Kosten höhergruppiert (siehe Abb. 31).

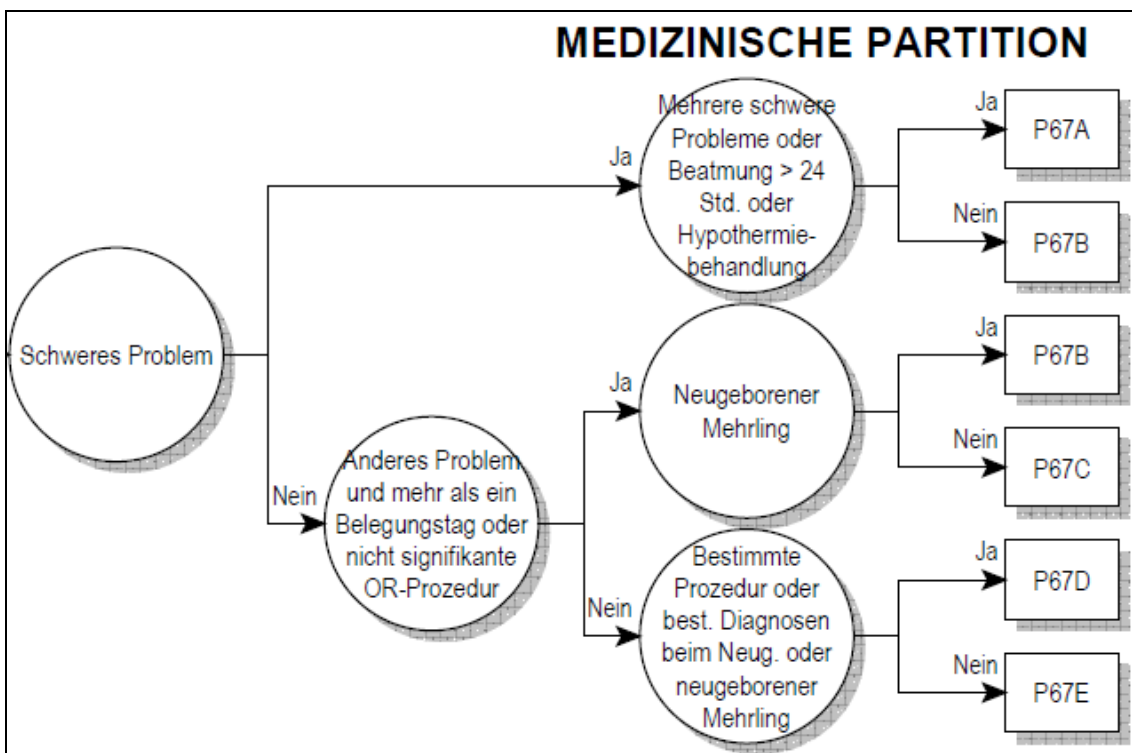


Abbildung 31: Erweiterung des Splits zur DRG P67A um die Bedingung Beatmung > 24 Stunden

Die Diagnose *Krämpfe beim Neugeborenen* führt über die Funktionen SPNG und MSPNG zu einer Höhergruppierung. Fälle, die keine weitere Diagnose aus der Tabelle „Schwere Probleme des Neugeborenen“ (SPNG-V1) haben, werden in die DRG P67B bzw. P66B eingruppiert. Eigene Analysen ergaben jedoch, dass in diesen Fällen Neugeborene mit Krampfanfall, bei denen eine umfangreiche Diagnostik durchgeführt wurde, untervergütet sind.

Diagnostische Maßnahmen bei Krampfanfall (P67-V7)			
1-204.2‡	Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	1-942.2‡	Kompl neuropäd Diagn: Mit erweiterter genetischer Diagnostik
1-204.3‡	Subokzipitale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	1-942.3‡	NeuroMeta LabDiag u/o inf/autoimm LabDiag u erw gen Diag
1-204.4‡	Fontanellepunktion zur Liquorentnahme	3-800‡	Native MRT des Schädels
1-207.1‡	Elektroenzephalographie, Schlaf-EEG (10/20 Elektroden)	3-820‡	MRT des Schädels mit Kontrastmittel
1-207.2‡	Elektroenzephalographie, Video-EEG (10/20 Elektroden)	8-920‡	EEG-Monitoring (mindestens 2 Kanäle) für >24 h
1-213‡	Syndromdiagnose bei komplizierten Epilepsien	8-972.0‡	KomplBeh b schwerbehandelb Epilepsie: 7 - 13 BehTage
1-790‡	Kardiorespiratorische Polysomnographie	8-972.1‡	KomplBeh bei schwerbehandelb Epilepsie: 14 - 20 BehTage
1-942.1‡	Neurometabol LabDiag u/o infek/autoimmun Labordiagnostik	8-972.2‡	KomplBeh bei schwerbehandelbarer Epilepsie: 21 BehTage

Abbildung 32: Diagnostische Maßnahmen bei Krampfanfall

Ab dem G-DRG-System 2018 werden diese Fälle, bei denen mindestens zwei der in Abbildung 32 dargestellten diagnostischen Maßnahmen durchgeführt wurden, in die DRG P67A bzw. P66A eingruppiert und damit aufwandsgerecht abgebildet.

3.3.2.21 Multiresistente Erreger und nicht multiresistente isolationspflichtige Erreger

Bei multiresistenten Erregern (MRE) handelt es sich um Keime, die typischerweise gegen mehrere verschiedene Antibiotika unempfindlich sind. Um die Weiterverbreitung von MRE zu verhindern, sind konsequente Isolierungsmaßnahmen notwendig. Sind alle Mindestmerkmale (u.a. Behandlung durch speziell eingewiesenes medizinisches Personal in Zusammenarbeit mit einem Krankenhaushygieniker, Durchführung von speziellen Untersuchungen zur Feststellung der Trägerschaft von MRE, Durchführung von strikter Isolierung unter Berücksichtigung der aktuellen Richtlinien des Robert-Koch-Instituts) erfüllt, ist der OPS-Code 8-987 *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]* zu verschlüsseln. An fünfter Stelle des OPS-Kodes wird kodiert, ob die Behandlung auf spezieller oder nicht auf spezieller Isoliereinheit erfolgte. Mit der sechsten Stelle des Codes wird die Behandlungsdauer erfasst, gestaffelt nach Behandlungstagen (siehe Abb. 33).

Ab OPS Version 2016 ist der OPS-Code 8-98g *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern* zu verschlüsseln, sofern der Patient nicht multiresistente, jedoch isolationspflichtige Erreger aufweist und entsprechend behandelt wird. Die Gemeinsamkeit zum OPS-Code 8-987 liegt u.a. in der Isolation der betroffenen Patienten (siehe Mindestmerkmale der beiden Prozeduren). Im Gegensatz zum OPS-Code 8-98g wird bei der MRE-Komplexbehandlung jedoch gefordert, dass *ein dokumentierter durchschnittlicher Mehraufwand von mindestens 2 Stunden täglich während der Behandlungstage mit strikter Isolierung entstehen muss*. Auch beim OPS-Code 8-98g wird an fünfter Stelle kodiert, ob die Behandlung auf spezieller oder nicht auf spezieller Isoliereinheit erfolgte. Mit der sechsten Stelle des Codes wird die Behandlungsdauer angegeben, gestaffelt nach Behandlungstagen. Im Gegensatz zum OPS-Code 8-987, bei dem die Staffelung auf einem 7-Tage-Intervall beruht, basiert die Staffelung beim OPS-Code 8-98g auf einem 5-Tage-Intervall (siehe Abb. 33). In den für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2018 verwendeten Daten des Jahres 2016 lagen erstmals Daten von Patienten mit Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern vor.

OPS-Kode	Dauer der Behandlung in Tagen																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21 und mehr
8-987 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]																					
auf spezieller Isoliereinheit	8-987.00					8-987.01					8-987.02					8-987.03					
nicht auf spezieller Isoliereinheit	8-987.10					8-987.11					8-987.12					8-987.13					
8-98g Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit <u>nicht</u> multiresistenten isolationspflichtigen Erregern																					
auf spezieller Isoliereinheit	8-98g.00				8-98g.01				8-98g.02				8-98g.03				8-98g.04				
nicht auf spezieller Isoliereinheit	8-98g.10				8-98g.11				8-98g.12				8-98g.13				8-98g.14				

Abbildung 33: Vergleich der beiden OPS-Kodes 8-987 und 9-98g

Im diesjährigen Vorschlagsverfahren gab es zwei Vorschläge, die dem Bereich multiresistenter Erreger zuzuordnen sind. Dabei wurde u.a. die Gleichstellung der im Datenjahr 2016 neuen Prozeduren für die Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern mit den Prozeduren für die Komplexbehandlung bei MRE intendiert.

Im Rahmen einer generellen Überprüfung der Abbildung von Fällen mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern wurden die Fallzahl sowie Unterschiede bei (Tages-)Kosten und Verweildauer im Vergleich zu Fällen ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, der Einfluss der Dauer der Komplexbehandlung und Unterschiede zwischen der Behandlung auf spezieller und nicht auf spezieller Isoliereinheit analysiert. Zudem erfolgte eine Ausweitung der Analyse auf die Abbildung von Fällen mit Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern.

Nach den umfangreichen Änderungen in den beiden Vorjahren mit Etablierung neuer MRE-DRGs und einer Verbesserung der Abbildung von Fällen mit MRE und operativem Eingriff (siehe dazu die Abschlussberichte zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für die Jahre 2016 und 2017) zeigte sich in diesem Jahr ein eher geringfügiger Anpassungsbedarf hinsichtlich der Abbildung von Fällen mit multiresistenten Erregern: Als sachgerecht erwies sich die Etablierung einer neuen DRG G77B unterhalb der bisherigen MRE-DRG G77Z (nun DRG G77A) in der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* zur Abbildung von Fällen mit Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern nicht auf spezieller Isoliereinheit mit einer Behandlungsdauer von mindestens 7 bis höchstens 13 Tagen. Damit wurde die Vergütung für eine nennenswerte Anzahl von konservativ behandelten Fällen deutlich verbessert.

Eine vollständige Gleichstellung der Komplexbehandlung bei nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern mit der Komplexbehandlung bei MRE ist schon aufgrund der nach der Behandlungsdauer unterschiedlich gestaffelten OPS-Kodes nicht möglich (siehe Abb. 33). Die Komplexbehandlung bei nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern ist zukünftig entsprechend den analysierten Kostenunterschieden in der Basis-DRG G77 sowie den DRGs E77D *Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane [...]* und E79B *Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane [...]* ab einer Behandlungsdauer von zehn Tagen gruppierungsrelevant. Die Einstiegschwellen hinsichtlich der für die Eingruppierung erforderlichen Behandlungsdauer liegen bei dem neuen Kode jeweils etwas höher als bei dem schon länger etablierten Kode für die MRE-Komplexbehandlung.

In den folgenden Jahren wird – auf voraussichtlich dann sichererer Datengrundlage – eine erneute Analyse und Überprüfung der Abbildung von Fällen mit Komplexbehandlung bei nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern im G-DRG-System ange-

strebt, neben der darüber hinaus weiterhin routinemäßigen Überprüfung der klassifikatorischen Abbildung von Fällen mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern.

3.3.2.22 Neurochirurgie und Neurologie

Innerhalb der MDC 01 ist der überwiegende Teil neurochirurgischer Eingriffe am Schädel in der zuerst abgefragten, weil höherwertigen Basis-DRG B02 *Komplexe Kraniotomie [...]* sowie in der Basis-DRG B20 *Kraniotomie* zusammengefasst. Letztere wiesen in Analysen bei gleichzeitiger Durchführung einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung mit mehr als 392 / 368 / - Aufwandspunkten höhere Kosten auf und werden in dieser Kombination zukünftig der Basis-DRG B02 zugeordnet.

In die DRG B02A *Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, mehr als 8 Bestrahlungen [...]* wurden Fälle bislang ausschließlich bei bösartiger Neubildung oder schwersten CC eingruppiert. Diese Einschränkung gilt für das G-DRG-System 2018 nun nicht mehr, sodass alle Fälle der Basis-DRG B02 mit mehr als acht Bestrahlungen künftig in der am höchsten bewerteten DRG B02A abgebildet werden. Zudem wurden vergleichsweise weniger komplexe Eingriffe – wie bestimmte intrakranielle Bypass-Operationen – aus der DRG B02B gestrichen.

Die DRG B20A *Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation [...]* beinhaltete bislang Kinder im Alter unter 16 Jahren, die einem großen Eingriff unterzogen wurden. Diese Altersbedingung wurde nun auf 18 Jahre angehoben, sodass zusätzlich Kinder innerhalb dieser Basis-DRG aufgewertet werden konnten.

Einen Schwerpunkt der diesjährigen Analysen innerhalb der MDC 01 bildeten die als Splitkriterium innerhalb der Basis-DRG B17 *Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie oder Implantation Ereignis-Rekorder* genutzten Prozedurentabellen für komplexe und mäßig komplexe Eingriffe. Die Untersuchungen förderten vergleichsweise hohe Kostenunterschiede zutage, aus denen eine Abwertung bestimmter wenig komplexer Operationen, wie z.B. der Entfernung von Osteosynthesematerial, einfachen Biopsien, plastischen Rekonstruktionen an Haut und Unterhaut oder bestimmten kleinen Eingriffen an Nerven und Weichteilgewebe innerhalb der Basis-DRG B17 resultierte.

Für Fälle mit akutem Schlaganfall stehen – abhängig von der durchgeführten Behandlung – zwei unterschiedliche Codegruppen im OPS zur Verfügung. Dabei setzt die Kodierung der Neurologischen Komplexbehandlung („stroke heavy“) eine erweiterte personelle und apparative Ausstattung voraus als die ihr gegenüberstehende Andere neurologische Komplexbehandlung („stroke light“), was dementsprechend auch mit höheren Kosten assoziiert ist und eine Einstufung in höherwertige DRGs zur Folge hat. So wurden bislang auch nur Fälle mit „stroke heavy“ und einem bestimmten operativen Eingriff in die Basis-DRG B39 *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur* eingruppiert und den DRGs B39A oder B39B zugeordnet. Ein Vorschlag im Rahmen des Strukturierten Dialogs hatte nun eine verbesserte Abbildung der Anderen neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls in Kombination mit Operationen der A. carotis zum Inhalt. Nach Analyse wurde für das G-DRG-System 2018 die Prozedur für die Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit mehr als 72 Stunden ebenfalls der Basis-DRG B39 und dort der DRG B39C zugeordnet und somit aufgewertet.

Andere Vorschläge zielten auf die Etablierung neuer Zusatzentgelte ab. Allerdings konnten diese in Ermangelung entsprechender Leistungsbezeichner weder für periphere Mehrkanal-Neurostimulatoren mit induktiver Energieübertragung noch für die Implantation von teilimplantierbaren (Einkanal-)Systemen zur Stimulation des peripheren Nervensystems umgesetzt werden.

Unsicherheit gab es bezüglich der Verschlüsselung der beiden Diagnosen *Gehirnerschütterung* und *Intrakranielle Verletzung, nicht näher bezeichnet*, was möglicherweise auch einer unterschiedlichen Eingruppierung geschuldet war. Während bislang Fälle mit Kodierung Letzterer – also mit der vermeintlich weniger spezifischen Diagnose – in die Basis-DRG B78 *Intrakranielle Verletzung* eingruppiert wurden, führte die Diagnose *Gehirnerschütterung* in die geringer bewertete DRG B80Z *Andere Kopfverletzungen*. Bei gleichen Kosten werden im G-DRG-System 2018 nun beide Diagnosen in der Basis-DRG B80 einheitlich abgebildet.

Erkrankungen der Wirbelsäule in der MDC 01

In Abhängigkeit von der genauen Hauptdiagnose werden Fälle mit operativer oder konservativer Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen entweder in der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* oder auch in der MDC 01 abgebildet.

Hier existiert für die konservative Behandlung von Fällen mit Zervikobrachial-Syndrom oder bestimmten Radikulopathien die Basis-DRG B71 *Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven*, die allerdings ein vergleichsweise heterogenes Fallkollektiv enthält und neben diesen Erkrankungen der Wirbelsäule überwiegend neurologische Diagnosen beinhaltet. Die fünffach unterteilte Basis-DRG I68 *Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich [...]* in der MDC 08 ermöglicht dagegen eine differenziertere Abbildung vergleichbarer Fälle.

Für die an der Wirbelsäule operierten Fälle ist die Situation ähnlich gelagert. Den zwei ungesplitteten Basis-DRGs B03Z *Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit schweren CC [...]* und B18Z *Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark außer bei bösartiger Neubildung* in der MDC 01 stehen in der MDC 08 mehrere, bis zu achtfach unterteilte Basis-DRGs mit einer deutlich differenzierteren Abbildung gegenüber:

- 106 *Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals*
- 109 *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule*
- 110 *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule*

Viele Fälle mit Erkrankungen der Wirbelsäule weisen jedoch unabhängig von ihrer Hauptdiagnose und der damit verbundenen MDC-Zuordnung eine vergleichbare Kosten- und Verweildauerstruktur auf. Allerdings kann sich in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose sowohl bei konservativ behandelten als auch bei operativ versorgten Fällen – je nach der erfolgten Eingruppierung – eine erhebliche Erlösdifferenz ergeben. Zur Vermeidung einer unterschiedlichen Eingruppierung dieser vergleichbaren Fälle wurden für das G-DRG-System 2018 verschiedene Lösungsansätze verfolgt. Zunächst wurden die Hauptdiagnosen für Zervikobrachial-Syndrom oder bestimmte Radikulopathien aus der MDC 01 in die MDC 08 verschoben und so eine einheitliche Abbildung der operierten Fälle in den spezifischeren Basis-DRGs I06, I09 und I10 der MDC 08 erzielt. Die entsprechenden konservativ behandelten Fälle werden nun ihren Kosten entsprechend

auch der Basis-DRG I68 zugeordnet, bei einer zusätzlich durchgeführten multimodalen Schmerztherapie werden die Fälle statt wie bislang in der Basis-DRG B47 in der Basis-DRG I42 annähernd identisch abgebildet.

Weiterhin wurde der Differenzierungsgrad der Basis-DRG B18 in Anlehnung an die bestehenden spezifischen Fallpauschalen in der MDC 08 erheblich erweitert. Als Vorbild wurden hier die spezifischen Basis-DRGs in der MDC 08 herangezogen. Auch wurden Fälle mit Eingriffen an Wirbelsäule und schweren CC aus der DRG B03Z in die Basis-DRG B18 verschoben.

Für die Definition der DRG B18A wurden die prozeduralen Bedingungen der Basis-DRG I06 sowie der am höchsten bewerteten DRGs der Basis-DRGs I09 und I10 genutzt, und auch die weiteren DRGs B18B, B18C und B18D sind unter Verwendung der jeweiligen Logiken an die oben genannten Basis-DRGs der MDC 08 angelehnt, welche die jeweiligen Aufwandsunterschiede sehr gut widerspiegeln. Die ursprünglich der DRG B18Z zugeordneten Fallgruppen, die keine Wirbelsäulenoperation aufweisen, werden künftig entsprechend ihren Kosten den DRGs B18B und B18C zugeordnet. Die nunmehr vierfach unterteilte Basis-DRG B18 *Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems [...]* ermöglicht eine deutlich differenziertere Abbildung von Eingriffen an der Wirbelsäule bei neurologischen oder neurochirurgischen Hauptdiagnosen (siehe Abb. 34).

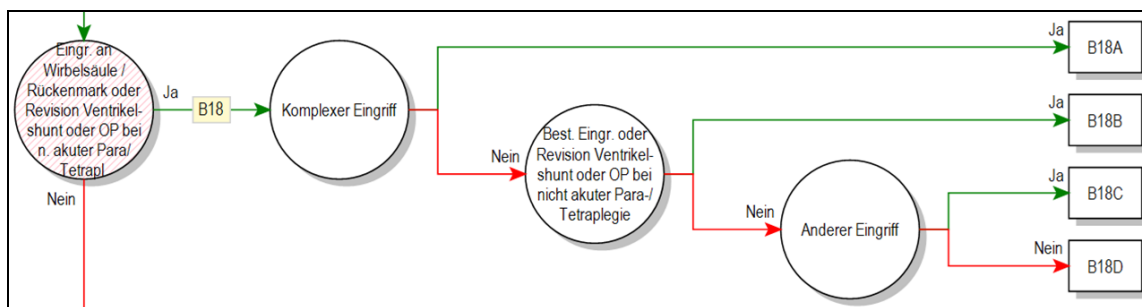


Abbildung 34: Neu strukturierte Basis-DRG B18 im G-DRG-System 2018

3.3.2.23 Neurostimulatoren

Im Rahmen der Analyse für das G-DRG-System 2018 wurden die Fälle mit Implantation, Wechsel, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Elektrodensystemen in allen relevanten MDCs auf eine sachgerechte Abbildung hin umfangreich analysiert.

Ausgangslage

Neurostimulatoren werden bei Fällen vielfältiger Indikation eingesetzt, wie z.B. Morbus Parkinson, Schmerz, Epilepsie, Stuhl- und Harninkontinenz etc. Die Fälle streuen somit im G-DRG-System über verschiedene MDCs und DRGs und lassen sich grob in folgende Anwendungsbereiche einteilen:

- Hirn
- Rückenmark (RM)
- Peripheres Nervensystem (pNS)

Neurostimulationssysteme bestehen aus einem Elektrodensystem (Sonden) und einem Neurostimulator (Aggregat) in verschiedenen Ausführungsvarianten als Ein- oder Mehrkanalsystem. Es fallen relevante Sachkosten an, die zum Teil durch Zusatzentgelte vergütet werden. Die Zusatzentgelte variieren entsprechend den deutlich unterschiedlichen Sachkosten (Ein- oder Mehrkanalstimulator, gleichzeitiger Einbau eines Elektrodensystems). In Tabelle 22 sind die relevanten Zusatzentgelte im G-DRG-System 2017 aufgeführt.

Bereich	ZE	Beschreibung	Betrag (€)
RM, pNS	ZE 138	Einkanalstimulator mit Sondenimplantation	7.506,10
	ZE 139	Einkanalstimulator ohne Sondenimplantation	6.498,00
	ZE 140	Mehrkanalstimulator mit Sondenimplantation, nicht wiederaufladbar	11.425,21
	ZE 141	Mehrkanalstimulator ohne Sondenimplantation, nicht wiederaufladbar	10.175,63
Hirn, RM, pNS	ZE2017-61	Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar	unbe- wertet
Hirn	ZE2017-118	Einkanalstimulator	unbe- wertet

Tabelle 22: Zusatzentgelte für Neurostimulation im Bereich peripheres Nervensystem (pNS), Rückenmark (RM) und Hirn im G-DRG-System 2017

Für den isolierten Einbau von Elektrodensystemen besteht im Fallpauschalen-Katalog 2017 kein Zusatzentgelt.

Die Eingruppierung der Fälle mit Neurostimulator-Eingriffen ist im G-DRG-System 2017 uneinheitlich. Wenig aufwendige Fälle sind oft in hoch bewerteten „Reste“-DRGs oder in der MDC 24 (Basis-DRGs 801 und 802) abgebildet. Durch die inhomogene Zusammensetzung dieser DRGs kann es zu möglichen Abbildungsproblemen für Fälle mit hohen Sachkosten kommen.

Grundlage der Analysen

Im Vorschlagsverfahren 2018 sowie in den Vorschlagsverfahren vorangegangener Jahre sind Vorschläge zur Bewertung von Neurostimulatoren und Elektrodensystemen eingegangen. In diesen Vorschlägen wurde u.a. darauf hingewiesen, dass die gängige Praxis des Einbaus von permanenten Elektrodensystemen zur Teststimulation im G-DRG-System 2017 nicht mehr sachgerecht abgebildet wird, sofern dies in einem isolierten Eingriff mit späterer Implantation des Neurostimulatoraggregats erfolgt.

Im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung wurden in den letzten Jahren die Leistungs- und Kostendaten zu Neurostimulatoren abgefragt. Durch dieses Vorgehen ist eine bessere Beurteilung von Sachkosten bestimmter Verfahren und somit eine Anpassung des G-DRG-Systems 2018 möglich.

Bei der Analyse war zu beachten, dass die Implantation oder der Wechsel von Elektroden-Systemen und Aggregaten zur permanenten oder Teststimulation sowie ein- wie auch mehrzeitig durchgeführt werden kann. Bei mehrzeitiger Vorgehensweise kann es zudem unter Umständen zur Fallzusammenführung kommen.

Analyse

Im G-DRG-System 2017 sind rund 98% der Fälle mit Eingriffen zur Neurostimulation in den folgenden sieben MDCs abgebildet:

- MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*
- MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*
- MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*
- MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*
- MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane*
- MDC 23 *Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens*
- MDC 24 *Sonstige DRGs*

In der MDC 01 sind die Eingriffe zur Neurostimulation am Hirn weitgehend einheitlich abgebildet. Sowohl die reine Elektrodenimplantation als auch die Eingriffe mit Ein- oder Mehrkanalstimulatoren werden mit den entsprechenden Zusatzentgelten sowie der spezifischen Basis-DRG B21 *Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektroden-System* sachgerecht abgebildet. In diesem Anwendungsbereich wurde für das G-DRG-System 2018 keine Änderung vorgenommen. Die weiteren Analysen konzentrierten sich auf die Anwendungsbereiche Rückenmark und peripheres Nervensystem. Hier gibt es insbesondere bei der reinen Elektrodenimplantation Bedarf nach einer sachgerechteren Abbildung. Abbildung 35 gibt einen Überblick über die diversen Bereiche der Neurostimulation und die Zuordnung der Zusatzentgelte.

	Reine Elektrodenimplantation	Einkanal-Aggregat mit/ohne Elektrode	Mehrkanal-Aggregat mit/ohne Elektrode	
Hirn	Weitgehend einheitliche Abbildung in MDC 01 ✓	unbewertetes ZE 2017-118 ✓	DRG B21A ✓	DRG B21B ✓
Rückenmark	Je nach MDC und ein-/mehrzeitiger Vorgehensweise → verschiedene DRGs	mit ZE 138 ✓	mit ZE 140 ✓	ohne ZE 141 ✓
Peripheres Nervensystem	Je nach MDC und ein-/mehrzeitiger Vorgehensweise → verschiedene DRGs	ohne ZE 139 ✓	ohne ZE 141 ✓	

Abbildung 35: Analyse der Abbildung der Neurostimulation im G-DRG-System 2017

Wie in Abbildung 35 dargestellt, war insbesondere eine Analyse der Elektrodenimplantation an Rückenmark und peripherem Nervensystem notwendig. Die Implantation und der Wechsel von Ein- und Mehrkanalaggregaten mit und ohne Elektrode sind bereits weitgehend sachgerecht abgebildet.

Die Fälle aus den vier hauptsächlich betroffenen MDCs (MDC 01, MDC 06, MDC 08 und MDC 11) wurden auf die Möglichkeit einer verbesserten Abbildung hin untersucht. Insbesondere wurde auch die Anmerkung der zum Teil bestehenden Untervergütung von permanenten Elektroden zur Teststimulation bei der Analyse berücksichtigt.

Die Eingriffe zur Neurostimulation gliedern sich in vier Leistungsgruppen:

- A. Implantation/Wechsel der Neurostimulatoren mit/ohne Elektrodensystem
- B. Implantation/Wechsel von permanenten Elektrodensystemen
- C. Implantation/Wechsel von Testelektrodensystemen
- D. Revision/Entfernung von Neurostimulatoren/Ektrodensystemen (Leistungen ohne typischerweise hohe Sachkosten)

Neben den oben genannten Leistungsgruppen mussten die folgenden Betrachtungsebenen hinzugezogen werden:

- Einzelelektroden-/Mehrelektrodensysteme
- Ein-/Beidseitige Implantationen

In Hinblick auf die Vergütung durch Zusatzentgelte muss auch die Komplexität des Systems wie die Abbildung von permanenten Elektrodensystemen in Kombination mit/ohne Neurostimulator berücksichtigt werden. Diesbezüglich sollten folgende Konstellationen vermieden werden:

- Zuordnung zu einer DRG ohne adäquaten Implantatkostenanteil und Zusatzentgelt „ohne Sondenimplantation“. In diesem Fall würden die Kosten der Elektroden nicht vergütet.
- Zuordnung zu einer spezifischen DRG für permanente Elektroden und Zusatzentgelt „mit Sondenimplantation“. Dann fände eine Doppelvergütung der Kosten der Elektroden statt.

Die Zusatzentgelte werden über OPS-Kodes ausgelöst, dabei erfordert die Abrechnung des höheren Zusatzentgelts für „Implantation mit Elektrodenimplantation“ auch die Verschlüsselung der entsprechenden OPS-Kodes.

Die Neurostimulationselektroden und Aggregate werden zum Teil in zweizeitigen Prozeduren implantiert. Dies ist bei der Kodierung zu beachten. Bei zweizeitiger Vorgehensweise ist die Abrechnung des höheren Zusatzentgelts nur möglich, wenn beide Eingriffe in einem Aufenthalt erfolgen, wie im OPS beschrieben (siehe Abb. 36).

5-059.c	<p>Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode</p> <p><i>Inkl.:</i> Ersteinstellung</p> <p><i>Exkl.:</i> Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-059.d ff.) Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode (5-059.g ff.)</p> <p><i>Hinw.:</i> Die Implantation oder der Wechsel der Neurostimulationselektrode zur Stimulation des peripheren Nervensystems sind gesondert zu kodieren (5-059.8 ff.) Ein Kode aus diesem Bereich ist auch zu verwenden bei zweizeitiger Implantation einer Neurostimulationselektrode und eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems während desselben stationären Aufenthaltes</p> <p>.c0 Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar</p> <p><i>Exkl.:</i> Implantation oder Wechsel spezieller Neurostimulationssysteme (5-059.c4 bis 5-059.cb)</p>
---------	--




Abbildung 36: Ausschnitt aus OPS Version 2017

Ergebnisse

Die Analyse nach einer einheitlichen Abbildung zwischen den MDCs und den vier Leistungsgruppen ergab, dass die Fälle mit Revision bzw. Entfernung von Neurostimulatoren oder Elektroden in MDC 06, MDC 08 und MDC 11 ausreichend gut durch die bestehenden Basis-DRGs (G11 *Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter*, I10 *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule* und L09 *Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane oder Anlage eines Dialyseshunt*s) abgebildet werden, ebenso wie die Teststimulation in MDC 06 und MDC 08. Als Ergebnis resultiert daraus, dass eine einheitliche Umsetzung mit separater Abbildung aller vier Leistungsgruppen nicht in allen MDCs erforderlich ist. Insgesamt wurden zehn neue DRGs zur differenzierten Abbildung der Neurostimulation etabliert.

Beispielhaft wird im Folgenden die Basis-DRG B19 der MDC 01 beschrieben:

Basis-DRG B19 *Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems*, differenziert nach:

- B19A *Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators*
- B19B *Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines permanenten oder temporären Elektrodensystems*
- B19C *Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Implantation oder Wechsel von Neurostimulatoren und Elektrodensystemen*

In Abbildung 37 sind die übrigen neu etablierten DRGs der MDC 06, MDC 08 und MDC 11 und die weiterhin bestehenden DRGs dargestellt.

MDC:	01 Nervensystem	05 Kreislauf	06 Verdauungssystem	08 Bewegungsapparat	11 Harnorgane	23 Sonstige Zustände...
Implantation / Wechsel des Neurostimulators	DRG B19A	Neuzuordnung innerhalb der Basis-DRG F21	DRG G13A	DRG I19A	DRG L16A	Diagnose-abhängig Umleitung in MDC01 oder weiterhin Abbildung in der Basis-DRG Z01
Implantation permanente Elektrodensysteme	DRG B19B		DRG G13B	DRG I19B	DRG L16B	
Teststimulation					DRG L16C	
Revision / Entfernung von Aggregaten oder Elektroden	DRG B19C		Weiterhin in Basis-DRG G11	Weiterhin in Basis-DRG I10	Weiterhin in Basis-DRG L09	

Abbildung 37: Übersicht über die Neurostimulator-DRGs. Die neu etablierten DRGs sind grün dargestellt.

Nach der Bereinigung um die jeweiligen Zusatzentgelte weisen Fälle mit Aggregatimplantation oft geringere Kosten auf als Fälle mit reiner Elektrodenimplantation. Aufgrund der höheren mittleren Kosten wird die DRG für Implantation/Wechsel von permanenten Elektroden („B“) stets (in allen betroffenen MDCs) vor der DRG für Implantation/Wechsel des Neurostimulatoraggregats („A“) abgefragt. Die DRG „B“ kann jedoch nur erreicht werden, wenn nicht gleichzeitig ein OPS-Kode für Neurostimulator mit Sondenimplantation (Auslöser des jeweils höheren ZE) vorliegt.

Die Fälle der MDC 05 sind bei einer relativ kleinen Fallzahl sachgerecht in der modifizierten Basis-DRG F21 abgebildet.

Durch den Umbau in MDC 01, MDC 06, MDC 08 und MDC 11 ergibt sich eine erheblich sinkende Fallzahl in der MDC 24. Eine Umleitung aus der MDC 23 in die MDC 01 sorgt für eine sachgerechte Abbildung der hauptdiagnosenunabhängig dort besser passenden Fälle.

Im Vergleich zum G-DRG-System 2017 resultieren daraus sowohl Auf- als auch Abwertungen von Fällen.

Beispiel für die Vergütung eines Mehrkanalsystems mit ein- bzw. zweizeitigem Eingriff

In einem Beispiel soll die Vergütungssituation für ein- bzw. zweizeitige Eingriffe beschrieben werden.

Werden Sonden und Aggregat in einem Aufenthalt implantiert, werden für die MDC 06 die Fälle in die DRG G13A eingruppiert und zusätzlich mit dem Zusatzentgelt ZE140 vergütet. Finden beide Implantationen in zwei Aufenthalten ohne Fallzusammenführung statt, wird die Implantation der Sonden mit der DRG G13B und ohne Zusatzentgelt vergütet, die Implantation des Aggregats jedoch mit G13A und mit dem ZE141. Bei einer Fallzusammenführung wird bei einer Implantation von Sonden und Aggregat das höhere ZE140 mit der niedriger bewerteten DRG G13A vergütet, wie in Abbildung 38 dargestellt, bei einer Implantation ohne Sonde mit der höher bewerteten DRG G13B und dem niedrigeren ZE141. Im Ergebnis werden somit die Kosten der Sonden je nach Kodierung und Fallstruktur entweder über die höher bewertete DRG oder über das höhere Zusatzentgelt vergütet – aber nicht über beides.

Beispiel: ➤ Mehrkanalsystem	Ein Aufenthalt	Zwei Aufenthalte		Zwei Aufenthalte mit Fallzusammenführung	
		1. Aufenthalt	2. Aufenthalt	Kodierung „mit Sonde“	Kodierung „ohne Sonde“
Permanente Elektroden	G13A RG 1,088	G13B RG 1,475		G13A RG 1,088	G13B RG 1,475
Implantation des Aggregats	ZE140 11.980,20€		G13A RG 1,088 ZE141 10.344,19€	ZE140 11.980,20€	ZE141 10.344,19€

Abbildung 38: Beispiel für die Vergütung eines Mehrkanalsystems in einem Aufenthalt bzw. bei zweizeitigem Eingriff ohne und mit Fallzusammenführung. Ergebnis für 2018: MDC 06

3.3.2.24 Onkologie

Grundlage der diesjährigen Revision des G-DRG-Systems in der MDC 17 waren einige konkrete Vorschläge der Fachgesellschaft, welche die Abbildung spezifischer Fallkonstellationen zum Inhalt hatten.

Die Hinweise betrafen u.a. Fälle mit Burkitt-Lymphom sowie mit lymphoblastischem und mediastinalem, großzelligem Lymphom. Konservativ behandelte Fälle werden der Basis-DRG R61 *Lymphom und nicht akute Leukämie* zugeordnet. In dieser Basis-DRG ist lediglich in der DRG R61A eine hochkomplexe Chemotherapie mit zwei Blöcken vergütungsrelevant. Üblicherweise werden die genannten Lymphome aber wie eine akute lymphatische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie (im Sinne der OPS-Definition) behandelt. Die Eingruppierung der Fälle erfolge aber meist in die DRGs R61G [...] *mit komplexer Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter > 15 Jahre* bzw. R61H [...] *ohne äuß. schw. CC, ohne komplexe Diagnose, ohne Knochenaffektionen*, die nur durch die Diagnosen des Lymphoms definiert sind. Um die Abbildung und damit die Vergütung der beschriebenen Fallkonstellation zu verbessern, wurden verschiedene Lösungswege vorgeschlagen. Dies beinhaltete sowohl die Zuordnung der genannten Lymphome zur Basis-DRG R63 *Andere akute Leukämie* statt R61 – und damit die Abbildung analog zu den akuten lymphatischen Leukämien – als auch die stärkere Nutzung der Prozeduren für mäßig komplexe und intensive Chemotherapie als Kostentrenner in der Basis-DRG R61. Die durchgeführten Analysen führten zu verschiedenen Änderungen im Gruppierungsalgorithmus und dadurch zu einer Aufwertung der Fälle mit Burkitt-Lymphom sowie mit lymphoblastischem und mediastinalem, großzelligem Lymphom für 2018:

- Aufwertung von Fällen mit den genannten Lymphomen aus den DRGs R61A-R61C in Kombination mit hochkomplexer Chemotherapie in die Basis-DRG R63 und damit in die DRG R63A *Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter > 17 Jahre*. Dadurch werden auch Kinder < 18 Jahre in die DRG R66Z *Akute myeloische Leukämie oder andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom [...]* aufgewertet, die in ihrer Definition u.a. die DRG R63A enthält.
- Fälle mit den genannten Lymphomen der DRG R61G werden in Kombination mit bestimmten Chemotherapien (z.B. intrathekal, intrazerebral) in die DRG R61F aufgewertet.

- Fälle der DRG R61E [...] mit *Agranulozytose oder Portimplant. oder Komplex-beh. bei multiresistenten Erregern [...], ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre* werden in Kombination mit hochkomplexer und intensiver Blockchemotherapie in die DRG R61D aufgewertet.

Zusätzlich haben eigene Analysen zu einer Aufwertung von Fällen mit der Hauptdiagnose D47.0 *Histiozyten- und Mastzelltumor unsicheren oder unbekanntem Verhaltens* oder mit einer *Biopsie ohne Inzision am Knochenmark (1-424)* von der DRG R61H in die DRGs R61F und R61G geführt.

Thematisiert wurde im Vorschlagsverfahren auch die Problematik, dass die Kodierung bestimmter Prozeduren, Nebendiagnosen und bestimmter CCL-relevanter Diagnosen in den medizinischen Basis-DRGs der MDC 17 zu teilweise hohen Erlössprüngen führt und darin ein „Fehlanreiz zur großzügigen Kodierung“ der jeweiligen Attribute gesehen wird. Genannt wurden in diesem Zusammenhang z.B. die Prozeduren für Portimplantation und komplexe Diagnostik bei Leukämie ohne HLA-Typisierung sowie die Nebendiagnose R47.1 *Dysarthrie und Anarthrie*. Die diesbezüglich durchgeführten Analysen führten für 2018 zu punktuellen Anpassungen des Gruppierungsalgorithmus. So wurde der OPS-Code für die Revision von venösen Katheterverweilsystemen aus der Definition der DRGs R61C, R61D und R61E gestrichen. Zusätzlich ist auch die Prozedur für die komplexe Diagnostik bei Leukämie ohne HLA-Typisierung für bestimmte Fallkonstellationen der DRG R60C ab 2018 nicht mehr gruppierungsrelevant.

Hinsichtlich der Abbildung von Diagnosen erreichten uns darüber hinaus Hinweise zu Fällen mit der Hauptdiagnose C79.84 *Sekundäre bösartige Neubildung des Herzens*. Wird beispielsweise die Entfernung von erkranktem Gewebe am Ventrikel (5-373.1) verschlüsselt, erfolgt im G-DRG-System 2017 die Zuordnung zur DRG R12A *Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur*. Im Gegensatz dazu werden Fälle mit diesem Eingriff und Primärtumor am Herzen (C38.0 *Bösartige Neubildung des Herzens*) in die höher vergütete DRG F07C *Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre [...]* eingruppiert. Da Fälle mit diesen Diagnosen jedoch vergleichbare Kosten aufwiesen, wird die Hauptdiagnose C79.84 ab 2018 ebenfalls der MDC 05 zugeordnet und dem Code C38.0 gleichgestellt.

Im Fokus der Analysen standen in den vergangenen Jahren immer wieder die Diagnosen für *Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie (D70.1-)*, die nach einer unterschiedlichen Dauer der kritischen Phase differenziert sind. Insbesondere die Frage, ob die Verwendung als eigenständiges Splitkriterium in den medizinischen Basis-DRGs der MDC 17 (R60-R63) und zusätzlich eine Berücksichtigung bei der PCCL-Berechnung in diesen Basis-DRGs gerechtfertigt ist, wurde untersucht. In der G-DRG-Version 2017 war nach zahlreichen Änderungen in der Vergangenheit die Diagnose D70.12 [...] *Kritische Phase 20 Tage und mehr* im CCL-System mit einem Wert von 3 in den Basis-DRGs R60–R63 relevant. Zusätzlich wurden die Diagnosen D70.11 [...] *Kritische Phase 10 Tage bis unter 20 Tage* und D70.12 in den Basis-DRGs R60–R63 und der Code D70.14 [...] *Kritische Phase 7 Tage bis unter 10 Tage* in der Basis-DRG R61 als Nebendiagnose zur Definition dieser DRGs verwendet. Im Vorschlagsverfahren wurde nun angeregt, die Diagnosen aus dem Codebereich D70.1- erneut auf ihre Abbildung im CCL-System für die DRGs der MDC 17 zu überprüfen. Dies führte für die G-DRG-Version 2018 zu einer Aufnahme des Codes D70.11 in die CCL-Matrix mit einem Wert von 1 in der Basis-DRG R63.

Systemweite Analysen hatten für die G-DRG-Version 2017 zu einer Schärfung zahlreicher DRGs für Strahlentherapie geführt in dem Sinne, dass zukünftig hauptsächlich die Anzahl der Tage mit Strahlentherapie im Gegensatz zur Anzahl der Codes für Strahlentherapie definierend ist. Ein vollständiger Umbau der Strahlentherapie-DRGs war jedoch auf Basis der Kalkulationsdaten des Jahres 2015 nicht möglich, sodass erneut eine umfassende Analyse der Strahlentherapie-DRGs erfolgte. In der MDC 17 konnte im Ergebnis die Definition der DRG R07A *Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, [...] oder mindestens 10 Bestrahlungen* präzisiert werden. Ab 2018 werden dieser DRG nur noch die Fälle zugeordnet, die Bestrahlungen an mindestens 7 Tagen erhalten haben. Die reine Anzahl der Bestrahlungen spielt hier zukünftig keine Rolle mehr. Detaillierte Erläuterungen dazu finden sich auch in Kapitel 3.3.2.29.

Ebenfalls systemweit wurden in diesem Jahr verschiedene Funktionen auf eine trennscharfe Definition untersucht. In der MDC 17 wurde daher vor allem die Funktion „Komplexe OR-Prozeduren“ überprüft, die in verschiedenen operativen Basis-DRGs wie z.B. R01 *Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren* und R12 *Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren* verwendet wird. In der Basis-DRG R01 zeigte sich, dass Fälle mit den folgenden Prozeduren keine höheren Kosten aufwiesen und in dieser Basis-DRG demzufolge ab 2018 nicht mehr gruppierungsrelevant sind:

- Thorakoskopische Pleurolyse
- Sonstige und nicht näher bezeichnete Adhäsiolyse an Lunge und Brustwand
- Lokale thorakoskopische und sonstige und nicht näher bezeichnete Pleurektomie

Neben den oben aufgeführten spezifischen Änderungen im G-DRG-System 2018 zur Abbildung onkologischer Fälle haben auch die in Kapitel 3.3.2.4 oder 3.3.2.9 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 sieben neuen unbewerteten Zusatzentgelten für Medikamente (ZE20187-140 *Gabe von Brentuximabvedotin, parenteral*, ZE2018-141 *Gabe von Enzalutamid, oral*, ZE2018-142 *Gabe von Aflibercept, intravenös*, ZE2018-143 *Gabe von Eltrombopag, oral*, ZE2018-144 *Gabe von Obinutuzumab, parenteral*, ZE2018-145 *Gabe von Ibrutinib, oral*, ZE2018-146 *Gabe von Ramucirumab, parenteral*)
- Für den Bereich der Pädiatrie wurden die bereits bestehenden Dosisklassen für Kinder sowohl für onkologische als auch für nicht onkologische Zusatzentgelte insgesamt überprüft. Daraus resultierte die Schaffung neuer Kinderdosisklassen bei zwei neuen unbewerteten Zusatzentgelten (ZE2018-140 *Gabe von Brentuximabvedotin, parenteral*, ZE2018-143 *Gabe von Eltrombopag, oral*).

Im Rahmen der Revision der Deutschen Kodierrichtlinien erreichten uns Hinweise zur Kodierrichtlinie 0215h *Lymphom*. Diese regelt u.a. die Verschlüsselung einer Knochenbeteiligung (C79.5 *Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes*) sowie eines Befalls der Hirnhäute oder des Gehirns (C79.3 *Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute*) bei malignen Lymphomen. Es wurde

darauf hingewiesen, dass aufgrund der unterschiedlichen Formulierung der betroffenen Textpassagen nicht klar sei, ob die Diagnosen C79.3 und C79.5 nur als Nebendiagnose oder aber auch als Hauptdiagnose kodiert werden können und ob dies für beide Diagnosen gleichermaßen gilt. Für 2018 wurde daraufhin eine Angleichung der Formulierung des Absatzes zur Kodierung eines Befalls der Hirnhäute oder des Gehirns an die Formulierung des Absatzes zur Kodierung einer Knochenbeteiligung vorgenommen. Darüber hinaus wurde bezüglich der Festlegung der Haupt- bzw. Nebendiagnosen bei Lymphomen mit Knochenbeteiligung bzw. mit Beteiligung des Gehirns oder der Hirnhäute ein Verweis auf DKR 0201 *Auswahl und Reihenfolge der Codes* aufgenommen.

3.3.2.25 Operative Gynäkologie

Zu nicht geburtshilflichen gynäkologischen Operationen erreichten uns im Rahmen des Vorschlagsverfahrens erneut zahlreiche Vorschläge. Thematisiert wurde wieder die Abbildung von Fällen in der Basis-DRG N11 *Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen*, mit dem Ziel, insbesondere aufwendige Fälle in spezifischere DRGs auszugliedern. Der Fehlanreiz, unspezifische Prozeduren zu kodieren, sollte minimiert werden, 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 Inlier-Kosten 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. Um die Problematik der „Mindervergütung bei Mehrleistung“ zu reduzieren und damit eventuell verbundene Kodieranreize zu minimieren, war die Basis-DRG N11 in den letzten Jahren zahlreichen Änderungen unterworfen. Dies beinhaltete zum einen die Ausgliederung von Prozeduren in andere DRGs der MDC 13 und zum anderen die Sortierung der DRG N11A, die in ihrer Definition relativ spezifisch ist, in der Rangfolge der MDC 13 an eine höhere Position. Für 2018 wurde dieser Prozess durch weitere Spezifizierungen fortgeführt:

- Streichung der Prozedur für die partielle Resektion des Omentum (OPS 5-543.20) aus der Definition der DRG N11A
- Streichung der Prozeduren für andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen sowie an Nerven und Ganglien aus der Definition der DRG N11A

Bereits für die G-DRG-Version 2017 wurde die Abbildung von Fällen mit einer Endometriumablation überprüft. Dies hatte zur Folge, dass Fälle mit einer Endometriumablation durch Rollerball und/oder Schlingenresektion (OPS 5-681.50), durch Hochfrequenzablation (OPS 5-681.53) sowie durch sonstige Verfahren (OPS 5-681.5x) der Basis-DRG N09 statt den Basis-DRGs N02 *Eingriffe an Uterus und Adnexen [...]*, N07 *Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose [...]* und N25 *Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose [...]* zugeordnet wurden. Im Rahmen des diesjährigen Vorschlagsverfahrens erreichten uns verschiedene Hinweise, die Abbildung dieser Prozeduren erneut zu überprüfen, da insbesondere die Endometriumablation durch Hochfrequenzablation mit hohen Sachkosten verbunden sei und diese genauso bewertet werden sollte wie andere Therapieformen mit hohen Sachkosten wie z.B. die Laserablation am Endometrium.

Für 2018 konnte die Hochfrequenzablation am Endometrium wieder den Basis-DRGs N02, N07 und N25 zugeordnet werden. Für die überwiegende Anzahl der Fälle bedeutet dies eine Abbildung in der DRG N25Z. Für alle anderen Verfahren der Endometri-umablation ergab sich kein Anpassungsbedarf hinsichtlich der Eingruppierung.

Umfangreiche Analysen betrafen in diesem Jahr erneut die Prozeduren für Scheiden-/Zervixstumpffixation (OPS 5-704.4 und .5). Die zusätzliche Angabe dieser Codes im Rahmen anderer Operationen wie z.B. einer Uterusentfernung war streitbefangen, da dies zu einer geänderten Eingruppierung eines Falles führen konnte. So wird beispielsweise in der G-DRG-Version 2017 ein Fall mit laparoskopischer Hysterektomie ohne Salpingoovarektomie (OPS 5-683.03) der DRG N21A *Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik [...] zugeordnet*. Wird zusätzlich eine laparoskopische Scheidenstumpffixation (z.B. OPS 5-704.4b) verschlüsselt, resultiert daraus die DRG N14Z. Für den OPS Version 2016 wurden die Prozeduren aus den Codebereichen 5-704.4 und 5-704.5 nach dem OP-Verfahren und der Verwendung von alloplastischem Material differenziert. Im Rahmen der diesjährigen Revision des G-DRG-Systems war demzufolge erstmals eine Analyse dieser neuen Codes möglich. Im Fokus der Analysen standen dabei die DRGs N06Z *Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen* und N14Z *Hysterekt. auß. b. BNB m. Beckenbodenpl. [...]*, in denen die Codes für Scheiden-/Zervixstumpffixation gruppierungsrelevant waren. Im Ergebnis konnten die genannten Prozeduren aufwandsgerecht neu zugeordnet werden. Das bedeutet, dass in der DRG N14Z nur noch bestimmte Verfahren mit Implantation von alloplastischem Material erlösrelevant sind. Bestimmte Verfahren ohne Implantation von alloplastischem Material (z.B. 5-704.47 *Scheidenstumpffixation: Offen chirurgisch (abdominal), ohne alloplastisches Material, mit lateraler Fixation an den Ligg. Sacrouterina* und unspezifische Codes (z.B. 5-704.x und .y *Sonstige bzw. N.n.bez. vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik*) wurden von der DRG N06Z in die DRG N07Z [...] oder *kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen* abgewertet. Die zusätzliche Kodierung dieser Verfahren im Rahmen anderer Operationen wurde im OPS Version 2018 durch die Aufnahme erklärender Hinweise geregelt. Insgesamt wurde durch die beschriebenen Maßnahmen das Streitpotential deutlich verringert.

Im Rahmen einer systemweiten, erneuten Überprüfung der DRGs für Strahlentherapie wurde die Definition der DRG N16A *Strahlentherapie bei [...], Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 10 Bestrahlungen* dahingehend präzisiert, dass eine Zuordnung zu dieser DRG nur noch dann erfolgt, wenn eine Bestrahlung an mindestens 5 Tagen stattgefunden hat. Detaillierte Informationen dazu finden sich auch in Kapitel 3.3.2.29.

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:

- Der offen chirurgische Verschluss einer vesikovaginalen Fistel wird ab 2018 nicht mehr der DRG N05A, sondern der Basis-DRG N01 *Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder [...] oder Verschluss einer vesikovaginalen Fistel* zugeordnet und damit aufgewertet.
- Prozeduren für bestimmte transvaginale Suspensionsoperationen, bestimmte suprapubische (urethrovesikale) Zügeloperationen und bestimmte abdominale retropubische und paraurethrale Suspensionsoperationen sowie bestimmte an-

dere Harninkontinenzoperationen wurden aus der Definition der DRG N04Z *Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff* gestrichen. Die betroffenen Fälle werden zukünftig überwiegend in den DRGs N14Z, N21A und N23Z *Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukleation* abgebildet und damit abgewertet.

- Bestimmte Prozeduren für die plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum, für die Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Bauchwand sowie für die Exzision an Muskel, Sehne und Faszie der Bauchregion, Leisten- und Genitalregion und Gesäß sowie an sonstigen Lokalisationen wurden in die Basis-DRG N09 aufgenommen. Dadurch wurden auch zahlreiche Fälle der Sonstigen DRGs 801 *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose* bzw. 802 *Bestimmte nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose* in die MDC 13 integriert.
- Weitere Analysen zeigten, dass bestimmte Prozeduren für sonstige partielle Resektionen des Dickdarms sowie für laparoskopische partielle Resektionen des Dickdarms mit Anastomose in der DRG N34Z *Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* nicht sachgerecht abgebildet sind. Zukünftig werden diese Leistungen in der Basis-DRG N02 bzw. mindestens in der DRG N02B [...] *oder best. Eingriffe am Darm [...]* abgebildet und damit abgewertet. Damit einhergehend wurde auch die Definition der Extremkosten-DRG N34Z präzisiert.
- Ebenfalls abgewertet aus der DRG N34Z wurden Prozeduren für die laparoskopische und sonstige Teilresektion der Harnblase ohne Ureterneointegration sowie für die sonstige und nicht näher bezeichnete partielle Harnblasenresektion. Fälle mit diesen Eingriffen werden ab 2018 der Basis-DRG N13 [...] *oder bestimmter Eingriff an der Harnblase* zugeordnet.

3.3.2.26 „Reste“-DRGs

Fälle mit einer der MDC entsprechenden Hauptdiagnose und einem bisher nicht spezifisch zugeordneten, aber dennoch regelhaft in der betreffenden MDC vorkommenden operativen Verfahren werden in sogenannte „Reste“-DRGs eingruppiert. Die „Reste“-DRGs enthalten überwiegend medizinisch-inhaltlich heterogene Fallgruppen, deren Kosten vergleichbar sind. Da es vorkommen kann, dass Fälle in den „Reste“-DRGs besser vergütet werden als in DRGs mit spezifischen kleinen Eingriffen, kann ein Fehlreiz bestehen, unspezifische Prozeduren zu kodieren. Sie sind daher im Allgemeinen am Ende der operativen Partition einer MDC eingegliedert und nicht entsprechend ihrer mittleren Inlier-Kosten. In Einzelfällen führt dies wiederum zur Problematik der Mindervergütung bei Mehrleistung, wenn u.a. Fälle aufgrund spezifischer Eingriffe vorher abgefragt werden.

Das G-DRG-System 2018 beinhaltet in 18 der insgesamt 26 MDCs „Reste“-DRGs. Auch in diesem Jahr wurden die „Reste“-DRGs mit der Zielsetzung einer sachgerechteren Vergütung weiterentwickelt. Dieses Ziel sollte über die Zuordnung präzise beschreibbarer Fallmengen zu kosten- und verweildauerähnlichen spezifischen DRGs der jeweiligen MDCs sowie die Ausdifferenzierung der „Reste“-DRGs erreicht werden, beispielsweise durch verschiedene Aufwandskategorien der operativen Eingriffe oder an-

dere Attribute wie Alter oder PCCL. Weiterentwicklungen wurden für das G-DRG-System 2018 in den in Tabelle 23 dargestellten „Reste“-DRGs durchgeführt.

MDC	„Reste“-DRGs
MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges	C14
MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	E02
MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	F21
MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	G12
MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	I28
MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	J11
MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	K09
MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	M06
MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	N11
MDC 21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	X06
MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	Z01

Tabelle 23: Übersicht über die betroffenen MDCs mit den jeweiligen „Reste“-DRGs

Beispiel Weiterentwicklung

Beispielhaft soll die Weiterentwicklung an der „Reste“-DRG K09 *Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* der MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* beschrieben werden.

In diese Basis-DRG werden Fälle mit operativen Verfahren eingruppiert, die sonst keine spezifische Relevanz in der MDC 10 aufweisen. Durch die verschiedenen Fallmengen wird eine Misch-DRG gebildet.

Im Vergleich zu „Reste“-DRGs in anderen MDCs ist die „Reste“-DRG der MDC 10 im G-DRG-System 2017 eher gering ausdifferenziert, wodurch sich eine große Erlösdifferenz zwischen den DRGs K09A und K09B ergibt (K09A: RG 3,908, K09B: RG 1,902). Ziel der internen Analyse war eine weitere Ausdifferenzierung der Basis-DRG K09 für eine präzisere Trennung der Fallmengen.

Durch einen komplexen Umbau der Basis-DRG K09 konnten die Erlössprünge zwischen den DRGs reduziert und die Vergütung bezüglich einer sachgerechten Abbildung optimiert werden. In der Basis-DRG K09 heißt dies konkret, dass daraus eine Aufwertung von folgenden Fällen resultiert:

- Kleinkinder mit hochaufwendiger Pflege ab 72 Aufwandspunkten werden in die DRG K09A *Andere Prozeduren bei endokrinen, [...] oder hochaufwendiger Pflege von Kleinkindern ab 72 Aufwandspunkten oder komplexem Eingriff, mit äußerst schweren CC oder Alter < 7 Jahre* mit einem Relativgewicht von 4,510 (Vergleich G-DRG-System 2017: RG 3,908) eingruppiert.

- Kinder im Alter < 16 Jahre werden in die DRG K09B *Andere Prozeduren bei endokrinen, [...] mit mäßig komplexem Eingr., Alter < 16 Jahre* mit einem Relativgewicht von 2,732 (Vergleich G-DRG-System 2017: RG 1,902) eingruppiert.

Somit ergibt sich eine differenziertere Abbildung hochkomplexer Eingriffe innerhalb der Basis-DRG K09.

Ausführliche Beschreibungen der übrigen weiterentwickelten „Reste“-DRGs sind bei den jeweiligen Themen zu finden.

3.3.2.27 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 2017 war die multimodale Schmerztherapie in drei Basis-DRGs abgebildet: B47 *Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems*, I42 [...] *bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* und U42 [...] *bei psychischen Krankheiten und Störungen*. Für die Eingruppierung der Fälle anhand der OPS-Kodes aus dem Codebereich 8-918 *Multimodale Schmerztherapie* sind im G-DRG-System 2017 bereits 7 Behandlungstage ausreichend, während andere Komplexkodes (z.B. Geriatrie) im G-DRG-System oft erst ab 14 Tagen gruppierungsrelevant sind.

Im Rahmen der Weiterentwicklung für das G-DRG-System 2017 wurde die damals unbewertete Basis-DRG U42 *Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen* nach Dauer der multimodalen Schmerztherapie analog zu den Basis-DRGs B47 und I42 ausdifferenziert, allerdings mit zusätzlichem Alterssplit. Diese Ausdifferenzierung ermöglichte die Kalkulation von Relativgewichten für zwei von drei der betroffenen DRGs (DRGs U42B und U42C). Die DRG U42A *Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter < 19 Jahre* verblieb in Anlage 3a.

Aufgrund einer insbesondere bei Schmerztherapie mit kurzer Behandlungsdauer unverändert geringen Beteiligung fallzahlstarker Leistungserbringer war die Zusammensetzung der Kalkulationsstichprobe bei den Basis-DRGs B47 und I42 weiterhin verzerrt. Daraus resultierte eine unsichere Kalkulationsbasis bei deutlicher Schiefelage der Leistungserbringung zwischen Stichprobe und Grundgesamtheit. Die DRGs B47A bzw. I42A müssten gemäß der OPS-Definition einen höheren Aufwand und mindestens gleiche, ggf. auch höhere mittlere Tageskosten der abgebildeten Fälle aufweisen als die DRGs B47B bzw. I42B. Die Analyse der gelieferten Kalkulationsdaten ergab jedoch, dass die durchschnittlichen Tageskosten in den DRGs B47A bzw. I42A erneut niedriger waren als die durchschnittlichen Tageskosten in den DRGs B47B bzw. I42B. Der Grund dafür war, dass die Fälle der DRGs B47B bzw. I42B nur aus sehr wenigen Kalkulationskrankenhäusern stammten und keiner der Hauptleistungserbringer dieser kürzeren Schmerztherapie in den Kalkulationsdaten zu den DRGs B47B bzw. I42B vertreten war. Dies hätte zur Folge gehabt, dass die Vergütung der Langlieger in der DRG I42B wegen der höheren durchschnittlichen Tageskosten die Vergütung der Fälle mit identischer Verweildauer in der DRG I42A ab einer Verweildauer von 20 Tagen „überholt“ hätte (siehe Abb. 39).

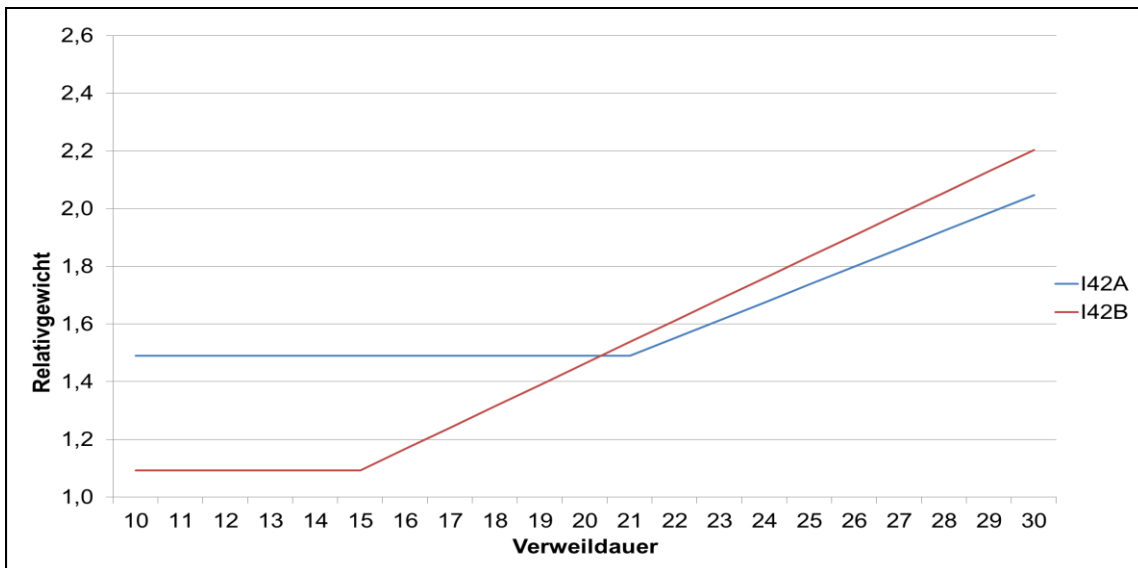


Abbildung 39: Vergütungsverlauf in der Basis-DRG I42 im G-DRG-System 2018 vor der Übernahme des Lösungsansatzes der Selbstverwaltung

Würde eine Abbildung im G-DRG-System auf diese Art erfolgen, bestände die Problematik, die Kodierung der Multimodalen Schmerztherapie bei Langliegern fälschlicherweise so zu gestalten, dass sich zur Abrechnung die DRG I42B ergibt.

Da für das G-DRG-System 2018, genauso wie für das G-DRG-System 2017, keine kalkulatorische Lösung möglich war, wurde der Lösungsansatz der Selbstverwaltung für den Entgeltkatalog 2017 in den Entgeltkatalog 2018 übernommen:

- Anpassung der oberen Grenzverweildauer (OGV) um jeweils einen Tag (-1 bei DRG B47A/I42A bzw. +1 bei DRG B47B/I42B)
- OGV-Zuschlag einheitlich je Basis-DRG als arithmetischer Mittelwert der eigentlich berechneten OGV-Zuschläge dieser Basis-DRG (siehe Abb. 40)

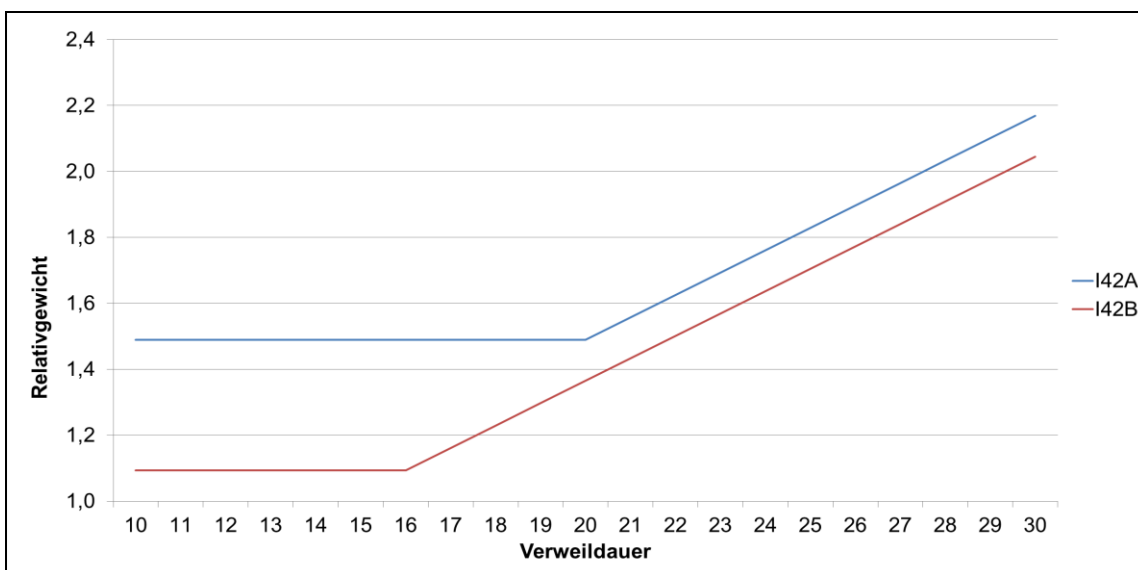


Abbildung 40: Vergütungsverlauf in der Basis-DRG I42 im G-DRG-System 2018 nach der Übernahme des Lösungsansatzes der Selbstverwaltung

Auf diese Weise ergibt sich für einen Langliegerfall in den DRGs B47A bzw. I42A zukünftig stets eine höhere Vergütung, als das bei gleicher Verweildauer in den DRGs B47B bzw. I42B der Fall wäre.

Die beschriebene Problematik besteht eigentlich auch in der Basis-DRG U42, aber die „Überholung“ findet in einem Verweildauer-Bereich statt, in dem typischerweise keine Fälle mehr auftreten, weswegen für 2018 keine Anpassung vorgenommen wurde.

Durch den im Kapitel „Neurochirurgie und Neurologie“ (siehe Kap. 3.3.2.22) beschriebenen Umbau im Bereich der Wirbelsäule wird eine nennenswerte Anzahl von Fällen mit Hauptdiagnose für eine Erkrankung an der Wirbelsäule wie z.B. Zervikobrachial-Syndrom oder bestimmte Radikulopathien und multimodaler Schmerztherapie, die bisher in der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* abgebildet wurde, zukünftig der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* zugeordnet.

Bei sehr ähnlichen Kosten- und Verweildauerprofilen der Basis-DRGs B47 *Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems* und I42 *Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* sowie der Menge der verschobenen Fälle ergibt sich daraus jedoch keine bedeutsame Auswirkung auf die Vergütung der DRGs für die Schmerztherapie.

3.3.2.28 Sonstige DRGs

Wie im Abschlussbericht 2017 ausführlich beschrieben, wurde für das G-DRG-System 2017 die neue MDC 24 *Sonstige DRGs* etabliert, und durch die Änderung der DRG-Kürzel (z.B. 801A statt 901B) gelang eine stärkere Abgrenzung der Sonstigen DRGs zu den Fehler-DRGs (z.B. 960Z). Dadurch wurde eine bessere Übersichtlichkeit auch zur zukünftigen Weiterentwicklung erreicht. Die Weiterentwicklung auch durch eine stärkere Differenzierung der DRGs führt – wie sich im letzten Jahr gezeigt hat – typischerweise zu geringeren Erlössprüngen und sollte so zu einer Minderung der Kodierkonflikte vor Ort zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern beitragen. Diese differenzierte Abbildung konnte für das G-DRG-System 2018 weitgehend bestätigt werden. Allerdings waren die Auswirkungen des komplexen Umbaus für das G-DRG-System 2017 im Datenjahr 2016 noch nicht sichtbar. Mit den Daten des Jahres 2017 kann erstmalig im kommenden Jahr eine umfassende Beurteilung der für 2017 grundlegend umstrukturierten DRGs der MDC 24 erfolgen. Lediglich Fälle mit bestimmter transurethraler Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase, mit bestimmter diagnostischer Endoskopie des Verdauungstraktes durch Inzision und intraoperativ sowie mit weiteren kleinen Eingriffen an der Harnblase werden zukünftig nicht mehr in der DRG 802A *Bestimmte nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose oder andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte*, sondern in der DRG 802B *Anderere nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit mäßig komplexer OR-Prozedur* abgebildet. In gleicher Weise werden Fälle mit Inzision und Drainage von periprostatem Gewebe sowie mit transurethraler Behandlung einer Prostatablutung aufgrund geringerer Kosten im G-DRG-System 2018 sachgerecht in die DRG 802B eingruppiert.

3.3.2.29 Strahlentherapie

Im Vorjahr gab es Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren, dass die Anzahl der Bestrahlungssitzungen die Kosten stärker bestimmt als die Anzahl der dokumentierten OPS-Kodes für Bestrahlungen. Hintergrund ist die zum Teil gemäß OPS zulässige Mehrfachkodierung bestimmter Bestrahlungen (mehr als ein Kode an einem Tag). Nach einer MDC-übergreifenden Analyse wurden im Vorjahr viele Strahlentherapie-DRGs so angepasst, dass Fälle mit hoher Anzahl an Bestrahlungssitzungen typischerweise höher bewertet sind als Fälle mit hoher Anzahl an Bestrahlungskodes. Im letzten Jahr erfolgte ein weitgehender Umbau der Strahlentherapie-DRGs, auf Basis der Kalkulationsdaten des Jahres 2015 war aber noch keine vollständige Umsetzung möglich.

In diesem Jahr fand eine erneute MDC-übergreifende Analyse der Strahlentherapie-DRGs statt. Diese zeigte, dass auf Basis der diesjährigen Daten weitere Anpassungen (mit Aufwertung der mehrzeitigen Therapien) der Strahlentherapie-DRGs möglich sind:

- In der Basis-DRG R07 *Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen [...]* konnten in diesem Jahr erstmals Fälle mit einer hohen Anzahl an Bestrahlungssitzungen differenziert berücksichtigt werden. Diese Fälle werden zukünftig in der DRG R07A *Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, [...]* oder *Bestrahlungen an mindestens 7 Tagen* abgebildet, während Fälle mit „lediglich“ hoher Anzahl an Bestrahlungskodes in die DRG R07B *Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, [...]*, *Bestrahlungen an weniger als 7 Tagen* eingruppiert werden.
- In den Basis-DRGs D20 *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses*, H16 *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* und N16 *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* waren Fälle mit einer hohen Anzahl von Strahlentherapie-OPS-Kodes noch den Fällen mit bestimmter (geringerer) Anzahl an Bestrahlungssitzungen gleichgestellt. Auf aktueller Datengrundlage war auch hier eine differenzierte Abbildung möglich (vgl. Beispiel in Tab. 24).

G-DRG-System 2017	G-DRG-System 2018
DRG D20A <i>Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen <u>an mindestens 5 Tagen</u> oder <u>mindestens 11 Bestrahlungen</u></i>	DRG D20A <i>Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen <u>an mindestens 5 Tagen</u></i>
DRG D20B <i>Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen <u>an weniger als 5 Tagen</u>, <u>weniger als 11 Bestrahlungen</u></i>	DRG D20B <i>Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlung <u>an weniger als 5 Tagen</u></i>

Tabelle 24: Beispielhafter Umbau in den DRGs D20A und D20B

3.3.2.30 Transplantation/Transfusion hämatopoetischer Stammzellen

Für Knochenmarktransplantationen und Stammzelltransfusionen existieren im G-DRG-System die spezifischen, mehrfach differenzierten Basis-DRGs A04 *Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, [...]* und A15 *Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogene, [...]*. Doch auch für den Fall eines Versagens oder der Abstoßung des Transplantats existieren in der Prä-MDC zwei Basis-DRGs:

- A36 *Intensivmedizinische Komplexbehandlung [...]* und *Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen* bei einem schweren Krankheitsbild
- A61 *Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen* für Fälle mit weniger schwerem Verlauf

Die letztgenannte Basis-DRG, wo zwischen den beiden anhand von äußerst schweren CC differenzierten DRGs A61A und A61B ein vergleichsweise hoher Erlössprung besteht, war Thema eines Hinweises von seiten der Fachgesellschaft im Rahmen des Strukturierten Dialogs. Konkret wurde eine dreifache Differenzierung anhand der Hauptdiagnose vorgeschlagen, da abhängig von den verschiedenen Verlaufsformen unterschiedliche Kostenstrukturen zu erwarten seien:

- DRG A61A für Fälle mit akuter und chronischer Graft-versus-Host-Krankheit bei schwerem Krankheitsbild
- DRG A61B für mildere bzw. moderate Verläufe dieser Erkrankung
- DRG A61C für alle Fälle mit einem Belegungstag

Die vorgenommenen Untersuchungen der Basis-DRG A61 bezüglich der seitens der Fachgesellschaft vorgeschlagenen Aufteilung ergaben ein uneinheitliches Bild. So wiesen Fälle mit akuter Graft-versus-Host-Krankheit, Grad III und IV, höhere Kosten auf als diejenigen mit allen anderen Diagnosen, wobei der bestehende PCCL-Split sich an dieser Stelle weiterhin als Kostentrenner eignet. In der DRG A61B zeigten sich höhere Kosten bei Kindern, zudem erwiesen sich auch hier Fälle mit hohen CC-Werten als kostenintensiver.

Als Ergebnis resultiert daraus für das G-DRG-System 2018 eine umfangreiche Neustrukturierung der Basis-DRG A61, wobei der Vorschlag der Fachgesellschaft zumindest teilweise – ergänzt um Ergebnisse eigener Analysen – umgesetzt werden konnte. Die Bedingung der DRG A61A wurde um die Diagnose für akute Graft-versus-Host-Krankheit, Grad III und IV, erweitert. Weiter wurde die DRG A61B differenziert und somit sowohl Kinder im Alter unter 10 Jahren als auch Fälle mit schweren CC aufgewertet.

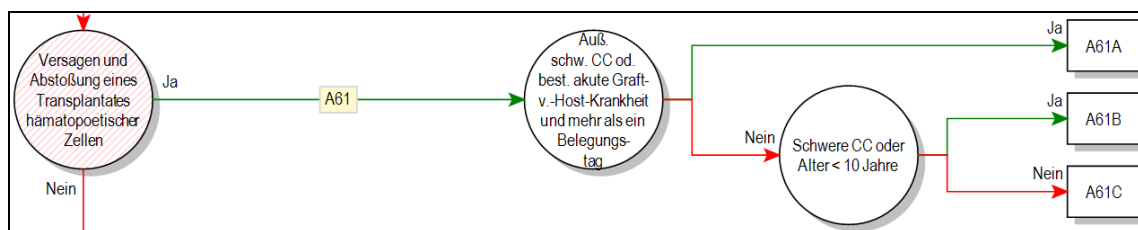


Abbildung 41: Neustrukturierte Basis-DRG A61 im G-DRG-System 2018

In der Basis-DRG A36 wurden dagegen die Diagnosen für chronische und nicht näher bezeichnete Graft-versus-Host-Krankheit aus der Splitbedingung der DRG A36A gestrichen.

3.3.2.31 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 im Themenbereich Wirbelsäulenchirurgie (siehe Kap. 3.3.2.35) sowie innerhalb der Basis-DRGs I08 *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule*, I16 *Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität*, I20 *Eingriffe am Fuß*, aber auch I30 *Komplexe Eingriffe am Kniegelenk oder arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk*, die nach entsprechenden Analysen umfangreich umgebaut wurden. Aus dem Bereich der Gelenkendoprothetik waren in diesem Jahr vergleichsweise wenige Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren eingereicht worden. Zahlreiche Analysen und Anpassungen im G-DRG-System hatten in den vergangenen Jahren in diesem Bereich zu einer Vielzahl von Weiterentwicklungen geführt. Dennoch konnte aufgrund der Vorschläge im Vorschlagsverfahren 2018 und interner Analysen die Abbildung der Fälle im G-DRG-System 2018 weiter verbessert werden. Im Bereich Fuß und Sprunggelenk erreichten uns ebenfalls erneut 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.

Endoprothetik

Die Eingriffe in der Endoprothetik sind im G-DRG-System 2017 bereits hochdifferenziert abgebildet. Bei der Zuordnung zu den einzelnen DRGs spielen mehrere Parameter eine Rolle, wie z.B. Lokalisation (Gelenk), Art der Prothese (Teil-, Total-, Sonderprothese), Ersteingriff oder Revision/Wechsel, Haupt- und Nebendiagnosen (z.B. bösartige Neubildungen, rheumatische Erkrankungen, Osteomyelitis), Begleiterkrankungen (PCCL), Mehrfacheingriffe und beidseitige Eingriffe, zusätzliche operative Eingriffe oder Alter des Patienten.

Die Mehrzahl der Fälle in der Endoprothetik betreffen Knie- und Hüftgelenk. Die Abbildung des Prothesenwechsels einer Kniegelenkprothese ohne weitere schweregradsteigernde Faktoren erfolgt in der DRG I43B *Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk [...]*. Der Prothesenwechsel einer Hüftgelenkprothese ohne weitere schweregradsteigernde Faktoren war bisher überwiegend in der DRG I46B *Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen* abgebildet.

Ein Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren 2016 betraf den erhöhten Aufwand bei der Behandlung von Fällen mit Prothesenwechsel bei periprothetischer Fraktur. Diese waren in den Kalkulationsdaten 2015 nur unvollständig erkennbar an der Hauptdiagnose für Fraktur und einer unspezifischen Nebendiagnose für Vorhandensein einer entsprechenden Endoprothese. Für das G-DRG-System 2017 konnte wegen der fehlenden Möglichkeit zur spezifischen Kodierung der Fälle keine Umsetzung erfolgen. Die Differenzierung des Codes für *Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten* (Z96.6–) nach Lokalisation ermöglichte für das G-DRG-System 2018 eine erneute Untersuchung der Fälle. Dabei war es erstmals möglich, spezifisch die Fälle zu analysieren, die gemäß ICD-Kodierung eine periprothetische Fraktur an Hüfte oder Knie aufweisen. Diese Bedingung wurde einerseits in Kombination mit Eingriffen am Kniegelenk, andererseits in der Kombination mit Eingriffen am Hüftgelenk untersucht. Für die erste Kombination zeigte sich in den Daten des Jahres 2016 nur eine geringe Anzahl von Fällen mit uneinheitlichen Kosten, sodass sich keine umsetzbare Änderung ergab. Hingegen zeigten sich die entsprechenden Eingriffe an der Hüfte mit ausreichender Fallzahl und robustem Kostenunterschied, sodass eine Aufwertung von Fällen mit Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit einer periprothetischen Fraktur in die neue DRG I46B *Prothesenwechsel am Hüftgelenk [...], mit periprothetischer Fraktur an der Hüfte oder am Knie* umgesetzt werden konnte.

Eine Überprüfung der Fallkonstellation am Kniegelenk wurde für die Kalkulation des G-DRG-Systems 2019 vorgemerkt.

Einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend, wurden Fälle mit Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation untersucht. Die Analyse ergab, dass solche Fälle mit erhöhtem Aufwand verbunden sind, insbesondere bei Fällen mit periprothetischen Infektionen nach Gelenkersatz. Die Fälle werden zukünftig in der DRG I04Z *Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk [...]* oder *Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation* sachgerecht abgebildet.

Die interne Analyse der DRG I44B *Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk [...]* (RG 2,262, G-DRG-System 2017) ergab, dass bestimmte Fälle mit Wechsel von Endoprothesen bzw. Prothesenkomponenten am Kniegelenk mit höheren Kosten verbunden sind als andere Fälle dieser DRG. Im Ergebnis wurden diese Fälle durch Split der DRG I44B und Eingruppierung in die neue DRG I44B *Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk [...], mit bestimmtem Wechsel [...]* von Endoprothesen oder Prothesenkomponenten (RG 2,515, G-DRG-System 2018) aufgewertet.

Basis-DRG I08 / Eingriffe an den unteren Extremitäten

In der Basis-DRG I08 *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur [...]* wurden mehrere Anpassungen vorgenommen. Fälle mit Verlängerung einer Sehne in Leisten- und Genitalregion, Gesäß, Oberschenkel, Knie und sonstiger Lokalisation in der DRG I08A *[...] mit komplexem Mehrfacheingriff oder äußerst schweren CC bei Zerebralparese und mit Osteotomie oder Muskel- / Gelenkplastik bei Zerebralparese oder [...]* wurden bei geringeren Kosten der Fälle in die DRG I08B *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplexem Mehrfacheingriff oder komplexen Diagnosen oder mit bestimmtem Eingriff bei Beckenfraktur mit äußerst schweren CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit best. Eingriff an oberer Extremität und Wirbelsäule* abgewertet.

Fälle mit Wechsel und Implantation eines Abstandshalters, die bisher in der DRG I08D *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff oder mit komplexer Diagnose oder mit komplexer Prozedur oder mit äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre* abgebildet wurden, zeigten sich dort unterbewertet und wurden in die DRG 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 oder Alter < 6 Jahre* aufgewertet.

Fälle in der DRG I08E *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit mäßig komplexem Eingriff, ohne äußerst schwere CC, mit bestimmter Osteotomie oder großem Eingriff an der unteren Extremität oder bei bestimmter Knocheninfektion* mit Pfannenboden- und Pfannendachplastik am Hüftgelenk wurden bei geringeren Kosten in die DRG I08F *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit bestimmtem mäßig komplexem Eingriff, ohne äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag* abgewertet.

Die *Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese durch Schraube am Becken* galt bisher nicht als mäßig komplexer Eingriff. Fälle mit diesem Code wurden in die DRG I08G [...] *ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmter Knochentransplantation oder Pseudarthrose oder Revision einer Endoprothese, mehr als ein Belegungstag* eingruppiert. Hier zeigten sich die Fälle als untervergütet. Ab dem G-DRG-System 2018 gilt der Code für *Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese durch Schraube am Becken* als mäßig komplexer Eingriff, sodass die entsprechenden Fälle in Zukunft in die höher bewerteten DRGs der Basis-DRG I08 eingruppiert werden. Mehrheitlich finden sich die Fälle in den DRGs I08B, I08D und I08F.

Fälle in der DRG I08H *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit mäßig komplexem Eingriff, mit anderem bestimmtem Eingriff, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexen Eingriff, mit anderem bestimmtem Eingriff* werden ab dem G-DRG-System 2018 durch einen Split der DRG differenzierter abgebildet. Fälle *mit Inzision am Knochen oder Exzision und Resektion von Knochengewebe* werden zukünftig in die neue DRG I08I *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit mäßig komplexem Eingriff, ohne anderen bestimmten Eingriff, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne anderen bestimmten Eingriff* eingruppiert, alle übrigen Fälle verbleiben in der DRG I08H.

Eingriffe an Fuß und Sprunggelenk

Die Eingriffe an Fuß und Sprunggelenk sind in der Basis-DRG I20 *Eingriffe am Fuß* abgebildet. Diese ist bereits anhand einer Vielzahl verschiedener Attribute – wie z.B. beidseitiger bzw. mehrzeitiger Eingriffe, komplizierender Diagnosen, Verweildauer oder Alter – ausdifferenziert.

In den DRGs I20A, I20B und I20C führte die Durchführung von mindestens zwei gleichweise wenig bis mäßig komplexen Prozeduren zu einer Höhergruppierung. Diese Bedingung „mindestens zwei Prozeduren aus Tabelle“ kann auch bei einzeitiger Erbringung erfüllt werden, so auch beispielsweise wenn ein einzelner Eingriff mit mehreren Codes beschrieben wird. Im Rahmen umfangreicher Analysen konnten zahlreiche Codebereiche identifiziert werden, die als zweite verschlüsselte Prozedur nicht mit höheren Kosten vergesellschaftet waren, z.B.:

- Verschiedene Osteotomien und offen chirurgische Operationen eines Gelenks
- Implantation einer Endoprothese an Gelenken der unteren Extremität, Vorfuß- oder Zehenendoprothese
- Bestimmte Rekonstruktionen von Sehnen an Rückfuß und Fußwurzel
- Knöcherne Eingriffe sowie offene Repositionen einer Gelenkluxation an Tarsalgelenk, Tarsometatarsalgelenk und am unteren Sprunggelenk
- Arthrodese an Fußwurzel, Mittelfuß oder am unteren Sprunggelenk, ein oder zwei Gelenkfächer
- Komplexe Osteotomie am Kalkaneus

Die Abbildung der genannten Prozeduren wurde so angepasst, dass die alleinige Bedingung „mindestens zwei“ nicht mehr zur Höhergruppierung führt.

Ebenso wurden einige vergleichsweise weniger aufwendige Eingriffe aus den DRGs I20C, I20D, I20F und I20G, wie z.B. Naht einer Sehne am Unterschenkel, bestimmte Knochentransplantation und -transposition am distalen Femur und am Becken, subchondrale Knocheneröffnung an unterer Extremität, kleinere Gelenkeingriffe oder knöcherne Eingriffe am Fuß, entsprechend ihren Kosten für 2018 in niedriger bewertete DRGs eingruppiert.

Im Vorschlagsverfahren 2018 wurde darauf hingewiesen, dass Fälle mit beidseitiger offener Reposition einer Fraktur am Talus bzw. am Kalkaneus durch Platte bei mindestens zwei Eingriffen in die DRG I20A eingruppiert, Fälle mit einseitigen beidseitigen Eingriffen dagegen der I20B zugeteilt wurden. Nach Analyse betroffener Fälle erfolgte eine Gleichstellung von Fällen mit beidseitigem Eingriff und Fällen mit mindestens zwei hochkomplexen Eingriffen am Fuß in der DRG I20A *Eingriffe am Fuß mit mehreren hochkomplexen Eingriffen [...]*.

Eingriffe an der Hand

Bei den Eingriffen an der Hand besteht bereits eine sehr ausdifferenzierte Abbildung der Fälle, die jährlich weiterentwickelt wird. Obwohl im Vorschlagsverfahren 2018 relativ wenige Vorschläge dazu eingereicht wurden, konnte zusammen mit den internen Analysen erneut eine Weiterentwicklung in diesem Themengebiet erreicht werden.

Die Basis-DRG I32 *Eingriffe an Handgelenk und Hand* ist bereits im G-DRG-System 2017 siebenfach differenziert. Als Splitkriterien fungieren neben komplexen, mehrzeitigen oder Mehrfacheingriffen auch das Alter oder komplexe Diagnosen, wie z.B. angeborene Fehlbildungen. Analysen zeigten zum Teil erhebliche Kostenunterschiede verschiedener Prozeduren innerhalb der DRG, was zur Eingruppierung in niedriger bewertete DRGs für das G-DRG-System 2018 führte. Wesentliche Umbauten innerhalb der Basis-DRG I32 werden im Folgenden dargestellt.

Die DRG I32F wurde derart präzisiert, dass die Fälle nur noch mit einer Verweildauer größer ein Tag in diese DRG eingruppiert werden. Somit wurden die Tagesfälle in der DRG I32G abgebildet.

Wenig aufwendige Eingriffe wie bestimmte Operationen an Bändern oder an Sehnen der Hand, an Faszien der Hohlhand und der Finger, Resektionsarthroplastiken an Ge-

lenken der Hand sowie Exzisionen oder Resektionen von erkranktem Knochengewebe werden zukünftig anstatt in der DRG I32F in der DRG I32G abgebildet.

Die Diagnosen für *nicht näher bezeichnete chronische Polyarthritis* und *sonstige seropositive chronische Polyarthritis an der Hand* sowie die Implantation einer Fingergelenkendoprothese oder einer Daumensattelgelenkendoprothese wurden aus der DRG I32C in die DRG I32D verschoben.

Bestimmte Eingriffe am Nagelorgan – wie z.B. Nagelplastik – wurden bei vergleichsweise geringeren Kosten aus der DRG I32F in die DRG I32G abgewertet.

In der DRG I32A führte die Durchführung von mindestens zwei vergleichsweise wenig bis mäßig komplexen Prozeduren zu einer Höhergruppierung. Die Analyse der Fälle ergab, dass beispielsweise Fälle mit Debridement, Exzision, Gelenkspülung oder Gelenkglättung an den Gelenken der Hand auch bei zwei und mehr Prozeduren weniger kostenintensiv sind als andere Fälle der DRG I32A. Im Ergebnis wurden betroffene Fälle überwiegend innerhalb der Basis-DRG I32 abgewertet.

Bei der Analyse von Fällen mit bestimmten Fehlbildungen an der Hand fanden sich einzelne Fallkonstellationen, die bisher unspezifisch in der Basis-DRG I20 *Eingriffe am Fuß* oder in den Sonstigen DRGs (MDC 24) abgebildet wurden. Um die spezifische Abbildung betroffener Fälle zu ermöglichen, werden diese zukünftig in die Basis-DRG I32 *Eingriffe an Handgelenk und Hand* eingruppiert.

Ebenso wurden Fälle mit einer Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe von Nerven an der Hand aus der Basis-DRG I28 *Andere Eingriffe am Bindegewebe* („Res-te“-DRG) in die Basis-DRG I32 verschoben, um diese spezifischer abzubilden.

Eingriffe an der Schulter

Fälle mit Eingriffen an der Schulter wurden im G-DRG-System 2017 vorwiegend in zwei fallzahlstarken Basis-DRGs der MDC 08 abgebildet. Komplexere Eingriffe wurden der Basis-DRG I29 *Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula* zugeordnet, während weniger komplexe Eingriffe in der Basis-DRG I16 *Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität* abgebildet werden.

Die Analyse der Basis-DRG I29 zeigte, dass Fälle mit *sonstiger Rekonstruktion der Rotatorenmanschette* ohne weitere relevante Prozeduren mit geringeren Kosten verbunden sind. Betroffene Fälle werden zukünftig kostenentsprechend in der neuen DRG I29C *Sonstige arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette ohne bestimmte Eingriffe an der Schulter* abgebildet.

Die Analyse der DRG I16Z zeigte eine Inhomogenität der Kosten von Fällen innerhalb dieser DRG. Im Ergebnis wurde die DRG mehrfach gesplittet.

Komplexere Prozeduren wie die offene Reposition einer Gelenkluxation an der Schulter, die Reinsertion einer Sehne an Oberarm und Ellenbogen sowie die arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenks werden zukünftig in die DRG I16A *Andere Eingriffe an der Schulter [...] mit bestimmtem Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen* eingruppiert und dadurch aufgewertet.

Weitere aufwendigere Eingriffe an Klavikula und Schultergelenk werden zukünftig in der DRG I16B *Andere Eingriffe an der Schulter [...], mit bestimmtem anderem Eingriff an Klavikula und Schultergelenk* abgebildet.

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens wurde beispielsweise darauf hingewiesen, dass Fälle mit *Einbringen eines Abstandhalters am Schultergelenk* mit erhöhtem Kostenaufwand verbunden sind. Nach Analyse wurden diese kostenentsprechend in die DRG I16B aufgenommen und somit aufgewertet.

Zur Abbildung weniger kostenintensiver Eingriffe, wie z.B. bestimmter Osteotomie an der Klavikula, eines wenig komplexen arthroskopischen Eingriffs am Schultergelenk oder einer wenig aufwendigen geschlossenen Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese an der Klavikula, wurde die neue DRG I16C *Andere Eingriffe an der Schulter [...], ohne bestimmten anderen Eingriff [...]* etabliert.

Weitere Änderungen

Außer den oben genannten 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 2018 entsprechend überarbeitet wurden.

Im Vorschlagsverfahren 2018 wurde darauf hingewiesen, dass Fälle mit der Prozedur für das Einbringen einer Entlastungsfeder am Kniegelenk mit einem erhöhten Aufwand verbunden sind. Diese Fälle wurden für das G-DRG-System 2017 bei sehr geringer Fallzahl in die DRG I30Z *Komplexe Eingriffe am Kniegelenk [...]* aufgewertet. Nach erneuter Analyse dieses Jahr wurde die Prozedur für 2018 in die DRG I44D *Andere Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk oder Einbringen einer Entlastungsfeder am Kniegelenk* aufgenommen und somit aufwandsentsprechend aufgewertet.

Innerhalb der Basis-DRG I27 wurde eine neue DRG I27E durch Split der bisherigen DRG I27D geschaffen. Einfache Eingriffe am Bindegewebe werden zukünftig in die neue DRG I27E *Bestimmte kleine Eingriffe am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag* eingruppiert. Die übrigen Fälle bleiben wie bisher in der DRG I27D *Eingriffe am Weichteilgewebe ohne bestimmte kleine Eingriffe [...]*.

In der Basis-DRG I28 *Andere Eingriffe am Bindegewebe* wurden nach Analysen mehrere kleine Eingriffe an Knochen, Weichteilen und Bindegewebe von der DRG I28B in die DRG I28C abgewertet und die entsprechenden Fälle somit sachgerecht abgebildet. Dies betraf folgende Eingriffe:

- Lokale und partielle Exzision Lippe
- Großflächiges Wunddebridement an der Haut und Unterhaut am Fuß
- Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums
- Operationen an der Kieferhöhle
- Arthroskopische Operation am Gelenknorpel, den Menisken und der Synovialis

Interne Analysen ergaben eine heterogene Zusammensetzung der DRG I30Z *Komplexe Eingriffe am Kniegelenk oder arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk*. Es konnten drei Splitkriterien identifiziert werden, mit denen die bisherige DRG I30Z in vier neue DRGs – I30A bis I30D – differenziert wurde. So wurden die arthroskopischen Eingriffe

am Hüftgelenk der neuen DRG I30B zugeordnet. Die Eingriffe am Kniegelenk wurden in drei Gruppen unterteilt – sehr komplexe, komplexe und mäßig komplexe Eingriffe – und den DRGs I30A, I30C und I30D zugeordnet (siehe Abb. 42).

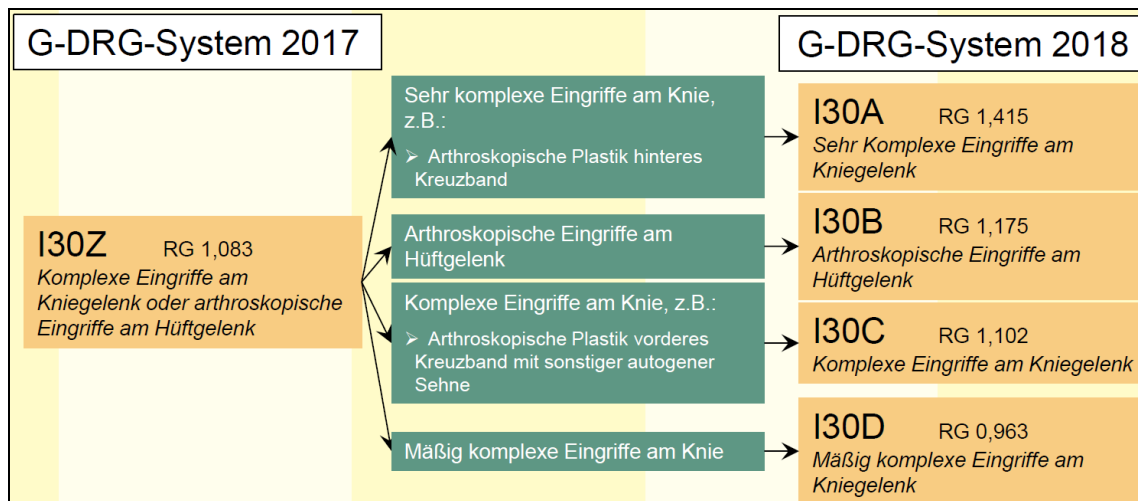


Abbildung 42: Darstellung der Differenzierung der DRG I30Z in vier neue DRGs

Im G-DRG-System 2017 wurden Fälle mit konservativer Behandlung bei pathologischer Fraktur bei Osteoporose in die DRG I69B *Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien ohne komplexe Diagnose oder ein Belegungstag* eingruppiert. Analysen ergaben, dass die Fälle nicht sachgerecht abgebildet waren. Für das G-DRG-System 2018 werden diese Fälle nun in der DRG I69A *Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien mit komplexer Diagnose [...] sachgerecht abgebildet.*

Ein weiterer Schwerpunkt der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2018 waren Fälle mit Neurostimulation. Auf Grundlage der gelieferten Daten wurde eine umfangreiche MDC-übergreifende Analyse durchgeführt. Im Ergebnis wurden neue spezifische DRGs für die Abbildung betroffener Fälle etabliert. Diese in Kapitel 3.3.2.23 detailliert dargestellte Entwicklung führte in der MDC 08 zu folgenden Anpassungen:

- Etablierung einer neuen Basis-DRG I19 *Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* zur Abbildung der Fälle mit Neurostimulation
- Fälle mit gleichzeitiger Aggregat- und Sondenimplantation werden im G-DRG-System 2018 der DRG I19A zugeteilt
- Fälle mit isolierter Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektroden-systems werden in die DRG I19B eingruppiert

3.3.2.32 Urologie

Fälle der Urologie sind sowohl in der MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane* mit geschlechtsunspezifischen urologischen Hauptdiagnosen als auch in der MDC 12 *Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane* mit Hauptdiagnosen die männlichen Geschlechtsorgane betreffend abgebildet.

Im Vorschlagsverfahren 2018 wurden Vorschläge zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems im Fachgebiet Urologie eingereicht. Diese Vorschläge sowie interne Analysen wurden untersucht. Die analysierten Vorschläge betreffen u.a.:

- die sakrale Neuromodulation mit Elektrodenimplantation
- die Implantation von Prostatagewebe-Retraktoren
- Kombinationseingriffe mit sonstigen Eingriffen an der Prostata
- den Wechsel von Cuffs beim künstlichen Blasenschließmuskel
- Harnwegsobstruktionen

Neurostimulatoren

Neurostimulatoren werden bei Fällen vielfältiger Indikation eingesetzt. Auch für die sakrale Neuromodulation im Fachgebiet Urologie sind im Vorschlagsverfahren 2018 wieder Vorschläge eingegangen.

Nach umfangreicher Analyse der die Neurostimulation betreffenden Eingriffe wurde eine neue Basis-DRG L16 *Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane* für eine sachgerechtere Abbildung im G-DRG-System 2018 etabliert. Diese beinhaltet die Implantation und den Wechsel sowohl von Neurostimulatoren als auch von temporären und permanenten Elektrodensystemen. Besonders die im Vorschlagsverfahren 2018 thematisierte Abbildung der permanenten Elektrodensysteme wurde, auch im Hinblick auf die bestehenden Zusatzentgelte, überarbeitet. Die Revision bzw. Entfernung von Neurostimulationssystemen ist weiterhin in der L09 *Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane oder Anlage eines Dialyseshunt*s kostengerecht abgebildet.

Eine detaillierte Beschreibung der Analysen zu Neurostimulationssystemen enthält Kapitel 3.3.2.23.

Eingriffe an der Harnblase

In der Basis-DRG L06 *Kleine Eingriffe an der Harnblase* werden Fälle mit unterschiedlichen Eingriffen wie z.B. Harninkontinenz-Operationen, Injektionsbehandlungen, offenen Operationen an der Harnblase oder Biopsien abgebildet. Die Differenzierung innerhalb der Basis-DRG L06 wird anhand „Äußerst schwerer CC bei bestimmten Prozeduren“ und „mäßig aufwendigen Eingriffen an der Harnblase“ durchgeführt. Die Analyse hat ergeben, dass eine Aufwertung von Kindern durch einen neuen Alterssplit (< 16 Jahre) in die DRG L06B *Kleine Eingriffe [...] ohne äußerst schwere CC oder ohne bestimmte Prozeduren oder Alter < 16 Jahre* zu einer sachgerechteren Abbildung im G-DRG-System 2018 führt. Außerdem findet eine kostengerechte Neuuzuordnung der transurethralen Inzision des Harnblasenhalses durch eine zukünftige Abbildung dieses Eingriffs in der DRG L06B statt.

Bestimmte Harninkontinenzoperationen sowie bestimmte Biopsien an anderen Harnorganen werden nun in der DRG L06C *Andere kleine Eingriffe [...], Alter > 15 Jahre, mit bestimmtem Eingriff bei Harninkontinenz* anstatt wie bisher in der DRG L06B abgebildet. Daraus resultiert eine konsekutive Aufwertung der in den DRGs L06A *Bestimmte kleine Eingriffe [...]* mit äußerst schweren CC und L06B verbleibenden komplexeren Fälle.

Nieren-, Ureter- und Harnblaseneingriffe

Eingriffe an Nieren, Ureter und Harnblase bei bösartigen Neubildungen wurden im G-DRG-System 2017 bisher in der Basis-DRG L03 *Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm* abgebildet. Dieser Basis-DRG werden Fälle mit operativen Eingriffen verschiedener Komplexität und Eingruppierung über PCCL zugeordnet. Untersuchungen haben nun eine inhomogene Zusammensetzung der noch ungesplitteten Basis-DRG L03 aufgezeigt.

Die Analysen haben ergeben, dass die Etablierung einer neuen Basis-DRG L07 *Andere Nieren-, Ureter-, Prostata- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder anderer Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm* im G-DRG-System 2018 unterhalb der Basis-DRG L03 sowohl die sachgerechte Abbildung der weniger komplexen Eingriffe bei bösartiger Neubildung als auch die differenzierte Berücksichtigung der CCL-Relevanz von Diagnosen ermöglicht. Weniger aufwendige Fälle werden in der neuen Basis-DRG L07 aufwandsgerecht abgebildet. Dadurch ergibt sich eine Fallwanderung aus der Basis-DRG L03 in die Basis-DRG L07 und weitere DRGs. Die CCL-Matrix bestimmter Diagnosen wurde sowohl in der L03 als auch der L07 angepasst.

In den Vorschlagsverfahren 2017 und 2018 gab es in diesem Themengebiet außerdem jeweils Hinweise zur Überprüfung der Fälle mit Nieren-, Ureter und großen Harnblaseneingriffen. Im Vorschlagsverfahren 2018 bezogen sich diese Hinweise auf die Abbildung von Fällen mit Dranginkontinenz und Uterusentfernung sowie von Fällen mit Ureterolyse. Im Vorschlagsverfahren 2017 bezogen sich die Hinweise auf Fälle zur differenzierten Abbildung von Eingriffen bei artifiziellem Harnblasensphinkter (z.B. Teilwechsel).

Die Analyse hat ergeben, dass die Basis-DRG L04 *Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff oder bestimmte Harnblaseneingriffe* durch einen Split der L04B *Bestimmte komplexe Nieren-, [...], Alter > 15 Jahre* und der damit verbundenen Etablierung der neuen DRG L04C *Andere Nieren-, [...], Alter > 15 Jahre* eine sachgerechtere Abbildung der Fälle erfährt. Durch die Eingliederung in die neue DRG L04C erfahren die Fälle mit Eingriffen der Freilegung des Ureters, Ureterolyse (ohne intraperitoneale Verlagerung), Entfernung und Revision eines artifiziiellen Harnblasensphinkters und isolierter Wechsel eines artifiziiellen Harnblasensphinkters, 1 Cuff, 2 Cuffs, Reservoir/Ballon eine aufwandsentsprechende Eingruppierung.

Transurethrale Eingriffe

Bestimmte transurethral durchgeführte Eingriffe wurden nach einer Analyse der Daten der Kalkulationskrankenhäuser neu zugeordnet. Dazu zählen Eingriffe zur Steinbehandlung, Einlegen von Verweilschlinge, Steinreposition und Steinbehandlung in Verbindung mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie. Diese wurden von der DRG L19Z *Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien mit*

extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC oder perkutane Thermoablation der Niere in die DRG L20B Transurethrale Eingr. [...] ohne ESWL, mit kompl. Eingriff od. andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie od. mit ESWL bei Harnsteinen, oh. äußerst schwere CC oder Alter < 16 J. oder Alter > 89 J. überführt. Die Eingriffe zur Steinreposition durch Ureterotomie der Basis-DRG L20 sind wiederum in die Basis-DRG L17 Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie verschoben worden. Beide Veränderungen entsprechen einer kostengerechten Neuordnung der betroffenen Fälle.

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2018 gab es Hinweise auf eine noch unspezifische Abbildung der Fälle mit transurethraler Behandlung einer Prostatablutung und der Fälle mit transurethraler Implantation von Prostatagewebe-Retraktoren. Diese Fälle waren bisher (zum Teil. aufgrund einer Überleitung auf unspezifische Vorgängerkodes) in Basis-DRGs für Eingriffe an der Blase (MDC 11: L06 *Kleine Eingriffe an der Blase*) oder in sogenannten „Reste“-DRGs (MDC 12: M06 *Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen oder Stanzbiopsie an der Prostata, ein Belegungstag*) abgebildet. Nach Analyse der Fälle wurde eine kostenentsprechendere Zuordnung zur Basis-DRG M02 *Transurethrale Prostataresektion [...]* in der MDC 12 durchgeführt. Dadurch ergibt sich eine Aufwertung der Fälle, sowohl aus der MDC 11 als auch aus der MDC 12.

Fälle mit transurethralen Eingriffen außer Prostataresektion, komplexer Ureterorenoskopien sowie Fälle mit anderen Eingriffen an der Urethra bei Para- / Tetraplegie finden sich ebenfalls – je nach Hauptdiagnose – in den MDCs 11 und 12. Für diese Operationen besteht in der MDC 11 eine hochdifferenzierte Abbildung. Deshalb ergibt sich eine Fallverschiebung vorwiegend aus den Basis-DRGs M06 und M05 in die DRGs der Basis-DRG L20 *Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie [...]*.

Andere Erkrankungen der Harnorgane

Im Vorschlagsverfahren für 2018 gab es außerdem Hinweise, dass Fälle mit angeborener Hydronephrose in der 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* nicht mehr sachgerecht abgebildet werden. Im G-DRG-System 2017 war diese Basis-DRG über einen Dreifachsplit anhand der folgenden Attribute differenziert: PCCL > 2, Behandlungsdauer, Altersgrenze 16 Jahre und bestimmte Erkrankungen der Harnorgane.

Die Analyse hat ergeben, dass durch Split der DRG L64A *Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, bei angeborener Fehlbildung oder Alter < 3 Jahre* nach den Kriterien:

- Alter < 3 Jahre
- bestimmte Diagnosen für angeborene Erkrankungen des Urogenitaltrakts

eine neue DRG eine sachgerechtere Abbildung der Fälle für angeborene Erkrankungen des Urogenitaltrakts darstellt. Die Basis-DRG L64 *Andere Erkrankungen der Harnorgane oder Urethrozystoskopie* ist somit im G-DRG-System 2018 vierfach gesplittet.

Eingriffe an den männlichen Geschlechtsorganen

Die Abbildungen der Eingriffe an männlichen Geschlechtsorganen im G-DRG-System 2017 wurden hinsichtlich der Splitbedingungen überprüft.

Die Eingriffe am Penis der Basis-DRG M03 *Eingriffe am Penis* wurden im G-DRG-System 2017 ausschließlich nach Alter differenziert. Die Analyse hat gezeigt, dass eine sachgerechtere Zuordnung durch eine ergänzende prozedurale Komponente zur Berücksichtigung der Eingriffskomplexität erfolgt. Ein Kombinationssplit aus Altersbedingungen und Präzisierung der vorgenommenen Eingriffe wurde mit folgenden Attributen durchgeführt (siehe Tab. 25):

DRG	Splitbedingungen	RG
M03A <i>Bestimmte Eingriffe am Penis, Alter < 6 Jahre</i>	Kinder mit Alter < 6 Jahre mit einem bestimmten Eingriff am Penis	1,858
M03B <i>Mäßig komplexe Eingriffe am Penis, Alter < 18 Jahre</i>	Kinder mit Alter < 18 Jahre mit einem bestimmten mäßig komplexen Eingriff am Penis	1,450
M03C <i>Eingriffe am Penis, Alter > 17 Jahre oder wenig komplexe Eingriffe am Penis, Alter < 18 Jahre</i>	Kinder mit Alter > 17 Jahre oder wenig komplexe Eingriffe am Penis mit dem Alter < 18 Jahre	1,158

Tabelle 25: Splitbedingungen der Basis-DRG M03 Eingriffe am Penis im G-DRG-System 2018

Somit findet eine sachgerechte Abbildung der Eingriffe am Penis abhängig von Alter und Komplexität der Eingriffe statt.

Die Basis-DRG M04 *Eingriffe am Hoden oder bestimmte Eingriffe an der Prostata* wurden bereits im G-DRG-System 2017 über die Komplexität der Eingriffe und das Alter differenziert. Fälle mit einer Hauptdiagnose für bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane und des Beckens wurden zum Teil in der DRG 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* abgebildet. Zukünftig werden diese Fälle in der DRG M04B abgebildet.

3.3.2.33 Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten

Im G-DRG-System ist die Hauptdiagnose besonders relevant für die Zuordnung eines Falles in eine MDC und damit für die Eingruppierung in eine DRG. Die meisten MDCs haben dabei einen klaren Bezug zum Organsystem. Wenn operative Prozeduren mit einem Bezug zur MDC der Hauptdiagnose kodiert werden, sind diese in aller Regel in einer oder mehreren operativen DRGs ihrer MDC differenziert abgebildet. In den anderen MDCs ist eine sachgerechte Abbildung dieser Prozeduren hingegen schwieriger. Hat die operative Prozedur keinerlei Bezug zur MDC der Hauptdiagnose, erfolgt deshalb regelhaft eine Abbildung in der MDC 24 *Sonstige DRGs*. Aufgrund ihrer Definition über vielfach nicht lokalisationsbezogene Hauptdiagnosen wie z.B. „Blutung nach einem Eingriff“ ergeben sich auch für die MDC 21B *Verletzungen, Vergiftungen und toxi-*

sche Wirkungen von Drogen und Medikamenten inhaltliche Verbindungen zu vielen MDCs.

Im Abrechnungsbetrieb kann Konfliktpotential bezüglich der Kodierung der Hauptdiagnosen von Fällen entstehen, da eine andere Hauptdiagnose zu einer ganz anderen DRG-Eingruppierung (in einer anderen MDC) führen kann. Dabei ist sowohl eine höhere als auch eine niedrigere Vergütung möglich. Die Überprüfung solcher Konstellationen gehört zu den Aufgaben der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems. Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden in der MDC 21B einige operative Prozeduren analysiert, die normalerweise in anderen MDCs differenziert und sachgerecht abgebildet sind. Hierfür drei Beispiele:

- Die *Operative Blutstillung nach Tonsillektomie* (OPS-Kode 5-289.1) wird typischerweise in Kombination mit einer Hauptdiagnose wie z.B. J35.0 *Chronische Tonsillitis* oder R04.1 *Blutung aus dem Rachen* in der MDC 03 *Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses* differenziert in zwei DRGs der Basis-DRG D30 *Tonsillektomie [...]* abgebildet. In der Regel werden diese Fälle in die DRG D30B eingruppiert.

In Kombination z.B. mit der Hauptdiagnose T81.0 *Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert* steuern die Fälle jedoch die MDC 21B an und werden dort in der Regel in eine der „Reste“-DRGs der MDC, für gewöhnlich in die DRG X06C *Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 66 Jahre, ohne komplexen Eingriff*, eingruppiert.

- Fälle mit einer Naht an der A. radialis (OPS-Kode 5-388.24) werden z.B. mit der Hauptdiagnose I72.1 *Aneurysma und Dissektion einer Arterie der oberen Extremität* in der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* differenziert in den vier DRGs der Basis-DRG F59 *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe* abgebildet und typischerweise in die DRG F59D eingruppiert.

Mit einer Hauptdiagnose wie beispielsweise S55.1 *Verletzung der A. radialis in Höhe des Unterarmes* erfolgt hingegen in der Regel eine Eingruppierung in einer der „Reste“-DRGs der MDC 21B wie der DRG X06B *Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, Alter > 65 Jahre oder mit schweren CC oder mit komplexem Eingriff*.

- Die totale Resektion eines Schleimbeutels an Oberschenkel und Knie (OPS-Kode 5-859.18) führt mit einer Hauptdiagnose wie z.B. M70.4 *Bursitis praepatellaris* in die MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*. Dort ist dieser Eingriff differenziert abgebildet in den vier DRGs der Basis-DRG I27 *Eingriffe am Weichteilgewebe, [...]*. Gewöhnlich wird die DRG I27D erreicht.

Infolge einer Hauptdiagnose wie z.B. S81.0 *Offene Wunde des Knies* wird dagegen die MDC 21B angesteuert. Es erfolgt dort regelhaft eine Eingruppierung des Falles in eine der „Reste“-DRGs der MDC 21B, mehrheitlich in die DRG X06B.

Eine ausdifferenzierte Abbildung der exemplarisch gezeigten Fälle innerhalb der MDC 21B ist bei typischerweise geringer Fallzahl nicht möglich bzw. sinnvoll. Analysen zeigen, dass die Kosten der Fälle in der MDC 21B vergleichbar sind mit den Kosten der Fälle in den MDCs, in denen Fälle mit diesen operativen Prozeduren gemeinhin vorzu-

finden sind. Durch die Etablierung geeigneter Umleitungen in der MDC 21B werden jene Fälle im G-DRG-System 2018 in diesen MDCs differenziert und damit sachgerechter abgebildet: So werden Fälle mit einer Hauptdiagnose aus der MDC 21B mit Inzision oder totaler Resektion eines Schleimbeutels an Oberschenkel und Knie zukünftig in der MDC 08 sachgerecht abgebildet. In vergleichbarer Weise werden Fälle mit einem Eingriff am Schleimbeutel des Ellenbogens in der MDC 09 abgebildet. Fälle mit einer Hauptdiagnose aus der MDC 21B und Naht an der Arteria radialis oder bestimmten Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate werden fortan in der Basis-DRG F59 in der MDC 05 differenziert abgebildet. Fälle der MDC 21B mit Operationen an Ohren, Nase, Nasennebenhöhle, Mundhöhle, Gesicht, Pharynx, Larynx und Trachea werden im G-DRG-System 2018 nun in die MDC 03 umgeleitet und dort sachgerecht abgebildet.

Die Umleitung der Fälle aus der MDC 21B in andere MDCs und damit in andere Basis-DRGs kann Auswirkungen auf Fallzusammenführungen haben. Insbesondere ist bei Fällen mit Tonsillektomie mit zusätzlichen Fallzusammenführungen wegen Wiederaufnahme in die gleiche Basis-DRG innerhalb der oberen Grenzverweildauer zu rechnen. Eine Simulation zeigt, dass daraus deutschlandweit durch die erwarteten Fallzusammenführungen in der Basis-DRG D30 eine geringere Vergütung von etwa 100 Relativgewichten resultiert. Dies wurde bei der Berechnung der Bezugsgröße berücksichtigt (siehe Kap. 3.3.1.6).

Für 2018 ist eine weitere klassifikatorische Anpassung in der MDC 21B zu verzeichnen:

Im G-DRG-System 2017 werden Fälle der Basis-DRG X06 *Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen* mit äußerst schweren CC in die DRG X06A, mit Alter > 65 Jahre oder schweren CC oder komplexem Eingriff in die DRG X06B und die übrigen Fälle in die DRG X06C eingruppiert. Bei Analysen fiel auf, dass sich die Altersbedingung Alter > 65 Jahre ohne Weiteres nicht länger als Kostentrenner eignet. Im G-DRG-System 2018 führt die Bedingung Alter > 65 Jahre deshalb nur noch in Verbindung mit bestimmten operativen Eingriffen in die DRG X06B.

3.3.2.34 Versorgung von Kindern

Wie in den vergangenen Jahren wurde im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems erneut die Abbildung von Kindern umfassend überprüft, insbesondere im Hinblick auf weitere Altersplits. Dies führte für 2018 zu insgesamt 284 „Kindersplits“ (273 im G-DRG-System 2017). Davon können 76 DRGs (78 im G-DRG-System 2017) als „reine Kindersplits“ bezeichnet werden, was bedeutet, dass in diesen ausschließlich Kinder abgebildet werden.

Die DRG E02A *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter < 10 Jahre* wurde im G-DRG-System 2018 als reine Kinder-DRG gestrichen. Diese DRG zeigte (bei kleiner Fallzahl) in den Kalkulationsdaten 2016 geringere Kosten in einem Maß, das auch durch die geringere mittlere Verweildauer bzw. untere und obere Grenzverweildauer nicht erlösseitig kompensiert worden wäre. Die Beibehaltung des Splits hätte somit zu einer expliziten Schlechterstellung der Kinder geführt. Durch das Zusammenlegen dieser DRG mit der DRG E02B und die Erweiterung der Splitbedingung um das Attribut „Intensivmedizinische Komplexbehandlung“ wurden weitere kostenintensive Fälle in die DRG E02A eingruppiert und eine sachgerechte Abbildung der Fälle mit Alter < 10 Jahre sichergestellt.

In weiteren 208 DRGs führt das Kindesalter ebenfalls zu einer Höhergruppierung, allerdings handelt es sich in diesen DRGs um „gemischte“ Fallgruppen, da hier neben dem Alter weitere den Schweregrad erhöhende Attribute wie beispielsweise PCCL oder komplexe Diagnosen/Prozeduren gruppierungsrelevant sein können. Grundsätzlich ist anzumerken, dass Splits in allen erdenklichen Konstellationen untersucht und bei positivem Ergebnis für die Versorgung von Kindern 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.

Beispiele für neue Alterssplits sind:

- DRG A61B *Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte akute Graft-versus-Host-Krankheit oder ein Belegungstag, mit schweren CC oder Alter < 10 Jahre*
- DRG E06A *Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum, Alter < 10 Jahre oder Eingriff am Thorax mit äußerst schweren CC*
- DRG E77D *Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern oder angeborenem Fehlbildungssyndrom oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung oder Alter < 10 Jahre*
- DRG I28B *Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe, mehr als ein Belegungstag oder andere Eingriffe am Bindegewebe, Alter < 10 Jahre*
- DRG I50B *Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne bestimmten Eingriff, mit bestimmter Vakuumbehandlung oder Alter < 16 Jahre*
- DRG K09B *Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit bestimmtem Eingriff, mit äußerst schweren CC oder Alter < 7 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff, Alter < 16 Jahre*
- DRG L06B *Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne äußerst schwere CC oder ohne bestimmte Prozeduren oder Alter < 16 Jahre*
- DRG L64A *Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, bei angeborener Fehlbildung oder Alter < 3 Jahre*

Beispiele für Kindersplits mittels Prozeduren- oder Diagnosekode:

- Prozeduren für *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (8-98d)*, z.B. in zahlreichen „Langzeitbeatmungs-DRGs“ der Prä-MDC
- 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 *Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung* (8-986.-) in der DRG I66D

In der DRG K09A wurde die Prozedur für Kleinkinder mit hochaufwendiger Pflege als neues Splitkriterium eingeführt. Kleinkinder mit hochaufwendiger Pflege (ab 72 Aufwandspunkten) und Kinder unter 7 Jahren in Verbindung mit bestimmten Eingriffen werden ab dem G-DRG-System 2018 in die DRG K09A [...] *hochaufwendiger Pflege von Kleinkindern ab 72 Aufwandspunkten oder mit komplexem Eingriff, mit äußerst schweren CC oder Alter < 7 Jahre* eingruppiert und damit aufgewertet.

In Bezug auf Kinder mit intensivmedizinischer Behandlung ergaben sich zwei Änderungen im G-DRG-System im Vergleich zum Vorjahr.

Zum einen wurden Fälle aus der Basis-DRG B20 *Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation*, die eine intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter mit > 392 Aufwandspunkten oder mit aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung mit > 368 Aufwandspunkten haben, der Basis-DRG B02 *Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation* zugeordnet und dadurch aufgewertet.

Zum anderen wurde in der DRG H06A *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit aufwendigem Eingriff und bestimmten komplizierenden Faktoren* die Splitbedingung um das Attribut intensivmedizinische Komplexbehandlung erweitert. So werden Fälle mit bestimmten operativen Eingriffen am hepatobiliären System und Pankreas in Verbindung mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung u.a. im Kindesalter ab 197 Aufwandspunkten zukünftig in die DRG H06A eingruppiert.

Aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren wurde die Abbildung von Fällen mit der Leistung „Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik“ untersucht. Im Ergebnis fanden sich wie in den Vorjahren in den meisten DRGs nur Einzelfälle, mit gleichermaßen höheren und niedrigeren Kosten je DRG. In den wenigen DRGs mit etwas höheren Fallzahlen zeigten sich im Mittel Hinweise auf höhere Kosten, jedoch ohne klare Koduzuordnung oder Leistungsbezug. Die Kalkulation eines Zusatzentgelts auf Basis der zur Verfügung stehenden Daten war erneut nicht möglich. Die Partner der Selbstverwaltung haben entschieden, ab dem G-DRG-System 2018 ein unbewertetes Zusatzentgelt ZE2018-152 *Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik* zu etablieren. Dieses wird ausgelöst über den OPS-Kode 1-945.* *Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit*.

Im Bereich der medikamentösen Zusatzentgelte wurden zwei neue Kinderdosisklassen zu neuen Zusatzentgelten eingeführt.

Zum einen handelt es sich um den Wirkstoff Brentuximabvedotin und das entsprechende Zusatzentgelt ZE2018-140 *Gabe von Brentuximabvedotin, parenteral* und zum anderen um den Wirkstoff Eltrombopag und das Zusatzentgelt ZE2018-143 *Gabe von Eltrombopag, oral*. Für den OPS Version 2018 wurden die Codebereiche für die Gabe der Wirkstoffe erstmalig nach verschiedenen Dosisklassen differenziert mit Etablierung jeweils einer Kinderdosisklasse (vgl. auch Kap. 3.3.3).

3.3.2.35 Wirbelsäulenchirurgie

Operative Eingriffe an der Wirbelsäule waren einer der Schwerpunkte der DRG-Weiterentwicklung in den letzten Jahren. Im Ergebnis ist die Abbildung der entsprechenden Fälle in 19 DRGs allein in den Basis-DRGs I06, I09, I10 und I45 der MDC 08 bereits hochdifferenziert. Für 2018 lag der Schwerpunkt in der weiteren Ausdifferenzierung der Basis-DRG I09. Die DRG I09A zeigte in Analysen eine heterogene Zusammensetzung. Folgende Splitkriterien ließen sich identifizieren, sodass die DRG anhand dieser in drei DRGs gesplittet werden konnte:

- Sehr komplexe Osteosynthese und äußerst schwere CC
- Mehrzeitiger komplexer Eingriff oder Implantation von VEPTTR oder extrakorporal expandierbare Stangen, 1 Segment
- Komplexer Eingriff mit Wirbelkörperersatz oder verschiedene komplexe Eingriffe an mehreren Segmenten

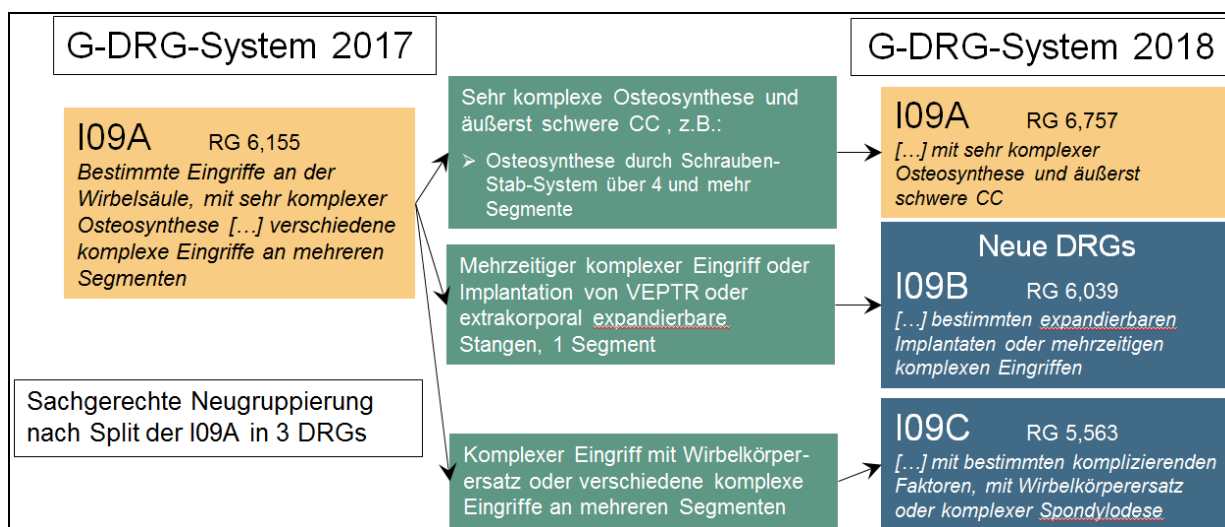


Abbildung 43: Differenzierung der DRG I09A in 3 DRGs (I09A-C)

Fälle mit mehrzeitigen komplexen Eingriffen an der Wirbelsäule und kurzstreckiger, dorsaler Spondylodese oder dynamischer Stabilisierung über nur ein Segment zeigten sich in Analysen in der DRG I09A im G-DRG-System 2017 übervergütet. Durch Gruppierung der Fälle in die I09B (G-DRG-System 2017) konnten die Fälle sachgerecht neu gruppiert werden. Die DRG I09B (G-DRG-System 2017) wurde am Ende der Kalkulation infolge der Ausdifferenzierung der DRG I09A (siehe Abb. 43) in I09D *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten komplizierenden Faktoren, bei Frakturen der Halswirbelsäule oder sekundärer bösartiger Neubildung des Knochens oder mit anderen mehrzeitigen komplexen Eingriffen* umbenannt.

Weitergehende Analysen zeigten Fälle mit einer Fraktur der Halswirbelsäule in der DRG 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.* als nicht sachgerecht abgebildet. Durch Split der ehemaligen DRG I09E wurden die Fälle mit einer Fraktur der Halswirbelsäule in der DRG I09G *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne*

bestimmte Osteosynthese, bei Frakturen der Halswirbelsäule abgebildet, was einer Aufwertung entspricht, auch wenn der Schweregrad „G“ der Basis-DRG auf den ersten Blick dem zu widersprechen scheint (siehe Abb. 44).

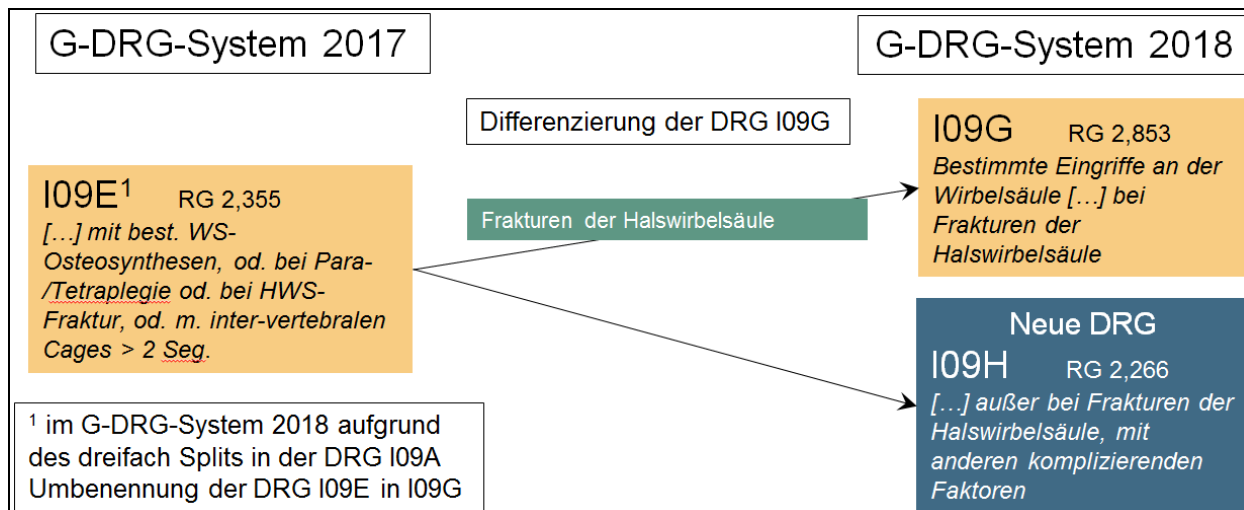


Abbildung 44: Differenzierung der DRG I09E

Die Analyse von Fällen mit instrumenteller Wirbelkörperaufrichtung von vier und mehr Wirbelkörpern ohne schwere CC und Fälle mit dynamischer Stabilisierung der Wirbelsäule über ein Segment mittels Schraub-Platten-System ohne schwere CC wurden abgewertet und sachgerecht in die DRG I09E eingruppiert (im G-DRG-System 2018 umbenannt in I09H *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne bestimmte Osteosynthese, außer bei Frakturen der Halswirbelsäule, mit anderen komplizierenden Faktoren*). Fälle mit schweren CC werden weiterhin der DRG I09D zugeordnet (im G-DRG-System 2018 umbenannt in I09F *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmter Osteosynthese*).

Einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend, wurden Fälle mit stabilisierendem Eingriff bei Tumoren der Wirbelsäule mit nachfolgender Strahlentherapie analysiert. Die Gruppierung der Fälle geschieht primär anhand des Eingriffs an der Wirbelsäule in die Basis-DRGs I10 *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule*, I09 *Bestimmte Wirbelsäuleneingriffe* und I06 *Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals*. Die Strahlentherapie hat keine zusätzliche Gruppierungsrelevanz. Die Analysen ergaben, dass Fälle in der Basis-DRG I06 sachgerecht abgebildet sind. Fälle in der Basis-DRG I09 und der DRG I10A *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Rückenmark, Spinalkanal, Wirbelsäule, Rumpf mit äußerst schweren CC* zeigten sich hingegen nicht sachgerecht abgebildet. Für das G-DRG-System 2018 werden Fälle mit Knochentumor, stabilisierender Operation an der Wirbelsäule und Strahlentherapie zukünftig der Basis-DRG I06 zugeordnet und dort aufwandsgerecht abgebildet.

Auch innerhalb der Basis-DRG I10 *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule* wurden Analysen durchgeführt. Hierbei wurden Fälle ohne schwere CC und Laminotomie LWS > 2 Segmente oder knöcherner Dekompression Spinalkanal 3 Segmente in der DRG I10B *Andere Eingr. an der WS 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* als überbewertet identifiziert. Nach sachgerechter Neubewertung werden die Fälle ab dem G-DRG-System 2018 in die DRGs I10C *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule [...]* und I10D *Andere Eingriffe an der*

Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule außer bei best. Diszitis, Spinalkanalstenose, bestimmten Bandscheibenschäden, ohne Verschluss eines Bandscheibendefekts mit Implantat eingruppiert. Ebenso zeigten sich in der DRG I10C Fälle mit den Diagnosen zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie und sonstige zervikale Bandscheibenverlagerungen oder Fälle mit einer dynamischen Stabilisierung der Wirbelsäule durch intervertebralen Cage an einem Segment als überbewertet. Sachgerecht werden die Fälle zukünftig der DRG I10D zugeordnet.

Fälle mit pyogener Bandscheibeninfektion oder Diszitis in der DRG I10D *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule oder bestimmte Diszitis [...]* wurden nach internen Analysen sachgerecht in die höher bewertete DRG I10C *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule [...]* oder bei bestimmter Diszitis eingruppiert.

Bei geringen Kosten und Verweildauerunterschieden wurden die beiden DRGs I10E *Andere komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule* und I10F *Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule* kondensiert.

Fälle, die an der Wirbelsäule operiert wurden, jedoch eine Hauptdiagnose, wie z.B. Zervikobrachial-Syndrom oder bestimmte Radikulopathien, aus der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* aufweisen, werden ab dem G-DRG-System 2018 der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* zugeordnet. Auf diese Weise werden sowohl operative als auch konservative Fälle differenzierter in den Basis-DRGs I06 *Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals*, I09 *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule* und I10 *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule*, bzw. I68 *Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich [...]* abgebildet. Des Weiteren wurde die DRG B18Z *Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems* differenziert, wobei die oben genannten Wirbelsäulen-DRGs der MDC 08 als Vorbild dienten. Ausführlich wird der Umbau in Kapitel 3.3.2.22 beschrieben.

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

In der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2018 ist es erneut gelungen, Leistungen, die in den vergangenen Jahren als noch nicht sachgerecht vergütet identifiziert wurden (NUB-Status 1), in Form von Zusatzentgelten ins G-DRG-System zu integrieren.

NUB-Leistungen, die als Zusatzentgelte abgebildet werden konnten, sind in Tabelle 26 aufgeführt.

NUB-Verfahren	Status 2017	ZE2018	Bezeichnung Zusatzentgelt
Brentuximabvedotin	1	ZE2018-140	Gabe von Brentuximabvedotin, parenteral
Enzalutamid	1	ZE2018-141	Gabe von Enzalutamid, oral
Aflibercept, intravenös	1	ZE2018-142	Gabe von Aflibercept, intravenös
Eltrombopag	1	ZE2018-143	Gabe von Eltrombopag, oral
Obinutuzumab	1	ZE2018-144	Gabe von Obinutuzumab, parenteral
Ibrutinib	1	ZE2018-145	Gabe von Ibrutinib, oral
Ramucirumab	1	ZE2018-146	Gabe von Ramucirumab, parenteral

Tabelle 26: Leistungen mit NUB-Status 1, die ab der G-DRG-Version 2018 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, 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.

Über die in Tabelle 26 aufgeführten Leistungen hinaus wurde das für 2017 mit NUB-Status 1 beurteilte Verfahren Vorhofohrverschluss durch transperikardiale Ligatur durch Neuordnung betroffener Fälle zur DRG F95B *Interventioneller Septumverschluss, Alter > 18 Jahre* deutlich aufgewertet. Aufgrund der Daten aus den Kalkulationskrankenhäusern kann von einer sehr weitgehenden Abbildung des Verfahrens in das G-DRG-System 2018 ausgegangen werden. Bei sehr kleiner Fallzahl ist eine abschließende Bewertung aber vermutlich erst in den kommenden Jahren möglich.

3.3.4 Sortierung

Vorgehensweise

Zur Vermeidung der Problematik einer „Mindervergütung bei Mehrleistung“ werden im G-DRG-System die DRGs gemäß ihren mittleren Inlier-Kosten sortiert. 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 (DRGs H40A, H40B) und komplexer therapeutischer ERCPs (DRGs H41A, H41B) in die operative Partition der MDC 07
- Einsortierung der kardiothorakalen und Gefäßeingriffe in die sonst disjunkten DRGs der MDC 15 entsprechend ihren Kosten
- Sortierung aller DRGs für intensivmedizinische Komplexbehandlung ihren Kosten entsprechend in die Abfragereihenfolge der Prä-MDC
- 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 dargestellt, werden die DRGs typischerweise gemäß ihren mittleren Inlier-Kosten absteigend sortiert. Allerdings wird zur Vermeidung einer unsachgerechten Vergütung in einigen Konstellationen auch die mittlere Verweildauer und somit auch die untere und obere Grenzverweildauer der Fälle betroffener DRGs berücksichtigt. Exemplarisch soll dies anhand der Sortierung innerhalb der Basis-DRG F19 erläutert werden.

Die DRG F19B *Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC oder Radiofrequenzablation über A. renalis, Alter < 18 Jahre*, Abfrageposition 82, hat mit 1,738 ein niedrigeres Relativgewicht als die danach abgefragte DRG F19C (Position 83) *Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre* (RG: 1,913).

Die Abfrage der DRG F19B vor der DRG 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 der in der DRG F19C. Des Weiteren kann in der Kinder-DRG F19B bereits ab dem fünften Tag ein Zuschlag geltend gemacht werden (siehe Abb. 45). Die bei Betrachtung aller Fälle bessere Vergütung in der DRG F19B begründet in diesem Fall die Definition einer eigenständigen Kinder-DRG trotz geringfügig geringerem Inlier-Relativgewicht. Entsprechend muss auch die Abfrageposition der DRG F19B vor der DRG F19C liegen.

DRG	Parti-tion	Bezeichnung	Bewertungs-relation 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 transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen [...], Alter < 18 Jahre	1,738	2,7	1	0,222	5	0,239
F19C	O	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre	1,913	4,7	1	0,646	11	0,113
F19D	O							

Abbildung 45: Ausschnitt aus dem Fallpauschalen-Katalog 2018

Bis zum G-DRG-System 2016 war eine Sortierung anhand der mittleren Kosten der Inlier gleichbedeutend mit einer Sortierung nach Erlösen der Inlier. Die im Nachgang der Sortierung erfolgte Sachkostenkorrektur (siehe Kap. 3.2.3.1) führt allerdings zu einer Veränderung der Erlöse, sodass eine Prüfung der Auswirkungen der Sachkostenkorrektur auf die Sortierung erfolgte. Wie schon im vergangenen Jahr verdeutlichten die Analysen, dass die Abstände der Kosten bzw. Bewertungsrelationen zwischen den DRGs überwiegend größer sind als die Auswirkungen der Sachkostenkorrektur. Da die Sachkostenkorrektur ihrer Intention nach eine *Erlöskorrektur* ist, würde eine Nach-Sortierung ihren Effekt zudem relativieren. Die zweite Stufe der Sachkostenkorrektur (60%) hatte somit für 2018 keinen direkten Einfluss auf die Abfragereihenfolge.

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

3.3.5.1 Anpassungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen

Die ab 1. Januar 2018 gültige ICD-10-GM Version 2018 enthält insgesamt 13.685 terminale Codes und somit 111 Codes mehr als die ICD-10-GM Version 2017 (13.574). Über 99% dieser Codes (13.550) unterscheiden sich weder hinsichtlich des Codes noch hinsichtlich des zugehörigen Textes gegenüber dem Vorjahr.

Der OPS Version 2018 enthält insgesamt 30.955 terminale Codes. Das sind 516 Codes mehr als im OPS Version 2017 (30.439). Die Mehrzahl der Codes (30.029, 97%) zeigt ebenfalls keinen Unterschied zum Vorjahr in Bezug auf den Code und die inhaltliche Leistungsbeschreibung.

Die Weiterentwicklung der Klassifikationen ICD-10-GM und OPS ist Aufgabe des DIMDI, das in seinem jährlichen Revisionsverfahren auch Änderungsvorschläge annimmt. Die im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2018 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 2018 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 zur Abbildung von Medikamenten und Dosisklassen, die ab 2018 im OPS zu finden sind, wie z.B. Codes aus 6-007.m *Applikation von Medikamenten, Liste 7: Ramucirumab, parenteral* zur Definition der Dosisklassen beim Zusatzentgelt ZE2018-146 *Gabe von Ramucirumab, parenteral*.

Darüber hinaus wurden neue Codes zur Abbildung von Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG in den OPS Version 2018 aufgenommen. Dies unterstützt einerseits die Detektion von Fällen für die Abrechnung vereinbarter NUB-Leistungen. Andererseits ermöglicht es in Zukunft Analysen zur Eingliederung dieser Leistungen in das G-DRG-System. Ein Beispiel ist die Einführung neuer Codes für die Uterusexstirpation bei einer Lebendspenderin zur Transplantation, unterteilt nach der Art des Zuganges (5-683.4 ff.), bzw. eines neuen Codes für die Uterustransplantation (5-699.0). Diese neuen Codes ermöglichen zukünftig die Analyse der NUB-Leistung „Uterustransplantation“.

Entsprechend der Vorgehensweise der Vorjahre wurden auch für 2018 bestehende ICD-Codes differenziert bzw. neue ICD-Codes etabliert, um Unterschiede in Aufwand und Ablauf von Behandlungen darstellbar zu machen. So wurden bei I86.8 *Varizen sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen* Fünfsteller für die Zwecke des G-DRG-Systems eingeführt, um im Darm lokalisierte Varizen spezifisch verschlüsseln zu können und eine sachgerechte Abbildung im G-DRG-System zu ermöglichen.

3.3.5.2 Überleitung auf die ab 1. Januar 2018 gültigen Versionen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen

Die Datenbasis, die der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2018 zugrunde liegt, beruht auf medizinischen Daten des Jahres 2016 (Datenjahr 2016). Die Diagnosen wurden dementsprechend mit der ICD-10-GM Version 2016 und die Prozeduren mit dem OPS Version 2016 kodiert.

Nach Abschluss der Weiterentwicklung für das Jahr 2018 stand zunächst die G-DRG-Version 2016/2018 zur Verfügung. Diese Version stellt die erste Übergangsversion dar, die den G-DRG-Algorithmus des Jahres 2018 anhand der im Datenjahr 2016 gültigen Diagnose- und Prozedurenkodes definiert. Zur Nutzung des G-DRG-Systems 2018 für die Gruppierung im Jahr 2018 mit den dann gültigen Leistungsbezeichnern waren zwei Überleitungen des Systems notwendig.

In einem ersten Schritt wurde das G-DRG-System 2016/2018 auf das G-DRG-System 2017/2018 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 2017 gültigen Diagnosen- oder Prozedurenkodes eine Funktion im

Gruppierungsalgorithmus zugewiesen werden, typischerweise die, die sein „Vorgängerkode“ in der Version 2016 der ICD- bzw. OPS-Klassifikationen im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2018 erhalten hatte. Dabei wurden textliche, inhaltliche und formale Änderungen der Codes sowie Änderungen der Kodierrichtlinien berücksichtigt. Auf diese Weise entstand die G-DRG-Version 2017/2018. Die umfangreichen Änderungen und Anpassungen, die für diese Version notwendig waren, entsprechen weitestgehend den Änderungen, die bei der Überleitung der Übergangsversion 2016/2017 auf die G-DRG-Version 2017 vorgenommen wurden. Diese sind auch im Abschlussbericht des Jahres 2017 dargestellt.

Im zweiten Schritt wurde, analog zu diesem Vorgehen, die G-DRG-Version 2017/2018 auf die G-DRG-Version 2018 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 2018 auf Basis der Leistungsdaten der Jahre 2016 bzw. 2017 zu führen. Zu diesem Zweck erfolgt eine möglichst frühzeitige Gruppierungszertifizierung, und die entsprechenden Definitionshandbücher werden bereits vor Veröffentlichung der G-DRG-Version 2018 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.

3.3.5.3 Behandlung nicht identischer Codes mit „Vorgängerkode“

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

- Klassifikatorische Überleitung
- Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

Diese Varianten werden im Folgenden anhand von Beispielen erläutert.

Klassifikatorische Überleitung

Im Rahmen der klassifikatorischen Überleitung wird den Codes, die im Jahr 2018 Gültigkeit erhalten, die Funktion zugewiesen, die ihr „Vorgängerkode“ in der Version 2017/2018 hatte. Typischerweise kommt dies bei einer Ausdifferenzierung von Codes vor.

So wird beispielsweise den im Jahr 2018 neu etablierten nach Lokalisation differenzierten fünfstelligen Codes für *Fisteln des weiblichen Genitaltraktes* die Funktion des im Jahr 2017 gültigen vierstelligen Codes N82.8 *Sonstige Fisteln des weiblichen Genitaltraktes* (siehe Tab. 27) zugewiesen.

Alter Kode (ICD-10-GM Version 2017)	Neue Kodes (ICD-10-GM Version 2018)
N82.8 <i>Sonstige Fisteln des weiblichen Genitaltraktes</i>	N82.80 <i>Fistel zwischen Vagina und Pouch als Rektumersatz</i> N82.81 <i>Fistel zwischen Vagina und Ersatzharnblase</i> N82.88 <i>Sonstige Fisteln des weiblichen Genitaltraktes</i>

Tabelle 27: Differenzierung des ICD-Kodes I97.2- Lymphödem nach (partieller) Mastektomie

Die neuen Kodes wurden gemäß der Überleitungstabelle des DIMDI auf den Vorgängerkode N82.8 übergeleitet. Konkret bedeutet dies für das G-DRG-System 2018:

In jeder Tabelle des G-DRG-Systems 2017/2018, in welcher der alte ICD-10-Kode N82.8 verzeichnet ist, wurden für das G-DRG-System 2018 jeweils die neuen Kodes an dessen Stelle eingetragen. In diesem Fall sind die folgenden Tabellen davon betroffen:

- Tabellen der gültigen Diagnose- und Hauptdiagnosekodes
- Hauptdiagnosentabelle der MDC 13 *Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane*
- Mäßig schwere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane der Basis-DRGs N04, N05, N14, N21, N25 und N62
- Funktionen *Schweres Problem beim Neugeborenen und Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen* der MDC 15 *Neugeborene*
- Geschlechtskonflikt – Diagnosen bei der Frau

Darüber hinaus werden die neuen ICD-10-Kodes auch in Bezug auf die CCL-Matrix und die CC-Ausschlüsse wie der „Vorgängerkode“ behandelt. Für das oben angegebene Beispiel waren keine Änderungen in der CCL-Matrix erforderlich, da der Vorgängerkode keine CCL-Werte > 0 besitzt.

Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

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

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

Im Prozeduren-Katalog 2018 wurde ein Kode für die *Plastische laryngotracheale Rekonstruktion mit Rippenknorpel* neu etabliert. Laut klassifikatorischer Überleitung des DIMDI sollte dieser neue OPS-Kode auf den unspezifischen Kode („Sonstige“) für *Andere Operationen an Larynx und Trachea* übergeleitet werden. Dies würde in der Gruppierung der entsprechenden Fälle bedeuten, dass diese Leistung nicht als operative Prozedur gewertet wird. Um zu gewährleisten, dass zukünftig eine Eingruppierung analog zu Kodes erfolgt, die einen Bestandteil des hier neu aufgenommenen Kodes be-

schreiben, wurde von der klassifikatorischen Überleitung des DIMDI abgewichen. Im Ergebnis wurde der neue Code 5-319.c auf den Code 5-315.x *Rekonstruktion des Larynx: Sonstige* übergeleitet und ist damit in der G-DRG-Version 2018 eine operative Prozedur.

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.

Folgendes Beispiel bezieht sich auf eine Anpassung des Algorithmus nach der Überleitung:

Im OPS Version 2018 wurde die Kodierung von *Ablativen Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen* (Kodebereich 8-835) grundlegend überarbeitet. Zum einen wurden einige Codes wie z.B. 8-835.8* *Anwendung dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren* in Zusatzcodes umgewandelt. Zum anderen wurde bei diesem Code die Lokalisation, die an der sechsten Stelle verschlüsselt wurde, gestrichen. Ab 2018 ist bei jeder Maßnahme ein grundlegendes Verfahren zu kodieren, entsprechend den „Primärkodes“ aus den Bereichen 8-835.2* *Konventionelle Radiofrequenzablation*, 8-835.3* *Gekühlte Radiofrequenzablation*, 8-835.4* *Ablation mit anderen Energiequellen*, 8-835.a* *Kryoablation* oder 8-835.b* *Bipolare phasenverschobene Radiofrequenzablation*. Werden beispielsweise dreidimensionale elektroanatomische Mappingverfahren angewendet, muss zusätzlich der Code 8-835.8 verschlüsselt werden. In der Basis-DRG F50 *Ablative Maßnahmen bei [...]* sind in den G-DRG-Versionen 2016/2018 und 2017/2018 die unterschiedlichen Lokalisationen des Codebereichs 8-835.8* in unterschiedlicher Art und Weise gruppierungsrelevant. Um eine geänderte Gruppierung durch Änderung der Kodierung von ablativen Maßnahmen zu vermeiden, wurde nach der Überleitung die Definition der DRGs F50A bis F50C in der Weise angepasst, dass der Code 8-835.8 in Kombination mit den entsprechenden Lokalisationen der oben genannten „Primärkodes“ analog der Eingruppierung in den G-DRG-Versionen 2016/2018 und 2017/2018 in die DRGs F50A bis F50C führt. Innerhalb der MDC 05 wurde somit eine vollständig kongruente Anpassung zwischen Kalkulations- und Abrechnungsjahr erreicht.

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

Für neu in die ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen aufgenommene Codes, für die keine Überleitungsempfehlung des DIMDI vorlag, bestanden verschiedene Varianten der Berücksichtigung im G-DRG-System 2018:

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

Diese Varianten werden im Folgenden anhand von Beispielen erläutert.

Die Codes werden nicht berücksichtigt

Dies stellt das typische Vorgehen bei der Aufnahme neuer Leistungsbereiche in den OPS oder bei Erweiterung des Anwendungsbereichs eines alten Codes auf den Geltungsbereich des G-DRG-Systems dar. Weil Kosteninformationen zu Verfahren bzw. Diagnosen fehlen, die im Jahr der Kalkulationsdatenerhebung noch nicht kodierbar waren, ist eine Bewertung dieser Leistungen in der Regel nicht möglich. Aktuelles Beispiel sind die in den OPS Version 2018 neu aufgenommenen Codes für die *Präventive familienzentrierte multimodale Komplexbehandlung bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen (9-502.*)*. Diese Codes sind im G-DRG-System 2018 gültige Prozeduren ohne Gruppierungsrelevanz.

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 2018 neue Zusatzkode für die Kodierung von *Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme in das Krankenhaus (U69.13)*. Dieser neue Code wurde auf den Diagnosekode *Plötzlich eingetretener Tod (R96.0)* übergeleitet und damit den unzulässigen Hauptdiagnosen der MDC 05 zugeordnet. Dies entspricht auch ihrer formalen Funktion in der ICD-10-GM („Sekundärkode“). Die gewählte Überleitung orientiert sich dabei an der sachgerechten Eingruppierung im G-DRG-System und stellt keine inhaltliche Zuordnung dar.

Die Codes werden anhand ergänzender Informationen einzelnen DRGs zugeordnet

In den Jahren 2017 oder 2018 neu etablierte ICD-10- und OPS-Codes sind in den regulären Kalkulationsdaten, die dem InEK bei der Entwicklung des G-DRG-Systems 2018 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 2018 wurde keine Zuordnung im Gruppierungsalgorithmus allein aufgrund dieser zusätzlich erhobenen Informationen umgesetzt.

Die Kodes werden inhalts- oder aufwandsähnlichen alten Kodes zugeordnet

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

Generell ist die hier beschriebene Konstellation eher selten und im Rahmen der Überleitung auf die G-DRG-Version 2018 tritt diese auch nicht auf. Bei der überwiegenden Anzahl von neu in den OPS aufgenommenen Kodes ist mindestens eine Überleitung auf einen unspezifischen Kode für eine sonstige Operation an der jeweiligen Lokalisation möglich. Ein Beispiel dafür ist der für 2018 neu aufgenommene Kode 5-319.c *Plastische laryngotracheale Rekonstruktion mit Rippenknorpel*. Für den Fall, dass hier die klassifikatorische Überleitung des DIMDI dazu führen würde, dass eine operative Leistung nicht als OR-Prozedur gewertet wird, kann von dieser klassifikatorischen Überleitung entsprechend abgewichen werden (siehe auch Absatz „Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung“).

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

3.3.6 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 2018 und an die Selbstverwaltungspartner und das InEK vorgenommen. Zusätzlich zur Klarstellung und redaktionellen Anpassung einzelner Kodierrichtlinien erfolgte generell eine Anpassung an Änderungen der Diagnosen-/Prozedurenklassifikation sowie der G-DRG-Klassifikation für 2018.

Im Folgenden einige Beispiele für prägnante Änderungen/Klarstellungen:

- DKR P003q: Diese Kodierrichtlinie enthält Hinweise und formale Vereinbarungen für die Benutzung des OPS, die auch dort geregelt sind. In dem Absatz „Zusatzinformationen zu Prozeduren“ wurde klargestellt, dass sich Zusatzkodes auch an anderen Stellen im OPS außerhalb des Kapitels 5-93...5-99 „Zusatzinformation zu Operationen“ befinden. Zusätzlich wurden die Erläuterungen zu Einschluss- ("Inkl.:") und Ausschlussbemerkungen ("Exkl.:") an die neuen Formulierungen im OPS Version 2018 angepasst.
- DKR P017q: Aufnahme einer neuen Kodierrichtlinie *Klinische Obduktion bzw. Obduktion zur Qualitätssicherung*, welche die Angabe des Leistungsdatums für die Kodierung von Obduktionen regelt.
- DKR 0215q: Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2018 wurde darauf hingewiesen, dass aus der Kodierrichtlinie nicht klar hervorgeht, ob die Diagnosen C79.3 *Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute* und C79.5 *Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes* bei Fällen mit Lymphom nur als Nebendiagnose oder auch als Hauptdiagnose

angegeben werden können. Dies sei auch dadurch bedingt, dass bei den Regelungen zur Anwendung der Diagnosen C79.3 und C79.5 unterschiedliche Formulierungen verwendet werden. Für 2018 wurde daraufhin eine Angleichung der Formulierung des Absatzes zur Kodierung eines Befalls der Hirnhäute oder des Gehirns an die Formulierung des Absatzes zur Kodierung einer Knochenbeteiligung vorgenommen. Darüber hinaus wurde bezüglich der Festlegung der Haupt- bzw. Nebendiagnosen bei Lymphomen mit Knochenbeteiligung bzw. mit Beteiligung des Gehirns oder der Hirnhäute ein Verweis auf DKR 0201 *Auswahl und Reihenfolge der Codes* aufgenommen.

In Anhang B der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2018 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 2018 umfasst insgesamt 1.292 DRGs. Einen Überblick über die Veränderungen im Vergleich zum G-DRG-System 2017 gibt Tabelle 28:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
G-DRG-System 2018	1.292	+ 37
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.245	+ 37
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	42	± 0
davon rein teilstationäre DRGs	5	± 0
davon bewertet (Anlage 1c)	2	± 0
davon explizite Ein-Belegungstag-DRGs	24	± 0
davon implizite Ein-Belegungstag-DRGs	397	+ 31

Tabelle 28: Überblick über das G-DRG-System 2018

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

Im Zusatzentgelte-Katalog (FPV 2018 Anlage 2) werden 94 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 95) aufgeführt. Die Anzahl der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (FPV 2018 Anlage 4) liegt bei 110 (Vorjahr: 96).

3.4.1.2 Nicht bewertete DRGs

Im G-DRG-System 2018 ist die Anzahl der als „nicht pauschalierbar“ dargestellten DRGs gegenüber dem G-DRG-System 2017 mit 42 DRGs unverändert.

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 2018 dazu, dass sich die 42 in Anlage 3a der FPV 2018 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 die Möglichkeit einer sachgerechten Abbildung als Zusatzentgelt 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. Die Anzahl der Zusatzentgelte des G-DRG-Systems 2018 im Vergleich zum G-DRG-System 2017 ist in Tabelle 29 vergleichend dargestellt.

	G-DRG-System 2017	G-DRG-System 2018
Mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte		
Operative, interventionelle und diagnostische Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	37	37
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	54	51
Besondere Behandlungsformen	4	6
Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG		
Operative, interventionelle und diagnostische Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	44	45
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	47	60
Besondere Behandlungsformen	5	5
Gesamt	191	204

Tabelle 29: Vergleich der Anzahl der Zusatzentgelte im G-DRG-System 2017 und 2018

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), *Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (Anhang 1 Tabelle 1)* (ZE162), *Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (Anhang 1 Tabelle 2)* (ZE163) (jeweils mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte) sowie die *Anthroposophische Komplexbehandlung* (ZE2018-26), die *Versorgung von Schwerstbehinderten* (ZE2018-36), die *Naturheilkundliche Komplexbehandlung* (ZE2018-40), die *Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst*

(ZE2018-133) und die *Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen externen Palliativdienst* (ZE2018-134) (jeweils Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG).

Dialysen

Nach dem Regelwerk zur Berechnung der Zusatzentgelte für Dialyse und verwandte Verfahren wird der Kostenanteil für die nicht medizinische Infrastruktur über einen pauschalen Zuschlag abgebildet. Nach Überprüfung der ausgegliederten Kostensumme für nicht medizinische Infrastruktur wurde der zuletzt verwendete Zuschlag für die Kalkulation der Zusatzentgelte für 2018 sachgerecht angehoben. ZE61 *LDL-Apherese* konnte aufgrund einer verbesserten Datenlage für den Entgeltkatalog 2018 wieder kalkuliert werden. Für das Zusatzentgelt ZE01.02 *Hämodialyse, intermittierend, Alter < 15 Jahre* entsprach die Datenbasis aufgrund von Datenproblemen bei den jeweils fallzahlstarken Kalkulationskrankenhäusern dagegen 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. ZE2018-109 *Dialyse mit High-Cut-Off-Dialysemembran* bleibt weiterhin unbewertetes Zusatzentgelt.

Verfahren

Im Bereich der Zusatzentgelte für operative, interventionelle und diagnostische Verfahren wurde auf Beschluss der Vertragsparteien auf Bundesebene für die Leistung „Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik“ das unbewertete Zusatzentgelt ZE2018-152 *Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik* etabliert.

Des Weiteren wurde das bewertete Zusatzentgelt ZE105 *Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils) an Kopf, Hals (intra- und extrakraniell) und spinalen Gefäßen oder mit großlumigem Gefäßverschlusskörper* um die Leistung „selektive Embolisation mit großvolumigen Metallspiralen [Volumencoils]“ ergänzt. Fälle mit dieser Leistung waren bisher aufgrund des Primärkodes mindestens dem Zusatzentgelt ZE106 *Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisationen* zugeordnet. In den diesjährigen Analysen entsprachen die Kosten der Fälle jedoch eher den Kosten der Fälle mit Leistungen gemäß dem Zusatzentgelt ZE105.

Die Vergütung von Zusatzentgelten erfolgt ergänzend zur Abrechnung der Fallpauschale. Um eine Überschneidung bzw. Doppelvergütung mit der abrechenbaren Fallpauschale zu verhindern, werden Fälle mit Zusatzentgelt-relevanten Leistungen bereinigt, d.h. die Fälle werden um die dem Zusatzentgelt entsprechenden Kostenanteile korrigiert, bevor sie in die Datenbasis zur Kalkulation übernommen werden.

Diese Kostenbereinigung erfolgt in den für die entsprechende Leistung relevanten Kostenmodulen. Für die operativen, interventionellen und diagnostischen Verfahren sind dies vornehmlich, aber nicht ausschließlich die Sachkostenmodule 5 und 6b (beispielsweise ist für ZE101 *Medikamente-freisetzende Koronarstents* das Modul 5 Sachkosten für Implantate/Transplantate relevant). Wenn keine geeignete Möglichkeit zur Bereinigung eines Falles gefunden wird, wird der Fall ggf. aus der Datenbasis herausgenommen.

Medikamente

In die Liste der unbewerteten Zusatzentgelte wurden sieben neue Zusatzentgelte für Medikamente aufgenommen, die für das Jahr 2017 den NUB-Status 1 erhalten hatten: ZE2018-140 *Gabe von Brentuximabvedotin, parenteral*, ZE2018-141 *Gabe von Enzalutamid, oral*, ZE2018-142 *Gabe von Aflibercept, intravenös*, ZE2018-143 *Gabe von Eltrombopag, oral*, ZE2018-144 *Gabe von Obinutuzumab, parenteral*, ZE2018-145 *Gabe von Ibrutinib, oral* und ZE2018-146 *Gabe von Ramucirumab, parenteral*. Die Leistungen erfüllen zwar die Kriterien für eine Zusatzentgelt-Definition, konnten jedoch auf Basis der vorhandenen Daten nicht mit einem Vergütungsbetrag bewertet werden.

Für einige bewertete Zusatzentgelte, für die in Deutschland in den vergangenen Jahren jeweils nur ein Präparat zur Verfügung stand, sind aufgrund einer geänderten Patentsituation derzeit bereits weitere Präparate (Generika, Biosimilars) am Markt verfügbar oder werden in naher Zukunft verfügbar sein. Auch in den Daten der unterjährigen Preisabfrage bei den Kalkulationskrankenhäusern wurde für einen Teil der betroffenen Medikamente erkennbar, dass durch den beschriebenen Sachverhalt ein deutlicher Preisrückgang zu erwarten ist. Aufgrund dessen, und zur Vermeidung nicht medizinischer Anreize bei der Auswahl von Präparaten wurden die in Tabelle 30 aufgelisteten Zusatzentgelte für das Jahr 2018 in die Liste der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntg überführt.

Leistung	ZE (2017)	ZE (2018)
Gabe von Bortezomib, parenteral	ZE49	ZE2018-147
Gabe von Adalimumab, parenteral	ZE66	ZE2018-148
Gabe von Infliximab, parenteral	ZE68	ZE2018-149
Gabe von Busulfan, parenteral	ZE79	ZE2018-150
Gabe von Rituximab, intravenös	ZE148	ZE2018-151

Tabelle 30: Bewerte Zusatzentgelte, die im G-DRG-System 2018 in den Katalog der unbewerteten Zusatzentgelte aufgenommen wurden

Die Gabe von Granulozyten-Kolonie-stimulierenden Faktoren kann über die bewerteten Zusatzentgelte ZE40 *Gabe von Filgrastim, parenteral*, ZE42 *Gabe von Lenograstim, parenteral*, ZE71 *Gabe von Pegfilgrastim, parenteral* und ZE160 *Gabe von Lipegfilgrastim, parenteral* abgerechnet werden. Aufgrund unterschiedlicher Dosierungsschemata (tägliche Gabe bei Filgrastim und Lenograstim bzw. einmalige Gabe bei Pegfilgrastim und Lipegfilgrastim) haben die genannten Zusatzentgelte unterschiedliche Einstiegsschwellen. Die Kalkulation der Zusatzentgelte für Pegfilgrastim und Lipegfilgrastim erfolgt auf Grundlage einer Einigung der Selbstverwaltung seit Etablierung der entsprechenden Zusatzentgelte unter Berücksichtigung eines Abzugsbetrages. Die Verfügbarkeit von Biosimilars bzw. äquivalenter Wirkstoffe hat in den letzten Jahren insgesamt zu deutlichen Preisrückgängen geführt. Im Vorschlagsverfahren für 2018 wurden die beschriebenen Sachverhalte thematisiert und neben der Änderung der Einstiegsschwellen wurde die Streichung aller vier Zusatzentgelte vorgeschlagen. Auf Grundlage der ergänzenden Datenbereitstellung und weitergehender Analysen betroffener Fälle wurden

für 2018 alle vier Zusatzentgelte beibehalten und bewertet. Für die Gabe von Pegfilgrastim und Lipegfilgrastim wird weiterhin ein Abzugsbetrag berücksichtigt. Da die im Rahmen der regulären sowie der ergänzenden Datenbereitstellung übermittelten Kosten für Pegfilgrastim und Lipegfilgrastim keine relevanten Kostenunterschiede zeigten, erfolgte die Kalkulation von ZE71 *Gabe von Pegfilgrastim, parenteral* und ZE160 *Gabe von Lipegfilgrastim, parenteral* zudem auf einer gemeinsamen Datenbasis.

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 2016 konnten diese Zusatzentgelte aber weiterhin bewertet werden. Die in den letzten Jahren zum Teil geänderten Dosisklassen zur Absicherung der Vergütung teurer Fälle, z.B. inklusive teilstationärer Chemotherapien über sehr lange Zeiträume, wurden beibehalten.

Gabe von Blutprodukten

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. Im Vorschlagsverfahren wurde erneut thematisiert, dass die Gabe von pathogeninaktivierten Konzentraten, die seit 2014 spezifisch kodiert werden können, mit deutlich höheren Kosten verbunden sei. In den vergangenen Jahren war die Etablierung eigenständiger Zusatzentgelte aufgrund geringer Fallzahlen nicht möglich. Obwohl im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung für das Datenjahr 2016 weiterhin nur verhältnismäßig wenige Fälle von einer begrenzten Anzahl von Kalkulationskrankenhäusern übermittelt wurden, war eine deutliche Tendenz der übermittelten Kosten im erwarteten Bereich feststellbar. Die ergänzende Datenbereitstellung ermöglichte deshalb für 2018 die Etablierung der eigenständigen bewerteten Zusatzentgelte ZE164 *Gabe von pathogeninaktivierten Thrombozytenkonzentraten* und ZE165 *Gabe von pathogeninaktivierten Apherese-Thrombozytenkonzentraten*.

Bei weiterhin unterschiedlichen Kosten für Thrombozytenkonzentrate und Apherese-Thrombozytenkonzentrate enthält der Fallpauschalen-Katalog für 2018 auch zukünftig in Bezug auf Vergütungsbetrag und Einstiegsschwelle unterschiedliche Zusatzentgelte für diese Leistungen: ZE146 *Gabe von Thrombozytenkonzentraten* und ZE147 *Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten*.

3.4.2 Analyse des Pauschalierungsgrades

Die Gesamtzahl der DRGs ist in den letzten drei Jahren (G-DRG-Systeme 2016, 2017 und 2018) von 1.220 über 1.255 auf nun 1.292 angestiegen. Parallel dazu verläuft die Entwicklung der Anzahl bewerteter DRGs von 1.173 über 1.208 auf 1.245.

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

- a) die geänderte Komplexität des Systems die Krankenhäuser betrifft und
- b) die leistungsgerechte Abbildung der überwiegenden Mehrzahl aller Fälle durch 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 2016, 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 nur leicht angestiegen ist. Rund 63% der dem KHEntgG unterliegenden Krankenhäuser rechnen höchstens 400 verschiedene DRG-Fallpauschalen ab (siehe Abb. 46).

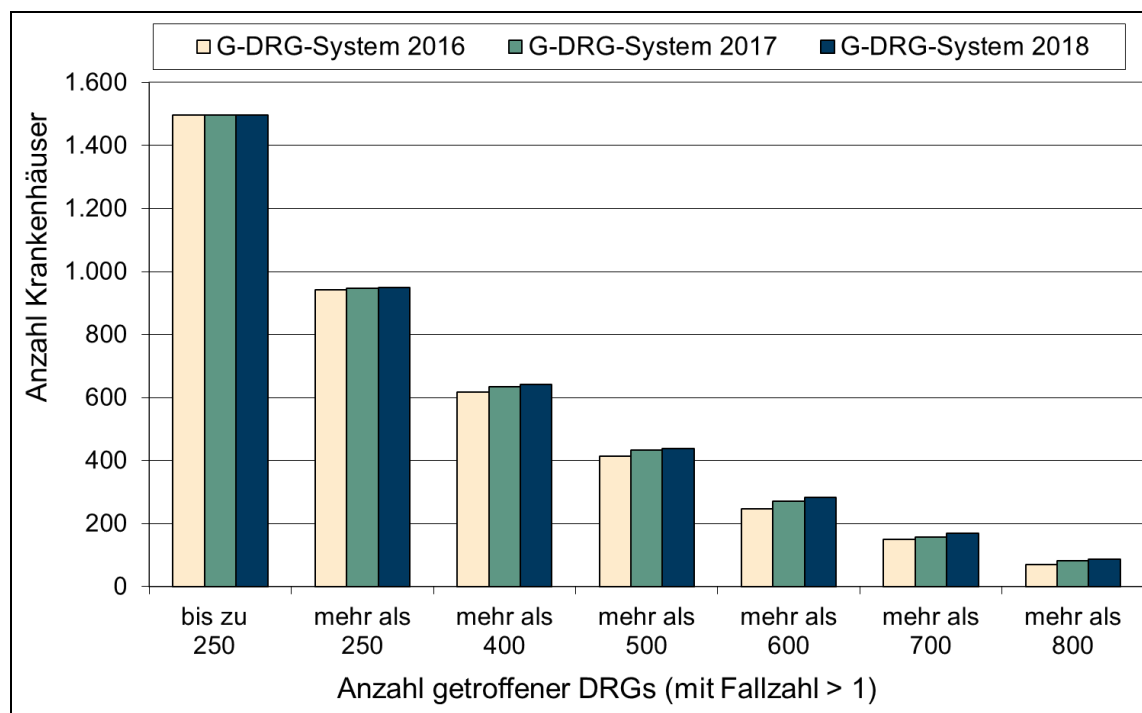


Abbildung 46: Anzahl getroffener DRGs pro Krankenhaus (Fallzahl > 1) für die drei G-DRG-Systeme 2016, 2017 und 2018, Basis: Vollstationäre Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2016

Analyse des Fallanteils in den am häufigsten getroffenen DRGs

Die Abbildung der 200 fallzahlstärksten DRGs in einer Sättigungskurve zeigt, dass das G-DRG-System einen hohen Grad der Pauschalierung erreicht hat. Bereits die 200 fallzahlstärksten Fallpauschalen bilden rund 75% aller abrechenbaren vollstationären Fälle ab. Der Grad der Pauschalierung ist im Vergleich der drei untersuchten G-DRG-Systeme in etwa gleich (siehe Abb. 47).

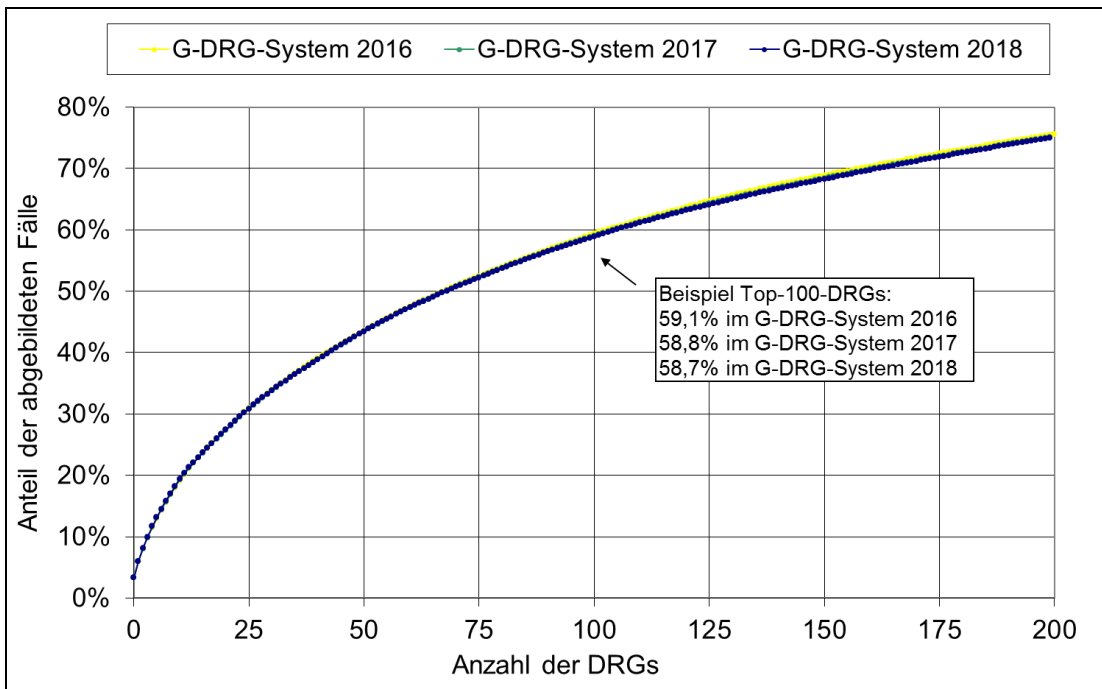


Abbildung 47: Anteil der vollstationären Fälle in den 200 fallzahlstärksten DRGs, G-DRG-Systeme 2016, 2017 und 2018, Basis: Vollstationäre Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2016

In Abbildung 48 wurden die Fälle getrennt nach Versorgung durch Hauptabteilungen (HA) bzw. in belegärztlicher Versorgung (BA) analysiert. Der Pauschalierungsgrad ist bei belegärztlicher Versorgung deutlicher ausgeprägt als bei Versorgung durch Hauptabteilungen. Mit den 100 fallzahlstärksten Fallpauschalen können bereits rund 78% aller abrechenbaren Fälle in belegärztlicher Versorgung abgebildet werden. Für einen identischen Abbildungsgrad bei Versorgung in Hauptabteilungen sind etwas mehr als 200 DRGs erforderlich.

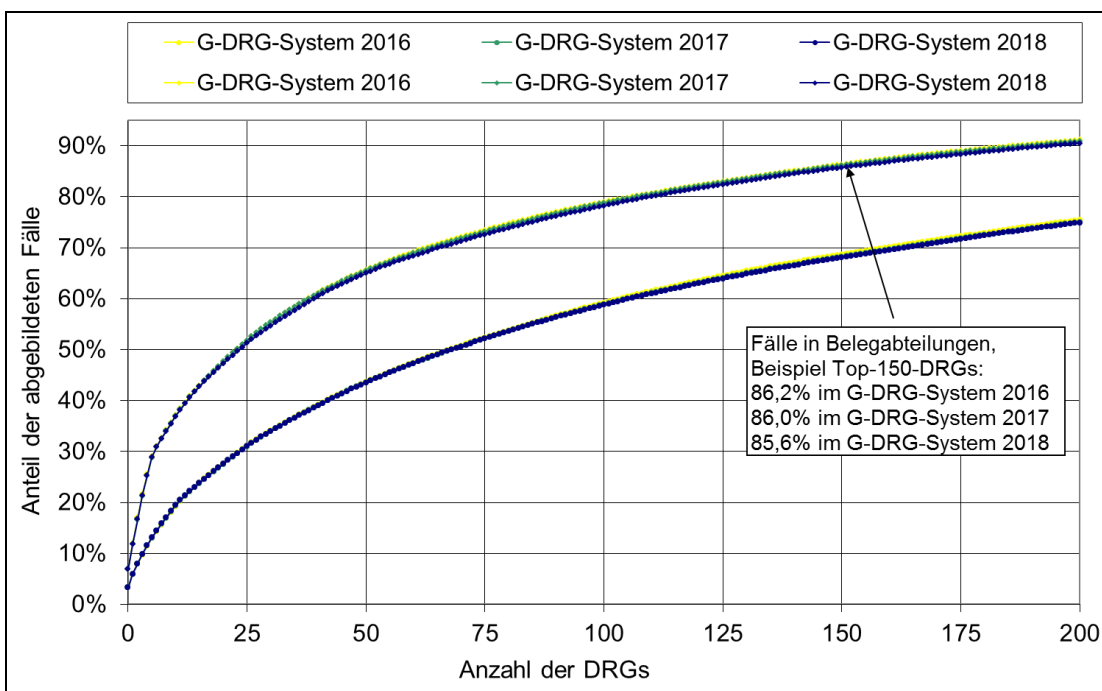


Abbildung 48: Anteil der Fälle in Haupt- und Belegabteilungen in den 200 fallzahlstärksten DRGs, G-DRG-Systeme 2016, 2017 und 2018, Basis: Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2016

Dieses Ergebnis konnte erwartet werden, nachdem die 58 eigenständig kalkulierten Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung insgesamt 65% 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 R²-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 2017 als auch nach dem G-DRG-System 2018 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 deren Festlegung nicht ausschließlich aus Gründen der Kostenhomogenität erfolgte.

Entsprechend wurden 1.181 DRGs im G-DRG-System 2017 bzw. 1.218 DRGs im G-DRG-System 2018 für die Analyse verwendet.

Analyse der Varianzreduktion

Zur Bewertung des G-DRG-Systems 2018 im Vergleich zum G-DRG-System 2017 wurde der R²-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 R²-Werte auf Basis der Daten des Jahres 2016 – für alle Fälle und für Inlier – berechnet und einander gegenübergestellt (siehe Tab. 31):

	G-DRG-System 2017	G-DRG-System 2018	Verbesserung (in %)
R ² -Wert auf Basis aller Fälle	0,7880	0,7921	0,5
R ² -Wert auf Basis der Inlier	0,8623	0,8662	0,5

Tabelle 31: Vergleich der Varianzreduktion R² in den G-DRG-Systemen 2017 und 2018, Basis: Datenjahr 2016

Bezogen auf alle Fälle konnte die Varianzreduktion um 0,5% verbessert werden. Für Inlier wurde ein R^2 -Wert von 0,8662 erreicht. Somit konnte der R^2 -Wert als Maß für die Varianzreduktion auf Basis der Inlier im G-DRG-System 2018 im Vergleich zur Version 2017 um 0,5% gesteigert werden.

Neben der Betrachtung des gesamten G-DRG-Systems kann die Varianzreduktion auch für jede einzelne MDC berechnet werden. In Abbildung 49 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 2018 (linke Skala). Der Index gibt das Verhältnis zwischen der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das G-DRG-System 2018 und der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das G-DRG-System 2017 wieder. Eine Referenzlinie für den Indexwert 100 (rechte Skala) erleichtert den Vergleich.

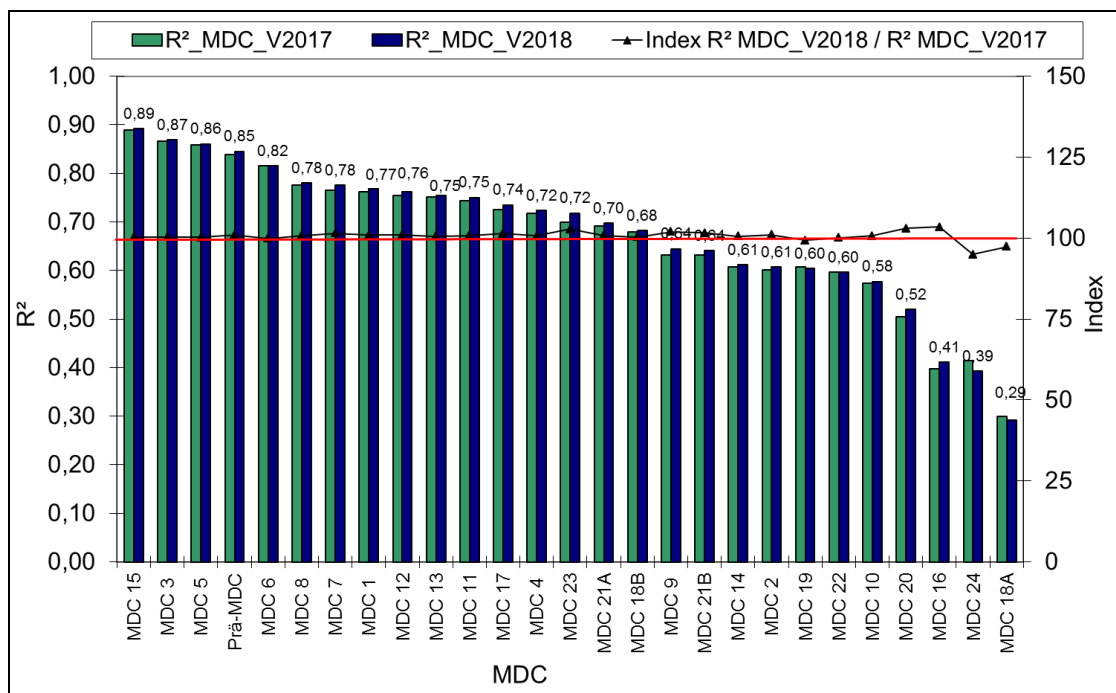


Abbildung 49: R^2 -Wert je MDC für die G-DRG-Systeme 2017 und 2018, Basis: Inlier (Sortierung nach R^2 -Wert für das G-DRG-System 2018), Datenjahr 2016

Die Darstellung zeigt die Unterschiede in der Varianzreduktion zwischen den MDCs. In 23 von 27 MDCs ist eine gleichbleibende oder verbesserte Varianzreduktion im Vergleich des G-DRG-Systems 2018 mit dem G-DRG-System 2017 zu verzeichnen.

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

- MDC 16 *Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems* (Index 103,5)
- MDC 20 *Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen* (Index 102,9)
- MDC 23 *Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens* (Index 102,7)
- MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* (Index 101,9)

Die Varianzreduktion in den MDCs, die in beiden Versionen des G-DRG-Systems knapp die Hälfte der analysierten Fälle stellen (48,2%), hat sich wie folgt verändert:

- MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*: von 0,7618 auf 0,7689 (Index 100,9)
- MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*: von 0,8587 auf 0,8606 (Index 100,2)
- MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*: von 0,8158 auf 0,8152 (Index 99,9)
- MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*: von 0,7756 auf 0,7807 (Index 100,7)

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 2016) für die analysierten DRGs – folgende Situation (siehe Tab. 32):

Homogenitätskoeffizient Kosten	G-DRG-System 2017		G-DRG-System 2018		Veränderung des Anteils
	Anzahl	Anteil (in %)	Anzahl	Anteil (in %)	
<i>Bereich</i>					<i>Veränderung (in %)</i>
unter 60%	13	1,1	14	1,1	+ 4,4
60 bis unter 65%	83	7,0	73	6,0	- 14,7
65 bis unter 70%	372	31,5	362	29,7	- 5,6
70 bis unter 75%	359	30,4	386	31,7	+ 4,3
75% und mehr	354	30,0	383	31,4	+ 4,9
Gesamt	1.181		1.218		

Tabelle 32: Vergleich Homogenitätskoeffizient Kosten für die G-DRG-Systeme 2017 und 2018, Basis: Inlier, Datenjahr 2016

In den beiden Klassen mit der höchsten Homogenität („70% bis unter 75%“ sowie „75% und mehr“) ist ein Anstieg von jeweils über 4% 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 50 zeigt den DRG-Anteil in den verschiedenen Klassen für die G-DRG-Systeme 2017 und 2018.

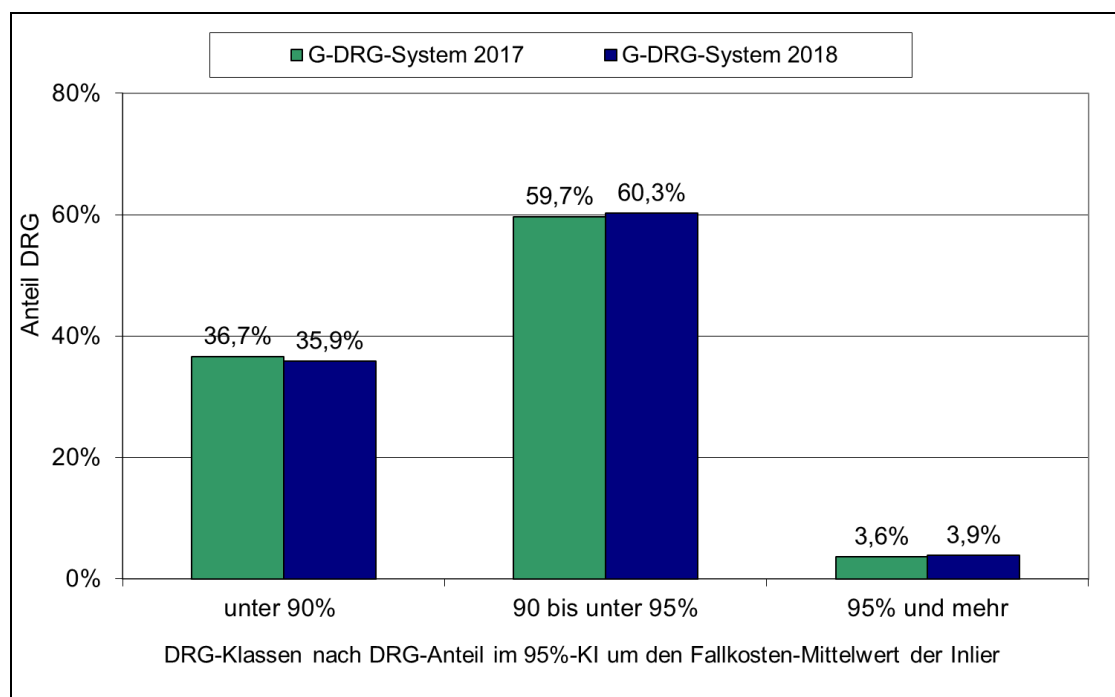


Abbildung 50: Vergleich der DRG-Klassen im 95%-Konfidenzintervall um den Fallkosten-Mittelwert der Inlier für die G-DRG-Systeme 2017 und 2018 bezüglich Fallanteil, Basis: Datenjahr 2016

Beim Vergleich des G-DRG-Systems 2018 mit dem G-DRG-System 2017 ist eine leichte Verschiebung des DRG-Anteils von der Klasse „unter 90%“ hin zur Klasse „90 bis unter 95%“ festzustellen.

Diese Resultate unterstreichen insgesamt die Kostenhomogenität des G-DRG-Systems 2018.

3.4.4 Analyse der Verweildauer

3.4.4.1 Verweildauervergleich der Datenjahre 2014, 2015 und 2016

Vor der Analyse auf Repräsentativität der Verweildauer wurde die Verweildauer in den Daten gem. § 21 KHEntgG untersucht. Als Analysebasis dienen die aus den drei Datenjahren 2014, 2015 und 2016 jeweils gemäß G-DRG-Version 2016 gruppierten Fälle in Hauptabteilungen ohne Fälle in nicht bewerteten DRGs (Anlage 3a). Der Analyse lagen rund 17,8 bzw. 18,0 bzw. 18,3 Mio. Fälle zugrunde.

Im Durchschnitt ergab sich in den Daten gem. § 21 KHEntgG ein Verweildauerrückgang von 1,7% vom Datenjahr 2014 zum Datenjahr 2015 sowie ein Rückgang von 1,4% vom Datenjahr 2015 zum Datenjahr 2016 (siehe Tab. 33).

Daten gem. § 21 KHEntgG Hauptabteilung	Verweildauer-Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)
Datenjahr 2014	6,33		
Datenjahr 2015	6,22	- 0,11	- 1,7
Datenjahr 2016	6,13	- 0,09	- 1,4

Tabelle 33: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gem. § 21 KHEntgG, Basis: Datenjahre 2014 bis 2016, Hauptabteilungen, gruppiert nach G-DRG-Version 2016

Betrachtet man nur die Datenjahre 2015 und 2016, ergibt sich bei den 20 häufigsten DRGs, die 26,8% der Fälle in den Daten gem. § 21 KHEntgG des Jahres 2016 repräsentieren, ein Rückgang des Verweildauer-Mittelwerts von 0,14 Tagen bzw. 3,1%.

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 34 dargestellt.

Nach dieser DRG-Filterung ist ein Verweildauerrückgang vom Datenjahr 2015 zum Datenjahr 2016 von 3,2% für Fälle in Hauptabteilungen bzw. 2,9% 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 2014	5,42			3,95		
Datenjahr 2015	5,26	- 0,16	- 3,0	3,85	- 0,10	- 2,5
Datenjahr 2016	5,09	- 0,17	- 3,2	3,74	- 0,11	- 2,9

Tabelle 34: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gem. § 21 KHEntgG, Basis: Datenjahre 2014 bis 2016, DRGs mit Fallzahl > 20 in Haupt- und Belegabteilung

Im Vergleich zur Gesamtbetrachtung (siehe Tab. 33) beträgt der Mittelwert der Verweildauer für das aktuell vorliegende Datenjahr 2016 für Fälle in Hauptabteilungen nun statt 6,13 nur noch 5,09 Tage. Der Verweildauerrückgang zeigt sich mit 3,2% im Vergleich zu 1,4% 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. 51) veranschaulicht werden.

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

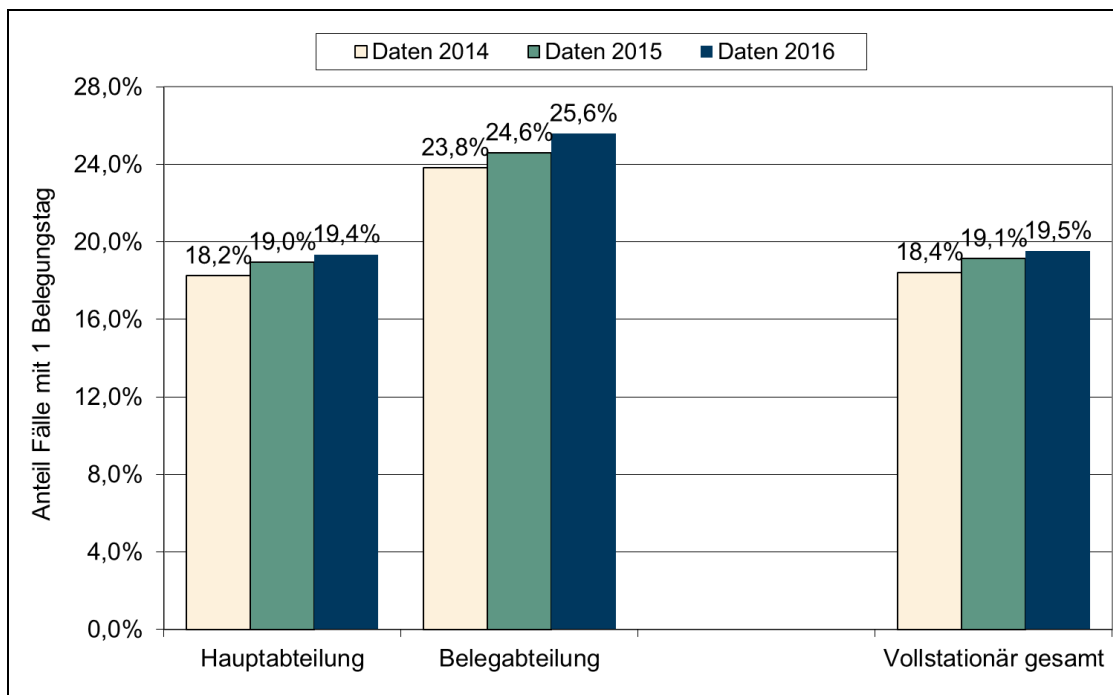


Abbildung 51: Entwicklung des Anteils der vollstationären Fälle mit einem Belegungstag an allen vollstationären Fällen, Basis: Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahre 2014 bis 2016

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 2018 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 22,3 Mio. Datensätze gem. § 21 KHEntgG wurden 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:

- 24 Ein-Belegungstag-DRGs
- 56 DRGs mit weniger als 30 Fällen
- 5 rein teilstationäre DRGs

Diese Einschränkungen schlossen insgesamt 80 DRGs aus der Analyse aus. Der Analyse lagen somit 1.212 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. 52): Für 982 der 1.212 analysierten DRGs (81%) ist diese geringer als +/- 0,5 Tage, 1.143 DRGs (94%) unterscheiden sich um höchstens +/- 1 Tag und für 1.188 DRGs (98%) beträgt diese gerundet höchstens +/- 2 Tage.

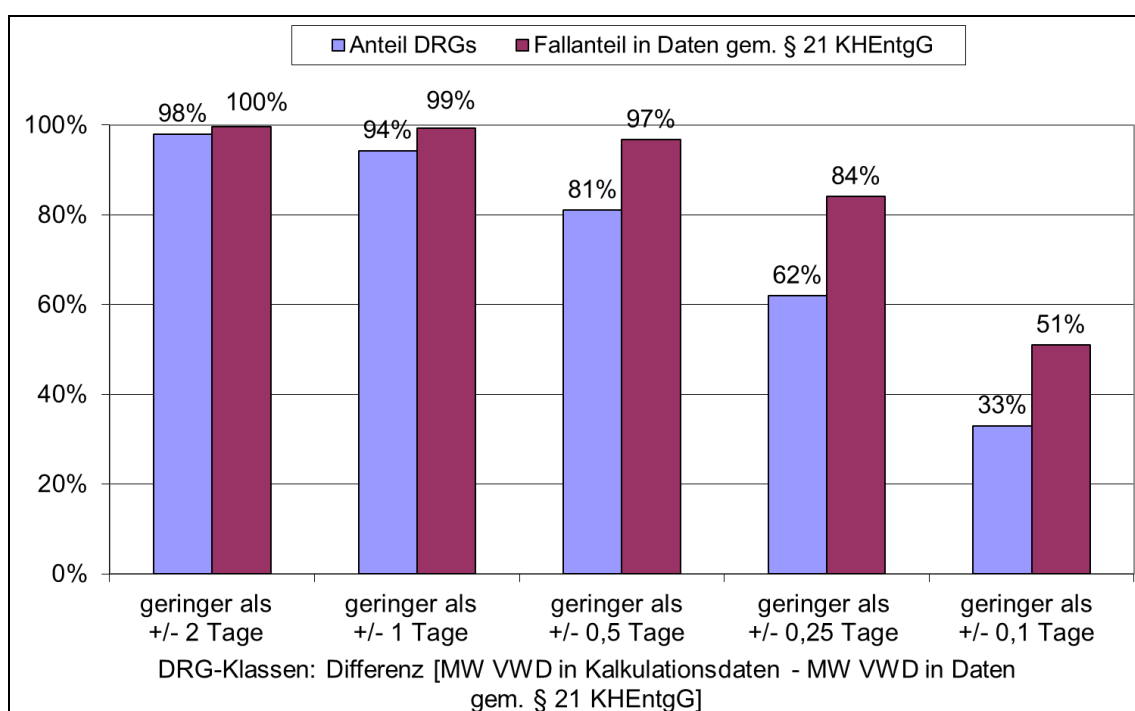


Abbildung 52: Häufigkeitsverteilung Differenzen der Verweildauer-Mittelwerte (Daten der Kalkulationskrankenhäuser – Daten gem. § 21 KHEntgG), getrennt nach DRG- und Fallanteil, Basis: Inlier, Datenjahr 2016

Im Hinblick auf die Fallanteile in den Daten gem. § 21 KHEntgG wird in der Analyse deutlich, dass 84% 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 97% 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 53 dargestellte empirische Häufigkeitsverteilung der Homogenitätsklassen. Die Häufigkeitsverteilungen der Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und der Daten gem. § 21 KHEntgG unterscheiden sich nur geringfügig.

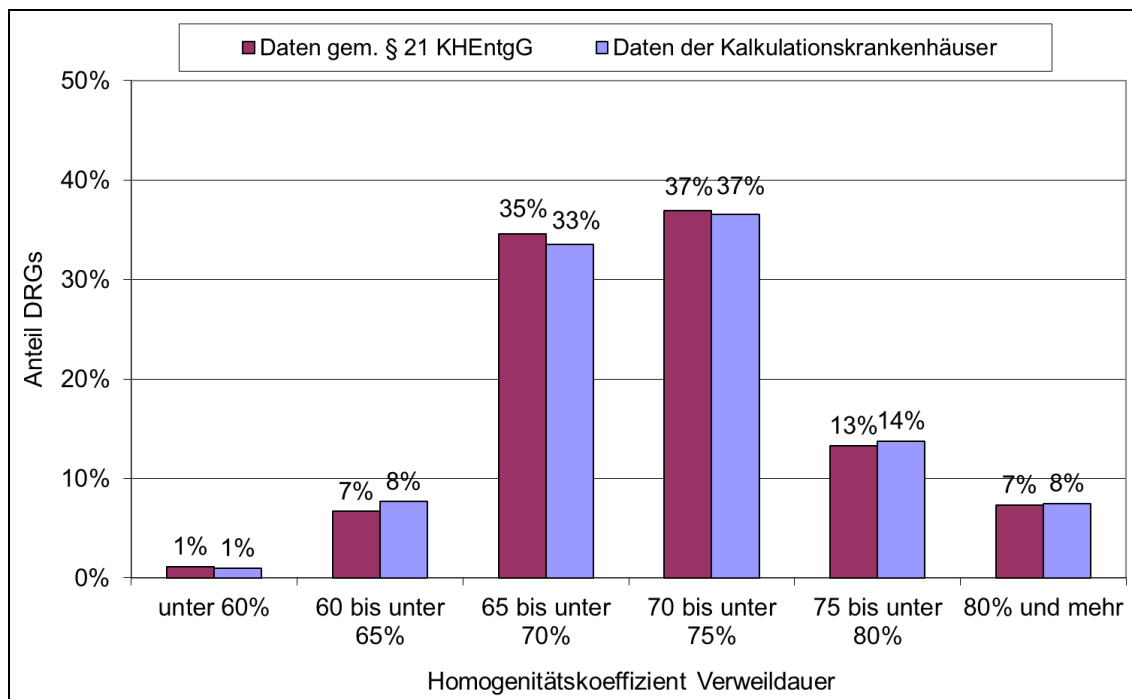


Abbildung 53: Häufigkeitsverteilung der Verweildauer-Homogenitätskoeffizientenklassen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 KHEntgG, Basis: Inlier, Datenjahr 2016

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

Für 1.194 von 1.212 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 1.110 DRGs (92% von 1.212 DRGs) vor.

Man kann also insgesamt betrachtet eine hohe Übereinstimmung der Homogenitätskoeffizienten der Verweildauern feststellen.

Fazit

1. Die Analyse der Verweildauer, die hilfsweise als Parameter für die Repräsentativitätsprüfung der Kostenhomogenität herangezogen wurde, ergab für den überwiegenden Teil der analysierten 1.212 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 2018 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. Dies betrifft insbesondere die für das Datenjahr 2016 neu differenzierten Kostenstellengruppen 11 bis 13. Auf Basis der Erkenntnisse des Datenjahres 2016 können die bestehenden Prüfungen inhaltlich weiterentwickelt und die Zielgenauigkeit der Prüfungen geschärft werden. Mit dem Datenjahr 2017 wird über die Datenbereitstellung durch die zur verpflichtenden Teilnahme ausgelosten Krankenhäuser ein weiterer Schritt zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation ermöglicht.

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. Dafür gibt das InEK regelmäßig zu Beginn des Kalkulationsjahres Anpassungen und Ergänzungen zur Kalkulationsmethodik heraus.

Die Schwellenwerte für die Abrechnungsfähigkeit der intrabudgetären Zusatzentgelte ZE2018-137, ZE2018-138 und ZE2018-139 für die Gabe von Blutgerinnungsfaktoren wurden auf Basis der Beratungen der Vertragsparteien auf Bundesebene für das G-DRG-System 2018 angepasst. Zur Stabilisierung der Kalkulation kommt der Übermittlung plausibler Angaben von allen betroffenen Krankenhäusern für die Gabe von Blutgerinnungsfaktoren im Datensatz gem. § 21 KHEntgG und insbesondere im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung durch die Kalkulationskrankenhäuser eine besondere Bedeutung zu.

Abbildung der Fallschwere

Mit dem G-DRG-System 2018 wurde die Abbildung der Pflege mit Hilfe des durch OPS-Kodes dokumentierbaren Pflegebedarfs von Patienten, wie in Kapitel 3.3.2.1 dargestellt, noch einmal deutlich verbessert. Die Analyse hinsichtlich der Rolle des dokumentierbaren Pflegebedarfs als Kostentrenner und damit seiner potentiellen Gruppierungsrelevanz wird in den kommenden Jahren auf erwartbar verbesserter Datenbasis fortgesetzt. Zusätzlich stehen im Datenjahr 2017 erneut die OPS-Kodes für Patienten, die im Sinne des § 14 SGB XI pflegebedürftig und gem. § 15 SGB XI einem Pflegegrad zugeordnet sind (OPS-Kode 9-984), für vertiefende Analysen hinsichtlich der Abbildung in den Zusatzentgelten ZE162 und ZE163 zur Verfügung. Mit der schrittweisen Verbesse-

rung der Repräsentativität der Kalkulation durch die Datenbereitstellung der zur verpflichtenden Teilnahme ausgelosten Krankenhäuser können ebenfalls Impulse zur verbesserten Abbildung bislang schwächer in der Kalkulationsstichprobe repräsentierter Leistungen gesetzt werden.

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 Tagelkosten 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:

337 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
801A	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter komplizierender Konstellation oder Strahlentherapie oder endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta oder intensivmediz. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
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 mit kombinierter Pankreastransplantation oder Alter < 6 Jahre
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation, ohne kombinierte Pankreastransplantation, 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
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 / 5520 / 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 / 5520 / 5520 Aufwandspunkte
A06C	Beatmung > 1799 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte
A07A	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und int. Komplexbeh. > 3920 / 3680 / 3680 P. oder mit hochkompl. oder dreizeitigem Eingr.
A07B	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 4900 / 4600 / 4600 Punkte, mit kompl. OR-Proz. und ECMO ab 384 Stunden od. mit Polytrauma od. Alter < 16 J. oder intensivmed. Komplexbeh. > - / 3220 / - Punkte
A07C	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 4900 / 4600 / 4600 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, ohne ECMO ab 384 Stunden, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2484 Punkte
A09A	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit IntK > 2352 / 1932 / 2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder kompl. OR-Proz. und Alter < 16 Jahre, mit IntK > 1764 / 1932 / - P. oder mit sehr kompl. Eingr. und IntK > - / 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. > 1764 / 1656 / 2208 P. oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre
A11A	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre
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 oder komplizierender Konstellation
A60B	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, Alter < 16 Jahre
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag
A61A	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, mit äußerst schweren CC oder bestimmter akuter Graft-versus-Host-Krankheit und mehr als ein Belegungstag
A61B	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte akute Graft-versus-Host-Krankheit oder ein Belegungstag, mit schweren CC oder Alter < 10 Jahre
A61C	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte akute Graft-versus-Host-Krankheit oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber-, Dünndarm- oder Nieren-Pankreas-Transplantation
A66Z	Evaluierungsaufenthalt vor anderer Organtransplantation
A69Z	Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste
B01A	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Alter < 18 Jahre
B01B	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Alter > 17 Jahre
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, mehr als 8 Bestrahlungen oder bei Neubildung des Nervensystems oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, Alter < 6 Jahre oder mit schwersten CC

DRG	DRG-Text
B02B	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation bei bestimmter Neubildung des Nervensystems oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, Alter > 5 Jahre, ohne schwerste CC
B02C	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, außer bei Neubildung, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmtem Eingriff, Alter < 18 Jahre oder mit best. komplizierenden Faktoren
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte komplizierende Faktoren
B03Z	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit intraoperativem Monitoring oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie oder nicht akuter Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
B16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 11 Bestrahlungen
B17C	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, Alter < 19 Jahre oder mit schweren CC, Alter > 15 Jahre
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 18 Jahre
B20B	Kraniotomie oder große WS-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 17 Jahre oder ohne best. komplexe Prozedur, mit intraop. neurophysiol. Monitoring oder komplexer Diagnose oder best. Gefäßinterventionen oder Bohrlochtrepanation mit äußerst schweren CC
B20C	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter < 3 Jahre oder interventioneller Eingriff oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff
B20D	Kraniotomie oder große WS-OP mit komplexer Prozedur oder ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigeminusneuralgie
B20E	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
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation

DRG	DRG-Text
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
B39A	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, mehr als 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
B45Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B66A	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder mit komplizierender Konstellation
B66C	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
B72A	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter < 16 Jahre
B76D	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit EEG oder bestimmter Diagnose, ohne komplexe Diagnose, ohne angeborene Fehlbildung, Alter < 1 Jahr
C01A	Komplexer Eingriff bei penetrierenden Augenverletzungen oder bestimmte Orbitotomie
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
C10B	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, Alter < 6 Jahre
C16Z	Aufwendige Eingriffe am Auge, Alter < 6 Jahre
C20A	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter < 16 Jahre oder beidseitige Eingriffe an Augen und Tränenwegen
D01B	Kochleaimplantation, unilateral

DRG	DRG-Text
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
D03A	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf, Alter < 1 Jahr
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, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
D20A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
D20B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung 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 Gesichtsephithesen
D33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
D35Z	Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen und Tonsillen bei bösartiger Neubildung
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, mit starrer Endoskopie
E08A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden

DRG	DRG-Text
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 10 Bestrahlungen
E08D	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, 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
E64B	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre
E75A	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierender Konstellation oder bestimmter Zweifacheingriff
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Dreifacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder pulmonaler Endarteriektomie oder bestimmter komplizierender Konstellation
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompl. Konst., Alter > 0 Jahre, ohne Eingr. in tiefer Hypothermie, ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, ohne pulm. Endarteriektomie, mit Zweifacheingriff oder bei angeb. Herzfehler, mit kompl. 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.

DRG	DRG-Text
F05Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder intraoperativer Ablation, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bestimmte Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie
F06A	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder intensivmedizinischer 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 komplizierende Konstellation, ohne IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, ohne Karotiseingriff, mit invasiv. kardiolog. Diagnostik oder mit intraoperativer Ablation oder schwersten CC
F06E	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, ohne Karotiseingriff, ohne invasiv. kardiolog. Diagnostik, ohne intraoperative Ablation, ohne schwerste CC
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Konstellation oder komplexer Operation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte
F07B	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, mit Reoperation an Herz oder Perikard oder bestimmter komplizierender Konstellation, ohne komplexe Operation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte
F07C	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, ohne Reoperation an Herz oder Perikard, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Operation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte
F09A	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, Alter < 16 Jahre, mit komplizierender Konstellation oder Exzision am Vorhof
F12C	Implantation eines Herzschrittmachers, Alter < 16 Jahre
F18A	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder mit aufwendiger Sondenentfernung
F19B	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC oder Radiofrequenzablation über A. renalis, Alter < 18 Jahre

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. und Störungen des Kreislaufsystems mit kompliz. Faktoren, > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. mit best. OR-Proz. oder > - / - / 552 P. mit best. Aortenstent oder minimalinv. Eingr. an mehreren 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
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 15 Jahre
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre
F75C	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre und Alter < 18 Jahre
G01Z	Eviszeration des kleinen Beckens
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff
G21A	Komplexe Adhäsioolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm und Enterostoma, Alter < 16 Jahre
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, ohne äußerst schwere CC
G29A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 9 Bestrahlungen
G29B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 9 Bestrahlungen
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
G70A	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
G72A	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter < 3 Jahre
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, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
H16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen

DRG	DRG-Text
H16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 828 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 und < 981 / 829 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
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
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, mit akuter Pankreatitis oder Leberzirrhose oder bestimmter nichtinfektiöser Hepatitis, Alter < 16 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
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
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula, Alter < 16 Jahre
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelettsystem und Bindegewebe 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 bei BNB mit schweren CC, mit bestimmter Diagnose und komplexem Eingriff
I32A	Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Eingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwendigem rekonstruktivem Eingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochentx. bei Pseudarthrose der Hand

DRG	DRG-Text
I32B	Eingr. an Handgel. und Hand ohne mehrz. Eingr., oh. Komplexb. Hand, ohne aufw. rekonstr. Eingr., mit kompl. Eingr. od. b. angeb. Anomalie d. Hand od. Pseudarthr., Alter < 6 J. od. kompl. Eingr. b. angeb. Fehlb. d. Hand u. Alter < 16 J.
I32E	Mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter < 6 Jahre
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, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
I54B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 9 Bestrahlungen
I64A	Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre
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
I66G	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne Amyloidose, ohne Arthropathie, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbeh. > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, ohne kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung
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, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
J18A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 10 Bestrahlungen
J18B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 10 Bestrahlungen
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma

DRG	DRG-Text
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, ohne 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
K60B	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre und multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K64A	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K64B	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
L03Z	Bestimmte Nieren-, Ureter-, Prostata- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder bestimmter Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm

DRG	DRG-Text
L04A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff oder bestimmte Harnblaseneingriffe, Alter < 16 Jahre
L08A	Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter < 6 Jahre
L12A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
L12B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 9 Tagen
L17A	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter < 16 Jahre
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
L69A	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder hämolytisch-urämisches Syndrom
M03A	Bestimmte Eingriffe am Penis, Alter < 6 Jahre
M03B	Mäßig komplexe Eingriffe am Penis, Alter < 18 Jahre
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
M10B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 8 Tagen 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 oder Verschluss einer vesikovaginalen Fistel mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraleingriff
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
N16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen

DRG	DRG-Text
N16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen oder Brachytherapie
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N38Z	Komplizierende Konstellation mit best. op. Eingriff bei Krankheiten u. Störungen der weibl. Geschlechtsorg. od. Beckenevisz. bei der Frau u. radikale Vulvektomie od. best. Lymphadenekt. mit auß. schw. CC, mit kompl. Eingriff od. kompliz. Konstellation
O01A	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen (SSW) oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Mehrlingschwangerschaft oder mit IntK > 196 / 184 / 184 Punkte
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
O01C	Sectio caesarea mit mehreren kompliz. Diag., Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 SSW, oh. best. kompliz. Faktoren od. mit kompliz. Diag., bis 25 SSW od. mit Tamponade einer Blutung od. Thromboembolie in Gestationsperiode m. OR-Proz., oh. auß. schw. CC
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Konstellation
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 480 Stunden
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 143 und < 481 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborener Zwerchfellhernie, Beatmung > 143 Stunden oder Eingriff bei univentrikulärem Herzen
P02C	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Eingriff bei univentrikulärem Herzen oder bestimmte Eingriffe bei angeborener Zwerchfellhernie, ohne Beatmung > 143 Stunden
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

DRG	DRG-Text
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, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne 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
P05C	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P06A	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren oder Dialyse
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, ohne Dialyse
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
P61A	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61B	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur

DRG	DRG-Text
P61C	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61D	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61E	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P62A	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur
P62B	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62C	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62D	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P63Z	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden
P64Z	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden
P65A	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen
P65B	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem
P65C	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem
P66A	Neugeborenes ohne sig. OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 95 Std., Aufn.-gew. 2000 - 2499 g mit meh. schw. Probl. oder Krampfanfall mit best. diag. Maßnahmen oder Beatmung > 48 Std. oder Aufn.-gew. > 2499 g mit meh. schw. Probl., mit Hypothermiebehandlung
P66B	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem, ohne Krampfanfall mit best. diag. Maßnahmen, ohne Beatmung > 48 Stunden
P66C	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem
P67A	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit Hypothermiebehandlung oder Krampfanfall mit bestimmten diagnostischen Maßnahmen oder Beatmung > 48 Stunden

DRG	DRG-Text
P67B	Neugeborenes, Aufnah.-gew. > 2499 g oh. sig. OR-Proz., mit schw. Prob., oh. Hypothermiebeh., oh. Krampfanfall mit best. diag. Maßnah., oh. Beatmung > 48 Std. od. mit anderem Prob., mehr als ein Belegungstag od. mit nicht sig. OR-Proz., neugeb. Mehrling
Q02B	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter < 6 Jahre
Q03A	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter < 10 Jahre
Q60A	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, mit Milzverletzung oder Granulozytenstörung, Alter < 16 Jahre
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
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
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Bestrahlungen an mindestens 7 Tagen

DRG	DRG-Text
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC, Bestrahlungen an weniger als 7 Tagen
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R13A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation
R13B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation
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, Alter > 17 Jahre
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
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

DRG	DRG-Text
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 mit Agranuloz. od. Portimplant. od. Komplexbeh. MRE od. kompl. Diag. b. Leuk., Alt. > 15 J., mit intens. Chemoth. od. mit äuß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, oh. kompl. Diag. b. Leuk., oh. schwerste CC
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplant. oder Komplexbehandlung MRE oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, oh. intensive Chemoth.
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie, oh. Sepsis, oh. kompliz. Konstell., oh. bestimmte kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, mit kompl. Diagnose od. Knochenaffektionen od. Knochenmarkbiopsie, Alter < 16 J. od. best. Lymphom mit best. Chemotherapie
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie, oh. Sepsis, oh. kompliz. Konstell., oh. bestimmte kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, mit kompl. Diagnose od. Knochenaffektionen od. Knochenmarkbiopsie, Alter > 15 Jahre, oh. best. Lymphom od. oh. best. Chemotherapie
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 oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter > 17 Jahre
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
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

DRG	DRG-Text
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
R66Z	Akute myeloische Leukämie oder andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter < 18 Jahre
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag
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 bestimmter 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. Organ-Tx, oh. auß. schw. CC, oh. IntK > 392 / 368 / - Punkte od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z.n. Organ-Tx, m. kompl. Diag. od. auß. schw. CC, Alt. < 18 J. od. m. Para- / Tetrapl. od. kompliz. ERCP od. schwerste CC
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation
T64A	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit bestimmter komplexer Diagnose, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
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
Y02C	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 < 18 J.
Y03A	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC
Y62A	Andere Verbrennungen, Alter < 6 Jahre
Z03Z	Nierenspende (Lebendspende)

Tabelle A-2:

58 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 bestimmtem Eingriff an der Retina oder bei bösartiger Neubildung des Auges
C03C	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), ohne bestimmten Eingriff an der Retina, außer bei bösartiger Neubildung des Auges
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 oder bestimmte Eingriffe an der Linse
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 and. Eingriffe an Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre od. Alter > 15 Jahre, mit komplexer Prozedur od. komplexer Diagnose, ohne Resektion des Felsenbeins
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung, ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen
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

DRG	DRG-Text
D37B	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre, außer bei Gaumenspalte oder Spaltnase, ohne plastische Rekonstruktion der Nase mit Rippenknorpeltransplantation
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung
D61Z	Gleichgewichtsstörung, Hörverlust und Tinnitus
D62Z	Blutung aus Nase und Rachen oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre
G24C	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff
G26B	Anderer Eingriffe am Anus, Alter > 15 Jahre, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, ohne kleinen Eingriff am Rektum
I10D	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule außer bei best. Diszitis, Spinalkanalstenose, bestimmten Bandscheibenschäden, ohne Verschluss eines Bandscheibendefekts mit Implantat
I10E	Anderer mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule
I16B	Anderer Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität ohne bestimmten Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen, mit bestimmtem anderem Eingriff an Klavikula und Schultergelenk
I16C	Anderer Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität ohne bestimmten Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen, ohne bestimmten anderen Eingriff an Klavikula und Schultergelenk
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk
I20H	Eingriffe am Fuß ohne kompl. Eingr., Alter > 15 Jahre, ohne Arthrode-se am Großzehengrundgelenk, ohne Osteosynth. einer Mehrfragment-Fx, ohne bestimmte Knochen-Tx, ohne wenig kompl. Eingriff an mehr als einem Strahl, ohne Osteotomie, ohne Synovialektomie
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
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder best. Osteosynthesen an der Klavikula ohne kompliz. Diagnose, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen oder sonst. arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette mit bestimmten Eingriffen an der Schulter
I29C	Sonstige arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette ohne bestimmte Eingriffe an der Schulter
I30C	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk

DRG	DRG-Text
I43B	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, ohne äußerst schwere CC
I44C	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Wechsel oder Entfernung von Endoprothesen oder Prothesenkomponenten
I44D	Andere Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk oder Einbringen einer Entlastungsfeder am Kniegelenk
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne komplexe Diagnose an Becken/Oberschenkel, ohne bestimmten endoprothetischen Eingriff, ohne gelenkplastischen Eingriff am Hüftgelenk
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur
J09B	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre
L20B	Transurethrale Eingr. auß. Prostatares. und kompl. Ureterorenoskop. ohne ESWL, mit kompl. Eingriff od. andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie od. mit ESWL bei Harnsteinen, oh. äußerst schwere CC oder Alter < 16 J. oder Alter > 89 J.
L20C	Transurethrale Eingr. außer Prostatares. und kompl. Ureterorenoskop. ohne ESWL, ohne kompl. Eingriff, od. andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie oder mit ESWL bei Harnsteinen, ohne auß. schw. CC, Alter > 15 J. und Alter < 90 J.
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne best. hochaufw. Beh., ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, ohne best. aufw. Beh., ohne bestimmte schwere Infektionen, ohne best. mäßig aufw. Beh., Alter > 5 und < 90 Jahre
L64B	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, außer bei angeborener Fehlbildung, Alter > 2 Jahre
L64D	Andere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
M02B	Transurethrale Prostataresektion oder bestimmte andere Operationen an der Prostata ohne äußerst schwere CC
M04D	Eingriffe am Hoden auß. bei Fournier-Gangrän, ohne auß. schw. CC, ohne bestimmte Eingriffe an der Prostata, ohne bestimmten Eingriff am Hoden, auß. bei Orchitis mit Abszess, auß. bei bösartiger Neubildung, ohne mäßig kompl. Eingriff oder Alter > 2 Jahre
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen

DRG	DRG-Text
N07Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus oder kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
N14Z	Hysterekt. auß. b. BNB m. Beckenbodenpl. od. Brachyth. b. Krankh./Stör. weibl. Geschl.Org., > 1 BT, m. auß. schw. CC/selekt. Gefäßembol. od. Ovariekt./kompl. Eingriffe an den Tubae uterinae auß. bei BNB, ohne auß. schwere od. schwere CC, Alter < 16 Jahre
N21A	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder komplexe Myomenukleation, mit aufwendigem Eingriff
O01E	Sekundäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose
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
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
P67C	Neugeborenes, Aufnah.-gew. > 2499 g oh. sig. OR-Proz., oh. Beatmung > 95 Std., ohne schw. Prob., oh. Hypothermiebeh., oh. Krampfanfall mit best. diag. Maßnah., mit anderem Prob., mehr als ein Belegungstag oder mit nicht sig. OR-Proz., neugeb. Einling
P67E	Neugeborener Einling, Aufnahme-gewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Prozedur ohne bestimmte Diagnosen beim Neugeborenen

Tabelle A-3:

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 die Kategorie „Auf- und Abwertung je nach Basis-DRG“ kurz als „Auf- und Abwertung“ bezeichnet und die Kategorie „global aus der CCL-Matrix gestrichen“ mit „Streichung“ abgekürzt. Die ausführlichen Kategorien der einzelnen Diagnosen sind in der veröffentlichten „Übersicht CCL-Matrix-Änderungen“ auf der Internetseite des InEK (www.g-drg.de) zu finden.

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
A02.1	Salmonellensepsis	Abwertung
A04.70	Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen	Auf- und Abwertung
A04.71	Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, mit sonstigen Organkomplikationen	Aufwertung
A04.72	Enterokolitis durch Clostridium difficile mit Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen	Aufwertung
A04.73	Enterokolitis durch Clostridium difficile mit Megakolon, mit sonstigen Organkomplikationen	Aufwertung
A04.79	Enterokolitis durch Clostridium difficile, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A04.9	Bakterielle Darminfektion, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A08.0	Enteritis durch Rotaviren	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
A15.3	Lungentuberkulose, durch sonstige und nicht näher bezeichnete Untersuchungsverfahren gesichert	Abwertung
A16.2	Lungentuberkulose ohne Angabe einer bakteriologischen, molekularbiologischen oder histologischen Sicherung	Abwertung
A16.3	Tuberkulose der intrathorakalen Lymphknoten ohne Angabe einer bakteriologischen, molekularbiologischen oder histologischen Sicherung	Abwertung

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
A16.9	Nicht näher bezeichnete Tuberkulose der Atmungsorgane ohne Angabe einer bakteriologischen, molekularbiologischen oder histologischen Sicherung	Abwertung
A31.0	Infektion der Lunge durch sonstige Mykobakterien	Abwertung
A31.80	Disseminierte atypische Mykobakteriose	Abwertung
A39.8	Sonstige Meningokokkeninfektionen	Abwertung
A40.0	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe A	Abwertung
A40.3	Sepsis durch Streptococcus pneumoniae	Abwertung
A40.8	Sonstige Sepsis durch Streptokokken	Abwertung
A40.9	Sepsis durch Streptokokken, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A41.1	Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken	Abwertung
A41.2	Sepsis durch nicht näher bezeichnete Staphylokokken	Aufwertung
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	Auf- und Abwertung
A48.1	Legionellose mit Pneumonie	Abwertung
A49.0	Staphylokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	Abwertung
A49.1	Streptokokken- und Enterokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	Abwertung
A49.2	Infektion durch Haemophilus influenzae nicht näher bezeichneter Lokalisation	Abwertung
B00.5	Augenkrankheit durch Herpesviren	Abwertung
B00.8	Sonstige Infektionsformen durch Herpesviren	Abwertung
B02.2	Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems	Abwertung
B02.8	Zoster mit sonstigen Komplikationen	Abwertung
B16.9	Akute Virushepatitis B ohne Delta-Virus und ohne Coma hepaticum	Abwertung

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
B17.2	Akute Virushepatitis E	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
B19.9	Nicht näher bezeichnete Virushepatitis ohne hepatisches Koma	Abwertung
B22	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	Abwertung
B24	Nicht näher bezeichnete HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	Abwertung
B25.9	Zytomegalie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
B37.0	Candida-Stomatitis	Abwertung
B37.88	Kandidose an sonstigen Lokalisationen	Abwertung
B44.1	Sonstige Aspergillose der Lunge	Abwertung
B44.9	Aspergillose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
B59	Pneumozystose	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, und Enterokokken 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

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
B95.6	Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.7	Sonstige Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
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
C15.1	Bösartige Neubildung: Thorakaler Ösophagus	Abwertung
C15.2	Bösartige Neubildung: Abdominaler Ösophagus	Abwertung
C15.4	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mittleres Drittel	Abwertung
C15.8	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung
C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia	Abwertung
C16.2	Bösartige Neubildung: Corpus ventriculi	Abwertung
C16.8	Bösartige Neubildung: Magen, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung
C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	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
C21.0	Bösartige Neubildung: Anus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C21.1	Bösartige Neubildung: Analkanal	Abwertung
C21.8	Bösartige Neubildung: Rektum, Anus und Analkanal, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung
C22.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom	Abwertung
C22.9	Bösartige Neubildung: Leber, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C24.0	Bösartige Neubildung: Extrahepatischer Gallengang	Abwertung

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
C24.1	Bösartige Neubildung: Ampulla hepatopancreatica [Ampulla Vateri]	Abwertung
C24.9	Bösartige Neubildung: Gallenwege, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C25.1	Bösartige Neubildung: Pankreaskörper	Abwertung
C25.3	Bösartige Neubildung: Ductus pancreaticus	Abwertung
C25.9	Bösartige Neubildung: Pankreas, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	Abwertung
C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung
C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C37	Bösartige Neubildung des Thymus	Abwertung
C38.1	Bösartige Neubildung: Vorderes Mediastinum	Abwertung
C38.4	Bösartige Neubildung: Pleura	Abwertung
C40.0	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Skapula und lange Knochen der oberen Extremität	Abwertung
C40.2	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität	Abwertung
C45.0	Mesotheliom der Pleura	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
C77.5	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrapelvine Lymphknoten	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
C78.3	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Atmungsorgane	Abwertung

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
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
C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	Abwertung
C79.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Nebenniere	Abwertung
C79.83	Sekundäre bösartige Neubildung des Perikards	Abwertung
C79.84	Sonstige sekundäre bösartige Neubildung des Herzens	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
C81.9	Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C83.0	Kleinzelliges B-Zell-Lymphom	Abwertung
C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	Abwertung
C85.1	B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C90.01	Multipl. Myelom: In kompletter Remission	Abwertung
C90.30	Solit. Plasmozytom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C90.31	Solit. Plasmozytom: In kompletter Remission	Abwertung
C91.40	Haarzellenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C91.41	Haarzellenleukämie: In kompletter Remission	Abwertung

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
C92.00	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
D46.2	Refraktäre Anämie mit Blastenüberschuss [RAEB]	Abwertung
D50.0	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)	Abwertung
D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	Abwertung
D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D52.9	Folsäure-Mangelanämie, nicht näher bezeichnet	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
D59.1	Sonstige autoimmunhämolytische Anämien	Abwertung
D59.9	Erworbene hämolytische Anämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D61.9	Aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D62	Akute Blutungsanämie	Abwertung
D63.0	Anämie bei Neubildungen	Abwertung
D68.22	Hereditärer Faktor-V-Mangel	Abwertung
D68.33	Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)	Abwertung
D68.34	Hämorrhagische Diathese durch Heparine	Abwertung
D68.35	Hämorrhagische Diathese durch sonstige Antikoagulanzen	Abwertung
D68.4	Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	Abwertung
D68.8	Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien	Abwertung
D68.9	Koagulopathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D69.0	Purpura anaphylactoides	Abwertung
D69.53	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II	Abwertung
D69.57	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, als transfusionsrefraktär bezeichnet	Abwertung
D69.59	Sekundäre Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D69.61	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet: Nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet	Abwertung

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
D69.80	Hämorrhagische Diathese durch Thrombozytenaggregationshemmer	Abwertung
D69.88	Sonstige näher bezeichnete hämorrhagische Diathesen	Abwertung
D69.9	Hämorrhagische Diathese, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D70.11	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 10 Tage bis unter 20 Tage	Aufwertung
D70.3	Sonstige Agranulozytose	Abwertung
D70.7	Neutropenie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D86.0	Sarkoidose der Lunge	Abwertung
D86.3	Sarkoidose der Haut	Abwertung
D86.8	Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen	Abwertung
D86.9	Sarkoidose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
E05.0	Hyperthyreose mit diffuser Struma	Abwertung
E05.2	Hyperthyreose mit toxischer mehrknotiger Struma	Abwertung
E05.4	Hyperthyreosis factitia	Abwertung
E10.40	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.50	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit peripheren vaskulären 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	Abwertung
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
E10.81	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
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
E11.20	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Nierenkomplika- tionen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.21	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Nierenkomplika- tionen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.30	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Augenkomplika- tionen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.31	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Augenkomplika- tionen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.40	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Kom- plikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.50	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit peripheren vaskulä- ren Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.51	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit peripheren vaskulä- ren Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.60	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher be- zeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist be- zeichnet	Abwertung
E11.61	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher be- zeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeich- net	Abwertung
E11.72	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplika- tionen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.73	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplika- tionen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplika- tionen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.75	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplika- tionen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.80	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit nicht näher bezeich- neten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeich- net	Abwertung
E11.81	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit nicht näher bezeich- neten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.20	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Nierenkomplikationen: 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
E13.74	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.90	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne 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
E14.73	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.74	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E27.3	Arzneimittelinduzierte Nebennierenrindeninsuffizienz	Abwertung
E27.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Nebennierenrindeninsuffizienz	Abwertung
E43	Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E44.0	Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E44.1	Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E46	Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E53.8	Mangel an sonstigen näher bezeichneten Vitaminen des Vitamin-B-Komplexes	Abwertung
E56.1	Vitamin-K-Mangel	Abwertung
E61.1	Eisenmangel	Abwertung

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
E64.0	Folgen der Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E64.8	Folgen sonstiger alimentärer Mangelzustände	Abwertung
E64.9	Folgen eines nicht näher bezeichneten alimentären Mangelzustandes	Abwertung
E66.02	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr	Abwertung
E66.12	Arzneimittelinduzierte Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr	Abwertung
E66.82	Sonstige Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr	Abwertung
E66.92	Adipositas, nicht näher bezeichnet: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr	Abwertung
E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	Abwertung
E87.5	Hyperkaliämie	Abwertung
E87.6	Hypokaliämie	Abwertung
E88.3	Tumorlyse-Syndrom	Abwertung
E89.1	Hypoinsulinämie nach medizinischen Maßnahmen	Abwertung
F00.0	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit frühem Beginn (Typ 2)	Abwertung
F00.1	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)	Abwertung
F00.2	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form	Abwertung
F00.9	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F01.0	Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn	Abwertung
F01.1	Multiinfarkt-Demenz	Abwertung
F01.2	Subkortikale vaskuläre Demenz	Abwertung
F01.3	Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz	Abwertung
F01.8	Sonstige vaskuläre Demenz	Abwertung
F01.9	Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F02.0	Demenz bei Pick-Krankheit	Abwertung
F02.1	Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	Abwertung
F02.2	Demenz bei Chorea Huntington	Abwertung
F02.3	Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom	Abwertung

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
F02.4	Demenz bei HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	Abwertung
F05.0	Delir ohne Demenz	Abwertung
F05.1	Delir bei Demenz	Abwertung
F05.8	Sonstige Formen des Delirs	Abwertung
F05.9	Delir, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F06.2	Organische wahnhafte [schizophreniforme] Störung	Abwertung
F06.3	Organische affektive Störungen	Abwertung
F07.0	Organische Persönlichkeitsstörung	Abwertung
F10.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch	Abwertung
F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	Abwertung
F10.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir	Abwertung
F10.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom	Abwertung
F10.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	Abwertung
F10.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen	Abwertung
F11.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Entzugssyndrom	Abwertung
F13.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Schädlicher Gebrauch	Abwertung
F13.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom	Abwertung
F13.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	Abwertung
F14.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokaïn: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	Abwertung
F14.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokaïn: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	Abwertung

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
F19.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	Abwertung
F19.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	Abwertung
F20.6	Schizophrenia simplex	Abwertung
F20.9	Schizophrenie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	Abwertung
F25.9	Schizoaffektive Störung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F29	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose	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
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
F50.9	Essstörung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G12.2	Motoneuron-Krankheit	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
G20.21	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	Abwertung

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
G20.90	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Ohne Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.91	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Mit Wirkungsfluktuation	Abwertung
G35.10	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	Abwertung
G35.20	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	Abwertung
G35.30	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	Abwertung
G35.9	Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	Abwertung
G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)	Abwertung
G41.2	Status epilepticus mit komplexfokalen Anfällen	Abwertung
G61.0	Guillain-Barré-Syndrom	Abwertung
G71.0	Muskeldystrophie	Abwertung
G71.3	Mitochondriale Myopathie, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
G71.9	Primäre Myopathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G72.2	Myopathie durch sonstige toxische Agenzien	Abwertung
G80.8	Sonstige infantile Zerebralparese	Abwertung
G80.9	Infantile Zerebralparese, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie	Abwertung
G81.1	Spastische Hemiparese und Hemiplegie	Abwertung
G81.9	Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.00	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese	Abwertung
G82.01	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese	Abwertung
G82.02	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung	Abwertung

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
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
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

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
G82.40	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese	Abwertung
G82.41	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese	Abwertung
G82.42	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.43	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.49	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.50	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese	Abwertung
G82.51	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese	Abwertung
G82.52	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.53	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.59	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
G83.8	Sonstige näher bezeichnete Lähmungssyndrome	Abwertung
G91.9	Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G92	Toxische Enzephalopathie	Abwertung
G93.1	Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
G96.0	Austritt von Liquor cerebrospinalis	Abwertung
G97.1	Sonstige Reaktion auf Spinal- und Lumbalpunktion	Abwertung
I05.0	Mitralklappenstenose	Abwertung
I05.2	Mitralklappenstenose mit Insuffizienz	Abwertung
I07.2	Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz	Abwertung
I08.0	Krankheiten der Mitralklappen- und Aortenklappen, kombiniert	Abwertung
I08.2	Krankheiten der Aorten- und Trikuspidalklappen, kombiniert	Abwertung

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
I08.3	Krankheiten der Mitral-, Aorten- und Trikuspidalklappe, kombiniert	Abwertung
I08.8	Sonstige Krankheiten mehrerer Herzklappen	Abwertung
I08.9	Krankheit mehrerer Herzklappen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I11.00	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung
I11.01	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung
I13.00	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung
I13.01	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung
I13.20	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung
I13.21	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung
I20.0	Instabile Angina pectoris	Abwertung
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	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
I24.0	Koronarthrombose ohne nachfolgenden Myokardinfarkt	Abwertung
I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	Abwertung
I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	Abwertung
I27.0	Primäre pulmonale Hypertonie	Abwertung
I30.8	Sonstige Formen der akuten Perikarditis	Abwertung
I31.2	Hämoperikard, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
I31.3	Perikarderguss (nichtentzündlich)	Abwertung
I34.1	Mitralklappenprolaps	Abwertung
I35.0	Aortenklappenstenose	Abwertung
I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	Abwertung
I36.1	Nicht-rheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz	Abwertung
I36.2	Nicht-rheumatische Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz	Abwertung
I36.8	Sonstige nicht-rheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten	Streichung
I37.1	Pulmonalklappeninsuffizienz	Abwertung
I42.0	Dilatative Kardiomyopathie	Abwertung
I42.2	Sonstige hypertrophische Kardiomyopathie	Abwertung
I42.88	Sonstige Kardiomyopathien	Abwertung
I42.9	Kardiomyopathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I43.1	Kardiomyopathie bei Stoffwechselkrankheiten	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
I46.0	Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung	Abwertung
I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	Abwertung
I48.4	Vorhofflattern, atypisch	Abwertung
I49.0	Kammerflattern und Kammerflimmern	Abwertung
I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	Abwertung
I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	Abwertung
I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	Abwertung
I51.0	Herzseptumdefekt, erworben	Abwertung
I60.8	Sonstige Subarachnoidalblutung	Abwertung
I60.9	Subarachnoidalblutung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I61.6	Intrazerebrale Blutung an mehreren Lokalisationen	Abwertung
I63.9	Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I65.1	Verschluss und Stenose der A. basilaris	Abwertung
I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	Abwertung

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
I65.3	Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien	Abwertung
I66.2	Verschluss und Stenose der A. cerebri posterior	Abwertung
I66.4	Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger zerebraler Arterien	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
I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	Abwertung
I71.01	Dissektion der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	Abwertung
I71.02	Dissektion der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	Abwertung
I71.1	Aneurysma der Aorta thoracica, rupturiert	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
I74.9	Embolie und Thrombose nicht näher bezeichneter Arterie	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
I81	Pfortaderthrombose	Abwertung

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
I82.9	Embolie und Thrombose nicht näher bezeichneter Vene	Abwertung
I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration	Streichung
I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	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
J11.1	Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, Viren nicht nachgewiesen	Abwertung
J15.5	Pneumonie durch Escherichia coli	Abwertung
J17.2	Pneumonie bei Mykosen	Abwertung
J17.3	Pneumonie bei parasitären Krankheiten	Abwertung
J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J18.2	Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	Abwertung
J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J20.2	Akute Bronchitis durch Streptokokken	Abwertung
J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J38.00	Lähmung der Stimmlippen und des Kehlkopfes: Nicht näher bezeichnet	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

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
J43.9	Emphysem, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J44.00	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes	Abwertung
J44.01	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 \geq 35 % und <50 % des Sollwertes	Abwertung
J44.02	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 \geq 50 % und <70 % des Sollwertes	Abwertung
J44.03	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 \geq 70 % des Sollwertes	Abwertung
J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	Abwertung
J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes	Abwertung
J44.11	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 35 % und <50 % des Sollwertes	Abwertung
J44.12	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 50 % und <70 % des Sollwertes	Abwertung
J44.13	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 70 % des Sollwertes	Abwertung
J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	Abwertung
J44.80	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 <35 % des Sollwertes	Abwertung
J44.81	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 \geq 35 % und <50 % des Sollwertes	Abwertung
J46	Status asthmaticus	Abwertung
J47	Bronchiektasen	Abwertung
J69.8	Pneumonie durch sonstige feste und flüssige Substanzen	Abwertung

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
J70.4	Arzneimittelinduzierte interstitielle Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J84.1	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose	Abwertung
J84.9	Interstitielle Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J86.9	Pyothorax ohne Fistel	Abwertung
J90	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
J91	Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
J93.8	Sonstiger Pneumothorax	Abwertung
J93.9	Pneumothorax, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J94.2	Hämatothorax	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
J95.5	Subglottische Stenose nach medizinischen Maßnahmen	Abwertung
J95.88	Sonstige Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen	Abwertung
J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	Abwertung
J96.01	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]	Abwertung
J96.09	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet	Abwertung
J96.10	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	Abwertung
J96.11	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]	Abwertung
J96.19	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet	Abwertung
J98.1	Lungenkollaps	Abwertung
J98.2	Interstitielles Emphysem	Abwertung
J98.50	Mediastinitis	Abwertung

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
J99.1	Krankheiten der Atemwege bei sonstigen diffusen Bindegewebskrankheiten	Abwertung
J99.8	Krankheiten der Atemwege bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
K22.6	Mallory-Weiss-Syndrom	Abwertung
K25.4	Ulcus ventriculi: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung	Abwertung
K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	Abwertung
K31.1	Hypertrophische Pylorusstenose beim Erwachsenen	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
K62.5	Hämorrhagie des Anus und des Rektums	Abwertung
K65.0	Akute Peritonitis	Abwertung
K65.9	Peritonitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	Abwertung
K71.0	Toxische Leberkrankheit mit Cholestase	Abwertung
K72.0	Akutes und subakutes Leberversagen	Abwertung
K72.1	Chronisches Leberversagen	Abwertung
K72.71	Hepatische Enzephalopathie Grad 1	Abwertung
K72.79	Hepatische Enzephalopathie, Grad nicht näher bezeichnet	Abwertung
K72.9	Leberversagen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	Abwertung
K75.8	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Leberkrankheiten	Abwertung
K76.7	Hepatorenales Syndrom	Abwertung
K77.8	Leberkrankheiten bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.21	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	Abwertung

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
K82.1	Hydrops der Gallenblase	Abwertung
K86.0	Alkoholinduzierte chronische Pankreatitis	Abwertung
K86.1	Sonstige chronische Pankreatitis	Abwertung
K86.2	Pankreaszyste	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
L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	Abwertung
L03.9	Phlegmone, nicht näher bezeichnet	Abwertung
L12.0	Bullöses Pemphigoid	Abwertung
L89.11	Dekubitus 2. Grades: Obere Extremität	Abwertung
L89.13	Dekubitus 2. Grades: Beckenkamm	Abwertung
L89.14	Dekubitus 2. Grades: Kreuzbein	Abwertung
L89.15	Dekubitus 2. Grades: Sitzbein	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
L89.21	Dekubitus 3. Grades: Obere Extremität	Abwertung
L89.24	Dekubitus 3. Grades: Kreuzbein	Abwertung
L89.25	Dekubitus 3. Grades: Sitzbein	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
L89.31	Dekubitus 4. Grades: Obere Extremität	Abwertung
L89.35	Dekubitus 4. Grades: Sitzbein	Abwertung
L89.36	Dekubitus 4. Grades: Trochanter	Abwertung
L89.38	Dekubitus 4. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	Abwertung

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
L89.39	Dekubitus 4. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
L99.13	Stadium 3 der akuten Haut-Graft-versus-host-Krankheit	Neuaufnahme
L99.14	Stadium 4 der akuten Haut-Graft-versus-host-Krankheit	Neuaufnahme
L99.23	Stadium 3 der chronischen Haut-Graft-versus-Host-Krankheit	Neuaufnahme
M00.07	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M00.09	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M00.96	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M00.97	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M00.99	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M05.00	Felty-Syndrom: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M05.01	Felty-Syndrom: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M05.02	Felty-Syndrom: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M05.03	Felty-Syndrom: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M05.04	Felty-Syndrom: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M05.05	Felty-Syndrom: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M05.06	Felty-Syndrom: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M05.07	Felty-Syndrom: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M05.08	Felty-Syndrom: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
M05.09	Felty-Syndrom: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M07.30	Sonstige psoriatische Arthritiden: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M07.39	Sonstige psoriatische Arthritiden: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M31.0	Hypersensitivitätsangiitis	Abwertung
M31.3	Wegener-Granulomatose	Abwertung
M31.9	Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
M32.8	Sonstige Formen des systemischen Lupus erythematoses	Abwertung
M32.9	Systemischer Lupus erythematoses, nicht näher bezeichnet	Abwertung
M49.54	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Thorakalbereich	Abwertung
M49.59	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M62.08	Muskeldiastase: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M62.40	Muskelkontraktur: Mehrere Lokalisationen	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]	Streichung
M62.53	Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Streichung
M62.54	Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Streichung
M62.55	Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
M62.56	Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Streichung
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
M86.06	Akute hämatogene Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M86.09	Akute hämatogene Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M86.10	Sonstige akute Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M86.11	Sonstige akute Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M86.12	Sonstige akute Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M86.13	Sonstige akute Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M86.14	Sonstige akute Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M86.15	Sonstige akute Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M86.16	Sonstige akute Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M86.17	Sonstige akute Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M86.18	Sonstige akute Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M86.19	Sonstige akute Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Streichung

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
M86.27	Subakute Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M86.29	Subakute Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M86.30	Chronische multifokale Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M86.31	Chronische multifokale Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M86.32	Chronische multifokale Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M86.33	Chronische multifokale Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M86.34	Chronische multifokale Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M86.35	Chronische multifokale Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M86.36	Chronische multifokale Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M86.37	Chronische multifokale Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M86.38	Chronische multifokale Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M86.39	Chronische multifokale Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M86.40	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M86.41	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M86.42	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M86.43	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M86.44	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
M86.45	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M86.46	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M86.47	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M86.48	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M86.49	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M86.50	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M86.51	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M86.52	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M86.53	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M86.54	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M86.55	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M86.56	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M86.57	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M86.58	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M86.59	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M90.71	Knochenfraktur bei Neubildungen: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
M90.75	Knochenfraktur bei Neubildungen: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M90.78	Knochenfraktur bei Neubildungen: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M90.79	Knochenfraktur bei Neubildungen: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M96.0	Pseudarthrose nach Fusion oder Arthrodese	Abwertung
M96.80	Elektiv offen belassenes Sternum nach thoraxchirurgischem Eingriff	Abwertung
M96.81	Instabiler Thorax nach thoraxchirurgischem Eingriff	Abwertung
M96.82	Verzögerte Knochenheilung nach Fusion oder Arthrodese	Abwertung
M96.88	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen	Abwertung
M96.9	Krankheit des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
N02.3	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis	Abwertung
N04.0	Nephrotisches Syndrom: Minimale glomeruläre Läsion	Abwertung
N04.7	Nephrotisches Syndrom: Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung	Abwertung
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
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
N13.6	Pyonephrose	Abwertung
N13.9	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
N15.10	Nierenabszess	Abwertung

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
N17.01	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 1	Abwertung
N17.09	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium nicht näher bezeichnet	Abwertung
N17.11	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 1	Abwertung
N17.19	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium nicht näher bezeichnet	Abwertung
N17.21	Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 1	Abwertung
N17.29	Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium nicht näher bezeichnet	Abwertung
N17.81	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 1	Abwertung
N17.82	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 2	Abwertung
N17.83	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 3	Abwertung
N17.89	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium nicht näher bezeichnet	Abwertung
N17.91	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 1	Abwertung
N17.92	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2	Abwertung
N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	Abwertung
N17.99	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 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
N18.80	Einseitige chronische Nierenfunktionsstörung	Abwertung
N20.1	Ureterstein	Abwertung
N31.2	Schlaffe neurogene Harnblase, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
N33.8	Krankheiten der Harnblase bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	Abwertung

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
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
O98.0	Tuberkulose, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert	Abwertung
P27.8	Sonstige chronische Atemwegskrankheiten mit Ursprung in der Perinatalperiode	Abwertung
Q02	Mikrozephalie	Abwertung
Q04.2	Holoprosenzephalie-Syndrom	Abwertung
Q20.1	Rechter Doppelausstromventrikel [Double outlet right ventricle]	Abwertung
Q20.3	Diskordante ventrikuloarterielle Verbindung	Abwertung
Q20.5	Diskordante atrioventrikuläre Verbindung	Abwertung
Q21.0	Ventrikelseptumdefekt	Abwertung
Q21.3	Fallot-Tetralogie	Abwertung
Q21.80	Fallot-Pentalogie	Abwertung
Q22.0	Pulmonalklappenatresie	Abwertung
Q22.4	Angeborene Trikuspidalklappenstenose	Abwertung
Q22.6	Hypoplastisches Rechtsherzsyndrom	Abwertung
Q22.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Trikuspidalklappe	Abwertung
Q23.2	Angeborene Mitralklappenstenose	Abwertung
Q23.3	Angeborene Mitralklappeninsuffizienz	Abwertung
Q23.4	Hypoplastisches Linksherzsyndrom	Abwertung
Q23.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Aorten- und Mitralklappe	Abwertung
Q24.3	Infundibuläre Pulmonalstenose	Abwertung
Q25.0	Offener Ductus arteriosus	Abwertung
Q25.1	Koarktation der Aorta	Abwertung
Q25.4	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Aorta	Neuaufnahme
Q25.6	Stenose der A. pulmonalis (angeboren)	Abwertung

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
Q25.7	Sonstige angeborene Fehlbildungen der A. pulmonalis	Abwertung
Q26.3	Partielle Fehleinmündung der Lungenvenen	Abwertung
Q39.6	Ösophagusdivertikel (angeboren)	Neuaufnahme
Q79.0	Angeborene Zwerchfellhernie	Abwertung
Q82.0	Hereditäres Lymphödem	Neuaufnahme
Q86.88	Sonstige angeborene Fehlbildungssyndrome durch bekannte äußere Ursachen	Abwertung
Q90.9	Down-Syndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
R04.2	Hämoptoe	Abwertung
R04.8	Blutung aus sonstigen Lokalisationen in den Atemwegen	Abwertung
R04.9	Blutung aus den Atemwegen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
R15	Stuhlinkontinenz	Abwertung
R18	Aszites	Abwertung
R19.80	Abdominales Kompartmentsyndrom	Neuaufnahme
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
R56.8	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

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
R65.1	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplifikationen	Abwertung
R65.2	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese ohne Organkomplifikationen	Abwertung
R65.3	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese mit Organkomplifikationen	Abwertung
R65.9	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS], nicht näher bezeichnet	Abwertung
S06.5	Traumatische subdurale Blutung	Abwertung
S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung	Abwertung
S06.70	Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma: Weniger als 30 Minuten	Abwertung
S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	Abwertung
S22.42	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von zwei Rippen	Abwertung
S27.0	Traumatischer Pneumothorax	Abwertung
S27.2	Traumatischer Hämato-pneumothorax	Abwertung
S27.83	Verletzung: Ösophagus, Pars thoracica	Abwertung
S32.05	Fraktur eines Lendenwirbels: L5	Abwertung
S32.4	Fraktur des Acetabulums	Abwertung
S32.5	Fraktur des Os pubis	Abwertung
S32.89	Fraktur: Sonstige und multiple Teile des Beckens	Abwertung
S35.4	Verletzung von Blutgefäßen der Niere	Abwertung
S35.5	Verletzung von Blutgefäßen der Iliakalregion	Abwertung
S37.00	Verletzung der Niere, nicht näher bezeichnet	Abwertung
S37.01	Prellung und Hämatom der Niere	Abwertung
S37.30	Verletzung der Harnröhre: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
S37.9	Verletzung eines nicht näher bezeichneten Harnorgans oder Beckenorgans	Abwertung
S42.22	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum chirurgicum	Abwertung
S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	Abwertung
S72.08	Schenkelhalsfraktur: Sonstige Teile	Abwertung
S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
S72.2	Subtrochantäre Fraktur	Abwertung
S75.0	Verletzung der A. femoralis	Abwertung
T79.2	Traumatisch bedingte sekundäre oder rezidivierende Blutung	Abwertung
T79.5	Traumatische Anurie	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
T81.6	Akute Reaktion auf eine während eines Eingriffes versehentlich zurückgebliebene Fremdschubstanz	Abwertung
T81.7	Gefäßkomplikationen nach einem Eingriff, 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
T83.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Harntrakt	Abwertung
T83.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Genitaltrakt	Abwertung
T84.1	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen	Abwertung

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
T84.2	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an sonstigen Knochen	Abwertung
T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	Abwertung
T84.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]	Abwertung
T84.9	Nicht näher bezeichnete Komplikation durch orthopädische Endoprothese, Implantat oder Transplantat	Abwertung
T85.4	Mechanische Komplikation durch Mammaprothese oder -implantat	Abwertung
T85.5	Mechanische Komplikation durch gastrointestinale Prothesen, Implantate oder Transplantate	Abwertung
T85.78	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	Abwertung
T85.88	Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T86.10	Akute Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates	Abwertung
T86.11	Chronische Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates	Abwertung
T86.19	Sonstige und nicht näher bezeichnete Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Nierentransplantates	Abwertung
T86.2	Versagen und Abstoßung eines Herztransplantates	Abwertung
T86.50	Durchblutungsstörung eines Hauttransplantates	Abwertung
T87.5	Nekrose des Amputationsstumpfes	Abwertung
T88.2	Schock durch Anästhesie	Abwertung
U50.50	Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 0-15 Punkte	Aufwertung
U50.51	Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung: Motorischer FIM: 13-30 Punkte	Aufwertung
U51.20	Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Erweiterter Barthel-Index: 0-15 Punkte	Auf- und Abwertung
U51.21	Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Kognitiver FIM: 5-10 Punkte	Aufwertung

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
U51.22	Schwere kognitive Funktionseinschränkung: MMSE: 0-16 Punkte	Aufwertung
U60.2	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit: Kategorie B	Abwertung
U60.3	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit: Kategorie C	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
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

ICD 2016	ICD-Text 2016	Kategorie
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
Z43.0	Versorgung eines Tracheostomas	Abwertung
Z93.0	Vorhandensein eines Tracheostomas	Abwertung
Z94.0	Zustand nach Nierentransplantation	Abwertung
Z94.4	Zustand nach Lebertransplantation	Abwertung
Z95.80	Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems	Abwertung

Tabelle A-4-1:

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

DRG	DRG-Text
863Z	Neonatale Diagnose ohne Bezug zu Alter oder Gewicht
961Z	Unzulässige Hauptdiagnose
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden
A04E	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom
A05B	Herztransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2646 / 2484 / - Aufwandspunkte
A06A	Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / 5520 Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff
A07E	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte oder Beatmung > 1799 Stunden
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
A11H	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne IntK > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne schwerste CC, mit äußerst schweren 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
A13G	Beatmung > 95 Stunden, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation, mit äußerst schweren CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Proz., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne kompliz. Diagnose od. Prozedur, mit auß. schw. CC
A13H	Beatmung > 95 Stunden mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation, ohne äußerst schwere CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Proz., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne kompliz. Diagnose oder Proz., ohne auß. schw. CC
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre oder ohne ABO-inkompatible Transplantation, ohne schwerste CC

DRG	DRG-Text
A42A	Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie oder mit schwersten CC, Alter > 15 Jahre
A42C	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC
A61A	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, mit äußerst schweren CC oder bestimmter akuter Graft-versus-Host-Krankheit und mehr als ein Belegungstag
A61B	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte akute Graft-versus-Host-Krankheit oder ein Belegungstag, mit schweren CC oder Alter < 10 Jahre
A61C	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte akute Graft-versus-Host-Krankheit oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre
A66Z	Evaluierungsaufenthalt vor anderer Organtransplantation
B01A	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Alter < 18 Jahre
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte komplizierende Faktoren
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 18 Jahre
B20B	Kraniotomie oder große WS-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 17 Jahre oder ohne best. komplexe Prozedur, mit intraop. neurophysiol. Monitoring oder komplexer Diagnose oder best. Gefäßinterventionen oder Bohrlochtrepanation mit äußerst schweren CC
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
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
B64Z	Delirium
B66C	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
B70G	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme

DRG	DRG-Text
B71B	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, mit schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie oder mit Komplexbehandlung der Hand oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC, bei Para- / Tetraplegie
B76D	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit EEG oder bestimmter Diagnose, ohne komplexe Diagnose, ohne angeborene Fehlbildung, Alter < 1 Jahr
B77Z	Kopfschmerzen
C02B	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita außer bei bösartiger Neubildung
C03A	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE) oder bei bösartiger Neubildung des Auges, mit best. Eingriff an der Retina oder Entfernung des Augapfels mit gleichzeitiger Einführung eines Implantates
C03C	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), ohne bestimmten Eingriff an der Retina, außer bei bösartiger Neubildung des Auges
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, Alter > 15 Jahre
C07B	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE)
C13Z	Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina
C16Z	Aufwendige Eingriffe am Auge, Alter < 6 Jahre
C65Z	Bösartige Neubildungen des Auges
D03B	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf, Alter > 0 Jahre
D13B	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals ohne komplizierende Diagnose
D15A	Tracheostomie mit äußerst schweren CC oder Implantation einer Kiefergelenkendoprothese
D16Z	Materialentfernung an Kiefer und Gesicht
D33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
D35Z	Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen und Tonsillen bei bösartiger Neubildung
D60C	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
E08A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden

DRG	DRG-Text
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
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
E63A	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie oder Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter < 16 Jahre oder bestimmte invasive kardiologische Diagnostik
E64B	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre
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
E77C	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne kompliz. Konst., ohne hochkomplexe Diagnose, ohne kompl. Diagn. bei Z.n. Organtransplantation, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 196 / - / - Aufwandsp., mit schwersten oder auß. schw. CC
E79C	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne bestimmte mäßig aufwendige Behandlung, Alter < 1 Jahr
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.
F09A	Andere kardiotorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, Alter < 16 Jahre, mit komplizierender Konstellation oder Exzision am Vorhof
F13C	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen ohne äußerst schwere CC
F28A	Amputation mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder mit Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC
F28C	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere oder schwere CC
F39B	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC

DRG	DRG-Text
F49A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, mit komplexem Eingriff oder Alter < 10 Jahre
F64Z	Hautulkus bei Kreislauferkrankungen
F67A	Hypertonie mit äußerst schweren CC oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung
F67C	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter < 18 Jahre
F68B	Angeborene Herzkrankheit, Alter > 5 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte
F75C	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre und Alter < 18 Jahre
F75D	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre
F98A	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre oder Implantation eines Wachstumsstents
G23A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolektomie außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung
G23C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolektomie außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 13 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G60A	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC oder bestimmte hochaufwendige Behandlung
G64B	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere CC
G70A	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
G70B	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
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

DRG	DRG-Text
H12C	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
H16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
H61A	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Pfortaderthrombose
H61B	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose, Alter < 17 Jahre
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, mit akuter Pankreatitis oder Leberzirrhose oder bestimmter nichtinfektiöser Hepatitis, Alter < 16 Jahre
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
I16B	Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität ohne bestimmten Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen, mit bestimmtem anderem Eingriff an Klavikula und Schultergelenk
I20G	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit Arthrodesse am Großzehengrundgelenk oder Osteosynth. einer Mehrfragment-Fx oder bestimmter Knochen-Tx oder wenig kompl. Eingriff an mehr als einem Strahl oder Osteotomie oder Synovialektomie
I20H	Eingriffe am Fuß ohne kompl. Eingr., Alter > 15 Jahre, ohne Arthrodesse am Großzehengrundgelenk, ohne Osteosynth. einer Mehrfragment-Fx, ohne bestimmte Knochen-Tx, ohne wenig kompl. Eingriff an mehr als einem Strahl, ohne Osteotomie, ohne Synovialektomie
I30A	Sehr komplexe Eingriffe am Kniegelenk
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
I45A	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, mehr als ein Segment
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente
I46B	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, mit periprothetischer Fraktur an der Hüfte oder am Knie

DRG	DRG-Text
I64C	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC
I65C	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter > 16 Jahre, ohne äußerst schwere CC
I66D	Andere Erkrankungen des Bindegewebes ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, mit kinder- und jugendrheumatologischer Komplexbehandlung 7 bis 13 Behandlungstage
I71B	Muskel- und Sehnenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur
I79Z	Fibromyalgie
J02A	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extr. bei Ulkus od. Infektion / Entzündung od. ausgedehnte Lymphad. od. Gewebetranspl. mit mikrovask. Anastomos., mit auß. schw. CC bei Para- / Tetraplegie od. mit kompl. Eingr.
J02B	Hauttranspl. od. Lappenpl. an d. unt. Extr. b. Ulkus/Infekt./Entz. od. ausged. Lymphad. od. Gewebetranspl. m. mikrovask. Anastomos., m. auß. schw. CC auß. b. Para- / Tetrapl., oh. kompl. Eingr. od. oh. auß. schw. CC, m. kompl. Eingr.
J10B	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Verschiebe- oder Rotationsplastik am Augenlid
J11A	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit bestimmtem Eingriff bei komplizierender Diagnose oder bei Para- / Tetraplegie oder selektive Embolisation bei Hämangiom
J12Z	Komplexe beidseitige plastische Rekonstruktion der Mamma
J14A	Plastische Rekonstruktion der Mamma bei BNB mit aufwend. Rekonstr. oder beidseit. Mastektomie bei BNB oder Strahlenther. mit operat. Proz. bei Krankh. und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mit beidseit. Prothesenimpl. oder Impl. eines Hautexpanders
J24A	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, mit Prothesenimplantation oder bestimmter Mamma-reduktionsplastik
J61B	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Diagnose
J68A	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder Alter < 10 Jahre
J68B	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, Alter > 9 Jahre
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre

DRG	DRG-Text
K06A	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus mit IntK > 392 / 368 / - Punkte oder bei BNB, mit äußerst schweren CC oder Parathyreoidektomie oder äußerst schwere oder schwere CC, mit Thyreoidektomie durch Sternotomie
K09B	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit bestimmtem Eingriff, mit äußerst schweren CC oder Alter < 7 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff, Alter < 16 Jahre
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen
K60B	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre und multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K63B	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K63C	Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
L02B	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse
L04A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff oder bestimmte Harnblaseneingriffe, Alter < 16 Jahre
L04B	Bestimmte komplexe Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff oder bestimmte Harnblaseneingriffe, Alter > 15 Jahre
L09B	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane mit Anlage eines Dialyseshunt bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse oder außer Anlage e. Dialyseshunts, m. Kalziphylaxie, Alter > 1 Jahr, ohne äußerst schwere CC
L12B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 9 Tagen
L13B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC, mit bestimmtem Eingriff
L16A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators
L40Z	Diagnostische Ureterorenoskopie
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
L64B	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, außer bei angeborener Fehlbildung, Alter > 2 Jahre
L68A	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 16 Jahre
L69A	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder hämolytisch-urämisches Syndrom
M02A	Transurethrale Prostataresektion oder bestimmte andere Operationen an der Prostata mit äußerst schweren CC
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
M60A	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane
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.
N05B	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation und kleine Eingriffe an Vagina und Vulva
N11A	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose mit äußerst schweren CC
N23Z	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukleation
N60A	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC
O01B	Sectio caesarea m. mehr. kompliz. Diag., Schwangerschaftsd. > 25 vollend. W. (SSW), oh. intraut. Ther., oh. kompliz. Konstell., oh. Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., m. od. oh. kompliz. Diag. m. best. Eingriff b. Sectio od. äuß. schw. CC
O03Z	Eingriffe bei Extrauterin gravidität
O04A	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma mit komplexem Eingriff

DRG	DRG-Text
O04B	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma, ohne komplexen Eingriff
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 bestimmte Eingriffe bei angeborener Zwerchfellhernie, Beatmung > 143 Stunden oder Eingriff bei univentri- kulärem Herzen
P03C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR- Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne Beatmung > 120 Stun- den oder ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komple- xe OR-Prozeduren
P04A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR- Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Prob- lemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Stunden
P04B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR- Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Proble- me, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 240 Stunden
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur
P61D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR- Prozedur
P62A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 - 999 g mit signifikanter OR- Prozedur
P62C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR- Prozedur
P62D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P64Z	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden
P65C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem
P66C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem
P67D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, mit bestimmter Prozedur oder best. Diagnose beim Neugeborenen oder neugeborener Mehrling

DRG	DRG-Text
Q02C	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre
Q60B	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytenstörung, Alter < 1 Jahr
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
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
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC, Bestrahlungen an weniger als 7 Tagen
R13A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation
R60A	Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter > 17 Jahre
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
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
R63A	Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter > 17 Jahre

DRG	DRG-Text
R63C	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC
R63D	Andere akute Leukämie mit 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 auß. schw. CC
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
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
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, außer bei chronisch ischämischer Herzkrankheit, ohne äußerst schwere CC
T01E	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankh. oh. best. kompl. OR-Proz., oh. kompliz. Konstell., auß. bei Z.n. Organ-Tx, oh. best. Eingr. od. auß. bei best. Sepsis od. auß. schw. CC, oh. best. operativen Eingriff, oh. best. mäßig komplexen Eingriff
T60B	Sepsis mit kompliz. Konst. od. b. Z.n. Organ-Tx, oh. auß. schw. CC, oh. IntK > 392 / 368 / - Punkte od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z.n. Organ-Tx, m. kompl. Diag. od. auß. schw. CC, Alt. < 18 J. od. m. Para- / Tetrapl. od. kompliz. ERCP od. schwerste CC
T60F	Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme
T63B	Bestimmte virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation
T63C	Andere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation
T77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten
U60A	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
U60B	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
U61Z	Schizophrene, wahnhaft und akut psychotische Störungen
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen

DRG	DRG-Text
W04A	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren oder Beatmung > 24 Stunden, mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen
X05B	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff
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.
Y02D	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 > 17 J.

Tabelle A-4-2:

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

DRG	DRG-Text
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.
A07D	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1176 / 1656 / - und < 2353 / 1933 / 2485 Aufwandspunkte, mit komplexer Diagnose oder komplizierender 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
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.
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.
A13D	Beatmung > 95 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkompl. od. sehr kompl. Eingriff, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 1176 / 1104 / 1104 Punkte, ohne kompliz. Konst., ohne Eingr. bei angeb. Fehlbild. od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 828 / - P.
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

DRG	DRG-Text
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation
B04A	Interventionelle oder beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC
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
B18B	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems außer bei bösartiger Neubildung oder Revision eines Ventrikelhuntes oder operative Eingriffe bei nicht akuter Para- / Tetraplegie
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation
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
B68C	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose
B69C	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurol. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Std., ohne äuß. schw. CC oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls oder mit äuß. schw. CC
B69D	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne äußerst schwere CC
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
B76C	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit äuß. 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 angegeb. Fehlbildung
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung
B84Z	Vaskuläre Myelopathien

DRG	DRG-Text
B85C	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder zerebrale Lähmungen
B86Z	Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet und Krankheit des Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet
C01B	Andere Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen oder Amnionmembrantransplantation oder bestimmte Biopsie
C08A	Beidseitige extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE) oder extrakapsuläre Exzision der Linse bei angeborener Fehlbildung der Linse
C60Z	Akute und schwere Augeninfektionen
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D04Z	Bigonthe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien
D06A	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an Speicheldrüsen, Rachen, Alter < 6 Jahre oder Alter > 15 Jahre, mit komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose, mit Resektion des Felsenbeins
D13A	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals mit komplizierender Diagnose
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
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung
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 mit aufwendigem Eingriff oder schwersten CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte oder Alter < 10 Jahre

DRG	DRG-Text
E03Z	Brachytherapie oder Therapie mit offenen Nukliden bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, mehr als 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
E05B	Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Eingriffe zur Entfernung von intrakraniellm Gewebe, ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung oder Alter < 18 Jahre
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC
E66A	Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose
E66B	Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose
E76C	Tuberkulose bis 14 Belegungstage ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Pneumothorax
E77E	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane, Alter > 9 Jahre
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.
F08D	Rekonstruktive Gefäßeingr. ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabdominales Aneurysma ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr. mit Mehretagen- od. Aorteneingr. od. Reop. od. best. Byp., ohne äuß. schw. CC, ohne best. Aorteneingr.
F09B	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne Exzision am Vorhof, mit äußerst schweren CC
F09C	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne Exzision am Vorhof, ohne äußerst schwere CC
F12E	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne kompl. Eingr., Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC oder isolierter offen chirurgischer Sondenimplantation oder aufwendiger Sondenentfernung
F12G	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne isolierte offen chirurgische Sondenimplantation, ohne aufwendige Sondenentfernung
F12I	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders

DRG	DRG-Text
F13B	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC, ohne mehrzeitige Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe
F19D	Radiofrequenzablation über A. renalis, Alter > 17 Jahre
F24A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit Angioplastie, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC
F30Z	Operation bei komplexem angeborenem Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern
F43C	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 15 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte OR-Prozedur
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, ohne komplexen Eingriff, Alter > 9 Jahre
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC oder ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose
F59B	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit aufwendigem Eingriff oder Mehrfacheingriff oder bestimmter Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag
F60A	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC
F62B	Herzinsuffizienz und Schock mit äuß. schw. CC, mit Dialyse oder kompliz. Diag. oder mit best. hochaufw. Beh. oder ohne kompliz. Konstellation, ohne best. hochaufw. Beh., mehr als 1 Belegungstag bei best. akuten Nierenversagen mit äuß. schw. CC
F63A	Venenthrombose mit äußerst schweren CC
F66A	Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC
F72B	Angina pectoris ohne äußerst schwere CC
F77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte
G08A	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, mit äußerst schweren CC
G08B	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
G12A	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff
G16A	Komplexe Rektumresektion od. andere Rektumresektion mit best. Eingriff od. komplexer Diagnose od. mehrzeitige Enterostomaanlage und -rückverlagerung, mit kompliz. Konstell. od. plastischer Rekonstruktion mit myokutanem Lappen od. IntK > - / 368 / - P.
G22C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 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
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, mit äußerst schweren CC
G29B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 9 Bestrahlungen
H09B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC oder ohne äußerst schwere CC, mit bestimmtem Eingriff am Pankreas oder bei bösartiger Neubildung
H16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
H36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 828 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H41B	Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, ohne Zugang durch retrograde Endoskopie
H60Z	Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC
I06A	Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit hochkomplexem Korrektur-eingriff oder bestimmtem mehrzeitigen Eingriff oder mit Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit komplizierender Konstellation oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
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 der Wirbelsäule, ohne schwere entzündliche Erkrankung oder ohne bestimmten Eingriff an der Wirbelsäule
I08A	Andere Eingr. an Hüftgelenk 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.
I08G	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit mäßig komplexem Eingriff, ohne äußerst schwere CC oder ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmter Knochentransplantation oder Pseudarthrose oder Revision einer Endoprothese, mehr als ein Belegungstag
I09D	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten komplizierenden Faktoren, bei Frakturen der Halswirbelsäule oder sekundärer bösartiger Neubildung des Knochens oder mit anderen mehrzeitigen komplexen Eingriffen
I09F	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmter Osteosynthese
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
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula, Alter < 16 Jahre
I16A	Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität mit bestimmtem Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen
I18A	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff oder mit beidseitigem Eingriff am Kniegelenk
I20D	Eingriffe am Fuß ohne mehrere kompl. Eingriffe, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit Knochen-Tx oder schwerem Weichteilschaden oder bestimmtem Eingriff am Fuß oder Implantation einer Vorfuß- oder Zehenendoprothese
I20E	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, mit Eingriff an mehr als einem Strahl oder chronischer Polyarthritits oder Diabetes mellitus mit Komplikation oder bestimmter Osteotomie oder Gelenkoperation am Fuß
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

DRG	DRG-Text
I23A	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule mit komplizierendem Eingriff am Knochen
I23B	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule ohne komplizierenden Eingriff am Knochen
I24Z	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere kleine Eingriffe an den Extremitäten
I27B	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen mit äußerst schweren CC oder bei BNB mit schweren CC oder Transplantation einer Zehe als Fingerersatz, ohne bestimmte Diagnose oder ohne komplexen Eingriff
I28C	Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe, ein Belegungstag oder andere Eingriffe am Bindegewebe, Alter > 9 Jahre
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. Fehlb. d. Hand und Alter < 16 J., mit best. Eingr. od. kompl. Diag.
I36Z	Beidseitige Implantation oder Wechsel einer Endoprothese an Hüft- und/oder Kniegelenk
I37Z	Resezierender Eingriff am Becken bei bösartiger Neubildung des Beckens oder Mehretageeingriffe an der unteren Extremität
I44C	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Wechsel oder Entfernung von Endoprothesen oder Prothesenkomponenten
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne komplexe Diagnose an Becken/Oberschenkel, ohne bestimmten endoprothetischen Eingriff, ohne gelenkplastischen Eingriff am Hüftgelenk
I59Z	Andere Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk oder mäßig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm oder bestimmte geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese
I66C	Frakturen an Becken und Schenkelhals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
I66H	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, ein Belegungstag
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag
I71A	Muskel- und Sehnerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, mit Zerebralparese oder Kontraktur

DRG	DRG-Text
I75A	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit CC
I78Z	Leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk
J08A	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit kompl. Diagnose oder mit Ingr. an Kopf u. Hals od. äußerst schw. CC, mit kompl. Proz. od. Ingr. an d. Haut der unt. Extremität b. Ulkus od. Infekt. / Entzünd. b. Para- / Tetrapl., mit äußerst schw. CC
J10A	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Verschiebe- oder Rotationsplastik am Augenlid
J16A	Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung
J24B	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, ohne Prothesenimplantation, ohne bestimmte Mammareduktionsplastik
J25Z	Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC
J65A	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma mit komplexer Diagnose
K09C	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit mäßig komplexem Eingriff, Alter > 15 Jahre
K09D	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen ohne mäßig komplexen Eingriff
K14Z	Andere Eingriffe an der Nebenniere oder ausgedehnte Lymphadenektomie
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Radiojodtherapie
K60C	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 17 Jahre oder ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder schwerste Ernährungsstörungen oder äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag
K77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen
L02A	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter < 10 Jahre oder Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung mit Multiviszeraleingriff oder Verschluss einer Blasenektropie
L02C	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre, ohne akute Niereninsuffizienz, ohne chronische Niereninsuffizienz mit Dialyse

DRG	DRG-Text
L04C	Andere Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, ohne bestimmte Harnblaseneingriffe, Alter > 15 Jahre
L06D	Andere kleine Eingriffe an der Harnblase, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmten Eingriff bei Harninkontinenz
L07Z	Andere Nieren-, Ureter-, Prostata- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder anderer Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm
L09A	Andere Eingriffe bei Erkr. der Harnorgane mit Anlage Dialyseshunt bei akuter Niereninsuff. od. bei chron. Niereninsuff. mit Dialyse od. auß. Anl. Dialyseshunt, m. Kalziphylaxie od. mit kompl. OR-Proz. od. kompl. Ingr., Alter < 2 J. od. auß. schw. CC
L13A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, mit CC
L17A	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter < 16 Jahre
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter > 15 Jahre
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L64D	Andere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
M38Z	Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, mit hoch- und mittelgradig komplexer Chemotherapie
M61Z	Benigne Prostatahyperplasie
M64Z	Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane und Sterilisation beim Mann
N01A	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie oder Verschluss einer vesikovaginalen Fistel mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraleingriff
N01C	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie oder Verschluss einer vesikovaginalen Fistel mit schweren CC
N01D	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie oder Verschluss einer vesikovaginalen Fistel ohne äußerst schwere oder schwere CC
N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff

DRG	DRG-Text
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
N09B	Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, kleine Eingriffe an Blase, Uterus, Bauchwand und Peritoneum
N21A	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder komplexe Myomenukleation, mit aufwendigem Eingriff
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
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
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Konstellation
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen
O61Z	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Prozedur, ohne bestimmten Eingriff an der Mamma
O63Z	Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie
P02C	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Eingriff bei univentrikulärem Herzen oder bestimmte Eingriffe bei angeborener Zwerchfellhernie, ohne Beatmung > 143 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
P66A	Neugeborenes ohne sig. OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 95 Std., Aufn.-gew. 2000 - 2499 g mit meh. schw. Probl. oder Krampfanfall mit best. diag. Maßnahmen oder Beatmung > 48 Std. oder Aufn.-gew. > 2499 g mit meh. schw. Probl., mit Hypothermiebehandlung
R01D	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, 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
R63B	Andere akute Leukämie mit Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC

DRG	DRG-Text
R66Z	Akute myeloische Leukämie oder andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter < 18 Jahre
V60B	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, ohne HIV-Krankheit
V61Z	Drogenintoxikation und -entzug
W02A	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen
W02B	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
W61A	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender Diagnose
W61B	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe, ohne komplizierende Diagnose
X64Z	Andere Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung
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
Z01B	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit bestimmtem Eingriff
Z01C	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten Eingriff
Z03Z	Nierenspende (Lebendspende)

Tabelle A-4-3:

661 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
801B	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit hochkomplexer OR-Prozedur oder mit komplizierender Konstellation
801C	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit komplexer OR-Prozedur oder anderem Eingriff an Kopf und Wirbelsäule oder mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder Alter < 1 Jahr oder bei Para- / Tetraplegie
801D	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter OR-Prozedur oder mit intensivmediz. Komplexbeh. > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte oder bestimmte nicht ausgedehnte OR-Prozedur mit neurolog. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
801E	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexe, komplexe oder bestimmte OR-Prozedur
802A	Bestimmte nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose oder andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte
802B	Andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit mäßig komplexer OR-Prozedur
802C	Andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne mäßig komplexe OR-Prozedur
802D	Wenig komplexe nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose
A01B	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 Stunden oder mit Transplantatabstoßung oder mit kombinierter Nierentransplantation oder mit kombinierter Pankreastransplantation oder Alter < 6 Jahre
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation, ohne kombinierte Pankreastransplantation, Alter > 5 Jahre
A03A	Lungentransplantation mit 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

DRG	DRG-Text
A07B	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 4900 / 4600 / 4600 Punkte, mit kompl. OR-Proz. und ECMO ab 384 Stunden od. mit Polytrauma od. Alter < 16 J. oder intensivmed. Komplexbeh. > - / 3220 / - Punkte
A07C	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 4900 / 4600 / 4600 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, ohne ECMO ab 384 Stunden, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2484 Punkte
A07F	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte, ohne Beatmung > 1799 Stunden
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. > 1764 / 1656 / 2208 P. oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre
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
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
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion
A36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 und < 981 / 1105 / 1657 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder komplizierende Konstellation bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / - / 552 und < - / - / 829 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit Entfernung eines Organtransplantates oder komplexer OR-Prozedur oder äußerst schweren CC oder komplizierender Konstellation
A60B	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, Alter < 16 Jahre
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber-, Dünndarm- oder Nieren-Pankreas-Transplantation
A69Z	Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste
B01B	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Alter > 17 Jahre
B02C	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, außer bei Neubildung, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmtem Eingriff, Alter < 18 Jahre oder mit best. komplizierenden Faktoren
B03Z	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit intraoperativem Monitoring oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie oder nicht akuter Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
B04C	Bestimmte interventionelle Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, ohne mehrzeitige Eingriffe, ohne beidseitige Eingriffe, ohne äußerst schwere CC
B04D	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, ohne mehrzeitige Eingriffe, ohne beidseitige Eingriffe, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte interventionelle Eingriffe
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, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
B16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 11 Bestrahlungen
B16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 11 Bestrahlungen
B17A	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplexer Diagnose oder Implantation eines Ereignis-Rekorders
B17B	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplexem Eingriff oder ohne komplexen Eingriff, Alter < 16 Jahre
B17C	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, Alter < 19 Jahre oder mit schweren CC, Alter > 15 Jahre
B17D	Eingr. an periph. Nerven, Hirnnerven und and. Teilen des Nervensyst. oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystr. od. Neurop., Alt. < 19 J. od. mit schw. CC, Alt. > 15 J., ohne mäßig kompl. Eingr. od. oh. schw. CC, Alt. > 18 J., mit mäßig kompl. Eingr.
B17E	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie od. Neuropathie, ohne kompl. Diagnose, ohne mäßig kompl. od. kompl. Eingr., ohne äuß. schw. oder schw. CC, Alter > 18 J.
B18C	Andere Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems außer bei bösartiger Neubildung
B19A	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators

DRG	DRG-Text
B19B	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines permanenten oder temporären Elektrodensystems
B20C	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter < 3 Jahre oder interventioneller Eingriff oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff
B20D	Kraniotomie oder große WS-OP mit komplexer Prozedur oder ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigeminusneuralgie
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigeminusneuralgie
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne 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. Eingr., ohne kompliz. Konst., ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Punkte
B39C	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit best. OR-Prozedur, bis 72 Std., ohne kompl. Eingr., ohne kompliz. Konst., ohne intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P. oder and. neurolog. Komplexbeh. des akuten Schlaganf., mehr als 72 Std.
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
B45Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen
B60A	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag
B60B	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, ein Belegungstag
B61A	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt
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
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
B69B	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, mit äußerst schweren CC
B70A	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit komplizierender Diagnose
B70B	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierende Diagnose oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
B70C	Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std., mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolyse oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Std.

DRG	DRG-Text
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
B70I	Apoplexie, ein Belegungstag
B71C	Erkrankungen an Hirnnerven u. periph. Nerven ohne Komplexb. d. Hand od. m. kompl. Diagnose, ohne schw. CC od. außer b. Para- / Tetraplegie od. ohne kompl. Diagn., m. auß. schw. od. schw. CC, auß. b. Para- / Tetrapl. od. ohne schw. CC, b. Para- / Tetrapl.
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie
B72A	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter < 16 Jahre
B72B	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, mehr als ein Belegungstag
B73Z	Virusmeningitis oder Infektion des Nervensystems, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag
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
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
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

DRG	DRG-Text
B81A	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose oder bestimmter aufwendiger / hochaufwendiger Behandlung
B82Z	Andere Erkrankungen an peripheren Nerven
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
B85D	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose
C01A	Komplexer Eingriff bei penetrierenden Augenverletzungen oder bestimmte Orbitotomie
C08B	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse oder bestimmte Eingriffe an der Linse
C14Z	Andere Eingriffe am Auge
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
C61Z	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges
C62Z	Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen
C63Z	Andere Erkrankungen des Auges
C64Z	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides
C66Z	Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus
D01B	Kochleaimplantation, unilateral
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D05A	Komplexe Parotidektomie
D06B	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und and. Eingriffe an Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre od. Alter > 15 Jahre, mit komplexer Prozedur od. komplexer Diagnose, ohne Resektion des Felsenbeins
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose
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

DRG	DRG-Text
D12A	Andere aufwendige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
D20A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
D20B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung, ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik
D24A	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC oder mit Kombinationseingriff ohne äußerst schwere CC
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen
D29Z	Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung
D30A	Tonsillektomie außer bei bösart. Neubildung oder versch. Ingr. an Ohr, Nase, Mund u. Hals ohne äuß. schw. CC, mit aufw. Ingr. od. Ingr. an Mundhöhle u. Mund außer bei bösart. Neub. oh. Mundboden- od. Vestib.plastik, Alter < 3 J. od. mit kompl. Diagn.
D30C	Kleine Eingriffe an Ohr, Nase und Hals ohne äußerst schwere CC
D36Z	Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, mit starrer Endoskopie
D60B	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne starre Endoskopie
D61Z	Gleichgewichtsstörung, Hörverlust und Tinnitus
D62Z	Blutung aus Nase und Rachen oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre
D63Z	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter < 3 Jahre oder bei Vorhandensein einer Liquordrainage, Alter < 18 Jahre
D65Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals oder Verletzung und Deformität der Nase
D67Z	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle

DRG	DRG-Text
E02C	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 9 Jahre, mehr als 1 Belegungstag, ohne bestimmten Eingriff an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwendigen Eingriff, ohne äußerst schwere 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, Alter > 17 Jahre
E06A	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum, Alter < 10 Jahre oder Eingriff am Thorax mit äußerst schweren CC
E06C	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum, Alter > 15 Jahre, ohne offene chirurgische Pleurolyse mit Ingr. an Lunge/Pleura, ohne bestimmte atypische Lungenresek., ohne best. Brustkorbbkorrektur
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 10 Bestrahlungen
E08D	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 10 Bestrahlungen
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
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
E42Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
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 auß. schw. CC od. mit komplizierender Diagnose od. best. hochaufw. Behandlung od. Bronchitis u. Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit auß. schw. od. schw. CC, Alter < 1 J., mit RS-Virus-Infekt.

DRG	DRG-Text
E65B	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, mit FEV1 < 35% und mehr als ein Belegungstag oder Alter < 1 Jahr oder mit bestimmter mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung oder starrer Bronchoskopie
E65C	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, ohne FEV1 < 35% oder ein Belegungstag oder Alter > 1 Jahr, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, ohne starre Bronchoskopie
E69A	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung, 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 auß. schw. od. schw. CC, Alt. > 0 J. od. 1 BT od. oh. auß. schw. od. schw. CC, Alt. < 1 J. od. flex. Bronchoskopie, Alt. < 16 J. od. best. mäßig aufw. Beh., m. RS-Virus-Infekt.
E70A	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter < 3 Jahre
E71A	Neubildungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
E71B	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, mit Bronchoskopie oder bestimmter Lungenbiopsie oder mit endoskopischer Biopsie am Respirationstrakt, mit Chemotherapie
E71C	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne Bronchoskopie, ohne bestimmte Lungenbiopsie, mit endoskopischer Biopsie am Respirationstrakt, ohne Chemotherapie
E71D	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne Bronchoskopie, ohne bestimmte Lungenbiopsie, ohne endoskopische Biopsie am Respirationstrakt
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 > 15 Jahre
E75C	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose
E76B	Tuberkulose bis 14 Belegungstage mit äußerst schweren oder schweren CC
E77A	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
E77D	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern oder angeborenem Fehlbildungssyndrom oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung oder Alter < 10 Jahre
E78Z	Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung, bis 2 Belegungstage
E79A	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit äußerst schweren CC mit bestimmten Infektionen oder Entzündungen
E79B	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, bei Para- / Tetraplegie oder mit bestimmter mäßig aufwendiger Behandlung
E79D	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne bestimmte mäßig aufwendige Behandlung, Alter > 0 Jahre
F01A	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit kompliz. Faktoren oder myokardstimulierendes System oder aufwendige Sondenentf. mit kompliz. Faktoren oder Zwei-Kammer-Stimulation mit kompliz. Faktoren
F01B	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation mit komplizierenden Faktoren oder neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mehr als 24 Stunden mit komplizierenden Faktoren
F01C	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode, ohne komplizierende Faktoren
F01D	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer- oder Ein-Kammer-Stimulation mit äuß. schw. CC oder Ein-Kammer-Stimulation mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder mit IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder best. Sondenentfernung
F01E	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation oder aufwendige Sondenentfernung oder Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie
F01F	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, ohne IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, ohne äußerst schwere CC, ohne aufw. Sondenentfernung, ohne Implantation eines Drucksensors
F02A	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Drei-Kammer-Stimulation
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierender Konstellation oder bestimmter Zweifacheingriff

DRG	DRG-Text
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Dreifacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder pulmonaler Endarteriektomie oder bestimmter komplizierender Konstellation
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompl. Konst., Alter > 0 Jahre, ohne Eingr. in tiefer Hypothermie, ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, ohne pulm. Endarteriektomie, mit Zweifacheingriff oder bei angegeb. Herzfehler, mit kompl. Eingriff
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
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, ohne Karotiseingriff, mit invasiv. kardiolog. Diagnostik oder mit intraoperativer Ablation oder schwersten CC
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Konstellation oder komplexer Operation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte
F07B	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, mit Reoperation an Herz oder Perikard oder bestimmter komplizierender Konstellation, ohne komplexe Operation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte
F07C	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, ohne Reoperation an Herz oder Perikard, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Operation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte
F08A	Rekonstruktive Gefäßeingriffe mit komplizierender Konstellation oder komplexe Vakuumbehandlung oder thorakoabdominales Aneurysma oder komplexer Aorteneingriff
F08B	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompliz. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabdominales Aneurysma ohne komplexen Aorteneingriff, mit komplex. Eingr. m. Mehretagen- od. Aorteneingr. od. Re-OP od. best. Bypässen, mit äußerst schw. CC
F08C	Rekonstruktive Gefäßeingr. ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabd. Aneurysma ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr. ohne Mehretagen- od. Aorteneingr., ohne Reop., ohne best. Byp., mit äuß. schw. CC od. mit best. Aorteneingr.
F08E	Rekonstr. Gefäßeingr. ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabd. Aneurysma ohne kompl. Aorteneingr., mit komplex. Eingr., ohne Mehretagen- oder Aorteneingr., ohne Reop., ohne best. Byp., ohne äuß. schw. CC, ohne best. Aorteneingr.

DRG	DRG-Text
F08F	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabdominales Aneurysma, ohne komplexen Aorteneingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Aorteneingriff
F12A	Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem mit äußerst schw. CC oder ablativ. Maßnahmen oder PTCA oder mit aufwendiger Sondentfernung mit kompliz. Faktoren oder mit Revision eines Herzschrittm. oder AICD ohne Aggregatw. mit kompliz. Faktoren
F12B	Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem ohne äußerst schwere CC, ohne ablativ. Maßnahme, ohne PTCA oder Implantation eines Herzschrittmachers ohne aufwendige Sondentfernung mit komplizierenden Faktoren
F12C	Implantation eines Herzschrittmachers, Alter < 16 Jahre
F12D	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff
F12F	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, Alter > 15 Jahre, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen
F12H	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, mit Implantation eines Ereignisrekorders
F13A	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen
F14A	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit äußerst schweren CC
F14B	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe, ohne äußerst schwere CC
F17A	Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem oder Alter < 16 Jahre
F17B	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammersystem, Alter > 15 Jahre
F18A	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder mit aufwendiger Sondentfernung
F18B	Revision Herzschrittmacher od. Kardioverter / Defibrillator (AICD) oh. Aggregatw., Alt. < 16 J. od. mit äußerst schw. CC, oh. kompl. Eingr., oh. aufwend. Sondentf. od. Alt. > 15 J., oh. äußerst schw. CC mit kompl. Eingr., mit intralum. exp. Extraktionshilfe
F18C	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondentfernung, mit komplexem Eingriff, ohne intraluminale expandierende Extraktionshilfe

DRG	DRG-Text
F18D	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, ohne komplexen Eingriff
F19A	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC
F19B	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC oder Radiofrequenzablation über A. renalis, Alter < 18 Jahre
F19C	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre
F21A	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation
F21B	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne hochkomplexen Eingriff, mit komplexem Eingriff oder bestimmter komplizierender Konstellation
F21C	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, mit mäßig komplexem Eingriff oder anderer komplizierender Konstellation oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte
F21D	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmtem anderen Eingriff
F21E	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten anderen Eingriff
F27B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC oder komplexer Arthrodesse des Fußes oder komplexem Haut- oder bestimmtem Gefäßeingriff
F27C	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodesse des Fußes, ohne komplexen Hauteingriff, ohne bestimmten Gefäßeingriff, mit mäßig komplexem Eingriff
F28B	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte
F36B	Intensivmedizinische Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen des Kreislaufsystems mit kompliz. Faktoren, > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. mit best. OR-Proz. oder > - / - / 552 P. mit best. Aortenstent oder minimalinv. Eingr. an mehreren Herzklappen

DRG	DRG-Text
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
F39A	Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC
F42Z	Operation b. kompl. angeb. Herzfehler, Hybridchirurgie, best. Herzklappeneingriffe od. and. Eingriffe m. Herz-Lungen-Maschine m. invas. kardiolog. Diagnostik bei Kindern od. best. rekonstruktive Gefäßeingriffe oh. Herz-Lungen-Maschine m. kompl. Eingriff
F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems ohne IntK > 392 / 552 / 552 Punkte, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder bestimmter OR-Prozedur oder IntK > - / 368 / - Punkte
F48Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 15 Jahre
F49D	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 14 Jahre, mit kardialen Mapping oder mit schweren CC, mehr als ein Belegungstag
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne kompl. Diagnose, mit best. Eingr.
F49G	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Eingr.
F50A	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation im linken Vorhof oder hochkomplexer Ablation oder Implantation eines Ereignisrekorders
F50B	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation oder Alter < 16 Jahre, ohne komplexe Ablation im linken Vorhof, ohne hochkomplexe Ablation, ohne Implantation eines Ereignisrekorders
F50C	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, mit transseptaler Linksherz-Katheteruntersuchung oder mit bestimmter Ablation
F50D	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung, ohne bestimmte Ablation

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
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder 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
F59C	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit bestimmtem Eingriff oder anderem Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag
F59D	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne aufwendigen oder bestimmten Eingriff, ohne Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag
F62A	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder komplizierender Diagnose oder mit bestimmter hochaufwendiger Behandlung mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Punkte oder komplizierender Konstellation
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne best. hochaufw. Beh., mehr als ein Belegungstag, ohne best. akutes Nierenversagen oder ohne äußerst schwere CC
F62D	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung, ein Belegungstag
F63B	Venenthrombose ohne äußerst schwere CC
F65A	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte
F65B	Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte
F66B	Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC
F67B	Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder schweren CC oder bestimmter mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung

DRG	DRG-Text
F67D	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter > 17 Jahre
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte
F69A	Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC
F69B	Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere CC
F71A	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit kathetergestützter elektrophysiologischer Untersuchung des Herzens oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung
F72A	Angina pectoris mit äußerst schweren CC
F73B	Synkope und Kollaps, Alter > 13 Jahre oder mehr als ein Belegungstag
F74Z	Thoraxschmerz und sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems
F75A	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre
F98B	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, 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 Implantation eines Wachstumsstents, ohne sehr komplexen Eingriff
G02A	Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre od. best. Eingriffe an Dünn-/Dickdarm mit kompliz. Diagnose od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 368 / - Aufwandsp. od. Komplexbeh. MRE od. komplexer Eingriff u. Alter < 10 J.
G02B	Kompl. Eingriffe an Dünn- / Dickdarm oh. Eingriffe an den Verdauungsorg. bei angeb. Fehlbildung, Alt. > 1 J., oh. best. Eingriffe an Dünn- / Dickdarm, oh. kompliz. Diag., oh. IntK > 392 / - / - P., oh. Komplexbeh. MRE, oh. kompl. Eingriff od. Alt. > 9 J.
G03B	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte, mit komplexem Eingriff

DRG	DRG-Text
G03C	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte, ohne komplexen Eingriff
G04Z	Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre od. mit auß. schw. od. schw. CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder best. Eingriffe an abd. Gefäßen mit auß. schw. CC oder Implantation eines Antireflux-Stimulationssystems od. best. Gastrektomie
G07A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis mit auß. schw. od. schw. CC od. kl. Eingr. an Dünn- / Dickdarm od. an abdom. Gefäßen, oh. auß. schw. CC od. best. Anorektoplastik, Alter < 3 Jahre od. mit best. Eingr. an abdominalen Gefäßen
G07B	Appendekt. od. laparoskop. Adhäsiolyse bei Peritonitis mit auß. schw. od. schw. CC od. kl. Eingriffe an Dünn- / Dickdarm, oh. äußerst schwere CC od. best. Anorektoplastik, Alt. > 2 Jahre u. Alter < 10 Jahre od. mit laparoskop. Adhäsiolyse od. Rektopexie
G07C	Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC od. best. Anorektoplastik, Alter > 9 Jahre, ohne laparoskopische Adhäsiolyse oder Rektopexie
G10Z	Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz
G11A	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter < 6 Jahre
G12B	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag
G12C	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit wenig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag
G12D	Andere 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
G16B	Komplexe Rektumresektion od. andere Rektumresektion mit best. Eingriff od. komplexer Diagnose od. mehrz. Enterostomaanlage und -rückverlagerung, ohne kompliz. Konstell., ohne plastische Rekonstruktion mit myokutanem Lappen, ohne IntK > - / 368 / - Punkte
G17A	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, bei bösartiger Neubildung
G17B	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, außer bei bösartiger Neubildung
G18A	Best. Eingr. an Dünn- / Dickdarm od. Enterostomaanl. od. andere Eingr. am Darm m. auß. schw. CC, m. hochkompl. Eingr. od. kompliz. Diag. od. m. sehr kompl. Eingr. od. aufwend. Eingr. m. auß. schw. CC, m. IntK > - / 368 / - Punkte od. m. Komplexbeh. MRE

DRG	DRG-Text
G18B	Bestimmte Eingriffe an Dünn-/ Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder anderer Eingriff am Darm mit äuß. schw. CC, mit sehr komplexem Eingriff oder aufwend. Eingriff mit äuß. schw. CC, ohne IntK > - / 368 / - Punkte, ohne Komplexbeh. MRE
G18C	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne aufwendigen Eingriff oder ohne äußerst schwere CC, 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
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
G21A	Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm und Enterostoma, Alter < 16 Jahre
G21B	Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm und Enterostoma, mit äußerst schweren CC oder aufwendigem Eingriff am Darm, Alter > 15 Jahre
G22A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung
G22B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 9 Jahre, mit laparoskopischer Adhäsiolyse oder Alter < 16 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung
G24B	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff
G24C	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff
G26A	Andere Eingriffe am Anus, Alter < 16 Jahre oder bei bestimmter bösartiger Neubildung oder mit kleinem Eingriff am Rektum
G26B	Andere Eingriffe am Anus, Alter > 15 Jahre, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, ohne kleinen Eingriff am Rektum

DRG	DRG-Text
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, ohne äußerst schwere CC
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
G40Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G46A	Komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC oder andere Gastroskopie bei schw. Krankh. der Verd.organe, mit äußerst schweren CC, Alter < 15 Jahre, mehr als ein BT
G46B	Komplexe therapeutische Gastroskopie mit schw. CC od. and. Gastroskopie bei äuß. schw. CC, bei schw. Krankh. der Verd.organe, Alter > 14 J., mehr als 1 BT od. best. Gastroskopie, Alter < 15 J. od. mit kompliz. Faktoren od. ERCP mit and. endoskop. Eingr.
G46C	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsorgane und äuß. schw. oder schw. CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit kompliz. Faktoren, ohne ERCP mit and. endoskop. Eingr.
G47Z	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe
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

DRG	DRG-Text
G52Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung
G64A	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC
G65Z	Obstruktion des Verdauungstraktes
G66Z	Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 55 Jahre und mit CC
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
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
G73Z	Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
G74Z	Hämorrhoiden
G77A	Bestimmte Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G77B	Andere Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen 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
H02A	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen bei bösartiger Neubildung oder Alter < 14 Jahre oder mit bestimmter biliodigestiver Anastomose
H02B	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 13 Jahre, ohne bestimmte biliodigestive Anastomose

DRG	DRG-Text
H05Z	Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen
H06A	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit aufwendigem Eingriff und bestimmten komplizierenden Faktoren
H06B	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit bestimmtem Eingriff und komplexer Diagnose, Dialyse, komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation
H06C	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation
H07A	Cholezystektomie 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
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
H12A	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen mit äußerst schweren CC
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 und < 981 / 829 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H40A	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung mit äußerst schweren CC
H40B	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung ohne äußerst schwere CC
H41A	Bestimmte ERCP mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, mit Zugang durch retrograde Endoskopie
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

DRG	DRG-Text
H41D	Andere ERCP ohne bestimmte ERCP, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff, ohne Radiofrequenzablation mit endoskopischer Stentimplantation oder bestimmte endoskopische Eingriffe
H44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
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
I01Z	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose
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
I02B	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, auß. an d. Hand, m. kompliz. Konst., Ingr. an mehr. Lokal. od. schw. Weichteilschaden, m. auß. schwer. CC od. kompl. OR-Proz. oder mit hochkompl. Gewebetransplantation oder bei bösart. Neub. und kompl. OR-Prozedur
I02C	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kompliz. Konst., Eingriff an mehreren Lokalisationen oder schw. Weichteilschaden, ohne auß. schw. CC, ohne komplexe OR-Prozedur od. mit komplexer plast. Rekonstruktion od. kompl. OR-Prozedur
I02D	Kleinflächige oder großflächige Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit äußerst schweren CC

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.
I03B	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, ohne äuß. schw. CC, ohne mehrzeit. Wechsel, ohne Eingr. an mehr. Lok.
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation
I05A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC
I05B	Implantation einer inversen Endoprothese am Schultergelenk
I05C	Anderer großer Gelenkersatz ohne Implantation einer inversen Endoprothese am Schultergelenk
I07Z	Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I08B	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplexem Mehrfacheingriff oder komplexen Diagnosen oder mit bestimmtem Eingriff bei Beckenfraktur mit äußerst schweren CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit best. Eingriff an oberer Extremität und Wirbelsäule
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 oder Alter < 6 Jahre
I08D	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff oder mit komplexer Diagnose oder mit komplexer Prozedur oder mit äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre
I08E	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit mäßig komplexem Eingriff, ohne äußerst schwere CC, mit bestimmter Osteotomie oder großem Eingriff an der unteren Extremität oder bei bestimmter Knocheninfektion
I08F	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit bestimmtem mäßig komplexem Eingriff, ohne äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag
I08H	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit mäßig komplexem Eingriff, mit anderem bestimmtem Eingriff, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexen Eingriff, mit anderem bestimmtem Eingriff
I08I	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit mäßig komplexem Eingriff, ohne anderen bestimmten Eingriff, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne anderen bestimmten Eingriff

DRG	DRG-Text
I09A	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit sehr komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC
I09B	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten expandierbaren Implantaten oder mehrzeitigen komplexen Eingriffen
I09C	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten komplizierenden Faktoren, mit Wirbelkörperersatz oder komplexer Spondylodese
I09E	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit knöcherner Dekompression > 3 Segmente oder bestimmter Osteosynthese und Eingriff an Schädel und Rückenmark oder transpleuralem Zugang oder bestimmter Spondylodese
I09G	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne bestimmte Osteosynthese, bei Frakturen der Halswirbelsäule
I09H	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne bestimmte Osteosynthese, außer bei Frakturen der Halswirbelsäule, mit anderen komplizierenden Faktoren
I09I	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne komplizierende Faktoren
I10A	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Rückenmark, Spinalkanal, Wirbelsäule, Rumpf mit äußerst schweren CC
I10B	Andere 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 komplexem Eingriff an der Wirbelsäule oder bei best. Diszitis, bei Spinalkanalstenose oder bestimmten Bandscheibenschäden oder Verschluss eines Bandscheibendefekts mit Implantat
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule außer bei best. Diszitis, Spinalkanalstenose, bestimmten Bandscheibenschäden, ohne Verschluss eines Bandscheibendefekts mit Implantat
I10E	Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule
I10F	Andere wenig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff, mehr als ein Belegungstag
I12A	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äußerst schweren CC
I12B	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, mit Revision des Kniegelenkes oder Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
I12C	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, ohne Revision des Kniegelenkes, ohne Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre
I13A	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff oder keramischem Knochenersatz, mit komplizierendem Eingriff an Humerus und Tibia oder aufwendiger Osteosynthese
I13B	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff oder keramischem Knochenersatz, ohne komplizierenden Eingriff an Humerus und Tibia, ohne aufwendige Osteosynthese
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
I13F	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne Revision einer Endoprothese am Kniegelenk, mit bestimmter offener Reposition oder Implantation von alloplastischem Knochenersatz
I13G	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne Revision einer Endoprothese am Kniegelenk, ohne bestimmte offene Reposition, ohne Implantation von alloplastischem Knochenersatz
I14Z	Revision eines Amputationsstumpfes
I15B	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, ohne bestimmten intrakraniellen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an der Mandibula oder Alter > 15 Jahre
I17A	Aufwendige Operationen am Gesichtsschädel
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk
I20A	Eingriffe am Fuß mit mehreren hochkomplexen Eingriffen oder Teilwechsel Endoprothese des unteren Sprunggelenks, mit hochkomplexem Eingriff und komplexer Diagnose oder bestimmter Arthrodese
I20B	Eingriffe am Fuß mit mehreren komplexen Eingriffen oder hochkomplexem Eingriff oder Teilwechsel Endoprothese d. unteren Sprunggelenks oder bei Zerebralparese oder mit komplexem Eingriff und komplexer Diagnose oder mit Eingriff an Sehnen des Rückfußes
I20C	Eingriffe am Fuß ohne mehrere komplexe Eingriffe, ohne hochkomplexen Eingriff, mit bestimmten komplizierenden Faktoren

DRG	DRG-Text
I22A	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit großfläch. Gewebetransplantation, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, schwerem Weichteilschaden oder komplexer Gewebetransplantation mit schweren CC
I22B	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kleinflächiger Gewebetransplantation od. mit großflächiger Gewebetransplantation ohne kompliz. Konst., oh. Eingr. an mehreren Lokal., oh. schw. Weichteilschaden, oh. kompl. Gewebetranspl. m. schw. CC
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe 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 bei BNB mit schweren CC, mit bestimmter Diagnose und komplexem Eingriff
I27C	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen mit schweren CC oder bei BNB oder mit bestimmtem Eingriff am Weichteilgewebe, mehr als ein Belegungstag
I27D	Eingriffe am Weichteilgewebe ohne bestimmte kleine Eingriffe oder kleinflächige Gewebetransplantationen, ohne schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmten Eingriff am Weichteilgewebe
I27E	Bestimmte kleine Eingriffe am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag
I28A	Komplexe Eingriffe am Bindegewebe
I28B	Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe, mehr als ein Belegungstag oder andere Eingriffe am Bindegewebe, Alter < 10 Jahre
I29A	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, bei komplizierender Diagnose oder Eingriff an mehreren Lokalisationen
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder best. Osteosynthesen an der Klavikula ohne kompliz. Diagnose, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen oder sonst. arthroskopische Rekonstruktion der Rotatormanchette mit bestimmten Eingriffen an der Schulter
I30C	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk
I30D	Mäßig komplexe Eingriffe am Kniegelenk
I31A	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, mit aufwendigen Eingriffen am Unterarm
I31B	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand oder bestimmte Eingriffe bei Mehrfragmentfraktur der Patella, mit bestimmten komplexen Eingriffen am Unterarm

DRG	DRG-Text
I31C	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm ohne gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, ohne bestimmte Eingriffe bei Mehrfragmentfraktur der Patella, ohne bestimmte komplexe Eingriffe am Unterarm
I32A	Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Eingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwendigem rekonstruktivem Eingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochentx. bei Pseudarthrose der Hand
I32F	Bestimmte mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter > 5 Jahre, mehr als ein Belegungstag
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
I41Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I42B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 14 Tage
I43A	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, mit äußerst schweren CC
I43B	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, ohne äußerst schwere CC
I44A	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk mit äußerst schweren CC oder Korrektur einer Brustkorbdeformität
I44B	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere CC, mit bestimmtem Wechsel oder Entfernung von Endoprothesen oder Prothesenkomponenten
I44D	Andere Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk oder Einbringen einer Entlastungsfeder am Kniegelenk
I46A	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC oder Eingriff an mehreren Lokalisationen
I46C	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne periprothetische Fraktur an Hüfte oder Knie
I47A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff oder Implantation / Wechsel einer Radiuskopfprothese oder Inlaywechsel Hüfte

DRG	DRG-Text
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit komplexer Diagnose an Becken/Oberschenkel, mit bestimmtem endoprothetischen Eingriff oder gelenkplastischem Eingriff am Hüftgelenk
I50A	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit bestimmtem Eingriff oder bestimmter Vakuumbehandlung mit kontinuierlicher Sogbehandlung ab 8 Tagen
I50B	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne bestimmten Eingriff, mit bestimmter Vakuumbehandlung oder Alter < 16 Jahre
I54A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 9 Bestrahlungen
I54B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 9 Bestrahlungen
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie
I66A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, mehr als ein Belegungstag, mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte
I66B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
I66E	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Amyloidose oder Arthropathie, mehr als ein Belegungstag, ohne äuß. schw. CC, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Punkte, ohne kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung 7 bis 13 Behandlungstage
I66F	Frakturen an Becken und Schenkelhals, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
I66G	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne Amyloidose, ohne Arthropathie, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbeh. > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, ohne kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung
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

DRG	DRG-Text
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 Sehnenenerkrankungen bei Para- / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag
I69B	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien ohne komplexe Diagnose oder ein Belegungstag
I72Z	Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit äußerst schweren oder schweren CC oder Frakturen am Femurschaft, Alter > 2 Jahre
I73Z	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes
I74A	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß mit äußerst schweren oder schweren CC oder unspezifische Arthropathien
I75B	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne CC oder Entzündungen von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln ohne äußerst schwere oder schwere CC
I76A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren CC oder septische Arthritis mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre
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
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
J01Z	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei bösartiger Neubildung an Haut, Unterhaut und Mamma
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
J08B	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexe Prozedur, mit bestimmtem Eingriff an Haut, Unterhaut und Mamma, mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
J08C	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexe Prozedur, mit komplexer Diagnose oder mit Eingriff an Kopf und Hals, ohne bestimmten Eingriff an Haut, Unterhaut und Mamma oder ohne äußerst schwere CC
J09B	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre
J11B	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne bestimmten Eingriff bei komplizierender Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisation bei Hämangiom, mit mäßig komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose
J11C	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne komplizierende Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisation bei Hämangiom, ohne mäßig komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, mit best. Eingriff oder Hidradenitis suppurativa
J11D	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, ohne best. Eingriff, ohne Hidradenitis suppurativa
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
J18A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 10 Bestrahlungen
J18B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 10 Bestrahlungen
J21Z	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit Lymphknotenexzision oder schweren CC
J22Z	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit Weichteildeckung oder Mehrfachtumoren der Haut oder Erysipel
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
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

DRG	DRG-Text
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
J65B	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma ohne komplexe Diagnose
J67Z	Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte bis moderate Hauterkrankungen
K04Z	Große Eingriffe bei Adipositas
K06B	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, bei BNB oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder Eingriffe an der Schilddrüse außer kleine Eingriffe, mit Thyreoidektomie durch Sternotomie
K06C	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse u. Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, außer bei BNB, oh. auß. schw. oder schw. CC, mit Eingriffen an der Schilddrüse außer kleine Eingriffe, oh. Thyreoidektomie durch Sternotomie
K06D	Kleine Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Pkt., außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC
K09A	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit hochkomplexem Eingriff oder hochaufwendiger Pflege von Kleinkindern ab 72 Aufwandspunkten oder mit komplexem Eingriff, mit äußerst schweren CC oder Alter < 7 Jahre
K25Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit bestimmter OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen
K44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 6 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K60D	Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC oder multiplen Komplikationen oder Ketoazidose oder Koma, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K60E	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag
K60F	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose

DRG	DRG-Text
K62A	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetrapleg. oder mit komplizierender Diagnose oder endoskopischer Einlage eines Magenballons oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit bestimmter aufwendiger / hochaufwendiger Behandlung
K62B	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie, ohne komplizierende Diagnose, ohne endoskopische Einlage eines Magenballons, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K64A	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
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	Bestimmte Nieren-, Ureter-, Prostata- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder bestimmter Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm
L06A	Bestimmte kleine Eingriffe an der Harnblase mit äußerst schweren CC
L06B	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne äußerst schwere CC oder ohne bestimmte Prozeduren oder Alter < 16 Jahre
L06C	Andere kleine Eingriffe an der Harnblase, Alter > 15 Jahre, mit bestimmtem Eingriff bei Harninkontinenz
L09C	Andere Eingr. b. Erkrankungen der Harnorgane auß. Anlage Dialyseshunt, oh. Kalziphylaxie, oh. Eingr. am Präputium, Alter < 2 Jahre od. auß. schw. CC, oh. kompl. OR-Proz., oh. kompl. Eingr. od. Alter > 1 Jahr, oh. auß. schw. CC, mit Schilddrüsenresektion
L09D	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne Schilddrüsenresektion
L10Z	Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung ohne Multiviszeraleingriff oder Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, mit großem Eingriff am Darm
L12A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
L18A	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
L20A	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie oder mit ESWL bei Harnsteinen, mit äußerst schweren CC
L20C	Transurethrale Eingr. außer Prostatares. und kompl. Ureterorenoskop. ohne ESWL, ohne kompl. Eingriff, od. andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie oder mit ESWL bei Harnsteinen, ohne äuß. schw. CC, Alter > 15 J. und Alter < 90 J.
L36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte 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
L44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L60A	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder mit Dialyse und akutem Nierenversagen und äußerst schweren CC oder mit Dialyse und komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre
L60B	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse und komplizierenden Faktoren oder äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
L60C	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
L60D	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
L62A	Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC
L62C	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
L63B	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung, Alter > 5 Jahre
L63C	Infektionen der Harnorgane mit auß. schw. CC, ohne best. hochaufw. Beh., ohne Komplexbeh. bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, mit Komplexbeh. bei multiresistenten Erregern oder best. aufw. Beh.
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne best. hochaufw. Beh., ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, ohne best. aufw. Beh., ohne bestimmte schwere Infektionen, ohne best. mäßig aufw. Beh., Alter > 5 und < 90 Jahre

DRG	DRG-Text
L64A	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, bei angeborener Fehlbildung oder Alter < 3 Jahre
L64C	Andere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
L68B	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 15 Jahre
L69B	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
L71Z	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse
L74Z	Bestimmte Krankheiten und Störungen der Harnorgane bei Para- / Tetraplegie
M01A	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC
M01B	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC
M02B	Transurethrale Prostataresektion oder bestimmte andere Operationen an der Prostata ohne äußerst schwere CC
M04A	Eingriffe am Hoden oder bestimmte Eingriffe an der Prostata oder mit äußerst schweren CC oder bei Fournier-Gangrän
M04B	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte Eingriffe an der Prostata, mit bestimmtem Eingriff am Hoden oder bei Orchitis mit Abszess oder bestimmter bösartiger Neubildung
M04D	Eingriffe am Hoden auß. bei Fournier-Gangrän, ohne auß. schw. CC, ohne bestimmte Eingriffe an der Prostata, ohne bestimmten Eingriff am Hoden, auß. bei Orchitis mit Abszess, auß. bei bösartiger Neubildung, ohne mäßig kompl. Eingriff oder Alter > 2 Jahre
M05Z	Zirkumzision, andere Eingriffe am Penis und großflächige Ablationen der Haut
M06Z	Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen oder Stanzbiopsie an der Prostata, ein Belegungstag
M09B	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
M11Z	Transurethrale Laserdestruktion und -resektion der Prostata

DRG	DRG-Text
M37Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Erkrankungen und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane oder Eingriffe am Hoden bei Fournier-Gangrän mit äußerst schweren CC
M60C	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hoch- und mittelgradig komplexe Chemotherapie
N01B	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie oder Verschluss einer vesikovaginalen Fistel mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszeraeingriff
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
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.
N05A	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC
N07Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus oder kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
N08Z	Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
N11B	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder äußerst schwere CC
N13B	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei bösartiger Neubildung oder kleine Eingriffe an Vagina und Douglasraum oder bestimmter Eingriff an der Harnblase, Alter < 81 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC
N14Z	Hysterekt. auß. b. BNB m. Beckenbodenpl. od. Brachyth. b. Krankh./Stör. weibl. Geschl.Org., > 1 BT, m. auß. schw. CC/selekt. Gefäßembol. od. Ovariect./kompl. Eingriffe an den Tubae uterinae auß. bei BNB, ohne auß. schwere od. schwere CC, Alter < 16 Jahre
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
N16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
N16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen oder Brachytherapie

DRG	DRG-Text
N21B	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder komplexe Myomenukleation, ohne aufwendigen Eingriff
N38Z	Komplizierende Konstellation mit best. op. Eingriff bei Krankheiten u. Störungen der weibl. Geschlechtsorg. od. Beckenevisz. bei der Frau u. radikale Vulvektomie od. best. Lymphadenekt. mit äuß. schw. CC, mit kompl. Eingriff od. kompliz. Konstellation
N60B	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
N62A	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose
N62B	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne komplexe Diagnose
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
O05A	Cerclage und Muttermundverschluss oder Cholezystektomie oder komplexe OR-Prozedur oder bestimmte intrauterine Operation am Feten, mehr als ein Belegungstag
O05B	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, ein Belegungstag od. oh. Cerclage, oh. Muttermundverschluss, oh. Cholezystektomie, oh. kompl. OR-Prozedur, oh. bestimmte intrauterine Operation am Feten, mit fetoskopischer Hochfrequenzablation von Gefäßen
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
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 oder Dialyse
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

DRG	DRG-Text
P60C	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt, ohne Beatmung > 24 Stunden
P61B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur
P62B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur
P65D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem
P66D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit Hypothermiebehandlung oder Krampfanfall mit bestimmten diagnostischen Maßnahmen oder Beatmung > 48 Stunden
P67B	Neugeborenes, Aufnah.-gew. > 2499 g oh. sig. OR-Proz., mit schw. Prob., oh. Hypothermiebeh., oh. Krampfanfall mit best. diag. Maßnah., oh. Beatmung > 48 Std. od. mit anderem Prob., mehr als ein Belegungstag od. mit nicht sig. OR-Proz., neugeb. Mehrling
P67C	Neugeborenes, Aufnah.-gew. > 2499 g oh. sig. OR-Proz., oh. Beatmung > 95 Std., ohne schw. Prob., oh. Hypothermiebeh., oh. Krampfanfall mit best. diag. Maßnah., mit anderem Prob., mehr als ein Belegungstag oder mit nicht sig. OR-Proz., neugeb. Einling
P67E	Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Prozedur ohne bestimmte Diagnosen beim Neugeborenen
Q01Z	Eingriffe an der Milz
Q02A	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems mit äußerst schweren CC
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
Q60D	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 16 Jahre
Q60E	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre
Q61A	Andere Erkrankungen der Erythrozyten mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
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
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen
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
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Bestrahlungen an mindestens 7 Tagen
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
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei hämatologischen und soliden Neubildungen
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
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

DRG	DRG-Text
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 mit Agranuloz. od. Portimplant. od. Komplexbeh. MRE od. kompl. Diag. b. Leuk., Alt. > 15 J., mit intens. Chemoth. od. mit äuß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, oh. kompl. Diag. b. Leuk., oh. schwerste CC
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplant. oder Komplexbehandlung MRE oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, oh. intensive Chemoth.
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie, oh. Sepsis, oh. kompliz. Konstell., oh. bestimmte kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, mit kompl. Diagnose od. Knochenaffektionen od. Knochenmarkbiopsie, Alter < 16 J. od. best. Lymphom mit best. Chemotherapie
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie, oh. Sepsis, oh. kompliz. Konstell., oh. bestimmte kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, mit kompl. Diagnose od. Knochenaffektionen od. Knochenmarkbiopsie, Alter > 15 Jahre, oh. best. Lymphom od. oh. best. Chemotherapie
R61H	Lymphom und nicht akute Leukämie, oh. Sepsis, oh. kompliz. Konstellation, oh. Agranulozytose, oh. Portimpl., oh. Komplexbeh. MRE, oh. kompl. Diagnostik bei Leukämie, oh. äuß. schw. CC, oh. kompl. Diagnose, oh. Knochenaffektionen, oh. Knochenmarkbiopsie
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr, mit komplexer Diagnose
R62B	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr, ohne komplexe Diagnose
R62C	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne Knochenaffektionen, ohne bestimmte Metastasen, ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre
R63F	Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur
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

DRG	DRG-Text
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter 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 oh. best. komplexe OR-Prozedur, oh. komplizierende Konstellation, außer bei Z.n. Organ-Tx, mit äußerst schweren CC oder bestimmtem Eingriff an Hüftendoprothese, Brustwand, Pleura, Pankreas, Magen
T01C	OR-Proz. bei infekt./parasit. Krankh. oh. best. kompl. OR-Proz., oh. kompliz. Konstell., auß. bei Z.n. Organ-Tx, oh. auß. schw. CC, oh. Ingr. an Hüftendoproth., Brustw., Pleura, Pankr., Magen, m. best. Ingr. bei best. Sepsis od. best. operativen Ingr.
T01D	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankh. oh. best. kompl. OR-Proz., oh. kompliz. Konstell., auß. bei Z.n. Organ-Tx, oh. best. Ingr. od. auß. bei best. Sepsis od. auß. schw. CC, oh. best. operativen Eingriff, mit best. mäßig komplexem Eingriff
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
T60C	Sepsis m. kompliz. Konst. od. b. Z.n. Organ-Tx, oh. auß. schw. CC, oh. IntK > 392 / 368 / - Punkte od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z.n. Organ-Tx, m. kompl. Diag. od. auß. schw. CC, Alt. > 17 J., oh. Para- / Tetrapl., oh. kompliz. ERCP, oh. schwerste CC
T60D	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
T60E	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Aufwandsp., mehr als ein Belegungstag
T60G	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Aufwandsp., ein Belegungstag
T61Z	Postoperative und posttraumatische Infektionen
T62B	Fieber unbekannter Ursache ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 6 Jahre
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation

DRG	DRG-Text
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
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen
U42B	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter > 18 Jahre, mindestens 14 Behandlungstage
U42C	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter > 18 Jahre, weniger als 14 Behandlungstage
U63Z	Schwere affektive 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
V64Z	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit
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
W04B	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren oder Beatmung > 24 Stunden, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen
X01A	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, freier Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder komplizierender Diagnose oder komplexer Prozedur, mit äußerst schweren CC
X01B	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, mit komplexer Diagnose oder Prozedur oder äußerst schw. CC, mehr als 1 BT
X01C	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schw. CC oder 1 BT
X04Z	Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität
X05A	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, mit komplexem Eingriff
X06A	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
X06B	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder Alter > 65 Jahre mit bestimmtem Eingriff oder mit schweren CC
X06C	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, Alter < 66 Jahre oder ohne bestimmten Eingriff
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers
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
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.
Y03B	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC
Y62A	Andere Verbrennungen, Alter < 6 Jahre
Y62B	Andere Verbrennungen, Alter > 5 Jahre
Z01A	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation
Z64C	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, mit bestimmtem Kontaktanlass
Z64D	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, ohne bestimmten Kontaktanlass oder allergologische Provokationstestung bis 2 Belegungstage
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 2017	Anzahl DRGs 2018	Veränderung (in %)
00	Prä-MDC	75	76	+ 1,3
01	MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	111	116	+ 4,5
02	MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges	32	32	0
03	MDC 03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	58	56	- 3,4
04	MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	68	68	0
05	MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	157	154	- 1,9
06	MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	83	88	+ 6,0
07	MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	46	47	+ 2,2
08	MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	155	173	+ 11,6
09	MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	51	52	+ 2,0
10	MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	40	41	+ 2,5
11	MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	67	74	+ 10,4
12	MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	27	27	0
13	MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	36	36	0
14	MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	25	26	+ 4,0
15	MDC 15 Neugeborene	42	42	0
16	MDC 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	16	16	0
17	MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen	51	51	0

MDC	Bezeichnung	Anzahl DRGs 2017	Anzahl DRGs 2018	Veränderung (in %)
18A	MDC 18A HIV	7	7	0
18B	MDC 18B Infektiöse und parasitäre Erkrankungen	23	24	+ 4,3
19	MDC 19 Psychische Krankheiten und Störungen	13	13	0
20	MDC 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	6	6	0
21A	MDC 21A Polytrauma	13	13	0
21B	MDC 21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	15	15	0
22	MDC 22 Verbrennungen	11	11	0
23	MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	14	15	+ 7,1
24	MDC 24 Sonstige DRGs	10	10	0
-1	Fehler-DRGs und sonstige DRGs	3	3	0
Gesamt		1.255	1.292	+ 2,9