

# InEK

## Abschlussbericht

Weiterentwicklung des  
G-DRG-Systems  
für das Jahr  
2019

Klassifikation, Katalog und  
Bewertungsrelationen

Teil I: Projektbericht

Siegburg, den 18. Dezember 2018

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

	<b>Seite</b>
<b>1 EINFÜHRUNG</b>	<b>1</b>
<b>2 METHODIK DER WEITERENTWICKLUNG</b>	<b>2</b>
2.1 Datenerhebung und Datenprüfung	2
2.2 Datenaufbereitung	2
2.3 Versionsüberleitung der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	3
<b>3 G-DRG-SYSTEM 2019</b>	<b>4</b>
3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	4
3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung	7
3.2.1 Datenbasis	7
3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung	7
3.2.1.2 Ergänzende Datenbereitstellung	11
3.2.2 Vorschlagsverfahren	13
3.2.2.1 Grundzüge des Verfahrens	13
3.2.2.2 Beteiligung	14
3.2.2.3 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge	14
3.2.3 Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG)	16
3.2.3.1 Sachkostenkorrektur	16
3.2.3.2 Gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen	19
3.3 Schwerpunkte der Weiterentwicklung	21
3.3.1 Anpassung der Methodik	21
3.3.1.1 Aktualisierung der Plausibilitätsprüfungen	21
3.3.1.2 Berechnung der Bewertungsrelationen für Belegversorgung	25
3.3.1.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen	28
3.3.1.4 Überarbeitung der CCL-Matrix	30
3.3.1.5 Einbeziehung von verlegten Fällen und Überliegern	33
3.3.1.6 Berechnung der Bezugsgröße	35
3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation	36
3.3.2.1 Abbildung der Pflege	36
3.3.2.2 Abdominalchirurgie	40
3.3.2.3 Augenheilkunde	46
3.3.2.4 Eingriffe an der Mamma	47
3.3.2.5 Eingriffe an Haut und Unterhaut	49
3.3.2.6 Endokrinologie	50
3.3.2.7 Extremkosten	51
3.3.2.8 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren	53
3.3.2.9 Gastroenterologie	54
3.3.2.10 Geburtshilfe	57
3.3.2.11 Gefäßchirurgie und -interventionen / Angiologie	60
3.3.2.12 Geriatrie	65

3.3.2.13	Globale Funktionen und Komplizierende Konstellationen	65
3.3.2.14	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	71
3.3.2.15	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	73
3.3.2.16	Intensivmedizin	74
3.3.2.17	Kardiologie und Herzchirurgie	77
3.3.2.18	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	83
3.3.2.19	MDC 15 – Neugeborene	87
3.3.2.20	Multiresistente Erreger und nicht multiresistente isolationspflichtige Erreger	91
3.3.2.21	Neue DRGs 2019	93
3.3.2.22	Neurologie und Neurochirurgie	94
3.3.2.23	Onkologie	96
3.3.2.24	Operative Gynäkologie	101
3.3.2.25	Polytrauma	104
3.3.2.26	„Reste“-DRGs	105
3.3.2.27	Schmerztherapie	107
3.3.2.28	Sonstige DRGs	108
3.3.2.29	Strahlentherapie	112
3.3.2.30	Transplantation/Transfusion hämatopoetischer Stammzellen	113
3.3.2.31	Unfallchirurgie/Orthopädie	113
3.3.2.32	Urologie	119
3.3.2.33	Versorgung von Kindern	123
3.3.2.34	Wirbelsäulenchirurgie	128
3.3.3	Integration neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in das G-DRG-System	132
3.3.4	Sortierung	134
3.3.5	Erstellung der G-DRG-Versionen aufgrund von ICD- und OPS-Anpassungen	136
3.3.5.1	Anpassungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	136
3.3.5.2	Überleitung auf die ab 1. Januar 2019 gültigen Versionen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen	137
3.3.5.3	Behandlung nicht identischer Codes mit „Vorgängerkode“	138
3.3.5.4	Behandlung nicht identischer Codes ohne „Vorgängerkode“ (neue Codes)	140
3.3.6	Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien	141
<b>3.4</b>	<b>Statistische Kennzahlen</b>	<b>143</b>
3.4.1	Wesentliche Ergebnisse und Änderungen zum Vorjahr	143
3.4.1.1	Erweiterung und Umbau der Fallgruppen	143
3.4.1.2	Nicht bewertete DRGs	143
3.4.1.3	Zusatzentgelte	144
3.4.2	Analyse des Pauschalierungsgrades	148
3.4.3	Statistische Güte der Klassifikation	150
3.4.4	Analyse der Verweildauer	153
3.4.4.1	Verweildauervergleich der Datenjahre 2015, 2016 und 2017	153
3.4.4.2	Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer	155
<b>4</b>	<b>PERSPEKTIVEN DER WEITERENTWICKLUNG</b>	<b>159</b>
	<b>ANHANG</b>	<b>161</b>

## Abkürzungen

Abs.	Absatz
AICD	Automatic Implantable Cardioverter Defibrillator; Automatischer implantierbarer Kardioverter/Defibrillator
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BA	Belegabteilung
BNB	Bösartige Neubildung
BPfIV	Bundespflegegesetzverordnung
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 <sub>1</sub>	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
KK	Komplizierende Konstellationen
KMT	Knochenmarktransplantation
KVM	Klinisches Verteilungsmodell
LDL	Low-Density-Lipoprotein
MDC	Major Diagnostic Category; Hauptdiagnosegruppe
med.	medizinisch
med.-techn.	medizinisch-technisch
Mio.	Millionen
MRE	Multiresistente Erreger
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
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
Prä-MDC	den MDCs vorgeschaltete Hauptdiagnosegruppe
PTCA	Perkutane Koronarangioplastie
Qu.	Quantil
R <sup>2</sup>	Varianzreduktion
RG	Relativgewicht
SAPS	Simplified Acute Physiology Score
SGB	Sozialgesetzbuch
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
SIRS	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom
SIRT	Selektive interne Radiotherapie
SZT	Stammzelltransfusion
Tab.	Tabelle
TE	Transfusionseinheiten
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 2019 vor. Im Report-Browser werden die aufbereiteten detaillierten Kalkulationsergebnisse je DRG-Fallpauschale in gewohnter Weise zur Verfügung gestellt.

Durch zahlreiche Vorschläge der medizinischen Fachgesellschaften, der Verbandsorganisationen der Krankenhäuser und Krankenkassen sowie weiterer Institutionen im Rahmen des „Vorschlagsverfahrens zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverstandes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2019 (Vorschlagsverfahren 2019)“ sind Erfahrungen der klinischen Praxis und medizinisches Expertenwissen in die Weiterentwicklung eingeflossen. Allen, die sich im Jahr 2018 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 237 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. Im Datenjahr 2017 wurden durch die verpflichtende Teilnahme von Krankenhäusern an der Kostenerhebung, den gesetzlichen Vorgaben zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation folgend, die Kosten- und Leistungsdaten nicht nur von freiwillig teilnehmenden Krankenhäusern geliefert. Den 35 Krankenhäusern, die für das Datenjahr 2017 fallbezogene Kostendatensätze geliefert haben, sei an dieser Stelle ebenfalls sehr herzlich für ihr Engagement gedankt. Durch ihre aktive Beteiligung konnte ein weiterer Schritt zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation geleistet werden. 25 zur Teilnahme an der Kostenerhebung verpflichtete Krankenhäuser haben für das Datenjahr 2017 keine fallbezogenen Daten geliefert. Mit dem Datenjahr 2018 kann bei Einstieg dieser Krankenhäuser in die fallbezogene Kostenerhebung mit einer weiteren Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation gerechnet werden.

Das InEK legte den Selbstverwaltungspartnern (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) am 31. August 2018 den Entwurf des G-DRG-Systems 2019 vor. Nach ausführlicher Beratung der Fach- und Entscheidungsgremien konnten der G-DRG-Fallpauschalen-Katalog 2019 und die dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen am 28. September 2018 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 2018

## 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 2019 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](http://www.g-drg.de)) im Archiv zum Herunterladen zur Verfügung.

### 2.1 Datenerhebung und Datenprüfung

#### *Datenerhebung*

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

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 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) genannten Einrichtungen (Geltungsbereich der Bundespflegegesetzverordnung – PEPP-Entgeltsystem). Die entsprechenden Fälle wur-

den in eine separate Datenhaltung überführt. Gleiches gilt für vorstationäre Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung sowie Begleitpersonen.

- Überliegerbereinigung

Als Überlieger galten Behandlungsfälle, die vor dem 1. Januar 2017 aufgenommen, aber erst 2017 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 2019

#### 3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Das G-DRG-System 2019 umfasst insgesamt 1.318 DRGs. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Veränderungen zur Vorjahresversion:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
G-DRG-System 2019	1.318	+ 26
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.271	+ 26
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 2019

Im Zusatzentgelte-Katalog (Anlage 2 Fallpauschalenvereinbarung FPV) 2019 befinden sich 93 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 94). Die Anzahl der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 FPV 2019) liegt bei 121 (Vorjahr: 110).

Für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG Angaben zu ca. 22,2 Mio. Fällen (Entgeltbereich „DRG“) aus 1.480 Krankenhäusern übermittelt.

Nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen liegt die Anzahl der Kalkulationskrankenhäuser mit 282 um 28 höher als im Vorjahr. Die auswertbare Fallmenge aus den Kalkulationskrankenhäusern betrug ca. 4,2 Mio. Fälle. Im vollstationären Bereich ist die auswertbare Fallmenge aus den Kalkulationskrankenhäusern (ca. 4,1 Mio. Fälle) im Vergleich zum Vorjahr um 6,4% gestiegen.

Die Schwerpunkte der klassifikatorischen Überarbeitung für 2019 bezogen sich vor allem auf folgende thematisch eher übergeordnete Bereiche:

- **Behandlung von Kindern**

Obwohl die verbesserte Abbildung der Behandlung von Kindern seit Jahren stets einen der wesentlichen Schwerpunkte der jährlichen Weiterentwicklung des Entgeltsystems darstellt, sind die für 2019 erreichten Veränderungen auch im Vergleich mit den Vorjahren von nochmals größerer Bedeutung.

In Summe ist der Wechsel vom G-DRG-System 2018 auf das G-DRG-System 2019 mit einer um 2,2% verbesserten Gesamtvergütung für Patienten bis 16 Jahre verbunden (gemessen auf Grundlage der Gesamtdaten des Jahres 2017) – eine noch nie zuvor erreichte Größenordnung. Dies entspricht einer Umverteilung innerhalb des G-DRG-Systems von rund 100 Mio. € zugunsten von Kindern.

Für diese massive Aufwertung sind sowohl zahlreiche Anpassungen der DRGs der MDC 15 *Neugeborene* (z.B. Extremkostenumbauten wie die Aufwertung

aufwendiger Eingriffe bei Ösophagusatresie, Neufestsetzung der Grenzwerte für Beatmungstunden, u.v.a.m.) als auch in den Patienten mit Alter über 28 Tagen vorbehaltenen organbezogenen MDCs (z.B. neue oder veränderte Alterssplits, Aufwertung von *äußerst schweren oder schweren CC* in Verbindung mit bestimmtem Kindesalter) verantwortlich. Die einzelnen Veränderungen sind in den Kapiteln zum Thema Neugeborene (Kap. 3.3.2.19) bzw. Versorgung von Kindern (Kap. 3.3.2.33) ausführlich dargestellt.

Auch Präzisierungen der Katalogmethodik (z.B. bei den Langliegerzuschlägen) tragen ebenso einen Teil zur weiteren Verbesserung der Vergütung von Kindern bei wie auch neue Zusatzentgelte, von denen in erster Linie das für 2019 neu etablierte ZE für *Nusinersen* zu nennen ist.

#### ■ Abbildung der Pflege

Die in den letzten Jahren in stetig zunehmendem Maße genutzten Möglichkeiten einer verbesserten Abbildung der hochaufwendigen Pflege innerhalb des G-DRG-Systems wurden auch bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2019 konsequent weiterverfolgt und zum Teil weiter ausgebaut. Zu nennen sind hier insbesondere

- Bestätigung der erstmals für 2018 etablierten Zusatzentgelte zur Abbildung der Pflegebedürftigkeit (gem. §§ 14, 15 SGB XI). Diese konnte erstmals im Datenjahr 2017 als Pflegegrade verschlüsselt werden (zuvor: Pflegestufen), auch zeigte sich eine im Vergleich zum Vorjahr verbesserte, aber weiterhin noch nicht vollständige Erfassung. Im Ergebnis blieben die Zusatzentgelte ZE162 und ZE163 in Definition (Pflegegrad > 2 und Verweildauer > 4 Belegungstage) und Höhe weitgehend unverändert.
- Bestätigung der PKMS-Zusatzentgelte (ZE130 und ZE131) bei unveränderter Kalkulationsmethodik und weitgehend stabilem Erlösniveau. Für den erstmals 2017 kodierbaren PKMS-F (hochaufwendige Pflege von Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen) war auf Grundlage der Daten des Jahres 2017 noch keine Ausweisung eines systemweiten Zusatzentgelts möglich.
- Moderat höhere Gruppierungsrelevanz der in den Tabellen für „aufwendige Behandlungen“ zusammengefassten Verfahren (enthalten sind insbesondere PKMS und weitere Komplexcodes, die mit hohen Pflegeaufwänden einhergehen): In einigen wenigen DRGs vor allem der medizinischen Partition konnten diese Leistungen für 2019 erstmals als direktes Eingruppierungskriterium verwendet werden und tragen so weiter zu einer sachgerechten Abbildung von Fällen mit hochaufwendiger Pflege bei. In allen DRGs, die bereits für 2018 anhand der „aufwendigen Behandlungen“ definiert waren, bestätigte sich die Eignung als Kostentrenner auch für 2019. Trotz kleiner Fallzahlen und noch eher uneinheitlicher Kodierung konnten hier auch die neuen Codes für die hochaufwendige Pflege von Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen (PKMS-F) erstmals Berücksichtigung finden.

Letztendlich stellen die für 2019 umgesetzten Verbesserungen bei der Abbildung der Pflege zwar relevante, jedoch im Umfang eher zurückhaltende Umbauten ohne Etablierung strukturell neuer Abbildungsmöglichkeiten dar. Dies steht auch vor dem Hintergrund einer ab 2020 durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) voraussichtlich erheblich veränderten Abbildung der Pflege im Entgeltsystem der deutschen Krankenhäuser.

- Sonstige DRGs 801 und 802

Eine der sowohl relevantesten als auch komplexesten Veränderungen für 2019 stellt sicher die umfangreiche Überarbeitung der *Sonstigen DRGs* 801 und 802 dar. Diese DRGs waren sowohl hinsichtlich der im letzten Jahr zunehmenden Fallzahl als auch hinsichtlich der definitorischen und ökonomischen Inhomogenität auffällig.

Durch eine komplexe Umgestaltung mit Neuordnung einer Vielzahl von präzise beschreibbaren Fallkonstellationen unabhängig von der jeweiligen Hauptdiagnose der Fälle konnte die Inhomogenität stark vermindert und die Sachgerechtigkeit der Vergütung sowohl komplexer als auch vergleichsweise wenig komplexer Fälle deutlich verbessert werden. Beispielsweise sind Fälle mit Implantation eines Herzschrittmachers, die aufgrund von ungewöhnlichen Verläufen eine nicht kardiologische Hauptdiagnose aufweisen bei entsprechenden hohen Verweildauern, hochrelevanter Komorbidität und umfangreicher Diagnostik weiterhin den *Sonstigen DRGs* 801 und 802 zugeordnet. Fälle mit typischen Verweildauern und Kostenprofilen werden jedoch zukünftig hauptdiagnoseunabhängig der MDC 05 und damit überwiegend der Basis-DRG F12 *Implantation eines Herzschrittmachers* zugeordnet, wo eine differenzierte Abbildung auch unter Berücksichtigung des Implantattyps möglich ist. Zahlreiche weitere Veränderungen der *Sonstigen DRGs* werden im entsprechenden Kapitel detailliert dargestellt.

- Komplizierende Konstellationen

Die als *Komplizierende Konstellationen (KK)* bezeichnete Klasse von Funktionen im G-DRG-System stellt eine Methode zur Berücksichtigung der individuellen Erkrankungsschwere an Stellen im G-DRG-Algorithmus dar, an denen einzelne Prozeduren und Nebendiagnosen die relevanten Unterschiede nicht mehr beschreiben können. Zudem sind sie ein wichtiges Instrument zur sachgerechten Vergütung von Extremkostenfällen. Die ersten dieser Funktionen wurden bereits vor fast 15 Jahren mit dem Ziel etabliert, insbesondere intensivmedizinische Leistungen besser abzubilden. In den letzten Jahren hatte sich bereits gezeigt, dass eine stärker individuelle Anpassung der gruppierungsrelevanten Attribute dieser Funktionen teilweise erforderlich war. Für 2019 wurden alle bestehenden Funktionen *Komplizierende Konstellationen* und alle DRGs, in denen diese gruppierungsrelevant sind, umfassend überprüft mit der zentralen Fragestellung, welche der für KK relevanten Prozeduren in den jeweiligen DRGs tatsächlich noch relevante Mehrkosten repräsentieren – und welche nicht.

Im Ergebnis konnten einige bestehende Funktionen präzisiert und zahlreiche individuell angepasste Funktionen neu etabliert werden mit der Folge einer stärker individuellen und deutlich sachgerechteren Abbildung von hochaufwendigen und meist, aber nicht immer intensivmedizinisch geprägten Fällen.

Die durch den R<sup>2</sup>-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 2018	G-DRG-System 2019	Verbesserung (in %)
R <sup>2</sup> -Wert auf Basis aller Fälle	0,7767	0,7805	+0,5
R <sup>2</sup> -Wert auf Basis der Inlier	0,8645	0,8675	+0,3

Tabelle 2: Vergleich der Varianzreduktion R<sup>2</sup> im G-DRG-System 2018 und 2019 (Datenbasis: Datenjahr 2017)

## 3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung

### 3.2.1 Datenbasis

#### 3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung

Für das Datenjahr 2017 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 2017 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	1.480	282
Anzahl Betten	428.258	106.883
Anzahl Fälle	22.214.122	4.921.953

Tabelle 3: Umfang der Datenlieferung, Entgeltbereich „DRG“, Datenjahr 2017 (Stand: 31. Mai 2018)

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 3 dokumentierten Umfang von 1.480 Krankenhäusern bzw. 282 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. Übereinstimmend stellen in beiden Erhebungen die Bundesländer Bayern und Nordrhein-Westfalen die größten Anteile einbezogener Krankenhäuser.

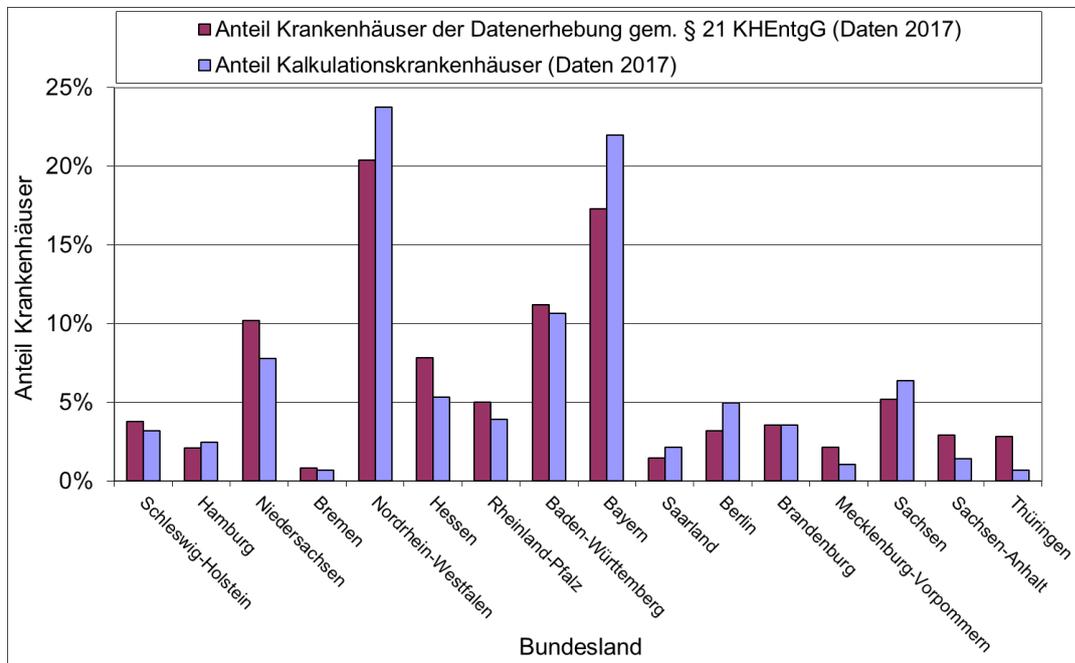


Abbildung 1: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser

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 Häuser 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.

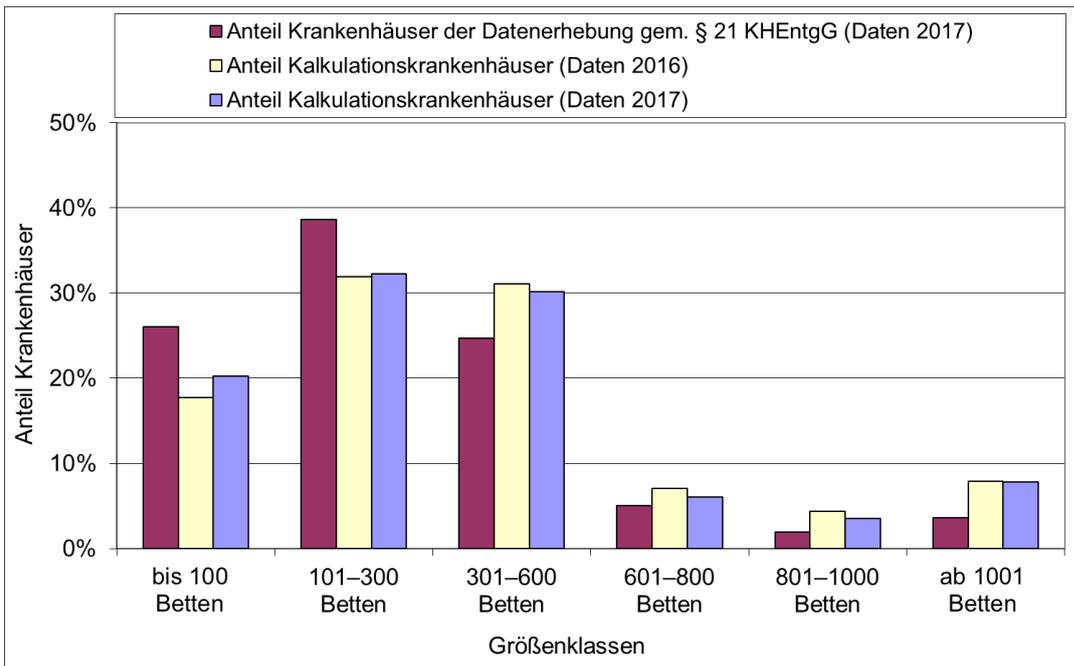


Abbildung 2: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser

Im Vergleich zum Vorjahr steigt der Anteil der Kalkulationskrankenhäuser mit bis zu 300 Betten leicht an, während dieser Anteil bei den Häusern ab einer Größe von mehr als 300 Betten leicht abnimmt.

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

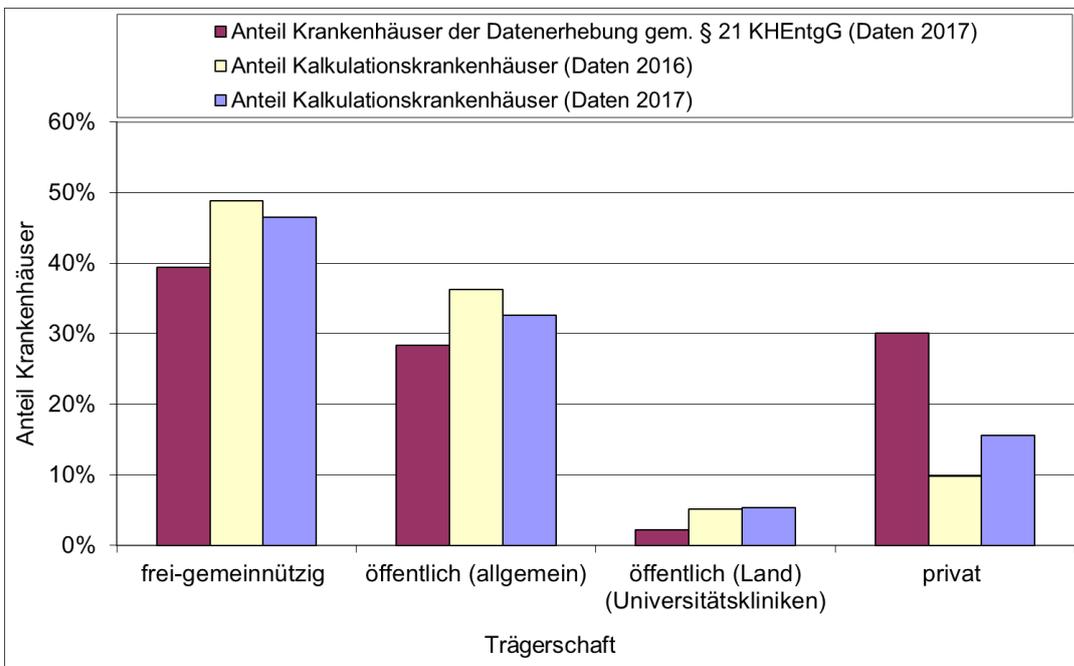


Abbildung 3: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser

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 2016 und 2017 zeigt einen Anstieg des Anteils privater Kalkulationskrankenhäuser, während dieser Anteil bei frei-gemeinnützigen sowie bei nicht universitären öffentlichen Kalkulationskrankenhäusern leicht zurückgeht.

### **Umfang der Datenlieferungen**

Der Anteil fehlerhafter Datensätze an den übermittelten Daten gem. § 21 KHEntgG lag nach Auswertung der Datenstelle mit 0,13% unverändert auf niedrigem Niveau und wiederholt damit praktisch den Vorjahresstand (0,12%).

Insgesamt stellten die Kalkulationskrankenhäuser 5.755.071 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 5,6 Nebendiagnosen auf. Die Kostendaten wiesen je Fall im Durchschnitt 26,3 verschiedene Kostenmodule aus.

Nach Ausschluss der vom Matchingproblem betroffenen und der nicht DRG-relevanten Datensätze standen 4.921.953 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 4.921.953 geprüften Datensätze.

<b>Bereinigung/Korrektur</b>	<b>Anteil Datensätze (in %)</b>	<b>Maßnahme</b>
Korrektur Zusatzentgelte: Dialysekosten, Kosten für Faktorpräparate bei Bluterbehandlung	0,9	Bereinigung Dialysekosten, Kostenseparation
Korrektur sonstige Zusatzentgelte	7,9	Bereinigung in relevanten Kostenmodulen bzw. Herausnahme aus der Datenbasis
Überliegerbereinigung	0,3	Herausnahme aus der Datenbasis

*Tabelle 4: Ergebnis der Datenbereinigungen und -korrekturen (bezogen auf 4.921.953 Datensätze, Entgeltbereich „DRG“), Basis: Datenjahr 2017*

### **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 4.222.424 Datensätze zur Verfügung. Auf Grundlage der Ergebnisse der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen haben sich in Abstimmung mit dem InEK zehn Krankenhäuser für eine Stornierung ihrer

insgesamt 227.523 Kalkulationsdatensätze (4,6% der Datensätze) entschieden. Insgesamt wurden 14,2% der 4.921.953 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 <u>vor</u> Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen	Fallzahl <u>nach</u> Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen
Versorgung in Hauptabteilung	4.660.251	4.057.754
Belegärztliche Versorgung	70.143	54.895
Teilstationäre Versorgung	191.559	109.775
<b>Gesamt</b>	<b>4.921.953</b>	<b>4.222.424</b>

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 2017

Der Anteil plausibler Fälle lag im Datenjahr 2017 damit bei 86% (Vorjahr: 86%).

### 3.2.1.2 Ergänzende Datenbereitstellung

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

Neben dieser Differenzierung der Datenbasis ermöglicht die ergänzende Datenbereitstellung in Einzelfällen ein Verkürzen der sogenannten Kalkulationslücke durch die Abfrage von Leistungen und Leistungsdifferenzierungen aus der ICD-10-GM Version 2018 und dem OPS Version 2018 ebenso wie von Leistungen, die in diesen Katalogen noch nicht abgebildet sind. Diese standen in den regulären Daten der Kalkulationskrankenhäuser aus dem Jahr 2017 noch nicht zur Verfügung. Ohne die ergänzende Datenbereitstellung hätten diese Informationen erst in der Kalkulation des Jahres 2019 oder – nach Einführung neuer Codes für 2019 – erst im Jahr 2020 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, minimalinvasive Operationen an Herzklappen, Implantation von Stentgraft-Prothesen an der Aorta, Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation, aktive mechanische Hörimplantate und Implantate zur direkten akustischen Stimulation der Cochlea bzw. Koronarstents) abgefragt, um spezielle Informationen zu erhalten, die über die Angaben des Regeldatensatzes hinausgehen.

Insgesamt haben 251 Kalkulationskrankenhäuser 295.453 Leistungsdaten übermittelt. Eine detaillierte Übersicht über die ergänzend bereitgestellten Leistungsdaten zeigt Tabelle 6.

<b>Daten</b>	<b>Anzahl Krankenhäuser</b>	<b>Anzahl Daten</b>
Leistungs- und Kostendaten zu Medikamenten	249	206.308
Leistungs- und Kostendaten zu Blutprodukten	217	56.075
Leistungs- und Kostendaten zu Neurostimulatoren, mit Angaben zum Typ des Implantats	91	2.524
Leistungs- und Kostendaten zu minimalinvasiven Operationen an Herzklappen, mit Angaben zum Typ des Implantats	44	9.094
Leistungs- und Kostendaten zu Stentgraft-Prothesen an der Aorta	54	431
Leistungs- und Kostendaten zu Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation	85	4.698
Leistungs- und Kostendaten zu bestimmten Koronarstents	46	550
Leistungs- und Kostendaten zu bestimmten Hörimplantaten und bestimmten Cochleaimplantaten	25	172
Leistungsdaten zu anderen operativen und interventionellen Verfahren	57	644
Leistungsdaten zu Dialysen	160	14.909

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 KHEntgG zur Datenlieferung verpflichteten Krankenhäusern vorliegen, wird zwar eine bessere Beurteilung von Mehrkosten bestimmter Verfahren ermöglicht, eine sichere Abschätzung über die bundesweite Leistungsmenge ist aber nicht in jedem Fall möglich. Infolgedessen ist es nur bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen möglich, den DRG-Algorithmus basierend auf den Daten der ergänzenden Datenbereitstellung auszubauen. Zur Analyse und Bewertung ZE-relevanter Leistungen sind die ergänzenden Daten aber unverzichtbar.

## **3.2.2 Vorschlagsverfahren**

### **3.2.2.1 Grundzüge des Verfahrens**

Wie in den vergangenen Jahren hatten die Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG das InEK erneut beauftragt, das sogenannte „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2019 (Vorschlagsverfahren für 2019)“ 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 2019 wurde am 30. November 2017 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 29. Mai 2018 auf der Internetseite des InEK veröffentlicht.

Analog zum Vorgehen in den Vorjahren wurden die Eingaben systematisch aufbereitet und in sogenannte „Minimale Bearbeitungseinheiten“ gegliedert. Die simulierbaren Vorschläge wurden auf Basis der aus den Kalkulationskrankenhäusern gelieferten Daten überprüft. Näher beschrieben wird das Verfahren der Simulation und Bewertung vorgeschlagener Änderungen der G-DRG-Klassifikation in Kapitel 3.2.2.3. Die nicht simulierbaren Hinweise flossen durch die Schärfung des Problembewusstseins zu den dargestellten Themen in die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems ein.

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

### 3.2.2.2 Beteiligung

Die Beteiligung am Verfahren bewegte sich in einem ähnlichen Rahmen wie im Vorjahr. Insgesamt sind 264 Vorschlagssendungen eingegangen. Dabei wurden 123 Vorschlagssendungen von Fachgesellschaften oder Verbänden sowie weitere 141 Vorschlagssendungen von Einzelpersonen/Institutionen eingebracht. Da eine Vorschlagssendung aus mehreren Teilvorschlägen (also Vorschlägen zu verschiedenen Problemstellungen oder DRGs) bestehen konnte, ergaben sich rund 363 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 2017 zweifelsfrei identifizierbar waren.

Die meisten Vorschläge gingen zu den Fachgebieten Zusatzentgelt-Medikamente, Zusatzentgelt-Prozeduren, Gynäkologie und Geburtshilfe, Gefäßchirurgie sowie Unfallchirurgie/Orthopädie ein. Eine detaillierte Aufstellung der vorschlagenden Institutionen, Organisationen und Einzelpersonen kann der Zusammenstellung der Vorschläge entnommen werden, die auf den Internetseiten des InEK zum Herunterladen bereitsteht.

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

### 3.2.2.3 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge

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

Beim Vorschlagsverfahren für 2019 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 2018) 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 2019 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 Codes durchgeführt werden, die in den Datensätzen vorhanden waren oder aufgrund einer ergänzenden Datenbereitstellung zur Verfügung standen. Mit neu beantragten Codes wurde wie oben beschrieben verfahren. Wurden diese Codes vom DIMDI in die Klassifikationen aufgenommen, können sie ab dem Jahr 2019 verschlüsselt werden und stehen dann spätestens im Jahr 2020 in den Kalkulationsdaten zur Analyse zur Verfügung. Vorschläge, die auf Codes des Jahres 2018 basieren, wurden weitestgehend auf Codes des Jahres 2017 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 2019. Weiterhin wurden die DKR an Änderungen der Diagnosen-/Prozedurenklassifikation sowie der G-DRG-Klassifikation für 2019 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 2018 abweichen bzw. außerhalb der Systemarchitektur des G-DRG-Systems lagen, wurden auf innerhalb des G-DRG-Systems simulierbare Hinweise untersucht oder flos-

sen in die Diskussion bei der Änderung methodischer Ansätze (z.B. Wiederaufnahmeregelung) ein.

- Vorschläge zur Herausnahme einzelner Fachgebiete/Erkrankungen/Einrichtungen

Wie bereits in den Vorjahren gingen nur noch wenige Vorschläge zur Herausnahme einzelner Fachgebiete/Erkrankungen/Einrichtungen im Rahmen des Verfahrens ein. Primär war es Ziel des Verfahrens, eine Lösung innerhalb des DRG-Systems zu finden. Einige DRGs wurden jedoch im Fallpauschalen-Katalog für das Jahr 2019 nicht mit einer Bewertungsrelation (BR) belegt (Anlagen 3a und 3b der FPV 2019) 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. Insgesamt lassen sich rund 2.000 durchgeführte Simulationen direkt auf das Vorschlagsverfahren zurückführen. Grundsätzlich wurde bei allen Vorschlägen 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 und stets eine Umsetzung in größtmöglichem Umfang angestrebt.

### **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 Überversütung 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 zur sachgerechten Korrektur der Bewertungsrelationen eine Sachkostenvereinbarung geschlossen, nach der die Sachkostenkorrektur für das G-DRG-System 2019 zu 60% umgesetzt wird. 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 den Infrastrukturkosten sind allerdings auch Personalkosten, u.a. für Verwaltungsmitarbeiter, enthalten. Die in den Infrastrukturkosten enthaltenen Sachkostenanteile werden bei der Sachkostenkorrektur nicht absenkend berücksichtigt. 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
1 Normalstation	549,70	976,70	39,65	53,51	2,28		62,23	8,98	6,39	304,45	867,20
2 Intensivstation	458,84	918,72	8,13	62,99	11,52	6,19	157,18	1,48	4,05	167,48	444,26
3 OP-Bereich	224,30		190,10	14,64	1,70	4.266,50	165,07	346,50	63,88	97,31	143,78
4 Anästhesie	262,87		155,67	22,65	6,65		75,78	11,88		38,62	72,39
5 Kardiologie	303,96		316,46	10,53	1,96	9.808,95	136,28	818,93	19,65	143,58	224,64
7 Endoskopie	1,84		1,92	0,05	0,01		0,59	0,56	0,53	0,87	1,25
8 Radiologie	80,52		81,82	1,74	0,31	7,49	11,99	10,53	52,79	36,16	49,50
9 Laboratorien	20,71		97,14	4,28	39,29		77,36	1,35	55,19	17,88	38,81
10 Diagnost. Bereiche	99,96	1,05	67,06	0,93	0,03		8,25	0,01	0,90	26,58	40,75
11 Therapeut. Verfahren	1,95	0,02	59,75	0,02	0,08		0,55	0,04	7,90	2,84	14,02
12 Patientenaufnahme	18,49	6,80	10,44	0,35	0,08		1,80			7,16	11,24
13 Summe	2.023,14	1.903,29	1.028,14	171,69	63,91	14.089,13	697,08	1.200,26	211,28	842,93	1.907,84
	4.954,57			16.433,35						2.750,77	

Abbildung 4: Kostenmatrix DRG F98B Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen, [...], Datenjahr 2017

Der gelb hinterlegte Teil der Kostenmatrix stellt die Personalkosten (in Summe 4.954,57 €), der grün hinterlegte Teil die Sachkosten (16.433,35 €) und der blau hinterlegte Teil die Infrastrukturkosten (2.750,77 €) 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 3.096,24 € eine Bewertungsrelation in Höhe von 8,080 ergeben. Diese Bewertungsrelation setzt sich aus den drei Teilwerten für die

- Personalkosten 1,600 (= 4.954,57 € / 3.096,24 €),
- Sachkosten 5,308 (= 16.433,35 € / 3.096,24 €) und
- Infrastrukturkosten 0,888 (= 2.750,77 € / 3.096,24 €)

zusammen (1,600 + 5,308 + 0,888 = 7,796).

### **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 2019 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 2019, das als gewichteter Mittelwert der landesweiten Basisfallwerte für 2018 die Ausgangsbasis zur Bestimmung des Bundesbasisfallwerts für 2019 darstellt. Die Differenz zwischen der Bezugsgröße (3.096,24 €) und dem Berechnungsergebnis gem. § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntgG (3.453,46 €) beträgt 357,22 € (=10,79%). Die in der Sachkostenvereinbarung konsentrierte Umsetzung zu 60% wird dadurch erreicht, dass 60% der Differenz von 357,22 € (= 214,33 € bzw. 6,92%) bei der Sachkostenkorrektur berücksichtigt werden. Entsprechend wird als Divisor für die Sachkosten der Wert  $3.096,24 \text{ €} + 214,33 \text{ €} = 3.310,57 \text{ €}$  (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 2019 ergibt sich dann 3.045,17 €.

Die Bewertungsrelation der DRG F98B für den Entgeltkatalog 2019 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 1,627 (=4.954,57 € / 3.045,17 €),
- Sachkosten 4,964 (=16.433,35 € / 3.310,57 €) und
- Infrastrukturkosten 0,903 (= 2.750,77 € / 3.045,17 €)

zusammen ( $1,627 + 4,964 + 0,903 = 7,494$ ).

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 +1,68% 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 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 2019 ist 60% der Differenz zwischen der Bezugsgröße und dem Berechnungsergebnis gem. § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntG für 2019 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 Verschluss Bandscheibendefekt mit Implantat, ohne Bandscheibeninfektion, ohne andere Eingriffe an der Wirbelsäule
I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff an der Wirbelsäule ohne komplexen Eingriff an der Wirbelsäule ohne Diszitis, ohne Bandscheibeninfektion
I10F	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff und mehr als ein Belegungstag
I10G	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff und ein Belegungstag oder mit anderem kleinen Eingriff
I10H	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne anderen kleinen Eingriff
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne best. kompliz. Faktoren, ohne komplexe Diagnose an Becken/Oberschenkel, ohne best. endoprothetischen Eingriff, oh. gelenkplastischen Eingriff am Hüftgelenk, oh. Implantation oder Wechsel einer Radiuskopfprothese
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, mehr als ein Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh.
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 169 Fälle und für die DRG I68E 38 Fälle. Von den Vertragsparteien auf Bundesebene wurde 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 für die Leistungserbringung bis einschließlich der jeweiligen Median-Fallzahl eingetragen. Die gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen wurde gemeinsam mit der Sachkostenkorrektur als integrierter Gesamtprozess durchgeführt, sodass die Auswirkungen der gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen bei der Berechnung des Korrekturwerts bereits berücksichtigt wurden. Entsprechend 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 Prozedurenkodex, 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 bei intensivmedizinischer Betreuung (insbesondere Aufenthaltsdauer, TISS/SAPS-Score, Kosten).

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 (VWD) 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 der seit dem Datenjahr 2016 bestehenden weiteren Differenzierung der Kalkulationsmatrix können die unterschiedlichen Leistungserbringungen in den diagnostischen und therapeutischen Leistungsbereichen der Krankenhäuser besser abgebildet sowie die dazugehörigen Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sachgerechter ausgestaltet werden.

Gemäß der neuen Matrixstruktur wurden die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen bereits für das Datenjahr 2016 an die neue Kostenstellengruppenstruktur angepasst. Dabei konnte für das Datenjahr 2016 bei einigen Prüfungen noch nicht auf Erfahrungswerte der Vergangenheit zurückgegriffen werden, da sich die Prüfungsinhalte bestehender Prüfungen noch auf die alte Differenzierung der Kostenstellengruppen bezogen. Für das Datenjahr 2017 lagen nunmehr erste Erfahrungswerte hinsichtlich der unterschiedlichen Ausprägungen vor, sodass diese Informationen für die Pflege und Weiterentwicklung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen herangezogen werden konnten.

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. Einige prüfungsrelevante Aspekte der Versorgung von Patienten in der Kostenstellengruppe 13 (Patientenaufnahme) konnte nur im Zusammenspiel mit den Kostenwerten der Kostenstellengruppe 1 (Normalstation) geprüft werden. Ursächlich hierfür ist die unterschiedliche Organisationsstruktur der Krankenhäuser hinsichtlich der Bereitstellung von Betten in den Leistungsbereichen der Patientenaufnahme. So können bei bettenführenden Aufnahmestationen Patienten mit kurzer Verweildauer und vergleichsweise weniger komplexem Behandlungsablauf direkt dort abschließend stationär versorgt werden; sie müssen nicht auf eine bettenführende Normalstation im übrigen Krankenhaus verlegt werden. In

der Konsequenz sind dann für diese Patienten die Matrixfelder der Kostenstellengruppe 1 (Normalstation) nicht besetzt.

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 (seit G-DRG-System 2018 ZE20xx-139), unabhängig davon, ob die Gabe von Blutgerinnungsfaktoren im Datenjahr 2017 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 krankenhausübergreifende Analysen zu ausgewählten Artikelgruppen mit Relevanz für die Pflege und Weiterentwicklung des Entgeltsystems erstellt. Dabei wurden die Fälle identifiziert, die in einer Gesamtschau deutliche Abweichungen in den zugeordneten Einzelkosten im Vergleich zu den durchschnittlichen Kosten der entsprechenden Implantate oder des entsprechenden medizinischen Sachbedarfs 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. Teilweise konnte die Übermittlung auffälliger Kostenwerte auf die fehlende Berücksichtigung von (Natural-)Rabatten und Skonti zurückgeführt werden.

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 be-

stimmte 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. Zudem wurden Prüfungen angepasst, um inhaltliche Überschneidungen zu anderen Prüfungen zu vermeiden. 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 weiter konsolidiert. Dabei wurden vor allem Prüfungen 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**

Die normativ-analytische Ableitung bei nicht eigenständig kalkulierten DRGs wurde im Vergleich zu den Vorjahren ebenfalls unverändert durchgeführt. Bei der Berechnung der Bewertungsrelationen für die DRGs mit belegärztlicher Versorgung wurde die Methodik aus den Vorjahren weitestgehend übernommen. Aufgrund der Ziehung zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation und des damit verbundenen Anstiegs der Fälle mit Beleganästhesisten wurde, mit dem Ziel, alle Kosteninformationen nutzen zu können, für DRGs mit überproportionalem Anteil dieser Versorgungsform eine zweistufige Kalkulation eingeführt.

Dabei gehen in der ersten Stufe alle Kostenwerte in die Durchschnittsberechnung ein (Beleganästhesisten ohne Kosten!). Der sich daraus im Modul für den ärztlichen Dienst in der Anästhesie ergebende Kostenwert reflektiert folgerichtig nicht die typischerweise durch einen angestellten Anästhesisten verursachten Kosten in dieser DRG. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, wurde in der zweiten Stufe der Kalkulation dieser „falsch niedrige“ Wert durch einen plausiblen, den typischen Behandlungsaufwand reflektierenden Wert ersetzt. Die Berechnung des „Ersatzwertes“ erfolgt dabei auf Basis der plausiblen Kalkulationsfälle der jeweiligen Beleg-DRG mit angestelltem Anästhesisten.

Durch die zweistufige Kalkulation und den Austausch lediglich eines Kostenmoduls durch einen plausiblen Wert konnten letztlich vergleichbare Informationen in größerem Umfang genutzt werden. Im Ergebnis konnte mit dieser Vorgehensweise der mit der Ziehung zur Erhöhung der Repräsentativität beabsichtigte Anstieg der plausiblen Fälle und eine stabilere Datenbasis erreicht werden.

Zur Verbesserung der Datenqualität für die Kalkulation des Entgeltkatalogs 2019 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 43.068 Datensätzen wurden somit 67 DRGs eigenständig kalkuliert. Eine Aufstellung dieser DRGs befindet sich im Anhang (siehe Tab. A-2). Die Datenbasis ist im Vergleich zum Vorjahr deutlich angestiegen. Wird die Gesamtheit der gelieferten §-21-Daten betrachtet, repräsentieren diese DRGs rund 65% aller abrechenbaren Belegfälle in Deutschland. Die Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung (Spalte 4, Teil b des Fallpauschalen-Katalogs) liegen bei den eigenständig kalkulierten DRGs im Mittel 34,5% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tab. 8).

Differenz Bewertungsrelation	DRGs kalkuliert	DRGs abgeleitet
Bis 10%	0	83
Über 10% bis 20%	2	553
Über 20% bis 30%	18	115
Über 30% bis 40%	29	1
Über 40% bis 50%	18	0
Mittelwert (ungew.)	34,5%	15,2%

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 Er-

lösbeiträge 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 426 DRGs zusätzlich zum Abzug der Arztkosten ein Zu- bzw. Abschlag der verweildauerabhängigen Module vorgenommen (136 DRGs mit Zuschlag, 290 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 15,2% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tab. 9). Bei 40,02% der DRGs wurden lediglich die Arztkosten abgezogen, ohne dass weitere Anpassungen vorgenommen wurden (siehe Tab. 9). Die untere und obere Grenzverweildauer wurden nach den üblichen Vorschriften abgeleitet. Entsprechend wurde für den Entgeltkatalog bei belegärztlicher Versorgung die obere Grenzverweildauer im Vergleich zur Hauptabteilung 180 Mal abgesenkt und 60 Mal angehoben. Die untere Grenzverweildauer wurde im Vergleich zur Hauptabteilung 32 Mal abgesenkt und 12 Mal angehoben.

<b>Verfahren</b>	<b>Anzahl DRGs</b>
Zu- und Abschläge durch VWD-Anpassung	426
Nur Abzug Arztkosten	329
Eigenständig kalkulierte DRGs	67
<b>Gesamt</b>	<b>822</b>

*Tabelle 9: Überblick Kalkulationsmethodik der DRGs bei belegärztlicher Versorgung*

Für 449 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 2 verringert (Vorjahr: 824 DRGs).

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

- Bewertungsrelation bei Belegoperatoren/-ärzten und Beleganästhesisten
- Bewertungsrelation bei Belegoperatoren/-ärzten und Beleghebammen
- Bewertungsrelation bei Belegoperatoren/-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 Leistungsbezeichnungen keine weiteren sachgerechten teilstationären Fallpauschalen gebildet werden.

#### ***Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung***

Für das Datenjahr 2017 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 2.232 Kalkulationsdatensätze der L90B und 147.634 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	37,25	40,27
Pflegedienst	2	34,29	68,23
Med.-technischer Dienst	3	75,43	22,84
Arzneimittel	4a	10,11	9,90
Arzneimittel Einzelkosten	4b	0,35	3,37
Implantate/Transplantate	5	0,00	0,00
Übriger med. Bedarf	6a	59,28	37,80
Übriger med. Bedarf Einzelkosten	6b	2,53	7,71
Sachkosten für von Dritten bezogene med. Behandlungsleistungen	6c	0,22	2,44
Med. Infrastruktur	7	19,39	22,99
Nicht med. Infrastruktur	8	56,50	48,51
<b>Gesamt</b>		<b>295,35</b>	<b>264,07</b>

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 2017

Kode	Hauptdiagnose	Fälle
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	57
Z49.1	Extrakorporale Dialyse	40

Tabelle 11: Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90B Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2017

Kode	Hauptdiagnose	Fälle
Z49.1	Extrakorporale Dialyse	8.103
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	1.834

Tabelle 12: Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2017

Kode	Prozeduren	Anzahl
8-857.0	Peritonealdialyse: Intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	2.045
8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	164

Tabelle 13: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90B Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2017

Kode	Prozeduren	Anzahl
8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	94.246
8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	37.724
8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	8.324

Tabelle 14: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2017

### 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 zugeordnet, durch den die Begleiterkrankungen des Falles implizit in die Zuordnung zu einer Fallpauschale eingehen können, ohne die Aufwandserhöhung durch die Begleiterkrankungen für jeden Fall und jede DRG für jede mögliche Diagnose und Diagnoskombination 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 Verbesse-

rung 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. Seit dem G-DRG-System 2018 schließen Hauptdiagnosen, die den CCL-Wert 0 haben, Nebendiagnosen mit einem CCL-Wert größer als 0 nicht mehr aus. Diese Änderung des G-DRG-Groupers führt in der Konsequenz systemweit zu einem Anstieg des PCCL-Niveaus. Wie in den letzten beiden Jahren 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 werden auch die Auswirkungen von Änderungen in der ICD-10-GM (z.B. Kodedifferenzierungen) analysiert.

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

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

Auch im Datenjahr 2017 zeigt sich unverändert ein Anstieg der Anzahl an Nebendiagnosen (siehe Abb. 5). Bei gleichbleibenden CCL-Werten würde dies zu einem Anstieg des nach oben begrenzten PCCL-Niveaus führen. Für Diagnosen mit starkem Fallzahlwachstum sowie großer Häufigkeit im oder Bedeutung für das Gesamtsystem 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.

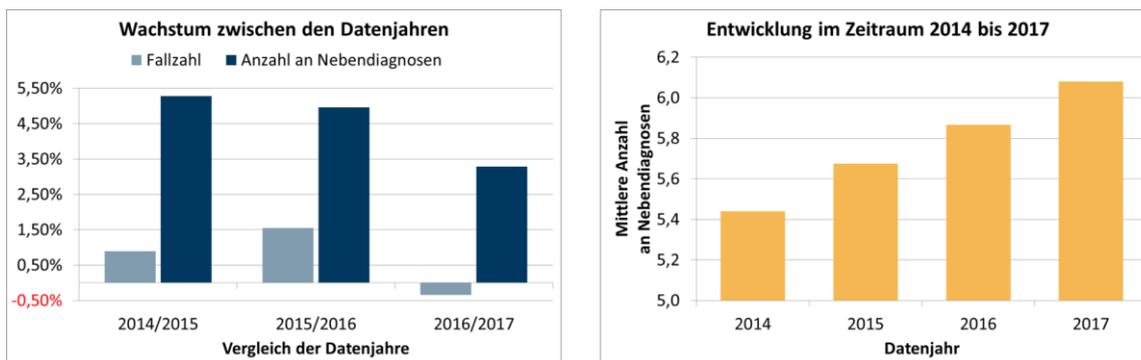


Abbildung 5: Vergleich des Wachstums von Fallzahl und Anzahl an Nebendiagnosen zwischen den Datenjahren 2014 und 2015, 2015 und 2016 sowie 2016 und 2017 (links) sowie Entwicklung der mittleren Anzahl an Nebendiagnosen je Fall für die Datenjahre 2014 bis 2017 (rechts) auf Basis der validen vollstationären Fälle der §-21-Daten 2014 bis 2017

### Weitere Anpassungen der CCL-Matrix, Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren

Die Beteiligung im Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems zur Überarbeitung der CCL-Matrix war in diesem Jahr im Vergleich zu den Vorjahren rückläufig. 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 (siehe Abb. 6). Bei im Mittel weniger betroffenen Basis-DRGs bleibt die Anzahl der diesjährigen Matrix-Anpassungen etwa auf Vorjahresniveau bei insgesamt deutlich weniger hiervon betroffenen Fällen als in den Vorjahren.

	für 2016	für 2017	für 2018	für 2019
DRG-spezifische Abwertungen in 1-2 Basis-DRGs	750	938	553	726
DRG-spezifische Abwertungen in 3-9 Basis-DRGs	645	435	50	514
DRG-spezifische Abwertungen in 10-29 Basis-DRGs	169	2	16	208
DRG-spezifische Abwertungen >29 Basis-DRGs	76	107	171	16
Abwertungen aus dem Vorschlagsverfahren	54	24	18	22
Aufwertungen aus dem Vorschlagsverfahren	10	3	1	0
Weitere Aufwertungen	112	10	11	0
<b>Gesamt</b>	<b>1.816</b>	<b>1.521*</b>	<b>827*</b>	<b>1.487*</b>
Neu aufgenommene Codes	12	42	7	1

Abbildung 6: Veränderungen an der CCL-Matrix für 2016 bis 2019; \* beinhaltet Doppelnennungen

Die Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren 2019 betrafen thematisch überwiegend Diagnosecodes aus der MDC 14 *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*. Es wurde u.a. darauf hingewiesen, dass der Diagnosecode O41.1 *Infektion der Fruchtblase und der Eihäute* in den Basis-DRGs der MDC 14 im Vergleich zu weniger spezifischen Di-

agnosekodes wie *Sonstige Infektion unter der Geburt (O75.3)* keinen CC-Wert aufweist. Die anschließenden Analysen zeigten signifikante Kostenunterschiede der Fälle mit dem Diagnosekode O41.1, sodass diese Diagnose in den Basis-DRGs der MDC 14 mit einem CC-Wert von 1 in die CCL-Matrix aufgenommen werden konnte.

Ebenfalls die Thematik Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett betreffend wurde darauf hingewiesen, dass die Diagnosekodes O24.- *Diabetes mellitus in der Schwangerschaft* in der CCL-Matrix zum Teil höher bewertet sind als die spezifischen Diagnosekodes für Diabetes mellitus. Der gesamte Kodebereich O24.- wurde so überarbeitet, dass in der Basis-DRG O01 *Sectio caesarea [...]* ab dem G-DRG-System 2019 unspezifische Diagnosekodes niedriger oder gleich bewertet sind wie spezifische Diagnosekodes für Diabetes mellitus. Des Weiteren wurden Diagnosen für bestimmte Komplikationen unter der Geburt bzw. im Wochenbett aufgrund inhaltlicher Widersprüchlichkeit zur Basis-DRG O65 *Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme* dort aus der CCL-Matrix gestrichen.

Weiteren Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren folgend, wurde der Diagnosekode T85.2 *Mechanische Komplikation durch eine intraokulare Linse* aus der CCL-Matrix gestrichen. Damit ist dieser Diagnosekode in der CCL-Matrix gleichgestellt mit dem verwandten Diagnosekode H27.0 *Aphakie*.

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. Eine vollständige Liste aller im Rahmen der Bearbeitung der CCL-Matrix verändert abgebildeten Diagnosen für das G-DRG-System 2019 findet sich in Tabelle A-3 im Anhang sowie auf der Internetseite des InEK ([www.g-drg.de](http://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 1.318 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	236	17,9
Nicht verlegte und zusätzlich aufnahmeverlegte Fälle	201	15,3
Nicht verlegte und zusätzlich entlassverlegte Fälle	194	14,7
Alle Fälle (nicht verlegte und zusätzlich aufnahme- oder entlassverlegte Fälle)	642	48,7
DRGs ohne Bewertung (Anlage 3a und 3b)	45	3,4
<b>Gesamt</b>	<b>1.318</b>	<b>100,0</b>

Tabelle 15: Überblick über die Berücksichtigung der Verlegungsarten im G-DRG-System 2019

### 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 92,5 Tagen (Fallpauschalen-Katalog 2019) von einer Löschung vieler Überlieger stark betroffen, da rein rechnerisch rund ein Viertel der Fälle Überlieger aus dem Vorjahr oder Überlieger ins nächste Jahr sind. Unter den Langliegern dieser DRG ist der Anteil an Überliegern noch höher.

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

- Korrekte Kostenkalkulation
- Überleitbarkeit der verwendeten Codes

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

Eine klassifikatorische Voraussetzung für den Verbleib von Überliegern in den Kalkulationsdaten ist die Überleitbarkeit der Leistungsbezeichner (ICD- und OPS-Kodes). Bei einer Differenzierung von Codes (von 2016 auf 2017) ist diese unter Umständen nicht gegeben, da für Überlieger (die noch mit undifferenzierten Codes aus 2016 verschlüsselt sind) keine Information darüber verfügbar ist, mit welchem der inzwischen verfügbaren differenzierten Codes der Fall im Jahr 2017 verschlüsselt würde.

Ein Beispiel hierfür ist der Code 5-069.4 *Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation*. Mit dem OPS 2017 wurde der Code weiter differenziert:

- 5-069.40 *Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM]*
- 5-069.41 *Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Kontinuierlich [CIONM]*

Wenn auf Grundlage neu ausdifferenzierter Codes z.B. eine neue DRG definiert wurde und daher Fälle, die 2016 mit dem gleichen Code verschlüsselt wurden, 2017 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 2016 in der Kalkulationsmenge verbleiben, beispielsweise wenn es sich um eine DRG mit sehr kleinen Fallzahlen handelt und der problematische Code (bei jeder möglichen Überleitungsentscheidung) ohne Gruppierungsrelevanz ist. Beispielsweise sind für die oben genannte DRG A18Z nur die Beatmungszeit und ein OPS-Code (Transplantation) gruppierungsrelevant. Haupt- oder Nebendiagnose haben bei diesen Fällen nie einen Einfluss auf das Gruppierungsergebnis, sodass eine nicht überleitbare Diagnose hier keinen Grund darstellt, einen Überlieger aus der Kalkulationsmenge auszuschließen.

### 3.3.1.6 Berechnung der Bezugsgröße

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

Für den Fallpauschalen-Katalog 2018 ergab sich auf Basis der §-21-Daten für das Datenjahr 2017 eine Summe effektiver Bewertungsrelationen in Höhe von 20.589.481. Unter Verwendung identischer Daten ergab sich für den Fallpauschalen-Katalog 2019 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 20.570.723. Die Differenz der effektiven Bewertungsrelationen beträgt -18.758. Die Bezugsgröße zur Ermittlung der Bewertungsrelationen für den Fallpauschalen-Katalog 2019 beträgt 3.096,24 €. Die Differenz der effektiven Bewertungsrelationen begründet sich im Wesentlichen durch die erstmalig mögliche Berücksichtigung von NUB-Leistungen bei der Kostenbereinigung (-17.781 Case-Mix-Punkte, insbesondere *Gabe von Nusinersen, intrathekal*) und die erstmalige Berücksichtigung des unbewerteten Zusatzentgelts ZE2019-134 bzw. ZE2019-135 für die spe-

zialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen bzw. externen Palliativdienst (-2.515 Case-Mix-Punkte).

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, nur eingeschränkt möglich.

### **3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation**

#### **3.3.2.1 Abbildung der Pflege**

Das G-DRG-System wurde seit seiner Einführung – neben einer Vielzahl anderer Einflussgrößen – maßgeblich im Hinblick auf möglichst homogene Gesamtkosten in den einzelnen Fallgruppen 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 die Klassifikation einfließen zu lassen, ist ein wesentlicher 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 der 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 die Vergütung für Personal- und Infrastrukturkosten und damit insbesondere auch die Vergütung für die Pflege für 2017 um +1,31% und für 2018 um +1,86% 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, und durch die Etablierung der Zusatzentgelte für den erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (ZE162 und ZE163) im letzten Jahr. Darüber hinaus

konnte durch die Etablierung der Tabellen für wesentlich mit der Pflege verbundene „aufwendige Behandlungen“ (z.B. SAPS, PKMS sowie Komplexbehandlungen bei Epilepsie, Parkinson oder multiresistenten Erregern) eine sachgerechtere Abbildung zahlreicher konservativ behandelter Fälle erreicht werden. 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.

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 Fokus der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2019 standen hierbei vor allem die hochaufwendige Pflege von Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen (OPS-Kodebereich 9-203) und die Pflegebedürftigkeit nach Pflegegraden (OPS-Kodebereich 9-984), die beide im Datenjahr 2017 erstmalig kodiert werden konnten.

Anfang April 2018 wurde nach Beauftragung der Vertragsparteien auf Bundesebene vom InEK der erste Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand („Pflebelast-Katalog“) in der Version 0.99 veröffentlicht. Die bei der Entwicklung des Katalogs gewonnenen Erkenntnisse flossen in die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2019 ein.

### ***Pflegebedürftigkeit***

Im Datenjahr 2016 konnte im Entgeltbereich „DRG“ erstmals die Pflegebedürftigkeit eines Patienten – damals noch in „Pflegestufen“ – kodiert werden (OPS-Kodebereich 9-984). Nach umfassender Untersuchung der Belastbarkeit der letztjährigen Datengrundlage (u.a. da es sich für den Entgeltbereich „DRG“ um neue Codes handelte, die (deshalb) bislang nicht gruppierungsrelevant gewesen waren, sowie mit Blick auf die Umstellung auf „Pflegegrade“ zum 1. Januar 2017) konnten zwei neue Zusatzentgelte ZE162 und ZE163 im G-DRG-System 2018 für den erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten mit einem Pflegegrad über 2 und einer Verweildauer von mehr als 4 Belegungstagen in Abhängigkeit von der DRG etabliert werden.

Für die Fälle des Datenjahres 2017 war die Pflegebedürftigkeit erstmals in „Pflegegraden“ zu kodieren. Wie Abbildung 7 exemplarisch zeigt, sind die Erfassungsquoten dieser Codes offenbar noch sehr unterschiedlich: Zu sehen ist dort der Fallanteil von Fällen mit dem OPS-Kode 9-984.8 *Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3* an der Gesamtfallzahl für die Universitätskliniken auf Grundlage der validen vollstationären Fälle in den Daten gem. § 21 KHEntgG des Jahres 2017. So gibt es im Datenjahr 2017 Universitätskliniken, die diesen Code für Pflegebedürftigkeit noch gar nicht bzw. in geringem Maße verschlüsseln, wobei eher unwahrscheinlich ist, dass diese Kliniken tatsächlich keine bzw. nur eine geringe Anzahl von pflegebedürftigen Patienten mit Pflegegrad 3 im entsprechenden Zeitraum behandelt haben. Hierbei ist anzumerken, dass die Codes im G-DRG-System 2017 noch nicht gruppierungsrelevant waren.

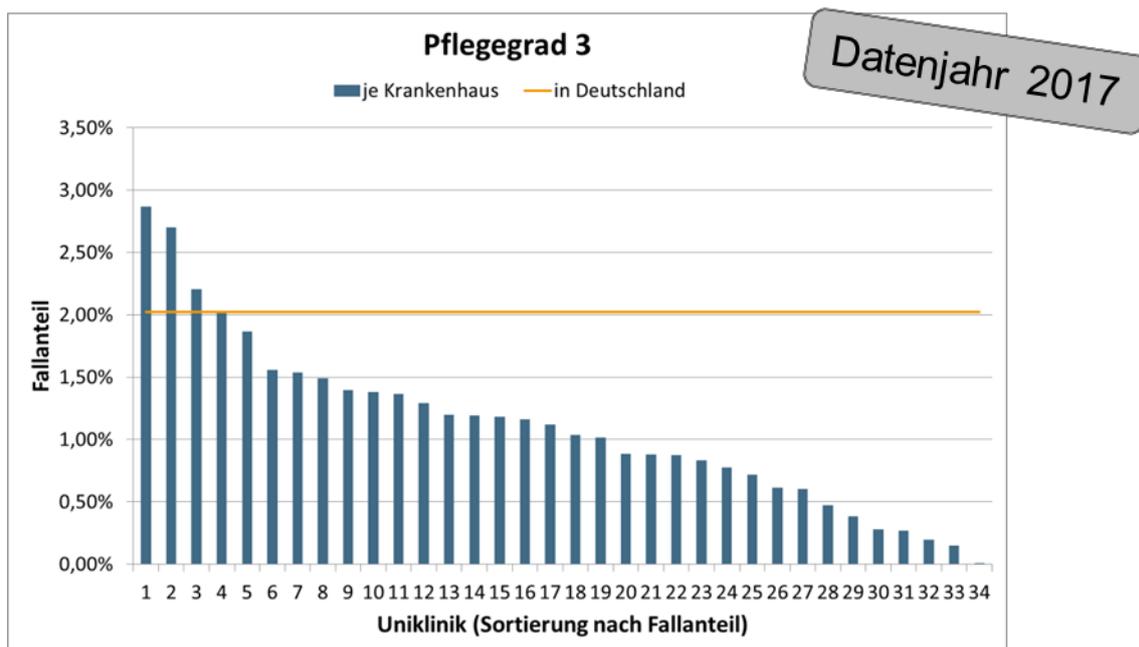


Abbildung 7: Unterschiedliche Erfassungsquoten für die Pflegebedürftigkeit von Patienten im Datenjahr 2017. Hier exemplarisch dargestellt ist der Anteil von Fällen mit dem OPS-Kode 9-984.8 Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 an der Gesamtfallzahl für die Universitätskliniken auf Grundlage der validen vollstationären Fälle nach den Daten gem. § 21 KHEntgG des Jahres 2017

Aufgrund der zum Teil nach wie vor schwachen Datengrundlage war die Plausibilisierung der Daten (z.B. Ausreißeranalyse) erschwert.

Unterjährig zeigt sich im Datenjahr 2017 – wie im Vorjahr – in der Kodierung der OPS-Kodes für die Pflegebedürftigkeit zudem ein deutlicher Fallzahlenanstieg. Zur Abschätzung einer plausibleren Fallzahl für das Datenjahr 2017 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 „korigierte Fallzahl“ für 2017, die konservativ geschätzt bei ca. +12% bis +20% gegenüber dem Gesamtjahr 2017 liegt.

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

Im Ergebnis wird der erhöhte Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten weiterhin mit den Zusatzentgelten ZE162 und ZE163 abgebildet, wobei zur Berechnung der Höhe der beiden Zusatzentgelte die gleiche Methodik wie im letzten Jahr angewendet wurde (siehe dazu den Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das

Jahr 2018). Das bedeutet insbesondere ein analoges Vorgehen wie bei der Berechnung der Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege und die palliativmedizinische Komplexbehandlung sowie die Beibehaltung der bestmöglichen Näherung durch Günstigerprüfung mit Konzentration auf die (Differenzen der) Pflegekosten. Dies ermöglicht die Vergleichbarkeit mit den Vorjahreswerten. Die Zusatzentgelte ZE162 und ZE163 sind wie im letzten Jahr zwei DRG-abhängige Zusatzentgelte für die erhöhte Pflegebedürftigkeit eines Patienten ab Pflegegrad 3 und einer Verweildauer von mindestens 5 Belegungstagen. Die Entscheidungskriterien zur Einteilung in „hohes“, „niedriges“ und kein Zusatzentgelt für die Pflegebedürftigkeit des Patienten wurden wie im Vorjahr anhand der Fallzahl und des Kostensunterschieds gegenüber den Fällen ohne erhöhte Pflegebedürftigkeit derselben DRG festgelegt. Aktualisierte DRG-Listen für die Zuordnung zu einem der beiden Zusatzentgelte können Anhang 1 des Fallpauschalen-Katalogs 2019 entnommen werden. Bei gestiegener Fallzahl bleibt die Höhe der Zusatzentgelte mit 106,06 € für das ZE162 (Vorjahr: 107,14 €; Veränderung: -1,0%) und 228,59 € für das ZE163 (Vorjahr: 219,56 €; Veränderung +4,1%) auf konstantem Niveau.

Die über die Zusatzentgelte ZE162 und ZE163 zu vergütenden Pflegekosten sind analog zum Vorgehen bei den anderen Zusatzentgelten zur Vermeidung einer Doppelvergütung aus den DRGs herauszunehmen. Im Vorjahr wurde dabei im Bereinigungsvolumen nicht nur die vom InEK konservativ geschätzte Fallzahlsteigerung von +15% innerhalb des Datenjahres 2016, sondern auch die durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene nach ausführlichen Beratungen konsentiertere Schätzung der darüber hinausgehenden Leistungszahlentwicklung in den Folgejahren in entsprechend hohem Volumen berücksichtigt, um der OPS-Dokumentationslücke in den Krankenhäusern im Datenjahr 2016 besser Rechnung tragen zu können. Bei der Berechnung des Fallpauschalen-Katalogs 2019 war keine über die einfache, d.h. fallweise Bereinigung hinausgehende Korrektur notwendig, da die voraussichtliche Erlössumme der Zusatzentgelte ZE162 und ZE163 für 2018 innerhalb des im Spitzengespräch am 29. September 2017 von den Selbstverwaltungspartnern im Gesundheitswesen konsentierten „Korridors“ lag.

### ***Hochaufwendige Pflege***

Im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2017 wurden Tabellen für „aufwendige Behandlungen“ (z.B. SAPS, PKMS sowie Komplexbehandlungen bei Epilepsie, Parkinson oder multiresistenten Erregern) etabliert, mit deren Hilfe sich u.a. im Hinblick auf die Pflege hochaufwendige Extremkostenfälle in DRGs der konservativen Partitionen sachgerechter abbilden lassen. Die Auswirkungen der Etablierung dieser Tabellen zeigten sich erstmals im Datenjahr 2017 und konnten somit bei der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems berücksichtigt werden.

Die erstmals in den OPS Version 2010 aufgenommenen Prozeduren aus dem Kodebereich 9-20 für die *Hochaufwendige Pflege von Patienten* waren seit ihrer Einführung einer stetigen Weiterentwicklung unterworfen. Für den OPS Version 2017 wurden die Prozeduren für hochaufwendige Pflege um die Altersklasse Frühgeborene, Neugeborene und Säuglinge (PKMS-F) erweitert. Somit war in diesem Jahr erstmals auch für diese Altersklasse eine differenzierte Analyse möglich. Die Analysen im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems zeigten, dass sich auch nach Bereinigung der Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege und Pflegebedürftigkeit die Prozeduren für die hochaufwendige Pflege in den entsprechenden DRGs weiterhin als Kostentrenner eignen. Trotz einer noch geringen Fallzahl und vermutlich uneinheitlicher Kodierpraxis konnte die hochaufwendige Pflege von Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen (PKMS-F) in die Tabellen für „Bestimmte hochaufwendige Behandlung“

und „Bestimmte aufwendige Behandlung“ für das G-DRG-System 2019 aufgenommen werden (siehe dazu auch Kap. 3.3.2.33 zur Versorgung von Kindern).

Die Behandlung isolationspflichtiger Patienten ist mit einem höheren Pflegeaufwand verbunden. Im G-DRG-System 2019 wurde die Abbildung isolationspflichtiger Patienten weiter verbessert (siehe Kap. 3.3.2.20 zur Abbildung von Fällen mit multiresistenten Erregern bzw. nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern). So konnte u.a. die Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern in die Tabelle „Bestimmte mäßig aufwendige Behandlung“ aufgenommen werden. Auf diese Weise konnte die Vergütung einiger pflegeaufwendiger konservativ behandelte Fälle deutlich verbessert werden.

Aufgrund systemweiter Analysen werden die Tabellen für „aufwendige Behandlungen“ im G-DRG-System 2019 auch in den DRGs B85A *Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit hochkomplexer Diagnose [...]*, J61A *Schwere Erkrankungen der Haut [...]*, I09D *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten komplizierenden Faktoren [...]*, B18A *Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule [...]* sowie I68B und I68C der Basis-DRG 168 *Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich [...]* als Kostentrenner verwendet werden.

### **Auswirkungen der Sachkostenkorrektur**

Eine zusätzliche positive Auswirkung auf die Vergütung der Pflege ergibt sich durch die Sachkostenkorrektur (bei einem Umsetzungsgrad von 60% wie im letzten Jahr). Die Vergütung der Personal- und Infrastrukturkosten und damit insbesondere die Vergütung der Pflege erhöht sich um +1,68% (siehe dazu auch Kap. 3.2.3.1).

### **3.3.2.2 Abdominalchirurgie**

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

Seitens der Fachgesellschaften war zu diesem Themengebiet die Beteiligung am Vorschlagsverfahren für 2019 eher zurückhaltend. Ausgehend von internen Analysen konnten im Ergebnis für das G-DRG-System 2019 im Bereich der Abbildung von Fällen der Abdominalchirurgie dennoch eine Vielzahl von Änderungen vorgenommen werden.

Die folgende Auflistung gibt eine orientierende Darstellung derjenigen Basis-DRGs, die im Zuge der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2019 hinsichtlich ihrer Definitionskriterien (Basis-DRG oder Splitbedingungen) verändert wurden:

- **G02** *Komplexe oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm [...]*
- **G07** *Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis [...]*
- **G12** *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen*
- **G22** *Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis [...]*
- **G23** *Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse [...]*

- **G24** *Eingriffe bei Hernien*
- **G29** *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane [..]*
- **G38** *Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff [...]*
- **H02** *Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen [...]*
- **H05** *Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen*
- **H06** *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas*
- **H38** *Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff [...]*

Die einzelnen Umbauten im Bereich der Abdominalchirurgie sind nachfolgend beschrieben.

### **Eingriffe am Darm**

Die Analyse der Basis-DRG G02 *Komplexe oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm [...]* zeigte, dass Fälle mit bestimmten Prozeduren mit niedrigeren Kosten verbunden sind als andere Fälle dieser DRG, wie z.B. bestimmte Resektionen des Dünn- und Dickdarms, die *Bypass-Anastomose des Darmes: Dünndarm zu Dickdarm* oder das *Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff*. Im Ergebnis wurde innerhalb der Basis-DRG G02 eine neue DRG geschaffen, um zahlreiche Prozeduren aufwandsentsprechend in der neuen DRG G02C *Andere komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder andere Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose [...]* abzubilden.

Zudem zeigte sich, dass Fälle mit anderen Rekonstruktionen am Magen wie *Fundoplikatio* und *Hemifundoplikatio* sowie *Dekompression des Darms* in der DRG G02A *Bestimmte Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeb. Fehlbildung, Alter < 2 Jahre oder sehr komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm [...]* mit geringeren Kosten verbunden waren als andere Fälle in dieser DRG. Diese Prozeduren sind zukünftig in der DRG G02A nicht mehr gruppierungsrelevant. Betroffene Fälle werden im G-DRG-System 2019 hauptsächlich in den DRGs G02B *Bestimmte komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder andere Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeb. Fehlbildung, Alter < 2 Jahre oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose [...]* und G18A *Best. Eingr. an Dünn- / Dickdarm od. Enterostomaanl. od. andere Eingr. am Darm m. äuß. schw. CC [...]* abgebildet.

### **Appendektomie und laparoskopische Adhäsiolyse**

Im G-DRG-System 2018 ist die Prozedur für die *Exzision einer Appendix epiploica* in der DRG G10Z *Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz* und in der „Reste“-DRG G12 *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen* gruppierungsrelevant. Solche Fälle zeigen sich in den Daten des Jahres 2017 im Aufwand vergleichbar zu „normalen“ Appendektomien. Für das Jahr 2019 ergibt sich daraus eine aufwandsentsprechende Neuordnung von Fällen mit der *Exzision einer Appendix epiploica* in die spezifischen und differenzierten DRGs für Appendektomien, die DRG G07 *Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC [...]*, DRG G22 *Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC* und DRG G23

*Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC.* Daraus ergibt sich eine präzisere Abbildung dieser Fälle mit Auf- oder Abwertungen je nach Ziel-DRG.

Interne Analysen der Basis-DRG G07 *Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis [...]* zeigten, dass die Prozeduren *Sonstige oder n. n. bez. diagnostische Endoskopie des Verdauungstraktes durch Inzision und intraoperativ* mit deutlich geringeren Kosten verbunden sind als andere Fälle der DRG. Sie sind dementsprechend dort im Jahr 2019 nicht mehr gruppierungsrelevant. Zudem erfolgte in der DRG G07B eine Erweiterung des Alterssplits, sodass zusätzlich auch Fälle mit einem Alter zwischen 10 und 13 Jahren in diese DRG eingruppiert und damit aufgewertet werden.

Des Weiteren erfolgte, bei sehr ähnlichen Kosten und Verweildauer, eine Kondensation der DRGs G23B *Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse [...], Alter > 9 Jahre, mit laparoskopischer Adhäsiolyse oder Alter < 14 Jahre [...]* und G23C *Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse [...], Alter > 13 Jahre [...]* zur neuen DRG G23B *Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse [...], Alter > 9 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung* für das G-DRG-System 2019.

### **Eingriffe bei Hernien**

Auch aufgrund der hohen Fallzahlen wurde die Abbildung von Fällen mit Operation bei Hernien für das G-DRG-System 2019 umfangreich untersucht. Im Ergebnis werden der DRG G24B *Eingriffe bei Hernien [...], mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC* ab dem Jahr 2019 die Fälle mit einem Alter unter 14 Jahren und mindestens schweren CC zugeordnet, die zuvor in der DRG G24C *Eingriffe bei Hernien [...], ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC* abgebildet wurden. Detaillierte Erläuterungen zur Versorgung von Kindern finden sich auch in Kapitel 3.3.2.33. Eine weitere Änderung innerhalb der Basis-DRG G24 besteht darin, dass einige Eingriffe, wie z.B. die *Sonstige oder n. n. bez. plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum* in der DRG G24A *Eingriffe bei Hernien mit plastischer Rekonstruktion der Bauchwand* bei nicht mehr vorliegendem Kostenunterschied nicht mehr gruppierungsrelevant sind.

### **Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane**

Auch in diesem Jahr gab es systemweite Analysen der Abbildung von Fällen mit Strahlentherapie (näher beschrieben in Kap. 3.3.2.29). Dies führte für das G-DRG-System 2019 in der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* zu folgender Änderung: Ein Fall der Basis-DRG G29 wird nur noch dann in die DRG G29A *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen* eingruppiert, wenn er an mindestens 5 Tagen behandelt wurde. Im G-DRG-System 2018 wurden in die DRG G29A auch Fälle mit mindestens 9 Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen eingruppiert.

### **Funktion „Komplizierende Konstellationen“ in MDC 06**

Die Analyse der Funktion „Komplizierende Konstellationen II“ in der DRG G38Z *Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff [...]* ergab, dass Fälle mit bestimmten weniger aufwendigen Prozeduren mit geringeren Kosten verbunden sind, wie z.B.:

- *Revision von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)*
- *Hämofiltration (CVVH) / Hämodialyse (CVVHD) / Hämodiafiltration (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Bis 24 Stunden*
- *Hämofiltration (CVVH) / Hämodialyse (CVVHD) / Hämodiafiltration (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Bis 24 Stunden*

Für diese Prozeduren zeigte es sich daher als sachgerecht, dass sie im G-DRG-System 2019 innerhalb der Funktion in DRG G38Z nicht mehr gruppierungsrelevant sind.

**Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen**

Die Basis-DRG G12 *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen* bildet als sogenannte operative „Reste“-DRG 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 G12E *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe OR-Prozedur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmten Eingriff, Alter > 13 Jahre* etabliert, in die z.B. Fälle mit *diagnostischer Laparoskopie (Peritoneoskopie)*, *Exzision von erkranktem Gewebe des Douglasraumes*, *Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums* oder mit *Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße* eingruppiert werden. Fälle mit einem Alter unter 14 Jahren verbleiben bei höheren Kosten in der DRG G12D *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe OR-Prozedur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexe OR-Prozedur, mit bestimmtem Eingriff oder Alter < 14 Jahre* und werden damit aufgewertet. Zudem wurden zahlreiche weitere Prozeduren innerhalb der Basis-DRG G12 neu zugeordnet, was sowohl eine Auf- als auch eine Abwertung von Leistungen beinhaltet. Eine Übersicht über beispielhafte Fallwanderungen zeigt Abbildung 8.

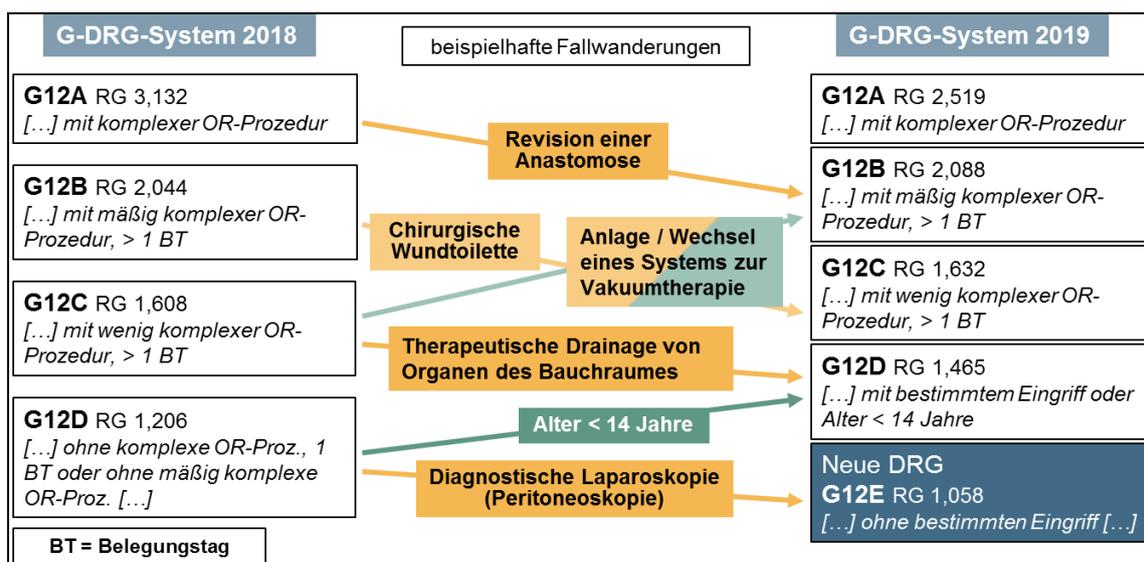


Abbildung 8: Änderungen der Basis-DRG G12 *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen*

### **Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff in der MDC 07**

Die systemweiten Analysen der Funktionen für komplizierende Konstellationen (siehe Kap. 3.3.2.13) und die individuelle Anpassung der bestehenden Attribute führte in der MDC 07 zu einer Differenzierung der DRG H38Z. Eine Analyse zeigte einzelne Kodegruppen, die im Vergleich zu anderen mit geringeren Kosten assoziiert waren: Implantation, Revision oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen, Transfusion einer geringen Anzahl von bestimmten Thrombozytenkonzentraten, kurzzeitige Hämofiltrationen und Hämodialysen, EEG-Monitoring oder Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung. Aus der existierenden Funktion „Komplizierende Konstellationen II“ wurde eine um diese Prozeduren reduzierte Funktion „Komplizierende Konstellationen H38“ etabliert, die im G-DRG-System 2019 als Splitkriterium innerhalb der Basis-DRG H38 verwendet wird. Aufwendige Fälle mit komplizierenden Konstellationen werden in die H38A eingruppiert und damit im Vergleich zum Vorjahr deutlich aufgewertet (siehe Abb. 9).

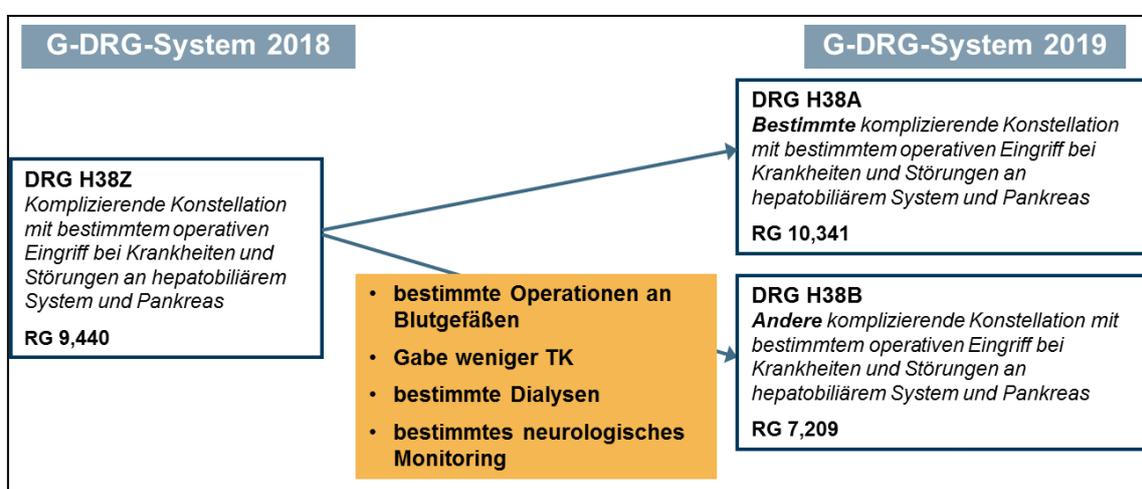


Abbildung 9: Änderungen der Basis-DRG H38 Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff [...]

### **Erweiterte Cholezystektomie**

Fälle mit einer Prozedur für erweiterte Cholezystektomie ohne eine Diagnose für bösartige Neubildung an Leber, Gallengängen, Gallenblase oder Pankreas waren in der Basis-DRG H09 *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen* mit deutlich geringeren Kosten verbunden als andere Fälle. Die betroffenen Fälle werden im G-DRG-System 2019 aufwandsentsprechend der Basis-DRG H12 *Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System [...]* zugeordnet.

### **Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen**

Kinder mit einem Alter kleiner 14 Jahren und komplexen Eingriffen an Gallenblase und Gallenwegen werden zukünftig nicht mehr der Basis-DRG H02, sondern der Basis-DRG H01 *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 Jahre* zugeordnet und damit deutlich aufgewertet.

Eingehende Analysen von Fällen innerhalb der DRG H05Z *Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen* zeigten einen deutlichen Kostenunterschied zwischen verschiedenen Fallgruppen und führten zur Identifizierung weniger aufwendiger Prozeduren: sonstige und nicht näher bezeichnete Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums, sonstige, laparoskopische und endoskopische Cholezystektomie, offen chirurgische und laparoskopische Exzision an den Gallengängen, laparoskopisches Einlegen einer Drainage in den Gallengang sowie für sonstige und nicht näher bezeichnete Operationen an Gallenblase und Gallengängen. Die genannten Prozeduren sind im G-DRG-System 2019 der Basis-DRG H07 *Cholezystektomie und wenig komplexe Eingriffe an Gallenblase, Gallenwegen* zugeordnet (siehe Abb. 10).

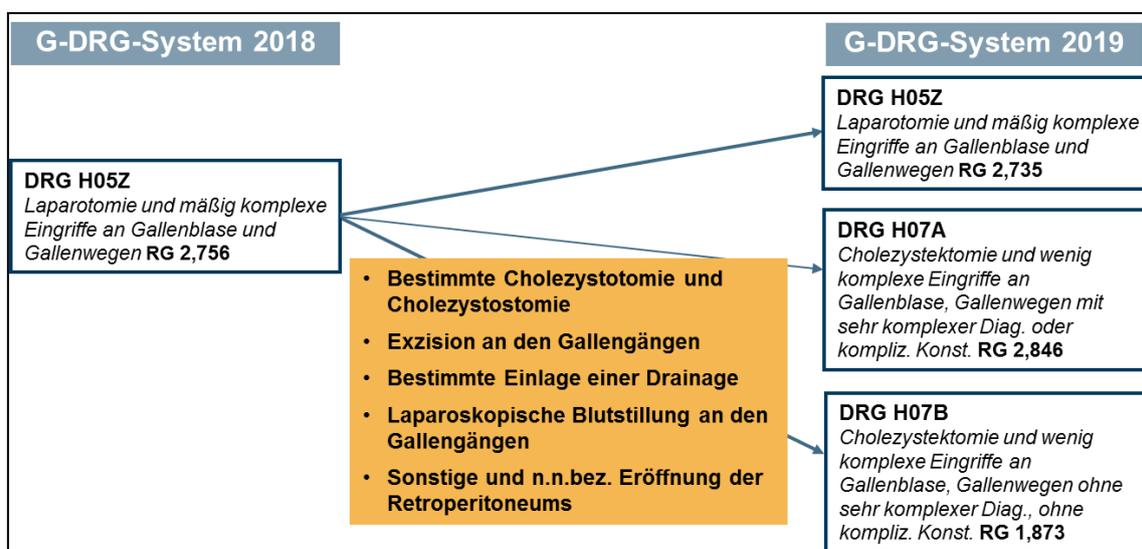


Abbildung 10: Neuzuordnung bestimmter Prozeduren an Gallenblase und Gallenwegen im G-DRG-System 2019

### **Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas**

Ein weiterer Schwerpunkt der Weiterentwicklung war auch in diesem Jahr die Analyse und Neubewertung von Fällen und Leistungen der Basis-DRG H06 *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas*. Die Basis-DRG H06 ist eine operative „Reste-DRG“, in der aufwendige Fälle mit bestimmten Eingriffen und komplizierenden Faktoren in die DRGs H06A und H06B eingruppiert werden. Die Analysen der Daten des Jahres 2017 verdeutlichen, dass Fälle mit Entfernung eines Katheterverweilsystems aus dem Bauchraum oder bestimmte intermittierende Dialysen mit weniger Kosten verbunden waren als andere Fälle dieser DRGs. Die entsprechenden Prozeduren wurden aus der Gruppierungslogik der DRGs H06A und H06B gestrichen. Im G-DRG-System 2019 werden betroffene Fälle aufwandsgerecht der DRG H06C *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas ohne bestimmten Eingriff [...], komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation* zugeordnet.

### 3.3.2.3 Augenheilkunde

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2019 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 darauf hingewiesen, dass Fälle mit einer Hauptdiagnose für *Hämangiom an Auge und Orbita* (ICD-Kode eingeführt 2017) bei operativen Eingriffen am Auge in der unspezifischen MDC 24 *Sonstige DRGs* eingruppiert werden, da diese Hauptdiagnose der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* zugeteilt war. Nach der Analyse erfolgte eine Neuuzuordnung der Hauptdiagnose für *Hämangiom an Auge und Orbita* zur MDC 02 *Krankheiten und Störungen des Auges*, sodass solche Fälle zukünftig differenzierter abgebildet werden.

Des Weiteren wurde im Vorschlagsverfahren auf die streitbefangene Kodierung der Hauptdiagnosen für *Aphakie* bzw. für *Mechanische Komplikation durch eine intraokulare Linse* im Zusammenhang mit der speziellen Kodierrichtlinie 0702a *Katarakt: Sekundäre Linseninsertion* hingewiesen. Die operativen Fälle mit diesen Hauptdiagnosen sind in der MDC 02 gleich abgebildet. Konservative Fälle mit Aphakie dagegen wurden bisher der DRG C63Z *Andere Erkrankungen des Auges* zugeteilt, während Fälle mit *mechanischer Komplikation durch eine intraokulare Linse* in der DRG C62Z *Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen* abgebildet wurden. Im Ergebnis werden für das G-DRG-System 2019 die konservativen Fälle mit Aphakie ihren Kosten entsprechend der DRG C62Z zugeteilt, sodass die Gruppierungsrelevanz der beiden Codes bei sehr ähnlichen Kosten gleichgestellt wurde und mögliche Kodierunsicherheiten aufgelöst wurden.

Einem weiteren Hinweis folgend wurde die Abbildung von Fällen mit *Senkung des Augeninnendruckes durch Filtrationsoperation mit Implantat* untersucht. Nach der Analyse fand eine Differenzierung der Abbildung der Fälle statt, sodass Fälle mit einer *Filtrationsoperation mit Implantat mit Abfluss in den Kammerwinkel* in die DRG C06Z *Komplexe Eingriffe bei Glaukom* aufgewertet und Fälle mit einer *Filtrationsoperation mit sonstigem Implantat* in die DRG C07A *Andere Eingriffe bei Glaukom [...]* entsprechend den geringeren Kosten abgewertet wurden.

In der DRG C16Z *Aufwendige Eingriffe am Auge, Alter < 6 Jahre* sind Kinder unter sechs Jahren abgebildet, die die Bedingungen mehrerer operativer Basis-DRGs aus der MDC 02 erfüllen. Nach der Analyse wurde die Definition der DRG C16Z um die Bedingung der Basis-DRG C05 *Dakryozystorhinostomie* erweitert, sodass Kinder unter sechs Jahren aus der DRG C05Z zukünftig kostenentsprechend höher vergütet werden.

Fälle mit bestimmten komplexeren Eingriffen an der Iris, wie z.B. Iridoplastik, Entfernung einer Pupillarmembran oder Implantation eines künstlichen Irisdiaphragmas sowie Fälle mit *Revision und Wechsel einer Cerclage oder Plombe, die zur Fixation der Netzhaut angelegt* wurde, sind in den Analysen durch erhöhte Kosten in mehreren operativen DRGs der MDC 02 aufgefallen. Diese Fälle wurden entsprechend ihren Kosten in die gemeinsame Tabelle für komplexen Eingriff am Auge der DRGs C03A, C04A und C07A aufgenommen und somit aufgewertet.

Interne Analysen zeigten ebenso, dass Fälle mit purulenter Endophthalmitis höhere Kosten aufweisen als andere Fälle der Basis-DRG C03, sodass diese Fälle in die DRG C03A *Eingriffe an der Retina [...]* oder *Endophthalmitis [...]* aufgewertet wurden.

Des Weiteren sind Fälle mit einer Hauptdiagnose für bösartige Neubildung am Auge durch erhöhte Kosten in der DRG C20B *Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse [...]* aufgefallen. Diese Fälle wurden in die DRG C20A aufgenommen und somit aufgewertet.

Weiterhin erfolgte eine kostenentsprechende Abwertung von Fällen mit *Endotamponade durch Gas zur Fixation der Netzhaut* aus der DRG C15Z *Andere Eingriffe an der Retina* in die DRG C14Z *Andere Eingriffe am Auge* („Reste-DRG“) sowie eine aufwandsentsprechende Abwertung von Fällen mit *Pars-plana-Vitrektomie mit Entfernung subretinaler bzw. netzhaut-abhebender Membranen* aus der DRG C03A in die DRG C03B. Bei geringeren Kosten wurden des Weiteren Fälle mit *Destruktion oder Teilrezeption von erkranktem Gewebe der Orbita und Orbitainnenhaut* aus der Basis-DRG C02 in die Basis-DRG C03 abgewertet.

### 3.3.2.4 Eingriffe an der Mamma

Im Vorschlagsverfahren 2019 gingen zahlreiche Vorschläge ein, die das Thema Eingriffe an der Mamma, sowohl bei bösartiger Neubildung als auch ohne bösartige Neubildung (BNB), behandelten.

Zunächst wurde darauf hingewiesen, dass bestimmte Fälle mit BNB der Mamma und axillären, regionalen Lymphadenektomien in die „Reste-DRG“ J11 *Andere Eingriffe [...]* gruppiert werden und damit noch nicht präzise abgebildet sind. Analysen zeigten zwei Fallkollektive mit axillären, regionalen Lymphadenektomien, die Kostenauffälligkeiten in ihren jeweiligen DRGs aufwiesen:

1. Fälle mit BNB der Mamma, axillärer, regionaler Lymphadenektomie und zusätzlichem brusterhaltendem Eingriff oder PCCL > 2 in der DRG J25Z *Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC*
2. Fälle mit BNB der Mamma und axillärer, regionaler Lymphadenektomie in der „Reste-DRG“ J11B *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne bestimmten Eingriff bei komplizierender Diagnose, [...], mit mäßig komplexer Prozedur [...]*.

Beide Fallkollektive konnten für das G-DRG-System 2019 kostenentsprechend aufgewertet werden (siehe Abb. 11).

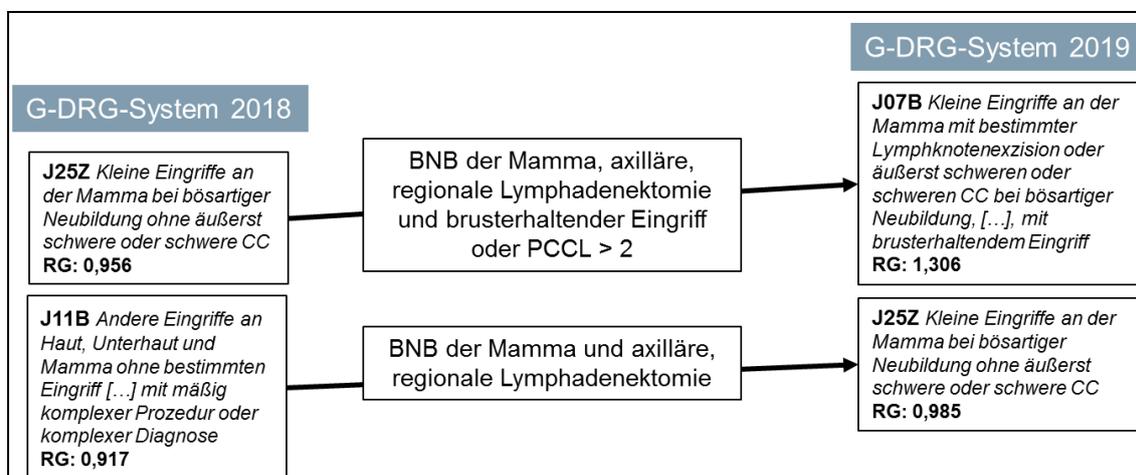


Abbildung 11: Aufwertungen von Fällen mit BNB der Mamma und axillärer, regionaler Lymphadenektomie

Ein weiterer Schwerpunkt im Vorschlagsverfahren waren Hinweise zu Fällen ohne BNB der Mamma, die im G-DRG-System 2018 der Basis-DRG J24 *Eingriffe an der Mamma außer bei BNB* zugeordnet werden. Differenziert wird in dieser Basis-DRG nach beidseitigen oder Kombinationseingriffen. Zum einen ging aus den Hinweisen im Vorschlagsverfahren hervor, dass Fälle mit bestimmten Mastektomien als einzelner Eingriff in der DRG J24D *Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung [...], ohne komplexen Eingriff* nicht sachgerecht abgebildet sind. Nach umfangreichen Analysen stellte sich heraus, dass die Prozeduren für die (modifizierte radikale) Mastektomie mit Resektion der M. pectoralis-Faszie und die partielle Resektion mit Defektdeckung durch tumoradaptierte Mammareduktionsplastik mit höheren Kosten verbunden waren als andere Verfahren in der DRG J24D. Für das G-DRG-System 2019 konnten Fälle mit diesen Prozeduren in die DRG J24C bzw. bei beidseitigem Eingriff der DRG J24B zugeordnet und somit aufgewertet werden.

Zum anderen wurde im Vorschlagsverfahren darauf hingewiesen, dass Fälle mit einfacher Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße ohne Markierung in der DRG J24B *Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, ohne [...]* kürzere OP-Zeiten und damit geringere Kosten aufweisen im Vergleich zu anderen Fällen der DRG J24B. Aus den Analysen ging hervor, dass in der DRG J24B Fälle mit einfachen Exzisionen einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße ohne Markierung zusammen mit aufwendigeren Kombinationseingriffen kondensiert sind. Durch Neuuzuordnung der Prozeduren für Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße ohne Markierung erfolgt ab dem G-DRG-System 2019 eine kostenentsprechende Abbildung dieser Fälle in den DRGs J24C *Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung [...], mit komplexem Eingriff* und J24D *Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung [...], ohne komplexen Eingriff*.

Innerhalb der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* ist die Abbildung der Fälle davon abhängig, ob es sich um Fälle mit oder ohne bösartige Neubildung handelt. Im Vorschlagsverfahren wurde angeregt, dass die Zuordnung innerhalb der MDC 09 unabhängig von der Diagnose bösartige Neubildung erfolgen soll. Umfassende Analysen ergaben, dass sich das Diagnosekriterium in den meisten DRGs weiterhin als Kostentrenner eignet. Allerdings zeigten sich auch einige Prozeduren unabhängig von der Diagnose BNB als geeignetes Splittkriterium. Für das G-DRG-System 2019 konnten als erste BNB-unabhängige Eingruppierung die Prozeduren für bestimmte erweiterte, radikale Mastektomien mit Resektion und für subpektorale Rekonstruktion der Mamma mit gewebeverstärkendem Material in die DRG J06Z *Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation bei bösartiger Neubildung oder komplexe Prothesenimplantation* aufgewertet werden.

Des Weiteren gab es Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren zur Basis-DRG J14 *Plastische Rekonstruktion der Mamma bei BNB*. In die DRG J14A *Plastische Rekonstr. der Mamma bei BNB mit aufwend. Rekonstr. oder beidseit. Mastektomie bei BNB [...]* werden Fälle mit aufwendigen Rekonstruktionen oder beidseitiger Mastektomie bei BNB mit beidseitiger Prothesenimplantation eingruppiert, wohingegen der DRG J14B *Plastische Rekonstruktion der Mamma bei BNB ohne aufwendige Rekonstruktion* ausschließlich Fälle mit einer partiellen Resektion von Mammagewebe mit Defektdeckung durch lokale fasziokutane oder myokutane Lappenplastik zugeordnet werden. Aufgrund der geringen Fallzahl (< 50 in DRG J14B) und ähnlicher Kostenstruktur wie die Fälle der DRG J25Z werden betroffene Fälle zukünftig der DRG J25Z zugeordnet, sodass die DRG J14B gestrichen werden konnte.

Wie schon für das G-DRG-System 2018 befassten sich die internen Analysen auch für das G-DRG-System 2019 u.a. mit der „Reste-DRG“ der MDC 09, der Basis-DRG J11 *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma*. In diese Basis-DRG werden Fälle mit operativen Verfahren gruppiert, die in der MDC 09 nicht spezifisch zugeordnet werden. Dadurch entsteht eine Misch-Basis-DRG verschiedener Fallkollektive. Im Rahmen der klassifikatorischen Analysen erfolgten weitere intensive Umstrukturierungen in der „Reste-DRG“ J11. Neben Prozeduren wurden auch Diagnosen innerhalb der Basis-DRG J11 analysiert und ihren Kosten entsprechend zugeordnet. Zum einen wurden Fälle mit Hauptdiagnose BNB oder Pemphigoid von der DRG J11C in die DRG J11B und von der J11D in die DRG J11C aufgewertet. Zum anderen wurden Kinder unter 18 Jahren mit äußerst schweren oder schweren CC von der DRG J11C in die DRG J11B aufgewertet. Des Weiteren wurden Fälle mit bestimmten Prozeduren wie z.B. Exzision und Destruktion an der Bauchwand, Debridement an Sehnen der Hand von der DRG J11B in die DRG J11C abgewertet und Fälle mit Biopsie der Vagina, Inzisionen, Exzisionen und Destruktionen von erkranktem Gewebe von der DRG J11C kostenentsprechend der DRG J11D neu zugeordnet.

### **Weitere Umbauten**

Durch Aufnahme in die DRG J06Z *Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation [...] oder komplexe Prothesenimplantation* wurden Fälle mit bösartiger Neubildung und der Entfernung einer Mammaprothese mit Exzision einer Kapselbibrose und Prothesenwechsel (mit und ohne Formung einer neuen Tasche) aufgewertet.

Des Weiteren wurde die DRG J07B *Kleine Eingriffe an der Mamma mit bestimmter Lymphknotenexzision oder [...]* gesplittet, sodass Fälle mit bestimmter partieller (brusterhaltender) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe kostenentsprechend der neuen DRG J07C zugeordnet werden.

### **3.3.2.5 Eingriffe an Haut und Unterhaut**

In der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* finden sich Fälle mit Hauteingriffen oder mit Operationen an der Mamma. Im diesjährigen Vorschlagsverfahren betrafen die Vorschläge hauptsächlich die Fälle mit Eingriffen an der Mamma. Dennoch konnten durch eine Vielzahl interner Analysen einige Anpassungen im Bereich der Haut- und Unterhauteingriffe erfolgen.

Fälle mit schweren Hauterkrankungen werden ohne operativen Eingriff in die Basis-DRG J61 *Schwere Erkrankungen der Haut, [...]* eingruppiert. Innerhalb dieser Basis-DRG konnten einige Fälle aufgewertet werden. So werden ab dem G-DRG-System 2019 Fälle mit bestimmten aufwendigen Behandlungen (z.B. PKMS, Dialysen etc.) der DRG J61A zugeordnet. Fälle mit einer Hauptdiagnose für sekundäre Syphilis der Haut und der Schleimhäute, kutane und mukokutane Leishmaniose, Pyoderma gangraenosum und akute febrile neutrophile Dermatose [Sweet-Syndrom] werden von der DRG J61C in die DRG J61B aufgewertet.

Durch Anpassung der Altersbedingung in der Basis-DRG J68 *Erkrankungen der Haut [...]* konnten Kinder im Alter zwischen 10 und 15 Jahren in die DRG J68A *Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre* aufgewertet werden.

In der operativen Partition wurden innerhalb der Basis-DRG J10 *Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma* zum einen Fälle mit einer totalen Resektion der Ohrmuschel, totalen Resektion der Nase oder inguinaler radikaler Lymphadenektomie in die DRG J10A *Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma [...] mit komplexem Eingriff* aufgewertet. Zum anderen wurden Fälle mit einer Schwenklappenplastik am Augenlid von der DRG J10A neu der DRG J10B *Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma [...] ohne komplexen Eingriff* kostenentsprechend zugeordnet.

Des Weiteren wurden die DRGs J08A und J08B wegen fehlendem Kostenunterschied zur neuen DRG J08A *Bestimmte Hauttransplantation oder Debridement [...]* kondensiert.

### 3.3.2.6 Endokrinologie

Im Vorschlagsverfahren 2019 gingen zur MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* insgesamt vergleichsweise wenige Vorschläge ein. Die eingereichten Vorschläge betrafen ausschließlich das Thema Diabetes mellitus, wobei von der Fachgesellschaft im diesjährigen Vorschlagsverfahren keine Vorschläge eingingen.

Die Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren führten zu einer umfangreichen Analyse der Basis-DRG K60 *Diabetes mellitus [...]*. Demnach sollte die Abbildung von Fällen mit sonstigen multiplen Komplikationen in der DRG K60E *Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, [...]* überprüft werden. Allerdings zeigten diese Analysen keine signifikanten Kostenunterschiede zu anderen Fällen in dieser DRG, sodass keine klassifikatorischen Anpassungen erforderlich waren.

Fälle mit anderen Stoffwechselkrankheiten, wie z.B. Hypo-, Hyperkaliämie oder Volumenmangel (ohne operativen Eingriff), werden in die Basis-DRG K62 *Verschiedene Stoffwechselerkrankungen* eingruppiert. Diese Basis-DRG ist im G-DRG-System 2018 einfach nach Para-, Tetraplegie, komplizierender Diagnose, PCCL über 3 sowie bestimmten aufwendigen / hochaufwendigen Behandlungen gesplittet, sodass in der DRG 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* folgende Fallkollektive kondensiert sind:

1. Fälle mit äußerst schweren CC oder mit aufwendigen/hochaufwendigen Behandlungen
2. Fälle mit Para-/Tetraplegie, komplizierender Diagnose oder Implantation eines Magenballons

Interne Analysen zeigten jedoch, dass die Fälle, die die erste Bedingung erfüllen, inzwischen deutlich höhere Kosten aufwiesen als die der Gruppe zwei. Daher wurde die DRG K62A differenziert und beide Fallkollektive ab dem G-DRG-System 2019 kostenentsprechend abgebildet. Fälle mit äußerst schweren CC oder mit aufwendigen/hochaufwendigen Behandlungen werden zukünftig in die neue DRG K62A gruppiert und Fälle mit Para-/Tetraplegie, komplizierender Diagnose oder Implantation eines Magenballons dementsprechend in die neue DRG K62B.

### **Eingriffe an der Schilddrüse**

Innerhalb der Basis-DRG K06 *Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus* wurden Kinder im Alter von unter 16 Jahren von der DRG K06C in die DRG K06B *Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus [...]* oder *Alter < 16 Jahre* aufgewertet.

Des Weiteren wurden Fälle mit verschiedenen Prozeduren für die Exzision des Ductus thyreoglossus als sekundärer Eingriff, Replantation einer Nebenschilddrüse und bestimmten Prozeduren zur Exzision einer medianen Halszyste von der DRG K06C der DRG K06D *Kleine Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus [...]* kostenentsprechend neu zugeordnet.

### **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. Seit 2014 liegt der Fokus bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems neben der sachgerechten Vergütung der DRG-Fallpauschalen deshalb verstärkt auch auf der Kosten- und Erlössituation der Kostenausreißer („Extremkostenfälle“). In den seit vier Jahren jährlich veröffentlichten Extremkostenberichten 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-Klassifikation einen erheblichen Beitrag zur verbesserten Abbildung der Extremkostenfälle leisten. Selbstverständlich beeinflusst umgekehrt auch die Betrachtung der Extremkostenfälle die Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation selbst. Wie bereits in den vergangenen Jahren ist auch die diesjährige Weiterentwicklung des G-DRG-Systems in starkem Maße durch Erkenntnisse aus den Extremkostenanalysen geprägt. Für jeden möglichen Klassifikationsumbau ist neben den Auswirkungen auf die Gesamtvergütung u.a. auch die Bedeutung für die sachgerechte Finanzierung der Kostenausreißer zu untersuchen. Dabei können Klassifikationsveränderungen mit Blick auf die Abbildung der Extremkostenfälle gleichgerichtete oder gegenläufige Auswirkungen haben.

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 2019 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 bzw. Leistungen aufweisen, mitunter jedoch mit sehr kleinen Fallzahlen.

Die Abbildung von Kostenausreißern kann neben systematischen Ansätzen wie z.B. Anpassungen bei der Abbildung von Kindern (siehe Kap. 3.3.2.33), Anpassungen im Bereich der intensivmedizinischen Versorgung (siehe Kap. 3.3.2.16), einer verbesserten Abbildung von Fällen mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bzw. nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern (siehe Kap. 3.3.2.20) oder Anpassungen im Schweregrad-System (CCL-Matrix, siehe Kap. 3.3.1.4) auf viele *weitere* Weisen verbessert werden, z.B. durch Veränderungen der DRG-Klassifikation mit direkter Zuordnung hochteurer Fälle zu entsprechend höher bewerteten DRGs oder indirekt durch die Präzisierung von DRG-Definitionen mit konsekutiver Aufwertung der in der DRG verbleibenden Fälle (z.B. „Differenzierung am unteren Ende einer Basis-DRG“). Auch eine differenziertere Anwendung der etablierten Kalkulationsmethodik (z.B. angepasste Langliegerzuschläge im Bereich Kinderonkologie) oder ergänzende Vergütungselemente (wie z.B. ZE, NUB, unbewertete DRGs) können hilfreich sein, um Extremkostenfälle besser abzubilden. Während die auch in diesem Jahr wieder verfolgten systematischen Ansätze bereits in den Abschlussberichten zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für die Jahre 2017 und 2018 detailliert ausgeführt wurden, werden in diesem Jahr im Folgenden exemplarisch Beispiele für die *weiteren* Ansätze benannt:

Ein Beispiel für eine direkte Aufwertung hochteurer Fallkonstellationen findet sich in der MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane*. Dort sind aufgrund ihrer Hauptdiagnose *Bronchialkarzinom* auch Fälle mit neurochirurgischen Tumoreingriffen (bei Hirnmetastase) eingruppiert. Diese Eingriffe führten bereits im G-DRG-System 2018 zu einer Höhergruppierung. Analysen in den aktuellen Daten zeigten jedoch weiter eine erhebliche Unterdeckung. Trotz vergleichsweise geringer Fallzahl konnte für 2019 für diese Fälle die Abbildung in der höchstbewerteten operativen DRG der MDC 04 umgesetzt werden.

Die Etablierung der neuen DRG H41E *Andere ERCP [...]* für Fälle mit weniger komplexer ERCP führt konsekutiv zur Aufwertung der in der DRG H41D *Andere aufwendige ERCP [...]* verbleibenden Fälle mit Besserstellung auch der dortigen Hochkostenfälle (für Details siehe Kap. 3.3.2.9). Dieser Klassifikationsumbau ist damit ein typisches Beispiel für eine Verbesserung der Abbildung von Extremkostenfällen durch eine „Differenzierung am unteren Ende einer Basis-DRG“.

Ein vor allem im Hinblick auf die Abbildung von Kindern angewendeter Ansatz sind angepasste Langliegerzuschläge im Sinne einer differenzierten Anwendung der Kalkulationsmethodik. Im Fallpauschalen-Katalog 2019 werden durch die Anpassung von Langliegerzuschlägen in sechs weiteren DRGs mit relevantem Kinderanteil, z.B. in der neuen DRG G47A *Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, Alter < 16 Jahre* und in den kinderonkologischen DRGs R60A *Akute myeloische Leukämie [...] mit intensiver Chemoth. mit kompliz. Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder schwersten CC, Alter < 16 Jahre*, R63D *Andere akute Leukämie [...] mit mäßig komplexer Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre* und R63G *Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre* insbesondere Extremkostenfälle bessergestellt.

Ein hervorstechendes Beispiel für die verbesserte Abbildung von Extremkostenfällen durch ergänzende Vergütungselemente wie z.B. Zusatzentgelte ist die Etablierung des (unbewerteten) Zusatzentgelts ZE 2019-165 für Nusinersen (für Details siehe Kap. 3.4.1.3): Analysen zeigten, dass Fälle mit Gabe von Nusinersen im Datenjahr 2017 mit Kosten bzw. Entgelten in der Höhe von mehr als 100.000 € aufgrund ihrer

Hauptdiagnose *Muskeldystrophie* überwiegend der DRG B85D *Degenerative Krankheiten des Nervensystems [...] mit Relativgewicht < 1* zugeordnet sind. Alle Fälle mit Gabe von Nusinersen waren Extremkostenfälle. Aufgrund der Bedeutung für eine sachgerechte Vergütung der Hochkostenfälle wurde für 2019 eine frühe Etablierung eines (unbewerteten) Zusatzentgelts umgesetzt.

Darüber hinaus stellt ein nennenswerter Teil der Veränderungen in der G-DRG-Klassifikation für 2019 in gewissem Umfang auch „Extremkostenumbauten“ dar, insbesondere die systemweite präzisierte Zuordnung zu den Basis-DRGs 801 *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose* und 802 *Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose* (siehe Kap. 3.3.2.28), alle Veränderungen bei den Funktionen der „Komplizierenden Konstellationen“ (siehe Kap. 3.3.2.13) sowie praktisch alle Veränderungen der MDC 15 *Neugeborene* (siehe Kap. 3.3.2.19). Die gerade genannten und zahlreiche weitere Extremkostenumbauten werden in den jeweiligen Abschnitten zu den einzelnen Themengebieten detailliert beschrieben.

Ferner ist auf den fünften Extremkostenbericht hinzuweisen, der Anfang 2019 vom InEK veröffentlicht werden wird.

### 3.3.2.8 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren

Seit dem G-DRG-System 2018 erfolgt die Vergütung von Gerinnungsfaktoren über insgesamt vier verschiedene Zusatzentgelte (siehe Tab. 16): Für Fälle mit angeborenen und dauerhaft erworbenen Blutgerinnungsstörungen mit Vergütung über das extrabudgetäre Zusatzentgelt ZE2019-97 und für Fälle mit anderen oder temporären Blutgerinnungsstörungen geschieht dies über die intrabudgetären Zusatzentgelte ZE2019-137, ZE2019-138 und ZE2019-139. Alle Zusatzentgelte sind durch Kombinationen bestimmter Prozeduren- und Diagnosekodes definiert. Für die intrabudgetären Zusatzentgelte gilt, dass erst 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. Auf Beschluss der Selbstverwaltung erfolgt für 2019 eine Erweiterung der Definition der Zusatzentgelte ZE2019-97 und ZE2019-139 um die Transfusion von Plasmatischem Faktor X (gemäß OPS Version 2019 8-812.a\*). Der Schwellenwert des Zusatzentgelts ZE2019-139 bleibt von dieser Ergänzung unberührt.

ZE	Bezeichnung		Schwellenwert
ZE2019-97	<i>Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren</i>	extrabudgetär	
ZE2019-137	<i>Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII</i>	intrabudgetär	20.000 €
ZE2019-138	<i>Gabe von Fibrinogenkonzentrat</i>	intrabudgetär	2.500 €
ZE2019-139	<i>Gabe von Blutgerinnungsfaktoren</i>	intrabudgetär	6.000 € (für die Summe der Faktoren)

Tabelle 16: Zusatzentgelte für die Gabe von Blutgerinnungsfaktoren im G-DRG-System 2019

### 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.

#### ***ERCP und bestimmte endoskopische Eingriffe***

Im G-DRG-System 2018 werden Behandlungsfälle der MDC 07 mit endoskopischer Sondierung oder Behandlung der Gallenwege oder des Pankreasgangs je nach Behandlungsaufwand in die vierfach ausdifferenzierte Basis-DRG H41 ERCP eingruppiert. Aufwendige Fälle z.B. mit Zugang durch retrograde Endoskopie, Radiofrequenzablation und endoskopische Stentimplantation oder äußerst schweren CC oder Kinder sind den DRGs H41A, H41B und H41C zugeordnet. Der überwiegende Anteil der Fälle ist dagegen in der DRG 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* abgebildet. Ein Schwerpunkt der diesjährigen Weiterentwicklung war insbesondere die eingehende Analyse der Fälle der DRG H41D. Diese verdeutlichte, dass Fälle mit z.B. „nur“ einer Endosonographie der Gallenwege oder des Pankreas, diagnostischer retrograder Darstellung der Gallen- und Pankreaswege und mit bestimmten endoskopischen Biopsien mit deutlich geringeren Kosten verbunden waren als andere Fälle dieser DRG. Im G-DRG-System 2019 werden diese weniger aufwendigen Fälle der neuen DRG H41E *Andere ERCP ohne bestimmte ERCP, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff, ohne Radiofrequenzablation mit endoskopischer Stentimplantation* zugeordnet (Abb. 12). Infolgedessen wurden die verbleibenden Fälle der DRG H41D deutlich aufgewertet.

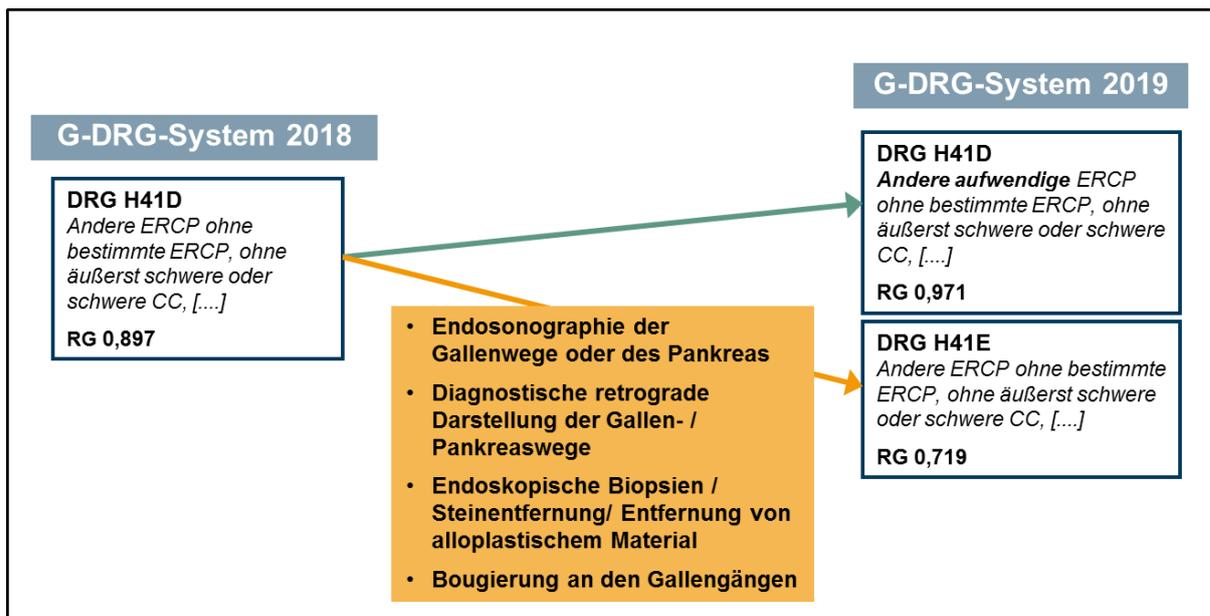


Abbildung 12: Etablierung der neuen DRG H41E für weniger aufwendige Fälle mit ERCP und bestimmten endoskopischen Eingriffen

Des Weiteren waren in der DRG H41A Fälle mit Endosonographie der Gallenwege oder des Pankreas in Kombination mit äußerst schweren CC mit weniger Kosten verbunden als andere Fälle dieser DRG und werden im G-DRG-System 2019 sachgerecht der DRG H41B zugeordnet. Außerdem zeigten sich Fälle mit Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden Stents in die Gallengänge, endoskopischer Steinentfernung an den Gallengängen und anderen Operationen an den Gallengängen als weniger aufwendig und werden dementsprechend zukünftig der DRG H41D (statt der DRG H41C) zugeordnet.

Auf Basis von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren erfolgte für das G-DRG-System 2019 in der Basis-DRG H41 die Gleichstellung der Prozeduren für die transduodenale Drainage einer Pankreaszyste mit den Prozeduren für die transgastrale Drainage einer Pankreaszyste und die Zuordnung der Prozedur für diagnostische Intestinoskopie durch Push-and-pull-back-Technik sowie der Prozedur für die endoskopische submuköse Exzision von erkranktem Gewebe des Rektums. Letzteres entspricht einer deutlichen Aufwertung von Fällen, die zuvor in konservativen DRGs eingruppiert waren.

### **Endoskopie in der MDC 06**

Im Vorschlagsverfahren erreichten uns wieder zahlreiche Hinweise zur Abbildung endoskopischer Leistungen in der MDC 06. Thematisiert wurde dabei u.a. die Abbildung von Fällen mit endoskopischer Submukosadisektion (ESD). Dieses Verfahren kann mittels OPS spezifisch und differenziert nach Lokalisation verschlüsselt werden. Hingewiesen wurde dabei auf die hohen Materialkosten für dieses Verfahren, die unabhängig von der behandelten Lokalisation entstehen, und die aus diesem Grund als problematisch angesehene unterschiedliche Bewertung dieser Leistung am Dickdarm und am Rektum in Abhängigkeit vom PCCL eines Falles. Für die G-DRG-Version 2019 konnte der Code für die endoskopische Submukosadisektion am Rektum (OPS 5-482.11) in die Basis-DRG G47 *Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe* auf-

genommen werden und ist damit zukünftig analog zu der Lokalisation Dickdarm in der MDC 06 abgebildet.

Im OPS wurden in den letzten Jahren zahlreiche Codes etabliert, welche sowohl diagnostische als auch therapeutische endoskopische Verfahren in Push-and-pull-back-Technik beschreiben. Im Vorschlagsverfahren wurde der erhöhte Aufwand für diese Leistung im Vergleich zu einer normalen Intestino-/Koloskopie in Push-Technik beschrieben, der sich durch die längere Dauer dieses Verfahrens und damit durch einen erhöhten Personalaufwand ergebe. Es wurde daher angeregt, die betroffenen Prozeduren bezüglich ihrer Eingruppierung den analogen Verfahren in Push-Technik bzw. mindestens weniger aufwendigen Verfahren wie dem Clippen am Darm gleichzustellen. Die diesjährigen Analysen führten zur Aufnahme der Prozedur für die *Diagnostische Intestinoskopie durch Push-and-pull-back-Technik* (OPS 1-636.1) in die Basis-DRGs G46 *Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie oder therapeutische ERCP*, G47 und G50 *Komplexe therapeutische Gastroskopie und bestimmte andere Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane [...]* und damit zur Angleichung der Gruppierungsrelevanz an die einfache diagnostische Intestinoskopie. Aufgrund von geringen Fallzahlen bei den übrigen Prozeduren für endoskopische Verfahren in Push-and-pull-back-Technik waren weitere Anpassungen für die G-DRG-Version 2019 nicht möglich.

Im Rahmen der Analyse von Funktionen für „Komplizierende Konstellationen“ wurde auch die DRG G40Z *Komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* hinsichtlich der in der Definition verwendeten Funktion „Komplizierende Konstellationen II“ überprüft. Auch in dieser DRG zeigte sich, dass Fälle mit bestimmten Prozeduren der Funktion „Komplizierende Konstellationen II“ mit geringeren Kosten verbunden sind als andere Fälle, die der DRG G40Z zugeordnet werden. Für 2019 wurde daher die DRG G40Z anhand der neuen Funktion „Komplizierende Konstellationen G40“ differenziert. Diese neue Funktion stellt eine Präzisierung der Funktion „Komplizierende Konstellationen II“ dar, bei der folgende Prozeduren nicht mehr in der Definition enthalten sind:

- Revision von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)
- Transfusion von 2 Thrombozytenkonzentraten (außer patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate)
- Transfusion von normalem Plasma: 6 TE bis unter 11 TE
- Transfusion von Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE
- Bestimmte kontinuierliche Dialysen < 145 Stunden

### **Weitere Änderungen**

#### MDC 06

Die DRG G47Z der G-DRG-Version 2018 wurde für Fälle mit einem Alter unter 16 Jahren differenziert, die zukünftig in der DRG G47A abgebildet werden. Darüber hinaus wurde die Prozedur für die *endoskopische Vollwandexzision [EFTR] von erkranktem Gewebe des Dickdarmes* (OPS 5-452.65) in die Basis-DRG G47 aufgenommen. Dadurch wurden vor allem Fälle aus den DRGs G60B *Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC [...]* und G71Z *Ande-*

*re mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane* der medizinischen Partition der MDC 06 aufgewertet. Ebenfalls in der Basis-DRG G47 abgebildet werden ab 2019 Fälle mit einer *Destruktion von erkranktem Gewebe am Magen durch endoskopische Radiofrequenzablation* (OPS 5-433.55). Bisher galt dies nur für Fälle mit einem Alter unter 15 Jahre.

Einige Leistungen werden entsprechend ihrem Aufwand in der G-DRG-Version 2019 nicht mehr der Basis-DRG G46, sondern der Basis-DRG G47 zugeordnet und damit abgewertet. Dazu zählen das endoskopische Clippen und die endoskopische Injektion am Ösophagus sowie die endoskopische photodynamische Therapie, sonstige endoskopische Destruktion und die sonstige lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens.

#### MDC 07

Fälle mit einer Prozedur für erweiterte Cholezystektomie ohne eine Diagnose für bösartige Neubildung an Leber, Gallengängen, Gallenblase oder Pankreas waren in der Basis-DRG H09 *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen* mit deutlich geringeren Kosten verbunden als andere Fälle und werden im G-DRG-System 2019 kostenentsprechend der Basis DRG H12 *Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System [...] zugeordnet.*

Kinder mit einem Alter unter 14 Jahren und komplexen Eingriffen an Gallenblase und Gallenwegen werden zukünftig nicht mehr der Basis-DRG H02, sondern der Basis-DRG H01 *Eingriffe an Pankreas und Leber [...] oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 Jahre zugeordnet* und damit deutlich aufgewertet.

### **3.3.2.10 Geburtshilfe**

In diesem Jahr erreichten uns im Vorschlagsverfahren erneut verschiedene Hinweise der Fachgesellschaft zu Themen der Geburtshilfe. Diese bezogen sich beispielsweise auf Änderungen der G-DRG-Klassifikation hinsichtlich der Abbildung von protrahierten Geburten, Fällen mit postpartalen Infektionen oder auf die Abbildung von Kürettagen.

Im OPS existieren verschiedene Codes/Kodebereiche für die Verschlüsselung von Kürettagen:

- 1-471\* *Biopsie ohne Inzision am Endometrium* (Diagnostik: z.B. Aspirationskürettage, fraktionierte Kürettage)
- 5-690\* *Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]*
- 5-751 *Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]*
- 5-756.1 *Instrumentelle Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)*

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens wurde einerseits auf eine uneinheitliche Anwendung und mögliche Fehlkodierung bei diesen Codes hingewiesen, was im OPS Version 2019 durch die Aufnahme erläuternder Inklusiva und Exklusiva klargestellt wurde. Andererseits wurde ausgeführt, dass sich Fälle mit Kürettagen – in unterschiedlicher Häufigkeit – in verschiedenen DRGs der MDC 14 *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* wie z.B. O04A-C *Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur [...]*, O05A *Cerclage und Muttermundverschluss oder Cholezystektomie oder*

*komplexe OR-Prozedur [...], O05B Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, ein Belegungstag od. oh. Cerclage, oh. Muttermundverschluss [...]* und *O40Z Abort mit Dilatation und Kürettage [...]* fänden. Medizinisch sei die Verteilung dieser Fälle nicht immer nachvollziehbar. Die Abbildung von Fällen mit den oben aufgeführten Codes für Kürettagen wurde daraufhin, auch in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose z.B. nach Abort bzw. nach Entbindung, untersucht. Für die G-DRG-Version 2019 konnten verschiedene Anpassungen der Abbildung von Kürettagen in der MDC 14 im Sinne einer Vereinheitlichung vorgenommen werden:

- Die DRG O40Z wurde mit der DRG O04C zusammengefasst. Zusätzlich wurden Fälle mit einer *Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft* (OPS 5-751) von der DRG O04B neu der DRG O04C entsprechend ihren Kosten zugeordnet. Dadurch werden Fälle mit diagnostischer und therapeutischer Kürettage sowie mit einer Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft zukünftig unabhängig davon, ob diese nach Abort oder nach der Entbindung vorgenommen wurde, der DRG O04C zugeordnet. Weiterhin unterschiedlich wird die Abbildung von Fällen mit einer Prozedur für die instrumentelle Entfernung einer zurückgebliebenen Plazenta (5-756.1) in der Basis-DRG O04 sein, da sich gezeigt hat, dass Fälle der DRG O04B z.B. mit postpartalen Blutungen und dieser Leistung höhere Kosten aufweisen als die Fälle der DRG O04C. Damit finden sich ab dem Jahr 2019 Fälle mit einer Entfernung einer zurückgebliebenen Plazenta weiterhin – in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose – in den DRGs O04B bzw. O04C (in der G-DRG Version 2018 in O04B und O40Z).
- Innerhalb der Basis-DRG O05 werden Fälle mit einer Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft ab dem Jahr 2019 in der DRG O05D *Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, ein Belegungstag oder ohne Cerclage, Muttermundverschluss, [...], mit wenig aufwendigem Eingriff oder intrauterine Therapie des Feten* statt in der DRG O05B (in der G-DRG-Version 2019: O05C) abgebildet. Dies gilt analog für unspezifische Prozeduren für eine sonstige und nicht näher bezeichnete therapeutische Kürettage.

Neben den oben erwähnten Änderungen bei der Abbildung von Fällen mit Kürettage in der Basis-DRG O05, wurden für die G-DRG-Version 2019 weitere Anpassungen sowohl zur Abbildung von hochteuren Fällen als auch zur Präzisierung von DRGs in der Basis-DRG O05 vorgenommen. Dies ist zum einen die Etablierung einer neuen DRG O05A für Fälle *[...] mit intrauterinem operativen Verschluss des offenen Rückens*. Dabei handelt es sich um eine Leistung, die bisher im Rahmen des Verfahrens für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) mit dem Status 1 bewertet wurde. Zum anderen wurden auch Fälle mit einer Entfernung eines oder mehrerer Myome, mit Uterusexstirpation sowie mit radikaler Uterusexstirpation in die DRG O05B (in der G-DRG-Version 2018: O05A) aufgenommen und damit aufgewertet. Aufgrund eines Hinweises aus dem Vorschlagsverfahren wurde die Basis-DRG O05 um die Prozedur 1-694 *Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)* ergänzt. Dadurch wurden Fälle, die zuvor den konservativen DRGs O63Z *Abort ohne Dilatation und Kürettage [...]* und O65A *Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme [...]* zugeordnet wurden, aufgewertet. Analog zum vergangenen Jahr wurde wieder überprüft, ob die DRG O05B der G-DRG-Version 2018, die u.a. durch die sehr umfangreiche Liste der bestimmten OR-Prozeduren definiert ist, in ihrer Definition weiter präzisiert werden kann. Dabei zeigte sich, dass Prozeduren wie die laparoskopische und sonstige Adhäsiolyse am Darm, bestimmte Inzisionen und andere Operationen des Ovars in der DRG O05B mit geringeren Kosten verbunden sind. Diese Leistungen werden zukünftig aufwandsgerecht in der DRG O05D abgebildet.

Der Fokus der diesjährigen Weiterentwicklung der DRGs in der MDC 14 lag auch auf der Definition von DRGs der Basis-DRG O01 *Sectio caesarea oder Thromboembolie während der Gestationsperiode mit OR-Prozedur* und der Abbildung hochaufwendiger Fälle in diesem Bereich. So zeigte sich beispielsweise, dass sich nicht mehr alle Attribute, die noch 2018 die DRG O01A *Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen (SSW) [...] oder mit IntK > 196 / 184 / 184 Punkte* definieren, als Kostentrenner eignen. Dies gilt u.a. für Prozeduren für eine primäre Sectio caesarea, für Diagnosen für eine Schwangerschaftsdauer von 0 bis 25 vollendete Wochen oder für bestimmte Komplikationen während der Wehentätigkeit oder der Entbindung. Die Definition der DRG O01A wurde daher für die G-DRG-Version 2019 präzisiert. Abbildung 13 zeigt beispielhafte Fallwanderungen:

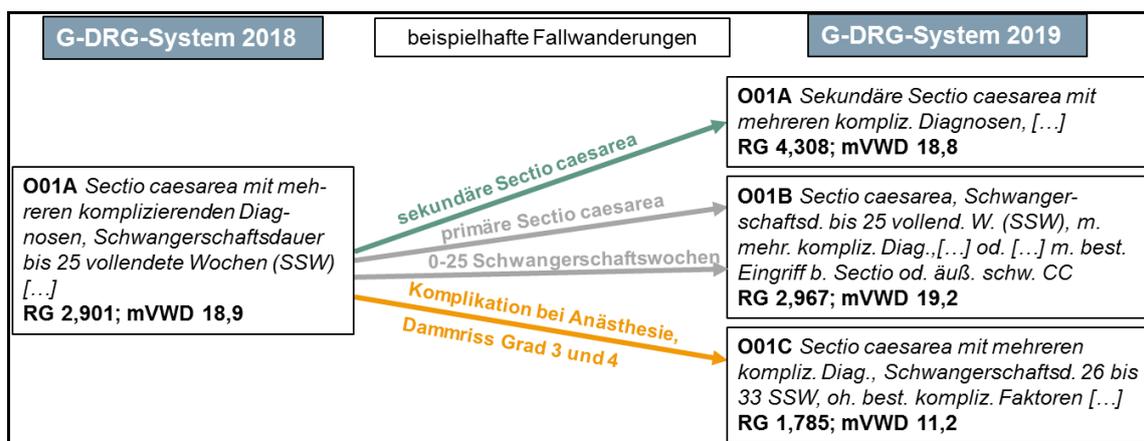


Abbildung 13: Änderungen der DRG O01A *Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen (SSW) oder mit intrauteriner Therapie [...]*

Ab dem Jahr 2019 unverändert in der DRG O01A abgebildet werden Fälle mit sekundärer Sectio caesarea in Kombination mit weiteren komplizierenden Faktoren wie mehreren komplizierenden Diagnosen mit intrauteriner Therapie oder Mehrlingsschwangerschaft oder Fälle mit sekundärer Sectio caesarea, welche die Definition der Funktion „Komplizierende Konstellationen“ erfüllen. Weiterhin in die DRG O01A eingruppiert werden Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung. Insgesamt führen die Änderungen in der Definition der DRG O01A zu einer erheblichen Aufwertung und damit zur Verbesserung der Abbildung von Extremkostenfällen. Außer bei der DRG O01A hat sich auch bei Fällen der DRG O01D *Sekundäre Sectio caesarea m. mehrer. kompliz. Diagn., Schwangerschaftsdauer > 33 vollendete Wochen (SSW), oh. intraut. Ther., oh. kompliz. Konst. [...]* gezeigt, dass diese bei Vorliegen bestimmter Diagnosen wie beispielsweise einer nicht näher bezeichneten Präeklampsie, einer Schwangerschaftsproteinurie, einer paranoiden oder sonstigen Schizophrenie oder bei bestimmten Mehrlingsschwangerschaften geringere Kosten aufweisen als die übrigen Fälle der DRG. Diese Diagnosen führen daher zukünftig nicht mehr in die DRG O01D.

Bei den DRGs der medizinischen Partition der MDC 14 wurden aufgrund eines Hinweises aus dem Vorschlagsverfahren alle Definitionskriterien der DRG O65A auf eine Eignung als Kostentrenner analysiert. Als Ergebnis führt die Diagnose für die Betreuung der Mutter wegen Beckenendlage ab dem Jahr 2019 nicht mehr in die DRG O65A. Darüber hinaus werden Fälle mit diagnostischer Laparoskopie zukünftig – wie oben erwähnt – der Basis-DRG O05 zugeordnet und damit aufgewertet.

### 3.3.2.11 Gefäßchirurgie und -interventionen / Angiologie

Für den Teilbereich der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*, in dem die Behandlung von Erkrankungen nichtkoronarer Arterien und Venen abgebildet wird, gingen auch für das G-DRG-System 2019 diverse externe Vorschläge ein. Dabei thematisierten die Vorschläge vor allem spezifischere Abbildungsmöglichkeiten für eine Reihe von interventionellen Verfahren zur Behandlung von aortalen und peripheren Gefäßerkrankungen durch entsprechende Änderungen im OPS Version 2017. Die auf den externen Hinweisen basierenden Analysen wurden durch eine Vielzahl an internen Analysen ergänzt, sodass für die Weiterentwicklung des Systems für 2019 einige Änderungen bei der Abbildung von Fällen mit interventionellen und chirurgischen Gefäßeingriffen innerhalb der operativen Partition der MDC 05 umgesetzt werden konnten.

#### **Behandlung von Erkrankungen der Aorta und von/an iliakalen Gefäßen**

Die unterschiedlichen Therapiemöglichkeiten bei der Behandlung von Fällen mit Aneurysma oder Dissektion der Aorta werden im G-DRG-System innerhalb der operativen Partition der MDC 05 kostenentsprechend sehr differenziert abgebildet. Insbesondere erfolgt eine Unterscheidung zwischen offen chirurgischen und interventionellen, endovaskulären Behandlungsverfahren.

##### ■ Chirurgische Behandlungsverfahren

Fälle mit einer offen chirurgischen Behandlung eines Aortenaneurysmas oder einer Aortendissektion (z.B. durch ein Verfahren zur *Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta*) werden innerhalb der MDC 05 vor allem in den Basis-DRGs F07 *Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine* und F08 *Rekonstruktive Gefäßeingriffe* abgebildet. Insgesamt wurden für das G-DRG-System 2019 auf der Basis von internen Analysen verschiedene Änderungen in den entsprechenden DRGs umgesetzt, die direkt oder indirekt Einfluss auf die Abbildung von Fällen mit einer offen chirurgischen Behandlung eines Aortenaneurysmas oder einer Aortendissektion haben.

So war ein Schwerpunkt der Analysen die Abbildung von Fällen innerhalb der Basis-DRG F07. In dieser dreifach differenzierten Basis-DRG wird ein vergleichsweise heterogenes Fallkollektiv abgebildet: Neben chirurgischen Eingriffen an der Aorta thoracica bei Aneurysma oder Aortendissektion werden dort z.B. auch Korrekturverfahren bei angeborenen Herzfehlern (z.B. bei Vorhof- oder Ventrikelseptumdefekt) abgebildet. Diese heterogenen Fallkonstellationen spiegelten sich in den Kostenanalysen in einer inhomogenen Kostenstruktur innerhalb einzelner DRGs der Basis-DRG F07 wider. Hierbei fielen insbesondere in den beiden höher bewerteten DRGs F07A und F07B sowohl aufwendigere als auch weniger aufwendige Fälle auf (siehe Abb. 17).

Im Ergebnis erfolgte für das G-DRG-System 2019 eine komplexe Umarbeitung der Basis-DRG F07 mit einer Aufwertung von Fällen der DRG F07B mit einem Alter unter 18 Jahre und Reoperation oder komplizierender Konstellation in die DRG F07A bei gleichzeitiger Präzisierung der Bedingung der DRG F07A durch Abwertung von Fällen mit weniger aufwendigen Herz- und Gefäßeingriffen, z.B. bestimmten chirurgischen ablativen Maßnahmen. Ebenfalls erfolgte eine Abwertung von Fällen der DRG F07B mit weniger kostenaufwendigen Eingriffen, z.B. die reine Entfernung bestimmter herzunterstützender Systeme.

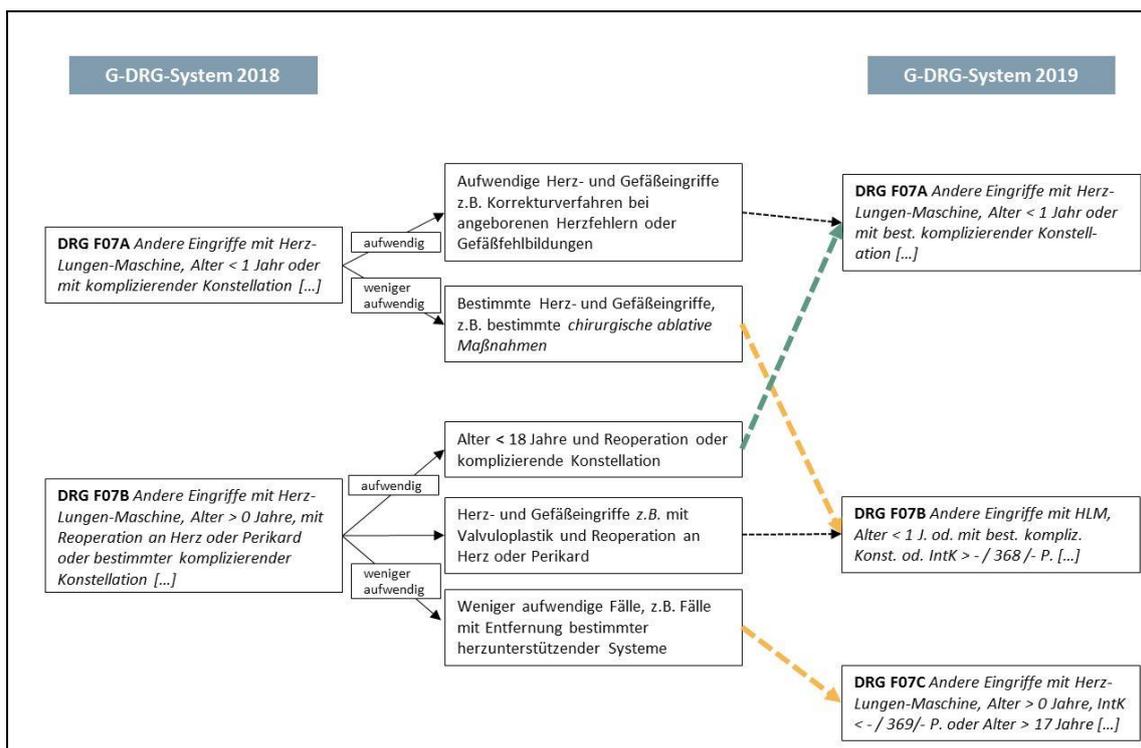


Abbildung 17: Basis-DRG F07: Heterogene Kostenstruktur und (Neu-)Zuordnung der identifizierten Konstellationen im G-DRG-System 2019

Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren und eigene Analysen wiesen auf eine nicht sachgerechte Zuordnung bestimmter Fallkonstellationen innerhalb der Basis-DRG F08 *Rekonstruktive Gefäßeingriffe* hin. In dieser sechsfach differenzierten Basis-DRG werden neben Fällen mit Eingriffen bei Gefäßaneurysma – sowohl an der Aorta als auch an peripheren Gefäßen – auch Fälle mit aufwendigeren Eingriffen bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit abgebildet.

So wurden, einem externen Hinweis folgend, Fälle der DRG F08E mit beidseitiger Anlage eines aortofemorale Bypasses Fällen der DRG F08D mit einem Verfahren zum bifemorale Ersatz der Aorta abdominalis durch eine Bifurkationsprothese gleichgestellt und damit sachgerecht aufwertet.

Als Ergebnis der umfassenden internen Analysen erfolgte eine Präzisierung der Bedingungen der DRG F08A *Rekonstruktive Gefäßeingriffe mit komplizierender Konstellation* [...] über eine Anpassung der Funktion „Komplizierende Konstellationen“, sodass beispielsweise Fälle mit *Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen* aus den Bedingungen der Funktion gestrichen wurden (vgl. auch Kap. 3.3.2.13). Des Weiteren resultierten die Analysen in einer kostenentsprechenden Abwertung von Fällen der DRG F08B, z.B. mit unspezifischem Verfahren bei Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta. Auffällig waren innerhalb der Basis-DRG F08 aber vor allem Fälle mit Anlage eines Gefäß-Bypasses, sodass für die Abbildung dieser Eingriffe eine Reihe von Änderungen für das G-DRG-System 2019 umgesetzt wurden, z.B. eine Abwertung von Fällen der DRG F08C mit Anlage eines nicht näher spezifizierten femoropoplitealen Bypasses vornehmlich in die DRG DRG F08D. Ferner wurde innerhalb der Basis-DRG F08 auch eine neue DRG F08G *Rekonstruktive Gefäßeingriffe* [...] ohne bestimmten Eingriff etabliert, mit Abwertung von weniger aufwendigen Fällen (u.a. mit Anlage eines

Shunts oder Bypasses an Becken- oder Oberschenkelgefäßen) der DRG F08F *Rekonstruktive Gefäßeingriffe [...] mit bestimmtem Eingriff*.

■ Endovaskuläre Behandlungsverfahren

Die Abbildung von Fällen mit endovaskulärem Eingriff an der Aorta erfolgt innerhalb der MDC 05 vor allem in den Basis-DRGs F08 *Rekonstruktive Gefäßeingriffe*, F42 [...] *best. rekonstruktive Gefäßeingriffe [...]* und F51 *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta*. Eine fallspezifische Ergänzung kann über krankenhausesindividuelle Entgelte erfolgen (siehe Tab. 18).

<b>Unbewertete Zusatzentgelte</b>	
<b>ZE2018-53</b>	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm
<b>ZE2018-67</b>	Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal
<b>In 2018 verhandelbares NUB-Entgelt</b>	
<b>NUB Status 1</b>	Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik (für 2 und mehr Chimney Stents)

Tabelle 18: Ergänzende Entgelte bei endovaskulären Aortenreparatur-Verfahren im G-DRG-System 2018

Eine Vielzahl an Vorschlägen wurde zu klassifikatorischen Umbauten in den betroffenen DRGs und zur Etablierung oder Differenzierung von Zusatzentgelten auf Basis der OPS-Änderungen im Datenjahr 2017 übermittelt. So erfolgten im OPS Version 2017 umfangreiche Änderungen für den Bereich *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen* (5-38a) mit einer komplexen Überarbeitung der Codes für Stent-Prothesen mit Öffnungen (vormals Fenestrierungen und/oder Seitenarmen), Einführung spezifischer Codes für die Versorgung eines Gefäßabganges in Chimney-Technik und der Etablierung neuer Zusatzcodes, u.a. für die Anzahl von implantierten Stent-Prothesen und das Merkmal „patientenindividuell“. Entsprechend umfassend waren die Analysen auch unter Berücksichtigung von zusätzlichen Informationen aus der „Ergänzenden Datenabfrage“ (siehe auch Kap. 3.2.1.2).

Dennoch erlaubte die Datenqualität für das G-DRG-System 2019 keine Änderung auf Basis der neu etablierten bzw. überarbeiteten Codebereiche. So gab es u.a. Hinweise auf Unklarheiten bei der Umsetzung der Kodierungsänderungen, die sich auch in einer Inkonsistenz zwischen den erfassten Leistungsbezeichnern und den hierzu übermittelten Kostendaten widerspiegelte.

Eine Kombination operativer und endovaskulärer Verfahren bei der Behandlung eines Aortenaneurysmas oder einer Aortendissektion kann als sogenanntes Hybrid-Verfahren erfolgen. Entsprechend erfolgt eine Abbildung von Fällen mit entsprechenden Eingriffen sowohl in den DRGs, in denen primär offen chirurgische Verfahren abgebildet werden, als auch in den DRGs, die vor allem endovaskuläre Verfahren sachgerecht abbilden. Ergänzend kann hierfür ggf. das unbewertete Zusatzentgelt ZE2018-50 *Implantation einer (Hybrid)-Prothese an der Aorta* geltend gemacht werden. Im Rahmen der Analysen und des komplexen Umbaus der Basis-DRG F07 erfolgt für das G-DRG-System

2019 eine kostenentsprechende Abwertung von Fällen der DRG F07A mit Hybrid-Eingriffen an der thorakalen Aorta.

### **Periphere Gefäßeingriffe**

Die Abbildung von Fällen mit peripheren, interventionellen Gefäßeingriffen erfolgt vornehmlich in der Basis-DRG F14 *Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe [...] oder bestimmte beidseitige Gefäßeingriffe* und in der Basis-DRG F59 *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe*. Die verschiedenen interventionellen Behandlungsmöglichkeiten peripherer Gefäßerkrankungen werden vor allem über die Codebereiche für *(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention (8-836.\*)* und *(Perkutan-)transluminale Stentimplantation (8-84\*.)* mit endstelliger Differenzierung für den betroffenen Gefäßbereich (z.B. Unterschenkelgefäße) erfasst. Für den OPS Version 2017 erfolgte für die Gefäßlokalisationen *abdominal und pelvin* und *Oberschenkel* eine Differenzierung nach venösen und arteriellen Gefäßen. In der Folge thematisierten eine Reihe von externen Hinweisen den Einfluss dieser Differenzierung auf die Abbildung von Fällen in den beiden Basis-DRGs F14 und F59. Hierbei wurde angeführt, dass Eingriffe an venösen Gefäßen sowohl vom Materialaufwand als auch aufgrund gesteigerter Morbidität der Patienten deutlich aufwendiger seien als entsprechende Eingriffe an arteriellen Gefäßen.

Es erfolgten umfassende Analysen, sowohl von Fällen mit den verschiedenartigen perkutanen Gefäßinterventionen (z.B. Ballonangioplastie) als auch von Fällen mit Implantation von Stents an den betroffenen Gefäßlokalisationen. Dabei zeigten sich im ersten Datenjahr mit dieser Differenzierung für die meisten Verfahren nur wenige Fälle mit Interventionen an venösen Gefäßen betroffen. Soweit die Fallzahlen für eine Beurteilung ausreichend waren, zeigte sich mehrheitlich ein recht uneinheitliches Kostenbild. Deshalb waren Änderungen für das G-DRG-System 2019 mit einer Aufwertung von Fällen mit perkutaner Gefäßintervention an venösen Gefäßen nur in geringem Umfang möglich: So erfolgte eine Besserstellung von Angioplastien an bestimmten venösen Gefäßen in der DRG F59D *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit bestimmtem anderen Eingriff oder PTA, mehr als ein Belegungstag [...], Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag* mit Abwertung der entsprechenden Lokalisation arteriell in die DRG F59E *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe [...], Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag*.

Für beide Basis-DRGs gingen auch externe Hinweise ein, die eine unterschiedliche Gruppierungsrelevanz für einige Verfahren aus dem Bereich der *(Perkutan-)transluminale Stentimplantation* thematisierten. So sei, trotz vergleichbarer Kosten, die Gesamtzahl an implantierten Stents pro Fall in Abhängigkeit von der Anzahl der Sitzungen und den betroffenen Gefäßlokalisationen unterschiedlich gruppierungsrelevant.

Bei den Analysen zeigte sich, dass es im G-DRG-System 2018 für bestimmte Konstellationen möglich war, dass beispielsweise die Implantation von zwei Stents in einer Sitzung anders eingruppiert wurde als die Implantation von zweimal einem Stent. Die Konstellation zweimal ein Stent konnte dabei einem mehrzeitigen Eingriff, einem Mehrfacheingriff oder einem Kodierartefakt entsprechen. Nach umfassenden Analysen erfolgte für das G-DRG-System 2019 eine weitgehend einheitliche Abbildung der Fälle mit mehreren Stents, sowohl innerhalb der Basis-DRG F14 als auch der Basis-DRG F59. Kostenentsprechend bedeutete dies je nach Konstellation eine Auf- wie auch Abwertung von Fällen mit mehreren Stents. Beispielsweise wurden Fälle mit Implantation von zweimal einem gecoverten Stent an Oberschenkel- und Beckengefäßen in die DRG F59B *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit aufwendigem Eingriff oder Mehrfacheingriff [...]* aufgewertet, wohingegen die Implantation von zweimal einem Stent an Oberschen-

kel- und Beckengefäßen aus den Zugangsbedingungen der Basis-DRG F14 gestrichen wurde.

Weitere Umbauten innerhalb der Basis-DRG F59 stützten sich vor allem auf interne Analysen. So erfolgte eine kostenentsprechende Abwertung von Fällen mit als weniger aufwendig identifizierten Verfahren, wie beispielsweise mit einer Patchplastik an Blutgefäßen der oberen Extremität (DRG F59B → DRG F59C) und einer Naht an der A. radialis (DRG F59C → DRG F59D). Überdies wurde innerhalb der Basis-DRG F59 die neue DRG F59E *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe [...], Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag für Fälle der DRG F59D [...], mit bestimmtem anderen Eingriff oder PTA, mehr als ein Belegungstag [...]* mit weniger aufwendigen Eingriffen, z.B. einer Ballonangioplastie an bestimmten Lokalisationen, etabliert.

Ebenfalls auf Basis interner Analysen erfolgte für das G-DRG-System 2019 eine Verbesserung der Abbildung von Fällen mit Diabetes mellitus und peripheren Gefäßkomplikationen oder einem diabetischen Fußsyndrom innerhalb der Basis-DRG F27 *Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen*. So wurden aufwendige Fälle mit Prozeduren für bestimmte Amputationen und Exartikulationen der unteren Extremität oder des Fußes in die DRG F27A *Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus [...], mit Gefäßeingriff oder bestimmter Amputation* aufgewertet und weniger aufwendige Fälle, z.B. mit Anlage eines „anderen“ Shunts oder Bypasses an den Arterien des Unterschenkels, aus der DRG F27A abgewertet. Ebenfalls erfolgte eine Abwertung von weniger aufwendigen Fällen der DRG F27D *Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen [...], mit best. aufwendigen Eingriff*, z.B. mit einer Prozedur für *großflächige chirurgische Wundtoilette am Fuß*.

#### **Weitere Umbauten in der operativen Partition der MDC 05**

Bei geringer Fallzahl der DRG F19D *Radiofrequenzablation über A. renalis, [...]* und geringem Kostenunterschied zur DRG F19C *Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen [...]* erfolgte eine Kondensation beider DRGs zur DRG F19C. Des Weiteren wurden als Ergebnis interner Kostenanalysen Fälle mit (perkutan-) transluminaler Implantation von Stents an der Aorta aus der Basis-DRG F19 sachgerecht abgewertet und der DRG F59C zugeordnet.

Die Analyse von Fällen mit der Behandlung von Venenerkrankungen führte zur kostenentsprechenden Aufwertung von Fällen mit verschiedenen Hauptdiagnosen für Ulzerationen bei bestimmten Venenerkrankungen, z.B. dem postthrombotischen Syndrom innerhalb der Basis-DRG F39 *Unterbindung und Stripping von Venen*, sowie der Abwertung von weniger aufwendigen Fällen der Basis-DRG F14 und Basis-DRG F59 mit anderem operativen Verschluss an oberflächlichen Venen an Kopf, Unterarm oder Hand durch Zuordnung zur Basis-DRG F39.

Im Rahmen umfassender Kostenanalysen innerhalb der MDC 05 und der MDC 24 wurden der Basis-DRG F21 *Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen* („Reste-DRG“ der MDC 05) einige Verfahren kostenentsprechend neu zugeordnet:

- Zuordnung von Fällen aus der MDC 24, u.a. mit diagnostischer Thorakoskopie (→ DRG F21C *Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen [...]* mit *mäßig komplexem Eingriff oder anderer komplizierender Konstellation oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte*) oder Entfernung von Osteosynthesematerial (→ DRG F21E *Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen [...]*)

- Zuordnung von Fällen der Basis-DRG F27, u.a. mit einer *Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Phalangen Fuß*

Des Weiteren erfolgte eine sachgerechte Abwertung von Fällen der DRG F21D *Andere OR-Prozeduren bei Kreislaufkrankungen [...] mit bestimmtem anderem Eingriff*, u.a. mit weniger aufwendigen Verfahren zur chirurgischen Wundversorgung zur DRG F21E.

### 3.3.2.12 Geriatrie

Geriatrische Leistungen sind im G-DRG-System in 17 spezifischen DRGs, verteilt auf 11 verschiedene MDCs, differenziert abgebildet. Trotzdem werden im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung auch in diesem Bereich zahlreiche Analysen durchgeführt, wobei in der Vergangenheit eine geringe Beteiligung der Hauptleistungserbringer an der Kostenkalkulation die Etablierung weiterer Fallpauschalen erschwerte.

Im Rahmen des Strukturierten Dialogs wurde vorgeschlagen, die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit einer Behandlungsdauer ab einer Woche in die im Vorjahr etablierte Kodetabelle für „Mäßig aufwendige Behandlung“ aufzunehmen. Diese wurde zusammen mit den Tabellen für „hochaufwendige“ und „aufwendige“ Behandlung etabliert, um bestimmte kostenauffällige Behandlungen, wie z.B. parenterale Ernährung, Transfusionen oder verschiedene Komplexbehandlungen zusammenzufassen und MDC-übergreifend in mehreren Basis-DRGs als Kostentrenner zu verwenden. Jedoch wiesen die geriatrisch behandelten Fälle mit weniger als 14 Tagen Behandlungsdauer nicht so hohe Kosten auf wie die übrigen in der Tabelle „Mäßig aufwendige Behandlung“ zusammengefassten Leistungen, wie

- Komplett parenterale Ernährung
- Komplexbehandlung bei Epilepsie und Parkinson
- Komplexbehandlung bei MRE, Rheuma, Palliativmedizin
- Neurologische Komplexbehandlung bis 72 Stunden
- Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen

Im Gegenteil zeigten sich die geriatrischen Fälle mit kürzerer Verweildauer in ihren jeweiligen DRGs sachgerecht vergütet.

Weiterhin wurden neue Fallpauschalen für geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane vorgeschlagen. Konkret sollte jeweils eine neue DRG für operative und konservative Fälle in der MDC 13 etabliert werden. In den Kalkulationsdaten des Jahres 2017 fanden sich jedoch nur sehr wenige Fälle mit einer dieser Prozeduren, die zudem sachgerecht vergütet sind, sodass letzten Endes die Abbildung geriatrischer Leistungen im G-DRG-System 2019 im Vergleich zum Vorjahr unverändert ist.

### 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“, „Bestimmte OR-Prozeduren“ oder „Komplizierende Konstellationen“ 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 2019 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.

Auch im Vorschlagsverfahren werden immer wieder Vorschläge zur Überprüfung einzelner Codes in den Funktionen, insbesondere der „Komplizierenden Konstellationen“ eingereicht. Im Vorschlagsverfahren 2019 waren dies u.a. folgende Vorschläge:

- Kodestreichung der Prozedur für die Implantation oder den Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen aus der Funktion „Komplizierende Konstellationen I“
- Umleitung von Fällen, die in der DRG O02A die Bedingung der Funktion „Komplizierende Konstellationen I“ erfüllen, in die DRG O60A
- Kodestreichung der Diagnose für eine intraventrikuläre Blutung Grad 1 beim Fetus und Neugeborenen aus den Funktionen „Schweres Problem beim Neugeborenen“ und „Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen“ in der MDC 15
- Kodeaufnahme der Prozedur für das Debridement einer Faszie am Unterschenkel in die Funktion „Komplexe Vakuumbehandlung“
- Überprüfung der Abbildung von Fällen mit Funktionen wie z.B. der komplexen Vakuumbehandlung in der Basis-DRG N11

Eine im G-DRG-System häufig genutzte Klasse von Funktionen sind die bereits oben erwähnten „Komplizierenden Konstellationen“ (KK). Sie stellen zum einen ein adäquates Mittel zur Berücksichtigung der individuellen Erkrankungsschwere an Stellen im G-DRG-Algorithmus dar, an denen einzelne Prozeduren und Nebendiagnosen die Unterschiede nicht mehr beschreiben können, und zum anderen sind sie ein wichtiges Instrument zur sachgerechten Vergütung von Extremkostenfällen. Die ersten dieser Funktionen wurden bereits vor fast 15 Jahren etabliert, damals primär mit dem Ziel, intensivmedizinische Leistungen besser abzubilden.

Typischerweise zählen mindestens zwei der folgenden Faktoren als KK: Dialyse und vergleichbare Verfahren, Gabe von Blutprodukten und Plasma, Chemotherapie und Strahlentherapie, Drainage und invasives Monitoringverfahren, schwerste Gerinnungsstörungen, systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS) mit Organkomplikationen, bestimmte Lagerungsbehandlungen und unter Umständen auch die Evaluation zur Organtransplantation, die Schrittmacherimplantation oder Anlage eines Ports etc. Innerhalb der logischen Definition der KK wird in der Regel zwischen verschiedenen Fallkollektiven unterschieden. Kinder müssen z.B. geringere Anforderungen erfüllen als erwachsene Patienten und auch zwischen operativen und konservativ behandelten Patienten wird unterschieden. Typischerweise ist für Kinder und nicht operierte Pa-

tienten die Transfusion von 6 bis 10 Erythrozytenkonzentraten in KK berücksichtigt, nicht aber bei operativ versorgten Erwachsenen, bei welchen meist die Gabe ab 11 Erythrozytenkonzentraten eine Relevanz hat.

Die Berücksichtigung der individuellen Erkrankungsschwere und der damit einhergehenden höheren Kosten wird anhand eines Fallbeispiels von zwei Fällen mit der Hauptdiagnose *Bösartige Neubildung des Rektums* verdeutlicht (siehe Abb. 14). Beide Patienten zeigen für die Basis-DRG G16 *Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff [...]* typische Leistungen wie die Computertomographie des Abdomens und Thorax, die Rektumresektion, die Transfusion von Erythrozytenkonzentraten, das Legen eines Katheters in zentralvenösen Gefäßen und Super-SAPS bis zu 185 Aufwandspunkten. Fall A erfüllt zudem durch die zusätzlich durchgeführte Chemo- und Strahlentherapie die Bedingung der „Komplizierenden Konstellationen“. Daraus resultiert eine Höhergruppierung dieses Falles in die DRG G16A *Komplexe Rektumresektion [...]* mit kompliz. Konstell. [...].

Prozeduren	Fall A	Fall B
Computertomographie des Abdomen und Thorax	✓	✓
Rektumresektion	✓	✓
Transfusion von Erythrozytenk.: 1 TE bis unter 6 TE	✓	✓
Legen eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	✓	✓
Super-SAPS bis 185 Aufwandspunkte	✓	✓
Hypertherme Chemotherapie	✓	
Hochvoltstrahlentherapie	✓	

**Fall A:** DRG G16A  
(RG: 7,742)

**Fall B:** DRG G16B  
(RG: 4,514)

Abbildung 14: Auszug aus der Prozedurenliste von zwei Fällen der Basis-DRG G16

Auch nach Einführung der intensivmedizinischen Komplexbehandlungen zeigen sich die KK in einer Vielzahl von DRGs als hervorragende Kostentrenner. Allerdings differiert die Wertigkeit der für KK relevanten Prozeduren und Diagnosen von DRG zu DRG stark und manche Maßnahmen, die noch vor einigen Jahren als hochspezifische Innovation galten, sind heute Teil des medizinischen Standardvorgehens. Je nach Grunderkrankung begründen daher verschiedene Konstellationen einen unterschiedlichen Mehraufwand, wodurch eine individuelle Anpassung der bestehenden Attribute in den Funktionen notwendig ist.

### **Weiterentwicklung der „Komplizierenden Konstellationen“**

Im G-DRG-System 2018 existieren bereits verschiedene Varianten der Funktion KK mit den Bezeichnungen I, II, III, Prä-MDC, WS, 801, T01, F06, F21 und H06. Im Zuge der diesjährigen Weiterentwicklung wurden zum einen systemweite Analysen hinsichtlich neuer Einsatzmöglichkeiten der Funktionen (ggf. in modifizierter Form) durchgeführt und zum anderen auch DRG-bezogene Untersuchungen der einzelnen Prozeduren der Funktionen hinsichtlich ihrer Eignung als Kostentrenner vorgenommen. Insbesondere wurden auch die Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren berücksichtigt, die u.a. auf die Überprüfung der Prozeduren für die Gabe von Thrombozyten- und Erythrozytenkonzentraten hinwiesen.

Im G-DRG-System 2019 wurden im Ergebnis 16 weitere individuell angepasste Funktionen etabliert: A11, A13, A13\_2, B02, E77, F03, F03\_2, F07, F08, F15, G38, G40, H38, I06, I66 und R61. Die neuen Funktionen ersetzen die in der jeweiligen DRG bereits vorhandene Funktion oder dienen als neues Splitkriterium.

Ein Beispiel für die Etablierung einer neuen Funktion ist die Funktion „Komplizierende Konstellationen H38“ (KKH38). Im G-DRG-System 2018 existierte die DRG H38Z *Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff [...]*. Zur Eingruppierung in diese DRG war neben einem großen Eingriff, wie einer Pankreasteilresektion, zwingend das Vorliegen der „Komplizierenden Konstellationen II“ erforderlich. Diese Funktion enthält wie die anderen KK bestimmte Dialysen, Gabe von Blutprodukten und Plasma, Chemo- und Strahlentherapie sowie weitere Prozeduren. Dennoch zeigten sich Kostenunterschiede innerhalb des Fallkollektivs der DRG H38Z, die auf bestimmte Prozeduren der genutzten Funktion zurückzuführen waren. Die Analyse der DRG H38Z zeigte einzelne Kodegruppen, die im Vergleich zu anderen mit geringeren Kosten assoziiert waren. Diese betrafen die Implantation, die Revision oder den Wechsel von venösen Katheterversystemen, die Transfusion einer geringen Anzahl von bestimmten Thrombozytenkonzentraten, die kurzzeitige Hämofiltration und Hämodialyse und das EEG-Monitoring oder Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung. Aus der existierenden Funktion „Komplizierende Konstellationen II“ wurde eine um diese Prozeduren reduzierte neue Funktion „Komplizierende Konstellationen H38“ etabliert, anhand welcher die DRG H38Z differenziert wurde. Die Fälle der DRG H38B erfüllen nur die in der Basis-DRG H38 verwendete Bedingung der „Komplizierenden Konstellationen II“, die der DRG H38A dagegen die beider Funktionen. Die Analyserechnung bestätigt den signifikanten Kostenunterschied dieser beiden Fallgruppen bei minimalem Verweildauerunterschied, was sich in der Bewertungsrelation der neuen DRGs H38A *Bestimmte komplizierende Konstellation [...]* und H38B *Andere komplizierende Konstellation [...]* bemerkbar macht (siehe Abb. 15). Die sachgerechte Abbildung beider Fallkollektive ist durch die neue, individuell angepasste Funktion „Komplizierende Konstellationen H38“ begründet.

DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweildauer
H38A	Bestimmte komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	10,341	26,1
H38B	Andere komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	7,209	24,4

Abbildung 15: Ausschnitt aus dem Fallpauschalen-Katalog 2019

Ein Beispiel für eine neue Einsatzmöglichkeit einer bestehenden Funktion bietet die Basis-DRG F43 *Beatmung > 24 Stunden [...] oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte*, in der intensivmedizinisch behandelte Fälle mit einer Erkrankung des Kreislaufsystems abgebildet sind. Die Basis-DRG ist nach Alter, verschiedenen SAPS-Werten, bestimmten Eingriffen und eben „Komplizierenden Konstellationen I“ (KKI) dreifach differenziert (siehe Abb. 16).

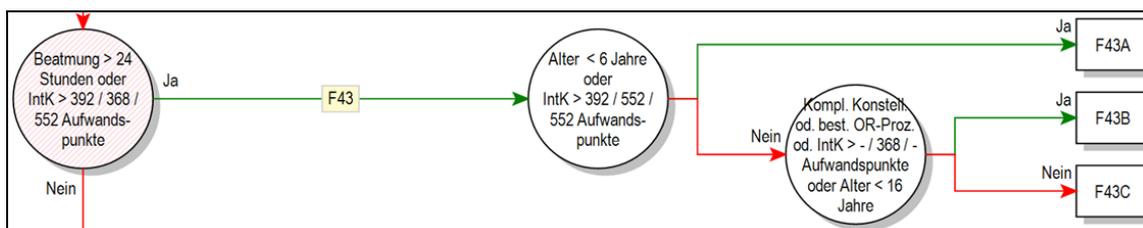


Abbildung 16: Differenzierung der Basis-DRG F43 im G-DRG-System 2019

KKI enthält, wie die anderen „Komplizierenden Konstellationen“, bestimmte Dialysen, Gabe von Blutprodukten und Plasma, Chemo- und Strahlentherapie sowie weitere Prozeduren. Als sogenannte „globale“ Funktion findet sie an mehreren Stellen im DRG-Algorithmus Anwendung. Je nach Verwendungsort ist der gewünschte kostentrennende Effekt bei den einzelnen zusammengefassten Leistungen unterschiedlich stark ausgeprägt. In der diesjährigen Kalkulation konnte allerdings für bestimmte, vergleichsweise einfache Prozeduren aus der verwendeten Funktion kein kostentrennender Effekt in der Basis-DRG F43 mehr nachgewiesen werden. Es zeigte sich, dass die bereits existierende Funktion „Komplizierende Konstellationen F21“, die u.a. bestimmte Dialysen nicht als komplizierende Konstellation wertet und bislang nur in der namensgebenden Basis-DRG F21 verwendet wird, die Kostenverhältnisse in der Basis-DRG F43 deutlich besser abbildet als die bislang verwendete Funktion „Komplizierende Konstellationen I“.

Des Weiteren wird zukünftig in der Basis-DRG F03 *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine oder pulmonale Endarteriektomie* an zwei weiteren Stellen die Funktion „Komplizierende Konstellationen I“ verwendet und in der Basis-DRG A11 *Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte* die bestehende Funktion „Komplizierende Konstellationen Prä-MDC“ in Verbindung mit der Funktion „Bestimmte OR-Prozeduren“.

### **Bedeutung der Weiterentwicklung der „Komplizierenden Konstellationen“**

Wie in den vorherigen Abschnitten mehrfach verdeutlicht, differiert die Wertigkeit der für die „Komplizierenden Konstellationen“ (KK) relevanten Prozeduren und Diagnosen von DRG zu DRG stark, was in unterschiedlichen Grunderkrankungen, aber auch in der Dynamik der medizinischen Verfahren begründet ist. Die systemweite und DRG-spezifische Weiterentwicklung der Funktionen KK ermöglicht die präzise Berücksichtigung der in der jeweiligen DRG tatsächlich mit erheblich höheren Kosten verbundenen Attribute. Die Weiterentwicklung stellt somit einen wichtigen und unumgänglichen Schritt für die Gewährleistung einer sachgerechteren Abbildung insbesondere von Extremkostenfällen dar. Auch für die nächsten Jahre ist eine weitere Differenzierung der KK aufgrund der Spezifizierung einzelner Konstellationen hinsichtlich ihrer Bedeutung innerhalb der Basis-DRGs absehbar. Mit weiter steigender Anzahl der KK wird die jetzige Organisation der KK zunehmend an Übersichtlichkeit verlieren. Zukünftig wird die Überarbeitung der Struktur und Darstellung daher notwendig sein, um die Analyse und Weiterentwicklung der Funktionen innerhalb des G-DRG-Systems zu gewährleisten. Eine Möglichkeit wäre eine tabellarische Struktur zur individuellen Definition der KK, welche die Analyse und Weiterentwicklung erleichtern könnte. Eine stark vereinfachte Darstellung einer solchen tabellarischen Aufstellung ist in Abbildung 17 gezeigt.

Prozeduren	KKI	KKG40	KKF08	KKI06
Transfusion 2 Thrombozytenkonzentrate	✓			
Transfusion 3 Thrombozytenkonzentrate	✓	✓	✓	
Transfusion 4 Thrombozytenkonzentrate	✓	✓	✓	✓

Abbildung 17: Vereinfachte Darstellung der tabellarischen Struktur der Organisation der Funktion „Komplizierende Konstellationen“

### Weiterentwicklungen anderer Funktionen innerhalb des G-DRG-Systems

Im Rahmen der Überarbeitung der Funktion „Komplexe OR-Prozeduren“ zeigte sich, dass bestimmte Verfahren wie z.B. bestimmte Operationen an Klappen und Septen des Herzens und herznahen Gefäßen, bestimmte andere Operationen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten und die operative Reanimation in der Basis-DRG A13 keinen Mehraufwand mehr begründen. Zur kostengerechten Abbildung dieser Leistungen wurden die Funktionen „Komplexe OR-Prozeduren A13“ und „Komplexe OR-Prozeduren A13\_2“, die diese Prozeduren nicht mehr in ihrer Definition enthalten, neu etabliert. Diese beiden neuen Funktionen werden ab dem G-DRG-System 2019 – neben anderen Definitionskriterien – zur Zuordnung von Fällen in die DRGs A13A bis A13D herangezogen. Hinsichtlich der Funktion „Komplexe OR-Prozeduren“ zeigte sich auch in der DRG I02A *Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit komplizierender Konstellation [...], mit äußerst schweren CC und komplexer OR-Prozedur*, dass einige Eingriffe dieser Funktion mit geringeren Kosten verbunden sind. Dies gilt beispielsweise für bestimmte Arthrodesen am Sprunggelenk, bestimmte Operationen an der Wirbelsäule für Wirbelkörperersatz und Osteosyntheseverfahren oder für die Anlage oder den Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung an bestimmten Lokalisationen, die zukünftig in der DRG I02A durch die Verwendung einer neuen Funktion „Komplexe OR-Prozeduren I02“ nicht mehr gruppierungsrelevant sind. In ähnlicher Weise wurde bei der Überarbeitung der Funktion „Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren“ verfahren, deren Definition zur sachgerechten Abbildung von Fällen in der DRG F06A *Koronare Bypass-Operation mit bestimmten mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren [...]* angepasst wurde. In der in dieser DRG ab 2019 verwendeten Funktion „Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren F06“ sind bestimmte Operationen an den Koronargefäßen, bestimmte Operationen am Zwerchfell und bestimmte Entfernungen eines herzunterstützenden Systems nicht mehr enthalten. Zusätzlich zu den Funktionen für komplexe OR-Prozeduren zeigte sich auch bei der systemweit zur Definition von DRGs verwendeten Funktion „Dialyse“, dass für bestimmte DRGs eine Anpassung dieser Funktion erforderlich ist. So zeigte sich, dass Fälle der DRGs H06A und H06B mit bestimmten intermittierenden Dialyseverfahren mit Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation sowie mit Antikoagulation mit sonstigen Substanzen oder mit unspezifischen Prozeduren für sonstige und nicht näher bezeichnete Hämo(dia)filtration oder Hämodialyse geringere Kosten aufweisen als die übrigen Fälle dieser DRGs. Über die neue Funktion „Dialyse H06“ werden diese Leistungen im G-DRG-System 2019 nicht mehr den DRGs H06A und H06B zugeordnet.

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-Ohren-Heilkunde

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 internen Analysen die Abbildung der Fälle im G-DRG-System 2018 weiter verbessert werden.

Einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend wurden im Vorjahr Fälle mit komplexer Resektion und Rekonstruktion an Kopf und Hals bei Melanom aus der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* in die Basis-DRG D02 *Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals* umgeleitet und damit deutlich aufgewertet. Basierend auf einem weiteren Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren wurden für das Jahr 2019 weitere Fälle mit vergleichbaren Konstellationen ebenfalls in die MDC 03 umgeleitet. Im Ergebnis wurden die Fälle erheblich aufgewertet, insbesondere auch eine relevante Zahl von Kostenausreißern (Extremkostenfälle) (siehe Abb. 18).

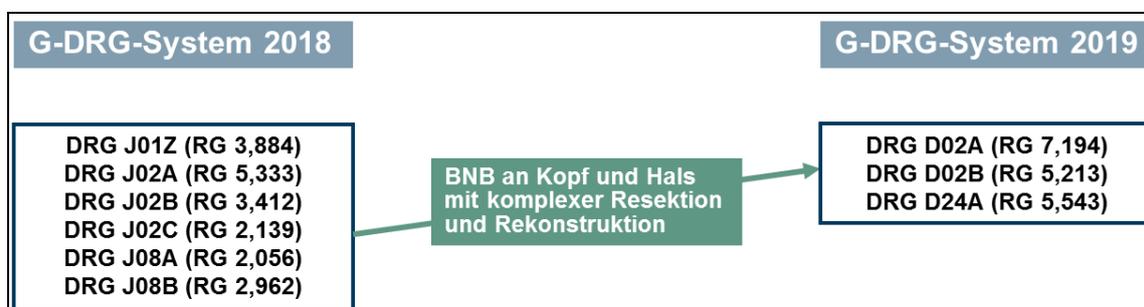


Abbildung 18: Erweiterung der Umleitung aus der MDC 09 in die MDC 03: Beispielhafte Fallwanderungen

Des Weiteren wurde im Vorschlagsverfahren auf eine gewisse Unsicherheit bezüglich der Kodierung der Versorgung einer Nasenriss-/platzwunde hingewiesen. Diese basiert auf der unterschiedlichen Gruppierung ähnlicher Prozedurenkodes, wovon einer höhergruppierend wirkt. Deswegen wurde die Gleichsetzung betroffener Prozeduren angeregt. Nach der Analyse wurden Fälle mit *sonstigen und nicht näher bezeichneten anderen Operationen an der Nase* kostenentsprechend in die DRG D39Z abgewertet und somit mit Fällen mit *Rekonstruktion der Weichteile im Gesicht durch einschichtige Naht nach Verletzung* gleichgestellt.

Im Vorschlagsverfahren wurde ebenso darauf hingewiesen, dass Fälle mit kleinflächiger Lappenplastik an der Lippe im G-DRG-System 2018 in einer höher bewerteten DRG abgebildet werden als Fälle mit einer großflächigen Lappenplastik an der Lippe. Als Ergebnis wurden die Fälle mit kleinflächiger Lippenplastik kostenentsprechend in die Basis-DRG D12 *Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals* aufgenommen, sodass diese Fälle nicht mehr höher bewertet sind als Fälle mit der entsprechenden großflächigen Lippenplastik.

Einem weiteren Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend wurden Fälle mit mindestens zwei verschiedenen Eingriffen zur operativen Zahnentfernung durch Osteotomie an jeweils einem Zahn überprüft. Es wurde darauf hingewiesen, dass solche Fälle ähnliche Kosten aufweisen wie Fälle mit einem Eingriff zur Zahnentfernung durch Osteotomie an mehreren Zähnen. Diese werden aber im G-DRG-System 2018 in eine konservative DRG eingruppiert, während die Fälle mit einem Eingriff an mehreren Zähnen

in die DRG D40Z *Zahnextraktion und -wiederherstellung* eingruppiert werden. Nach der Analyse wurden für das G-DRG-System 2019 Fälle mit mindestens zwei verschiedenen Prozeduren für Zahnentfernung durch Osteotomie an einem Zahn kostenentsprechend der DRG D40Z zugeteilt.

Im Rahmen interner Analysen wurden unterschiedliche Fallgruppen innerhalb der Basis-DRG D30 *Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC oder Eingriffe an Mundhöhle und Mund [...], Alter < 3* untersucht. Es fanden folgende Änderungen für das System 2019 statt:

- Kinder unter 12 Jahre wurden aus der DRG D30C *Kleine Eingriffe an Ohr, Nase und Hals ohne äußerst schwere CC* in die DRG D30B *Tonsillektomie [...] oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals [...]* oder *Alter < 12 Jahre* aufgewertet.
- Weniger komplexe Eingriffe an Ohr und Hals wie z.B. bestimmte Exzision oder Resektion am Ohr wurden aus der DRG D30A in die DRG D30B abgewertet.
- Kleinere Eingriffe an Ohr, Nase und Hals wie z.B. sonstige und nicht näher bezeichnete Biopsie am Larynx durch Inzision wurden aus der DRG D30B in die DRG D30C abgewertet.

Analysen innerhalb der DRG D04Z *Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen* zeigten zum Teil erhebliche Kostenunterschiede verschiedener Fallgruppen, die zu einem Split dieser DRG führten. Fälle mit komplexeren Eingriffen wie z.B. Rekonstruktion der Trachea oder komplexere bignathe Osteotomie wurden der DRG D04A *Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea [...] mit komplexem Eingriff* zugeteilt, während weniger komplexe Eingriffe der DRG D04B zugeteilt wurden.

Zudem wurden bestimmte Fallgruppen innerhalb der Basis-DRG D13 *Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals* kostenentsprechend neu zugeordnet (siehe Abb. 19).

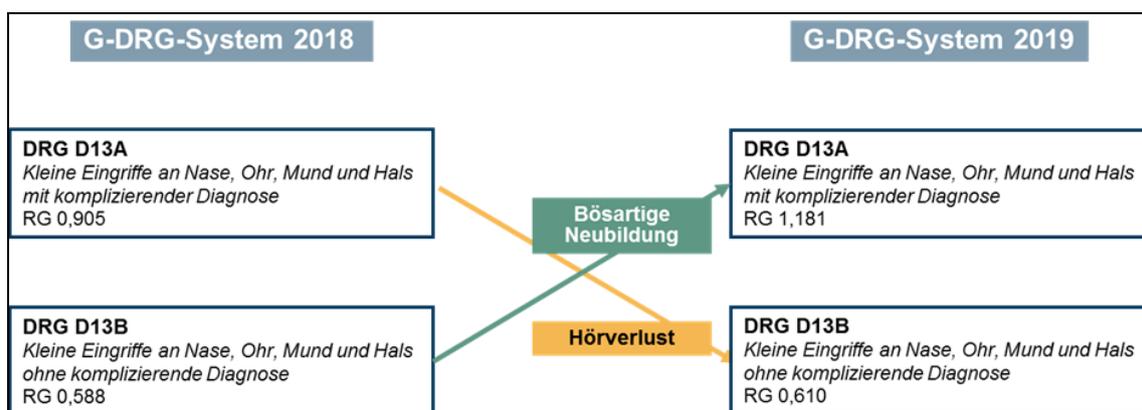


Abbildung 19: Umbauten in der Basis-DRG D13: Beispielhafte Fallwanderungen

Darüber hinaus wurden folgende Fälle aufwandsentsprechend neu zugeordnet:

- Fälle mit bestimmten Mastoidektomien wurden in die DRG D06B *Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, [...] mit komplexer Prozedur od. komplexer Diagnose [...]* aufgewertet.
- Fälle der Basis-DRG D02 mit transoraler partieller Glossektomie mit Rekonstruktion mit gestieltem regionalen Lappen (5-252.00) wurden der Basis-DRG D25 neu zugeordnet.
- Fälle mit kleineren Eingriffen am Ohr, wie z.B. die histographisch kontrollierte Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres, wurden aus der Basis-DRG D12 in die Basis-DRG D30 abgewertet.

### 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 operativem Eingriff in der Basis-DRG T01 *OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten* sowie Fälle mit Sepsis in der Basis-DRG T60 *Sepsis*. In diesem Abschnitt wird die klassifikatorische Weiterentwicklung des G-DRG-Systems in diesen beiden MDCs beschrieben. Auf die Abbildung von Fällen mit Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE] bzw. nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern wird ausführlich in Kapitel 3.3.2.20 eingegangen.

Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems standen in der MDC 18B erneut die beiden Basis-DRGs T01 und T60 im Fokus, für die der vor zwei Jahren begonnene Weg einer stärkeren Hierarchisierung und Differenzierung in diesem Jahr fortgesetzt wurde. Dabei konnte – im Gegensatz zu den beiden Vorjahren – auf die Etablierung neuer DRGs verzichtet werden. Neben der Neuetablierung bzw. Anpassung der Funktion „Komplizierende Konstellationen“ (siehe Kap. 3.3.2.13) und Anpassungen in der CCL-Matrix wurden in den beiden Basis-DRGs einige Detailänderungen umgesetzt, auf die im Folgenden näher eingegangen wird.

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 den fünf DRGs der Basis-DRG T01 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.

Zur sachgerechteren Abbildung dieser inhomogenen Fallzusammensetzung wurden im G-DRG-System 2019 folgende Anpassungen vorgenommen: Fälle mit Implantation eines Schrittmachers mit Einkammersystem oder mit Zweikammersystem mit zwei Schrittmachersonden, Fälle mit Implantation, Revision oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemo- oder Schmerztherapie) sowie Fälle mit bestimmten Dialysen konnten aufgrund niedriger Kosten eine Eingruppierung in die DRG T01A nicht mehr rechtfertigen. Durch eine Anpassung der Funktion „Komplizierende Konstellationen T01“ werden diese Fälle nun sachgerecht in der DRG T01B abgebildet. Fälle mit bestimmten komplexen OR-Prozeduren an Brustwand, Pleura, Leber und

Darm sowie mit bestimmtem endoprothetischem Gelenk- und Knochenersatz zeigten sich nur in Verbindung mit einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung im Kindesalter ab 393 Aufwandspunkten oder einer aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung ab 369 Aufwandspunkten in der DRG T01A als sachgerecht vergütet. Ohne entsprechende intensivmedizinische Komplexbehandlung werden solche Fälle zukünftig in die DRG T01B sachgerecht eingruppiert.

In der DRG T01B fielen bei Analysen Fälle mit dem Wechsel einer Endoprothese am Hüftgelenk mit vergleichsweise niedrigen Kosten auf. Zukünftig werden diese Fälle in die DRG T01C eingruppiert.

In der DRG T01D zeigten Fälle mit Entleerung eines epiduralen Empyems hingegen einen erhöhten Aufwand. Im G-DRG-System 2019 werden diese Fälle in die DRG T01C aufgewertet.

Der im letzten Jahr neu etablierte Split zwischen den DRGs T01D und T01E wurde in diesem Jahr präzisiert: Weitere mäßig komplexe Eingriffe (u.a. bestimmte chirurgische Wundtoiletten, bestimmte Eingriffe an der Nase, Hand oder Harnblase, die Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis, ...) führen nun aufwandsentsprechend in die DRG T01E.

Bei der Basis-DRG T60, in der Fälle mit Hauptdiagnose Sepsis abgebildet werden, handelt es sich um die fallzahlstärkste Basis-DRG der MDC 18B. Obwohl die in sieben DRGs ausdifferenzierte Basis-DRG T60 formal zur medizinischen Partition gehört, beinhaltet sie aufgrund der partitionsübergreifenden Sortierung in die operative Basis-DRG T01 auch operative und andere interventionelle Fälle. Durch Verwendung der neu etablierten Funktion „Komplizierende Konstellationen E77“ als Anpassung der Funktion „Komplizierende Konstellationen I“ konnte eine verbesserte Kostentrennung innerhalb der Basis-DRG T60 erreicht werden. Die Transfusion von zwei Thrombozytenkonzentrationen und die Transfusion von normalem Plasma (6 Transfusionseinheiten (TE) bis unter 11 TE) sind damit dort nicht länger gruppierungsrelevant. Während Fälle mit akuter und fulminanter Melioidose aufgrund höherer Kosten aus den DRGs T60D und T60E in die DRGs T60B und T60C aufgewertet werden konnten, wurden in umgekehrter Richtung Fälle mit aktinomykotischer Sepsis aufgrund niedrigerer Kosten abgewertet.

Im Vorschlagsverfahren wurden in diesem Jahr vier Vorschläge zur MDC 18B eingereicht. In einer hierdurch angeregten Analyse zeigten sich in der Basis-DRG T63 *Virale Erkrankung* Fälle mit Hauptdiagnose *Hantavirus- (Herz-) Lungensyndrom* (ICD-Kode B33.4) in der DRG T63C mit hohen Kosten. Durch Aufwertung dieser Fälle in die DRG T63B werden sie zukünftig ihren Kosten entsprechend abgebildet.

In der MDC 18A ergeben sich im G-DRG-System 2019 – wie bereits in den Vorjahren – keine nennenswerten Veränderungen.

### 3.3.2.16 Intensivmedizin

Viele der besonders kostenintensiven Fälle werden bereits zu Beginn des Algorithmus des G-DRG-Systems in die Fallpauschalen der Prä-MDC eingruppiert. In dieser Hauptdiagnosegruppe werden – unabhängig vom betroffenen Organsystem oder der Ursache der Erkrankung – hochaufwendige Konstellationen abgebildet. Hierzu gehören auch und insbesondere Fälle mit einer langen Beatmungsdauer, für die allein sechs vielfach differenzierte Basis-DRGs definiert sind:

- A18 *Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion*
- A06 *Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung*
- 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*

Dabei kann sich in den vier Basis-DRGs A07, A09, A11 und A13 die Anzahl der benötigten Beatmungsstunden bei gleichzeitigem Vorliegen hoher Punktzahlen für intensivmedizinische Komplexbehandlung reduzieren. Die Werte der drei Codegruppen für aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung („Super-SAPS“), Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter sowie für Erwachsene berechnen 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 zur Eingruppierung in die einzelnen Fallpauschalen genutzten Grenzwerte werden im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems routinemäßig überprüft und bei Bedarf präzisiert. In der Basis-DRG A07 wurden an zwei Stellen Anpassungen vorgenommen. Die zur Eingruppierung benötigte Mindestpunktzahl wurde in der DRG A07D von „> 1656 Aufwandspunkte“ in „> 1380 Aufwandspunkte“ geändert. In der Definition der DRG A07E erfolgte eine Absenkung des Minimalwertes von 369 auf 185 Aufwandspunkte (siehe Abb. 20). Dabei wurden die jeweiligen Fälle entsprechend ihren Kosten deutlich aufgewertet.

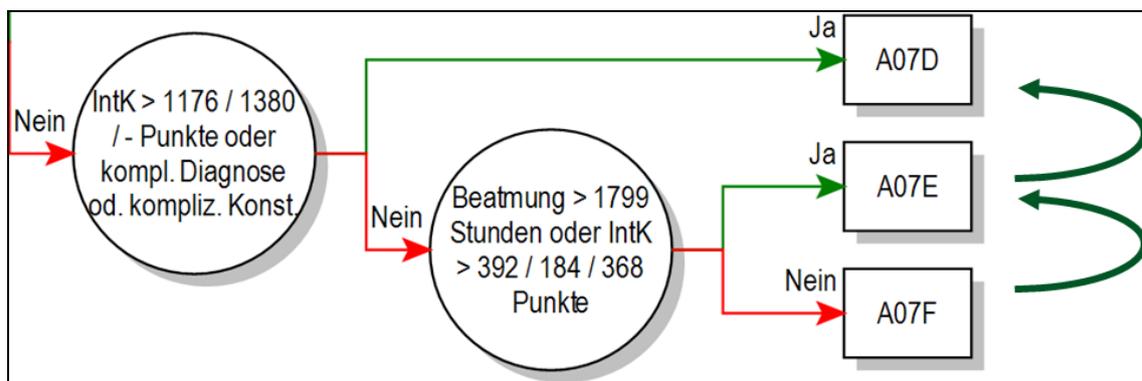


Abbildung 20: Neue Grenzwerte für aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung in der Basis-DRG A07

Auch innerhalb der Basis-DRG A11 wurden Anpassungen der Punktwerte vorgenommen. Beinhaltete die Definition der DRG A11A im G-DRG-System 2018 noch u.a. die intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, so

wurde auf Grundlage der Kostendaten des Jahres 2017 die Untergrenze für die intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) auf mindestens 2209 Punkte angepasst. Fälle mit 1933 bis 2208 Aufwandspunkten werden zukünftig in der DRG A11B abgebildet.

Neben der Beatmungszeit und der intensivmedizinischen Komplexbehandlung werden noch zahlreiche weitere Attribute als Kostentrenner in den Basis-DRGs der Prä-MDC genutzt. So dient das Alter nahezu in jeder der sogenannten Beatmungs-DRGs als Splitkriterium, wobei intensivmedizinisch behandelte Kinder in jedem Jahr einen Schwerpunkt der in der Prä-MDC durchgeführten Analysen bilden. Dabei wird neben der Möglichkeit der Absenkung bereits bestehender Altersgrenzen auch die Ergänzung des Alters als neues Splitkriterium analysiert. In diesem Jahr wurden mindestens 96 Stunden beatmete Kinder im Alter von unter 6 Jahren innerhalb der Basis-DRG A13 – aus der DRG A13D in die DRG A13C – aufgewertet.

Auch wird in jedem Jahr der kostentrennende Effekt einzelner, potentiell komplexer Prozeduren überprüft. So konnten beispielsweise einige partielle Glossektomien in den Basis-DRGs A11 und A13 aufgewertet werden. Diverse komplexe Resektionen sowie der Ersatz an der Aorta wurden ebenfalls innerhalb der Basis-DRG A13 bessergestellt. Dagegen wurden bestimmte Eingriffe an verschiedenen Herzklappen aus der Bedingung der DRG A13A gestrichen. Intensivmedizinisch behandelte Patienten mit bestimmten minimalinvasiven Operationen an Herzklappen wurden im G-DRG-System 2018 u.a. in der DRG A13A abgebildet. Die entsprechenden Prozeduren wurden – da sie nicht so hohe Kosten wie die anderen Fälle dieser DRG aufwiesen – aus der DRG A13A gestrichen. Zukünftig werden die länger als 95 Stunden beatmeten Fälle in der DRG F36B *Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems [...] oder minimalinvasive Eingriffe an mehreren Herzklappen* abgebildet.

Im Zuge der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden in diesem Jahr verschiedene Funktionen, die als logische Definitionen an mehreren Stellen im System angewendet werden können, umfassend differenziert (siehe Kap. 3.3.2.13). Diese individuelle, DRG-spezifische Anpassung einzelner Funktionen findet sich auch in intensivmedizinischen DRGs wieder. Die neuen Funktionen „Komplexe OR-Prozeduren A13 und A13\_2“ ähneln weitgehend der Funktion „Komplexe OR-Prozeduren“. Letztere beinhaltet komplexe operative Eingriffe und wird systemweit als kostentrennendes Splitkriterium verwendet. In den neuen Funktionen sind jedoch z.B. einige kardio- oder neurochirurgische Operationen nicht gruppierungsrelevant. Die Kostenstrukturen in der Basis-DRG A13 werden durch die angepassten Funktionen deutlich besser widerspiegelt.

Ebenfalls wurde in der Basis-DRG A13 bislang – wie in anderen Basis-DRGs – die Funktion „Komplizierende Konstellationen Prä-MDC“ als Splitkriterium genutzt. Die enthaltenen Prozeduren (z.B. für intermittierende Hämofiltration, Hämodialyse) und ggf. Diagnosen bedingen in der Regel einen höheren Ressourcenverbrauch. Im Zuge der spezifischen Anpassung der Funktionen wurden auch für die Basis-DRG A13 zwei spezifische Versionen etabliert. Die neuen Funktionen „Komplizierende Konstellationen A13“ lassen eine detaillierte Abbildung des Fallkollektivs dieser Basis-DRG zu.

Die Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung werden auch abseits der Beatmungs-DRGs als Definitionskriterium genutzt. Neben einigen „reinen“ SAPS-DRGs wird auch eine Kombination mit anderen Attributen (Alter, Prozeduren) genutzt. Viele dieser intensivmedizinisch behandelten Fälle werden bereits auf Prä-MDC-Ebene in ihre jeweilige organ- bzw. erkrankungsspezifische MDC umgeleitet. Dort stehen diese

DRGs häufig an prominenter Abfrageposition zu Beginn des Abfragealgorithmus. Einem Vorschlag der onkologischen Fachgesellschaft folgend wurde die undifferenzierte DRG R36Z *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei hämatologischen und soliden Neubildungen* aufgelöst. Diese Fälle werden nun der gemeinsamen Basis-DRG A36 *Intensivmedizinische Komplexbehandlung [...] zugeordnet*. Dort sind intensivmedizinisch behandelte Fälle mit Hauptdiagnosen aus MDCs ohne „eigene“ SAPS-DRG subsumiert. Diese Basis-DRG ist anhand verschiedener SAPS-Grenzen und weiterer Attribute dreifach differenziert und ermöglicht somit eine noch sachgerechtere Abbildung bestimmter intensivmedizinisch behandelter Fälle mit hämatologischer Neubildung.

In der MDC 11 existierte die bislang ungesplittete DRG L36Z *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane*. Nach Analysen wurde diese DRG in diesem Jahr differenziert und bestimmte Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter oder aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung aufgewertet (siehe Abb. 21).

DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweildauer
L36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane	9,483	29,7
L36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / - / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane	7,340	23,7

Abbildung 21: Differenzierte Basis-DRG L36 für intensivmedizinische Komplexbehandlung in der MDC 11

Innerhalb der Basis-DRG B36 *Intensivmedizinische Komplexbehandlung [...]* werden alle Kinder im Alter unter 10 Jahren zukünftig in die DRG B36A eingruppiert und somit aufgewertet. Die Definition der DRG F36B *Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems [...]* wurde um Prozeduren für bestimmte intrakranielle Eingriffe erweitert, die entsprechenden Fälle werden somit zukünftig erheblich besser vergütet.

### 3.3.2.17 Kardiologie und Herzchirurgie

#### **Kardiologie**

Angeregt durch das Vorschlagsverfahren wurden Fälle mit einer Implantation eines subkutanen Defibrillators oder dem Wechsel des Aggregats eingehend untersucht. Basierend auf den Ergebnissen erfolgt im G-DRG-System 2019 eine Neuordnung von Fällen mit Wechsel des Aggregats aus der Basis-DRG F02 *Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD)* zur DRG F01E *Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation oder aufwendige Sondenentfernung oder Aggregatwechsel S-ICD ohne Änderung der Sonde, ohne Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie*. Die Analyse der Prozeduren für die Erstimplantation eines subkutanen Defibrillators bestätigte die sachgerechte Abbildung betroffener Fälle in der DRG F01C.

Fälle mit einer Implantation eines Herzschrittmachers werden in der Basis-DRG F12 *Implantation eines Herzschrittmachers* abgebildet. Eine zusätzliche Koronarintervention wie z.B. die Implantation eines Koronarstents wirkt sich höhergruppierend aus. Bei der Implantation eines Zweikammersystems erfolgt die Höhergruppierung bisher unabhängig von der Anzahl der Koronarstents in die DRG F12D. Eine eingehende Kostenanalyse zeigte, dass nur Fälle mit mehr als einem Stent in der DRG F12D sachgerecht abgebildet sind. Daher werden Fälle mit Implantation genau eines Koronarstents ihren Kosten entsprechend im G-DRG-System 2019 der DRG F12E *Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit [...] oder mäßig komplexer PTCA* zugeordnet.

Die Basis-DRG F17 *Wechsel eines Herzschrittmachers* ist im G-DRG-System 2018 nach Alter und Art des Systems zweifach differenziert. Die Etablierung einer neuen DRG innerhalb der Basis-DRG F17 ermöglichte zum einen die sachkostengerechte Differenzierung zwischen einem Zwei- und einem Dreikammersystem und zum anderen die Berücksichtigung der deutlich aufwendigeren Fälle im Kindes- und Jugendalter (siehe Abb. 22).

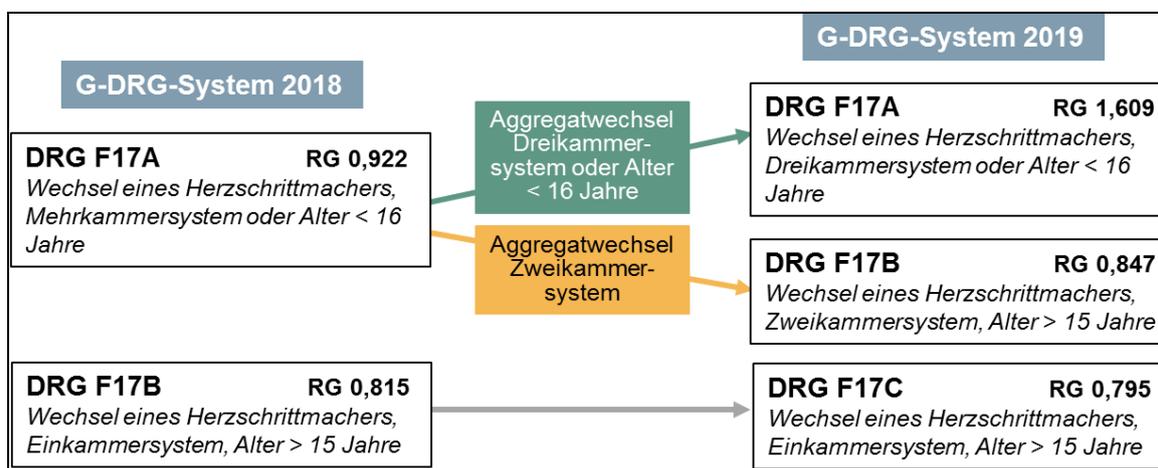


Abbildung 22: Differenzierung der Basis-DRG F17 Wechsel eines Herzschrittmachers

Im Vorschlagsverfahren 2019 wurde thematisiert, dass Fälle mit Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie trotz letztjähriger Aufwertung in die DRG F01E weiterhin nicht kostengerecht abgebildet sind. Basierend auf diesem Hinweis wurden die Fälle erneut analysiert. Dem Ergebnis zufolge werden betroffene Fälle zukünftig aufwandsgerecht der DRG F01C *Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stimulation [...] oder Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie* zugeordnet.

Ebenso wurde im Vorschlagsverfahren 2019 die Untersuchung von Fällen mit einer Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken (siehe Tab. 19), die im G-DRG-System 2018 der Basis-DRG F52 *Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose oder intrakoronarer Brachytherapie [...] zugeordnet sind, angeregt und thematisiert, dass die aufgeführten Prozeduren in Verbindung mit einer Stentimplantation als Kennzeichen einer „erfolgreichen Rekanalisation“ anzusehen seien.*

OPS-Kode 2017	Bezeichnung
8-839.90	Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: Mit kontralateraler Koronardarstellung
8-839.91	Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: <u>Mit kontralateraler Koronardarstellung und Doppeldrahttechnik</u>
8-839.92	Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: <u>Mit retrograder Sondierung über die Kollateralgefäße</u>

Tabelle 19: Spezifische OPS-Kodes 2017 für die Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken. Die in Verbindung mit einer Stentimplantation in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser als kostenauffällig identifizierten Prozeduren sind hervorgehoben (unterstrichen).

In den Daten des Jahres 2017 zeigte sich, dass Fälle mit kontralateraler Koronardarstellung und Doppeldrahttechnik sowie mit retrograder Sondierung über die Kollateralgefäße in Verbindung mit einer erfolgten Stentimplantation mit deutlich höheren Kosten verbunden sind. Ihren Kosten entsprechend werden diese Fälle im G-DRG-System 2019 der höher bewerteten Basis-DRG F24 *Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre* zugeordnet.

Im G-DRG-System 2018 ist die Basis-DRG F50 *Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie* vierfach differenziert. Basierend auf einer eingehenden Analyse der Daten der Kalkulationskrankenhäuser, die in diesem Jahr einer erweiterten Plausibilisierung z.B. bezüglich der übermittelten Sachkosten unterzogen wurden, erfolgte die Kondensation der DRGs F50C und F50D bei ähnlichen Kosten zur „neuen“ DRG F50C *Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen ohne komplexe Ablation [...], Alter > 15 Jahre*. Des Weiteren werden im G-DRG-System 2019 Kinder mit ablativen Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen in die DRG F50A *Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen [...], Alter < 16 Jahre* eingruppiert und damit deutlich aufgewertet.

Fälle mit diagnostischer Katheteruntersuchung, kathetergestützter EPU und kardialem Mapping außer bei akutem Myokardinfarkt werden u.a. anhand äußerst schwerer und schwerer CC, Alter, Hauptdiagnose, komplexer und bestimmter Eingriffe und kardialem Mapping in die hochdifferenzierte Basis-DRG F49 *Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt* eingruppiert. Eingehende Analysen identifizierten kostenauffällige Attribute, die folgende Umbauten zur Folge hatten (siehe Abb. 23):

- Änderung der Altersbedingung der DRG F49C von „Alter < 15 Jahre“ auf „Alter < 18 Jahre“
- Neuordnung der Fälle mit kardialem Mapping von der DRG F49D in die DRG F49E
- Abwertung bestimmter Diagnosen (z.B. Linksherzinsuffizienz) von der DRG F49E in die DRG F49F
- Abwertung bestimmter weniger aufwendiger transseptaler Linksherzkatheteruntersuchungen von der DRG F49F in die DRG F49G

G-DRG-System 2018			G-DRG-System 2019	
<b>DRG F49C</b>	<b>RG 1,310</b> <i>Inv. kardiolog. Diagnostik [...], Alter &lt; 15 J.</i>		<b>DRG F49C</b>	<b>RG 1,290</b> <i>Inv. kardiolog. Diagnostik [...], Alter &lt; 18 J.</i>
<b>DRG F49D</b>	<b>RG 1,703</b> <i>Inv. kardiolog. Diagnostik [...], Alter &gt; 14 J., mit kardialem Mapping [...]</i>	kardiales Mapping	<b>DRG F49D</b>	<b>RG 1,862</b> <i>Inv. kardiolog. Diagnostik [...], Alter &gt; 17 J. [...]</i>
<b>DRG F49E</b>	<b>RG 1,078</b> <i>Inv. kardiolog. Diagnostik [...], Alter &gt; 14 J., ohne kardiales Mapping [...]</i>		<b>DRG F49E</b>	<b>RG 1,220</b> <i>Inv. kardiolog. Diagnostik [...], Alter &gt; 17 J., mit kardialem Mapping [...]</i>
<b>DRG F49F</b>	<b>RG 0,932</b> <i>Inv. kardiolog. Diagnostik [...], Alter &gt; 14 J., ohne kardiales Mapping [...], ohne kompl. Diagnose, mit best. Eingr.</i>	best. Diagnosen z.B. Linksherzinsuffizienz	<b>DRG F49F</b>	<b>RG 1,013</b> <i>Inv. kardiolog. Diagnostik [...], Alter &gt; 17 J., ohne kardiales Mapping [...], ohne best. kompl. Diagnose, mit best. Eingr.</i>
<b>DRG F49G</b>	<b>RG 0,707</b> <i>Inv. kardiolog. Diagnostik [...], Alter &gt; 14 J., ohne kardiales Mapping [...], ohne komplexe Diagnose, ohne best. Eingriff</i>	best. Linksherzkatheteruntersuchung	<b>DRG F49G</b>	<b>RG 0,674</b> <i>Inv. kardiolog. Diagnostik [...], Alter &gt; 17 J., ohne kardiales Mapping [...], ohne komplexe Diagnose, ohne best. Eingriff</i>

Abbildung 23: Änderungen der Basis-DRG F49. Für die nicht aufgeführten DRGs wurde keine Änderung der Fallgruppierung für das zukünftige G-DRG-System vorgenommen.

Wie bereits in den vergangenen Jahren wurden neue Verfahren zur minimalinvasiven Mitralklappenrekonstruktion, die bisher mit dem NUB-Status 1 bewertet waren, im Vorschlagsverfahren thematisiert. Parallel dazu fand eine stetige Differenzierung der OPS-Kodes für diese Verfahren statt, was eine immer bessere Abbildung und Identifizierung der Fälle in den übermittelten Daten der Kalkulationskrankenhäuser ermöglicht. Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung konnten erstmalig anhand der im Jahr 2017 neu in den OPS aufgenommenen spezifischen Codes für die transvenöse Mitralklappenanuloplastik und die Mitralklappenanuloplastik über den Koronarsinus Fälle mit einer Mitralklappenanulorrhaphie mit Band bzw. Spange identifiziert werden, die jeweils über Inklusiva diesen Codes zugeordnet sind. Während die Anzahl der Fälle mit einer Mitralklappenanulorrhaphie mit Band nicht ausreichend für eine abschließende Bewertung war, konnten Fälle mit einer Mitralklappenanulorrhaphie mit Spange in die Bedingung der DRG F98C *Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen [...]* aufgenommen werden (siehe auch Kap. 3.3.3).

### Herzchirurgie

Aus dem Vorschlagsverfahren ergab sich der Hinweis, dass Fälle mit herzchirurgischem Eingriff häufig nicht sachkostengerecht abgebildet sind, wenn sie eine nicht kardiologische Hauptdiagnose aufweisen und dementsprechend nicht der MDC 05, sondern anderen MDCs zugeordnet werden. Die Analyse dieser Fälle zeigte, dass es sich hierbei zwar um eine kleine bis sehr kleine Fallzahl je DRG handelt, die systemweit jedoch eine relevante Größenordnung erreicht. Für das G-DRG-System 2019 wurde daher eine hauptdiagnoseunabhängige Zuordnung auf Prä-MDC-Ebene etabliert, sodass Fälle mit *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine [...]* (Basis-DRG F03) oder *Koronarer Bypass-Operation* (Basis-DRG F06) direkt der MDC 05 zugeordnet werden. Von dieser Neuordnung und damit differenzierten Abbildung profitieren insbesondere Fälle, bei denen zum Zeitpunkt der Aufnahme die Herzklappen- oder Koronarerkrankung noch nicht im Vordergrund stand.

Im G-DRG-System 2018 sind alle Diagnosen für angeborene Fehlbildungen des Herz-Kreislauf-Systems unabhängig von Alter und Diagnose in den DRGs F03C *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine [...], Alter > 0 Jahre [...]* oder bei angeborenem Herzfehler [...] und F03E *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine [...], Alter > 15 J. [...]* oder bei angeborenem Herzfehler [...] abgebildet. Bei der Analyse dieser DRGs zeigte sich, dass bestimmte Herzfehler nur bei jungen Patienten, andere Herzfehler aber auch in höheren Altersklassen vorkommen, aber nur bis zu einem gewissen Alter tatsächlich mit höheren Kosten verbunden sind. Insbesondere Fälle mit kodierter angeborener Mitral- oder Aortenklappeninsuffizienz jenseits des jungen Erwachsenenalters waren mit geringeren Kosten verbunden als andere Fälle der DRG F03C. Dem Ergebnis folgend wurde die DRG F03C anhand zusätzlicher Altersbedingungen präzisiert:

- Fälle mit einer Diagnose für angeborene Mitral- oder Aortenklappeninsuffizienz werden nur noch bei einem Alter < 30 Jahren der DRG F03C zugeordnet
- Alle weiteren Diagnosen für angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems sind nur noch bei einem Alter < 50 Jahren höhergruppierend wirksam

Fälle mit einer Implantation einer klappentragenden mechanischen oder biologischen Gefäßprothese an der Aortenklappe in der Basis-DRG F03 *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine oder pulmonale Endarteriektomie* zeigten sich in den Analysen als aufwendig und werden dementsprechend im G-DRG-System 2019 den DRGs F03C *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine [...]* oder *best. Herzklappeneingriff oder andere komplizierende Konstellation* oder F03E *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine [...]* mit *Impl. klappentragende Gefäßprothese* zugeordnet und damit aufgewertet.

In der DRG F03B *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Dreifacheingriff [...]* waren bestimmte Fallgruppen mit im Vergleich geringeren Kosten verbunden. Im G-DRG-System 2019 sind dementsprechend Prozeduren für ein- oder zweifache Bypass-OPs mit autogenen Arterien, bestimmte Valvuloplastiken oder bestimmte Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien oder Septumdefekt und operativem äußeren Kreislauf mit tiefer Hypothermie (< 26 °C) ohne intraaortale Ballonokklusion nicht mehr gruppierungsrelevant. Fälle mit profunder Hypothermie unter 20 °C und Ballonokklusion werden dagegen weiterhin der DRG F03B zugeordnet.

Fälle mit einer koronaren Bypass-OP werden typischerweise der 5-fach differenzierten Basis-DRG F06 *Koronare Bypass-Operation* zugeordnet. Die diesjährige Analyse der Daten der Kalkulationskrankenhäuser ermöglichte die Identifizierung verschiedener Fallgruppen mit auffälligen Kosten im Vergleich zu den anderen Fällen der jeweiligen DRG. Für das G-DRG-System 2019 wurden folgende Umbauten durchgeführt:

- Aufwertung von Fällen mit einer Implantation einer bi- oder univentrikulären axialen Pumpe oder perkutan eingeführten intraaortalen Ballonpumpe ab einer Behandlungsdauer von 48 Stunden durch Zuordnung zur DRG F06D *Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren [...]* oder *Implantation eines herzunterstützenden Systems*.
- Präzisierung der Funktion *Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren* für die DRG F06A, sodass bestimmte Operationen an den Koronargefäßen oder am Zwerchfell und bestimmte Entfernungen eines herzunterstützenden Systems dort nicht mehr höhergruppierend wirken. Diese Fälle werden zukünftig der DRG F06B

*Koronare Bypass-Operation mit anderen mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren [...] zugeordnet.*

- Abwertung von Fällen mit intraoperativer Ablation aus der DRG F06C in die DRG F06D *Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder mit intraoperativer Ablation [...]*

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 Eingruppierung beider Verfahren insbesondere im Rahmen eines Mehrfacheingriffs zu vereinheitlichen. Analysen aller möglichen Kombinationsoperationen in Verbindung mit einem Ersatz der Aortenklappe durch ein nahtfreies selbstexpandierendes oder ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten in der Basis-DRG F03 zeigten derzeit eine weitestgehend sachgerechte Eingruppierung. Nur Fälle mit Ersatz der Aortenklappe durch ein ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten in Kombination mit weniger aufwendigen Prozeduren (s.o.) werden zukünftig nicht mehr der DRG F03B, sondern der DRG F03C zugeordnet. Bei ansonsten weiterbestehendem Kostenunterschied der beiden Verfahren war eine vollständige Angleichung der Eingruppierung nicht möglich.

#### **Komplizierende Konstellationen in der MDC 05**

In der herzchirurgischen Basis-DRG F03 wurden bisher zur Unterscheidung verschiedener Schweregrade in den DRGs F03A und F03B differenzierte Funktionslogiken zur Abbildung komplizierender Konstellationen verwendet. Auch in diesem Jahr erfolgte eine umfangreiche Analyse der einzelnen Attribute dieser Funktionen (siehe Kap. 3.3.2.13). Im Ergebnis konnten Fallgruppen mit im Vergleich geringeren Kosten identifiziert werden, was zu einer Präzisierung der verwendeten Funktionen führte. Im G-DRG-System 2019 sind bestimmte Operationen an Blutgefäßen, die Gabe von weniger als vier Thrombozytenkonzentraten und bestimmte Dialysen in der Funktion „Komplizierende Konstellationen“ der DRG F03A nicht mehr gruppierungsrelevant, betroffene Fälle werden der DRG F03B zugeordnet. In der Funktion „Komplizierende Konstellationen“ der DRG F03B sind die Implantation oder der Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen, die großlumige therapeutische Drainage der Pleurahöhle, bestimmte Dialysen und das Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung nicht mehr gruppierungsrelevant. Betroffene Fälle werden zukünftig der DRG F03C zugeordnet.

Auch in der DRG F15Z *Perkutane Koronarangioplastie mit komplizierender Konstellation mit komplexer Diagn. u. hochkompl. Intervention [...]* erfolgte eine Präzisierung der Funktion für komplizierende Konstellationen: Zukünftig ist die Transfusion von normalem Plasma erst ab 21 Transfusionseinheiten gruppierungsrelevant.

#### **Weitere Umbauten der Kardiologie und Herzchirurgie**

- In der DRG F15Z sind Rechtsherz-Katheteruntersuchungen, transseptale und transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchungen, die Diagnosen für nicht näher bezeichnete akute Endokarditis einer Herzklappe sowie für die Infektion und entzündliche Reaktionen durch eine Herzklappenprothese und bestimmte Transfusionen von normalem Plasma nicht mehr gruppierungsrelevant.

- Präzisierung der Definition der DRG F71A *Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegtag [...]*, sodass nur noch aufwendige Fälle mit *Elektrophysiologischer Untersuchung des Herzens, kathetergestützt, nach palliativer Therapie eines angeborenen Herzfehlers oder bei Zustand nach einer Herztransplantation* in die DRG F71A eingruppiert werden. Die anderen Fälle werden der DRG F49E *Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt [...] mit kardialem Mapping o. bestimmter komplexer Diagnose* zugeordnet.
- Kinder und Jugendliche mit einem minimalinvasiven Eingriff an Herzklappen sind bereits seit mehreren Jahren der DRG F98A *Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen [...] oder Alter < 16 Jahre oder Implantation eines Wachstumsstents* zugeordnet. Zukünftig werden auch Fälle im jungen Erwachsenenalter (Alter < 30 Jahre) dieser DRG zugeordnet und damit von der DRG F98B in die DRG F98A *Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen [...] oder Alter < 30 Jahre oder Implantation eines Wachstumsstents* eingruppiert.

### 3.3.2.18 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane

In diesem Jahr wurden für die Weiterentwicklung zum G-DRG-System 2019 nur wenige externe Hinweise für die MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* an das InEK übermittelt. Dessen ungeachtet erfolgte eine umfassende Überprüfung der sachgemäßen Abbildung von Fällen innerhalb der MDC 04, z.B. im Rahmen der Extremkostenanalysen. Die Vielzahl an systemweiten und MDC-spezifisch durchgeführten Berechnungen und Simulationen führte vor allem in der operativen Partition zu einigen relevanten Änderungen im G-DRG-System 2019, so beispielsweise der Etablierung von zwei neuen DRGs.

#### **Operative Partition**

Ein großer Anteil der Fälle, die in der operativen Partition der MDC 04 abgebildet werden, betrifft die chirurgische Behandlung einer onkologischen Grunderkrankung. Chirurgische Eingriffe an der Lunge und am Thorax, u.a. bei bösartiger Neubildung der Lunge, werden innerhalb der MDC 04 vor allem in den Basis-DRGs

- E01 *Revisionseingriffe [...] erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe [...]*,
- E02 *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen,*
- E05 *Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Eingriffe zur Entfernung von intrakraniellm Gewebe und*
- E06 *Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum*

abgebildet. Dabei werden Fälle mit aufwendigeren Verfahren vor allem der Basis-DRG E01 zugeordnet, z.B. bei Eingriffen zur Lungenteilresektion und Lobektomien im Rahmen einer *Reoperation an Lunge, Bronchus [...]*, oder der Basis-DRG E05, z.B. bei einem Primäreingriff mit Lobektomie, Verfahren mit komplexen Eingriffen am knöchernen Thorax oder an herznahen Gefäßen. Weniger komplexe Eingriffe werden kostenent-

sprechend der Basis-DRG E06 zugeordnet, z.B. eine einfache thorakoskopische Lungen-Keilresektion ohne Lymphadenektomie, oder der Basis-DRG E02, z.B. bronchoskopische Eingriffe mit *Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe eines Bronchus*.

Die Basis-DRG E01 war im G-DRG-System 2018 zweifach differenziert. In internen Analysen zeigte sich eine auffällig inhomogene Kostenstruktur von Fällen der DRG E01B mit deutlich aufwendigeren Fällen, z.B. Fällen, bei denen eine beidseitige Lobektomie durchgeführt wurde, und weniger aufwendigen Fällen. Bei einem relativ großen Kostenunterschied zur höher bewerteten DRG E01A [...] mit *komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose* war eine sachgerechte Zuordnung der aufwendigeren Fälle zur DRG E01A trotz ihrer erheblichen Kosten nicht möglich. Im Ergebnis erwies sich für 2019 ein Split der DRG E01B mit Etablierung einer „neuen“ DRG E01B und Aufwertung der dort verbleibenden Fälle, vor allem mit Verfahren zu erweiterten und einfachen Lobektomien, als die dem Kostenprofil der als aufwendiger identifizierten Fallgruppe am besten entsprechende Lösung (siehe Abb. 24).

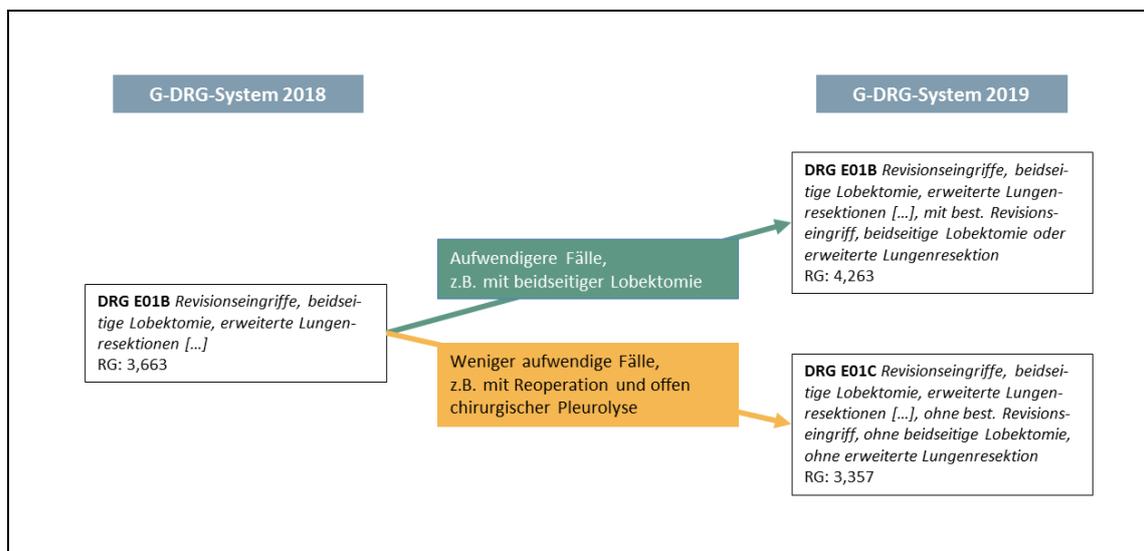


Abbildung 24: Umstrukturierung der Basis-DRG E01 mit Split der DRG E01B

Bei den Kostenanalysen wurden im Weiteren auch weniger aufwendige Fälle der Basis-DRG E01 mit Verfahren zur *Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe eines Bronchus* identifiziert und abgewertet. Im G-DRG-System 2019 werden sie kostenentsprechend den Basis-DRGs E02 *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen* und E06 *Andere Lungenresektionen [...]* und *Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum* zugeordnet.

Durch interne Analysen im Rahmen von Extremkostenanalysen wurden weitere sehr aufwendige Fallgruppen identifiziert. Dies betraf Fälle mit der Behandlung von bösartigen Neubildungen an den Atmungsorganen und intrakraniellen Eingriffen zur Behandlung von Hirnmetastasen. Obwohl Fälle mit bestimmten intrakraniellen Eingriffen im G-DRG-System 2018 schon höher bewerteten DRGs der operativen Partition zugeordnet waren, zeigte sich eine weitere Aufwertung für einige Konstellationen als sachgerecht. So wurden zum einen Fälle der DRG E05A *Andere große Eingriffe am Thorax*

oder bestimmte Eingriffe zur Entfernung von intrakraniell Gewebe [...] mit Exzision von intrakraniell Tumorgewebe und äußerst schwerer CC kostenentsprechend der DRG E01A zugeordnet und zum anderen Fälle mit zerebraler, stereotaktischer Bestrahlung aus der DRG E08D in die DRG E08C *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane [...]* aufgewertet.

In einzelnen DRGs der vierfach differenzierten „Reste“-DRGs E02 *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen* erwiesen sich bei den internen Kostenanalysen Fälle mit bestimmten Verfahren als deutlich weniger aufwendig als die übrigen Fälle der jeweiligen DRG. Auffällig waren hier beispielsweise Fälle der DRG E02A mit Dilatation eines Bronchus. Diese wurden für 2019 kostenentsprechend aus der DRG E02A in die DRG E02B *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 9 Jahre, mit mäßig aufwendigem Eingriff [...]* abgewertet.

Ebenfalls fiel bei den Analysen eine inhomogene Kostenstruktur für Fälle innerhalb der DRG E02C auf mit sowohl aufwendigeren als auch weniger aufwendigen Fällen. Die Fälle der DRG E02C werden durch Split der DRG E02C in die DRGs E02C und E02D jetzt differenzierter abgebildet. Hierbei wurden Fälle mit Prozeduren wie Lymphknotenbiopsien und weniger aufwendige Rekonstruktionen der Trachea abgewertet und die verbleibenden Fälle der DRG E02C aufgewertet.

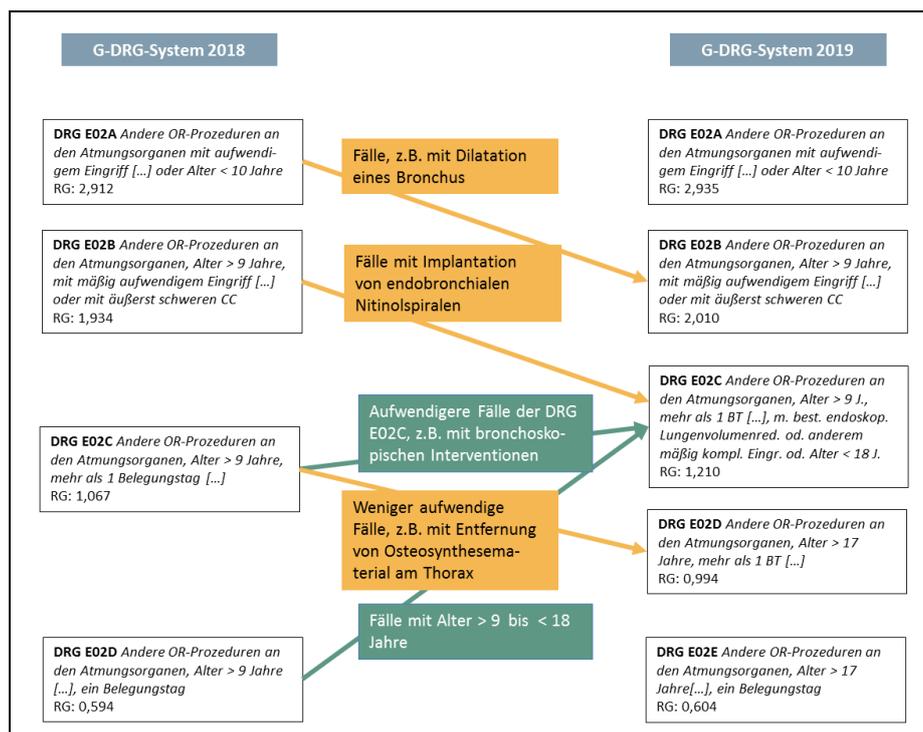


Abbildung 25: Umstrukturierung der Basis-DRG E02

Ebenfalls wurden Fälle mit einem Alter von über 9 und unter 18 Jahren aus der ursprünglichen DRG E02D in die DRG E02C aufgewertet.

Innerhalb der Basis-DRG E02 erfolgt jetzt auch eine weitgehend vereinheitlichte Abbildung von Fällen mit interventionellen Verfahren zur Lungenvolumenreduktion, z.B. bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD).

So thematisierten externe Hinweise in den letzten Jahren regelmäßig sowohl im Vorschlagsverfahren als auch im NUB-Verfahren die unterschiedliche Abbildung dieser Fälle. Sie wurden bisher, insbesondere im G-DRG-System 2018, vornehmlich innerhalb der Basis-DRG E02 und der DRG E05C abgebildet. Zudem besteht für einige Verfahren eine ergänzende Vergütungsmöglichkeit über NUB- oder ZE-Entgelte.

Kostenentsprechend wurden diese Verfahren nach umfangreichen Analysen im G-DRG-System 2019 den DRGs E02C und E02D zugeordnet (siehe Tab. 20).

Verfahren	G-DRG-System 2018	Entgelte für 2018	G-DRG-System 2019	Entgelte für 2019
[...] endobronchiales Klappensystem	E02C	ZE100	E02C	ZE100
[...] polymerisierendem Hydrogelschaum	E05C	NUB-Status 1	E02C	ausstehend
[...] endobronchiale Nitinolspiralen	E02B	ZE2018-136	E02C	ZE2019-136
[...] thermische Dampfablation	E02C	NUB-Status 2	E02D	ausstehend

Tabelle 20: Abbildung von Lungenvolumenreduktionsverfahren in den G-DRG-Systemen 2018 und 2019

Ebenfalls wurden – als weiteres Ergebnis interner Analysen – innerhalb der Basis-DRG E06 einige Fälle den Kosten entsprechend neu zugeordnet. Für das G-DRG-System 2019 wurden aufwendige Fälle mit bestimmten Lungenresektionen, z.B. mit offen chirurgischer Keilresektion mit 2 bis 9 Keilen und radikaler Lymphadenektomie aus der DRG E06C in die DRG E06B *Andere Lungenresektionen, [...] Alter > 9 und < 16 Jahre oder [...] best. atyp. Lungenresek. oder best. Brustkorbkorr.* aufgewertet und Fälle mit partieller, offen chirurgischer, lokaler Pleurektomie aus der DRG E06B in die DRG E06C *[...], Alter > 15 Jahre [...], ohne bestimmte atypische Lungenresek., ohne best. Brustkorbkorrektur* sachgerecht abgewertet.

### **Sonstige Umbauten in der medizinischen Partition**

- Aufwertung von Fällen mit Beteiligung der 1. Rippe bei Rippenserienfraktur (DRG E66B → DRG E66A *Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose*)
- Innerhalb der Basis-DRG *F79 Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane* Aufwertung von Fällen mit bestimmten Pneumonien, z.B. Varizellen-Pneumonie, in die DRGs *E79A Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane [...] mit bestimmten Infektionen oder Entzündungen* und *E79B*
- Abwertung von Fällen mit starrer Bronchoskopie (DRG E65B → DRG E65C *Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose [...]*)
- Anpassung der Funktion „Komplizierende Konstellationen“ im Bereich der Basis-DRG *E77 Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen [...]* mit u.a. Abwertung von Fällen mit Transfusion von Thrombozytenkonzentraten bei einer geringen Anzahl an verabreichten Konzentraten

- Erweiterung von Alterssplits, z.B. DRG E63A *Schlafapnoesyndrom [...]*, Alter < 16 → < 18 Jahre (siehe auch Kap. 3.3.2.33)

### 3.3.2.19 MDC 15 – Neugeborene

Innerhalb der MDC 15 *Neugeborene* war bis zum G-DRG-System 2017 die Basis-DRG P02 *Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe beim Neugeborenen* kardiochirurgischen Fällen vorbehalten. Fälle mit komplexeren kardiochirurgischen Eingriffen wurden gewichts-unabhängig in dieser Basis-DRG abgebildet. Im letzten Jahr wurde die Basis-DRG P02 auch für einige weitere komplexe kinderchirurgische Fälle geöffnet: Fälle mit Verschluss einer angeborenen Zwerchfellhernie werden seit dem G-DRG-System 2018 ebenfalls unabhängig von ihrem Aufnahmegewicht der Basis-DRG P02 *Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe oder bestimmte Eingriffe bei angeborener Zwerchfellhernie beim Neugeborenen* zugeordnet.

#### **Aufwendige operative Prozeduren bei Früh- und Neugeborenen**

Für das G-DRG-System 2019 werden Fälle mit *Rekonstruktion der Ösophaguspassage bei Atresie und Versorgung einer kongenitalen ösophago-trachealen Fistel mit ösophago-ösophagealer Anastomose* oder mit *Interposition* (z.B. *Livaditis-Muskelpplastik*) gewichts-unabhängig der Basis-DRG P02 zugeordnet und damit aufgewertet. Innerhalb der Basis-DRG werden die Fälle anhand der bestehenden Splitbedingungen den einzelnen DRGs zugeordnet. Bei einer Beatmungsdauer von mindestens 144 Stunden werden die Fälle der DRG P02B zugeordnet, bei einer geringeren Beatmungsdauer der DRG P02C. Die DRG P02A bleibt wie bisher den kardiochirurgischen Fällen mit einer Beatmungsdauer von über 480 Stunden vorbehalten. Aufgrund der Sortierung können Fälle aus den DRGs P04A, P03B und P03C nur in die DRG P02B aufgewertet werden. Fälle aus der höher bewerteten DRG P03A können sortierbedingt nicht in die Basis-DRG P02 wandern. Im Ergebnis resultiert daraus eine erhebliche Aufwertung der betroffenen Fälle, insbesondere von Extremkostenfällen (siehe Abb. 26).

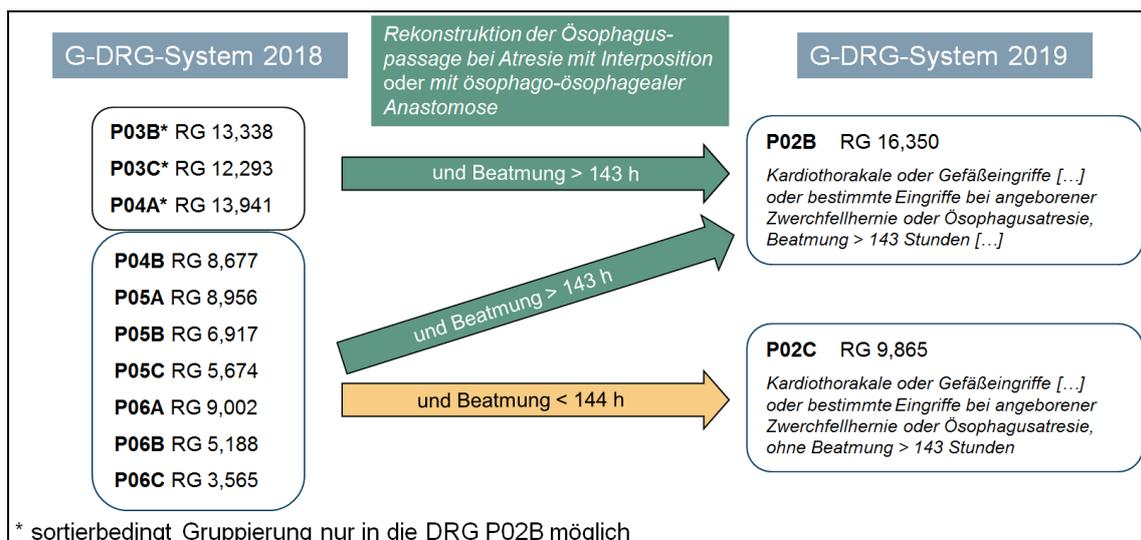


Abbildung 26: Neuzuordnung aufwendiger operativer Prozeduren bei Früh- und Neugeborenen zur Basis-DRG P02

### **Angeborener Bauchwanddefekt**

Neugeborene mit einem angeborenem Bauchwanddefekt (Omphalozele, Laparoschisis) und einem Aufnahmegegewicht von über 1500 g werden im G-DRG-System 2018 entsprechend dem Aufnahmegegewicht in den chirurgischen Basis-DRGs P04, P05 und P06 abgebildet. Innerhalb der Basis-DRGs wirken die Erfüllung der Funktionen „Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen“ oder „Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren“ und/oder eine bestimmte Beatmungsdauer höhergruppierend. Der Prozedurenkode für den Verschluss eines kongenitalen Bauchwanddefektes ist in der globalen Funktion „Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren“ nicht enthalten. Die Diagnosen *Omphalozele* und *Laparoschisis* sind in der Tabelle der Funktion „Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen“ enthalten. Liegt neben dem kongenitalen Bauchwanddefekt kein weiteres schweres Problem vor, so wurden die Fälle mit Verschluss eines kongenitalen Bauchwanddefektes den DRGs mit dem geringsten Relativgewicht in der jeweiligen Basis-DRG zugeordnet. In diesen DRGs zeigen sich die Fälle deutlich untervergütet, sodass sie im G-DRG-System 2019 aufgewertet wurden. Zukünftig werden die Fälle entsprechend ihrem Aufnahmegegewicht mindestens in die DRGs P04B, P05B bzw. P06B eingruppiert.

### **Pulmonalarteriellles Banding**

Fälle mit Banding der Pulmonalarterie (zentral oder beidseits) zeigten sich in der DRG P06C *Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme [...]* nicht sachgerecht abgebildet. Im G-DRG-System 2019 werden betroffene Fälle mindestens in die DRG P06B *Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, [...] oder bestimmte aufwendige OR-Prozedur [...]* eingruppiert und damit deutlich aufgewertet.

### **Funktionen „Schweres Problem beim Neugeborenen“ und „Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen“**

Die Funktionen „Schweres Problem beim Neugeborenen“ und „Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen“ sind in fast allen Basis-DRGs der MDC 15 gebräuchliche Splitkriterien. Wie auch in den letzten Jahren wurden die Diagnosen der Funktionen auf ihre Eignung als Splitkriterium analysiert. Die Diagnosen für *Angeborene infektiöse oder parasitäre Krankheit, nicht näher bezeichnet* und *Sonstige näher bezeichnete angeborene infektiöse und parasitäre Krankheiten* wurden aus der gemeinsamen Tabelle der Funktionen gestrichen und betroffene Fälle ihren Kosten entsprechend abgewertet. Die Diagnosekodes für *Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion* und *Sonstiger näher bezeichneter Darmverschluss beim Neugeborenen* wurden in die gemeinsame Tabelle der beiden Funktionen aufgenommen und Fälle entsprechend ihren Kosten aufgewertet.

### **Andere schwere Erkrankungen des Neugeborenen**

In die DRGs P65C, P66C und P67C führen Fälle, die neben dem entsprechenden Aufnahmegegewicht eine der folgenden Bedingungen erfüllen:

- Andere schwere Erkrankungen des Neugeborenen
- Andere therapeutische Maßnahmen beim Neugeborenen

Analysen ergaben, dass Fälle mit *Neugeborenenikterus durch sonstige näher bezeichnete Ursachen* ohne eine Lichttherapie in den entsprechenden DRGs überbewertet

sind. Analog zu den meisten anderen Formen des Neugeborenenikterus wurde der Diagnosecode für *Neugeborenenikterus durch sonstige näher bezeichnete Ursachen* aus der Tabelle für „Andere schwere Erkrankungen des Neugeborenen“ gestrichen und die betroffenen Fälle ihren Kosten entsprechend abgewertet.

### **Signifikante operative Eingriffe**

Ein weiteres wichtiges Splitkriterium in der MDC 15 *Neugeborene* sind signifikante operative Eingriffe. Dieses Splitkriterium findet seine Anwendung beispielsweise bei der Zuordnung von Fällen zu den operativen Basis-DRGs P03, P04, P05 und P06 und den operativen DRGs der Basis-DRGs P61 *Neugeborenes, Aufnahmegegewicht < 750 g* und P62 *Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 750 – 999 g*. Auch dieses Splitkriterium wird jedes Jahr analysiert und bei Bedarf werden Anpassungen vorgenommen. Für das G-DRG-System 2019 wurden die Prozedurenkodes für die kleinflächige, sonstige und nicht näher bezeichnete chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut sowie die Codes für sonstige und nicht näher bezeichnete andere Operationen an der Nase aus den Splitkriterien für signifikante operative Prozeduren gestrichen und Fälle ihren Kosten entsprechend abgewertet. Des Weiteren zählen die Kryopexie und Laser-Retinopexie zur Fixation der Netzhaut sowie sonstige und nicht näher bezeichnete andere Operationen zur Fixation der Netzhaut nicht mehr zu den signifikanten operativen Prozeduren.

### **Gesunde Mehrlinge**

Einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend wurde die Abbildung von Mehrlingen in den Basis-DRGs P66 und P67 analysiert. Mehrlinge ohne besondere medizinische Probleme werden entsprechend ihrem Aufnahmegegewicht den DRGs P66D *Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 – 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem* bzw. P67D *Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 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 neugeborenen Mehrling* gruppiert. Die durchschnittlichen Fallkosten der Inlier der DRG P66D lagen im Datenjahr 2016 erstmals unter denen der DRG P67D. Diese Veränderung führte für das G-DRG-System 2018 dazu, dass Mehrlinge mit einem Aufnahmegegewicht von unter 2500 g in Einzelfällen geringer vergütet wurden als Mehrlinge mit einem Aufnahmegegewicht von 2500 g und darüber.

Durch Sortierung der DRG P67D vor die DRG P66D und Erweiterung der Eingangsbedingung zur Basis-DRG P67 für Fälle mit einem Aufnahmegegewicht von 2000 bis 2499 g werden im G-DRG-System 2019 Mehrlinge und andere Fälle aus der DRG P66D, die die Splitbedingungen der DRG P67D erfüllen, in diese eingruppiert. Auf diese Weise wird verhindert, dass ein niedrigeres Aufnahmegegewicht zu einer niedrigeren Vergütung führt.

Interne Analysen ergaben, dass Fälle mit der Diagnose *Zyanoseanfälle beim Neugeborenen* und Fälle mit einem Prozedurenkode für *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern* in der P67E nicht sachgerecht vergütet waren. Ihren Kosten entsprechend werden die Fälle zukünftig der DRG P67D zugeordnet. Sortierbedingt werden auch Fälle mit den oben genannten Bedingungen aus der DRG P66D in die DRG P67D aufgewertet.

**Beatmungsdauer als Splitkriterium in der MDC 15**

Die Dauer der Beatmung dient in fast allen Basis-DRGs der MDC 15 *Neugeborene* als Splitkriterium. Ausnahmen sind nur die DRG P01Z *Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur* und die Basis-DRGs P61 *Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 750 g* und P62 *Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 - 999 g*, in denen die Dauer einer Beatmung ohne Gruppierungsrelevanz ist. Im Rahmen der Weiterentwicklung wurden die Grenzen der Beatmungsdauer in den einzelnen Splitbedingungen kritisch überprüft.

Früh- und Neugeborene mit einem Aufnahmegewicht von 1000 bis 1499 g und einer Beatmungsdauer von 96 bis 120 Stunden ohne signifikante operative Prozedur waren in der DRG 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* abgebildet. Eine Analyse zeigte, dass die Kosten und die Verweildauer dieser Fälle im Vergleich zu den übrigen Fällen in der DRG P03C deutlich geringer sind. Im G-DRG-System 2019 wurden diese Fälle ihren Kosten entsprechend den DRGs P63Z *Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 – 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden* bzw. P64Z *Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1250 – 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden* zugeordnet.

In die DRG 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* werden Früh- und Neugeborene mit einem Aufnahmegewicht von 2000 bis 2499 g eingruppiert, wenn bei ihnen entweder mehrzeitige komplexe operative Prozeduren durchgeführt wurden oder mehrere schwere Probleme in Kombination mit einer Beatmungsdauer von über 120 Stunden vorlagen. In einer Analyse zeigte sich, dass Fälle mit einer Beatmungsdauer von 121 bis 179 Stunden ohne mehrzeitige komplexe operative Prozeduren geringere Fallkosten und eine geringere Verweildauer im Vergleich zu den übrigen Fällen der DRG P05A aufwiesen. Die Fälle wurden den Kosten entsprechend im G-DRG-System 2019 abgewertet und werden zukünftig in die DRG P05B *Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 – 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, ohne Beatmung > 179 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren* eingruppiert.

Fälle von Früh- und Neugeborenen mit einem Aufnahmegewicht ab 2500 g, mehreren schweren Problemen und einer Beatmungsdauer von mindestens 121 Stunden sind in der DRG 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* abgebildet. Eine Analyse zeigte, dass eine Teilmenge dieser Fälle, nämlich diejenigen mit einer Beatmungsdauer von 121 bis 179 Stunden, in der DRG P06A übervergütet ist und darüber hinaus auch eine deutlich geringere Verweildauer im Vergleich zu den anderen Fällen der DRG aufweist. Entsprechend ihren Kosten werden die Fälle im G-DRG-System 2019 in die DRG P06B *Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder best. aufwendige OR-Proz., ohne Beatmung > 179 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne Dialyse* eingruppiert und damit abgewertet.

Die Fälle der DRGs P03B und P03C zeigten auf den Daten des Jahres 2017 vergleichbare Kosten und Verweildauer. Dementsprechend wurden die genannten DRGs für das G-DRG-System 2019 zur DRG P03B *Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1000 – 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 120 Stunden, ohne Beatmung > 479 Stunden* kondensiert.

Tabelle 21 zeigt die Veränderung der Bewertungsrelationen durch die beschriebenen Änderungen in den betroffenen DRGs.

DRG	DRG-Text (G-DRG-System 2018)	Bewertungsrelation		Veränderung 2018-2019 [%]
		2018	2019	
P03C*	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1000 - 1499 g [...] Beatmung > 95 Stunden, ohne Beatmung > 120 Stunden [...]	12,293	13,785*	<b>+ 10,82%</b>
P63Z	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 h	8,602	10,388	<b>+ 17,19%</b>
P64Z	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 h	6,797	7,631	<b>+ 10,93%</b>
P05A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g [...] mit Beatmung > 120 h oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren	8,956	12,972	<b>+ 30,96%</b>
P05B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g [...] mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 h, [...]	6,917	6,872	- 0,65%
P06A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g [...] mit Beatmung > 120 h oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren oder Dialyse	9,002	11,307	<b>+ 20,39%</b>
P06B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g [...] ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne Dialyse	5,188	5,732	<b>+ 9,49%</b>

*Tabelle 21: Tabellarische Aufstellung der Veränderungen der Bewertungsrelationen ausgewählter DRGs der MDC 15 Neugeborene. Die ausgewählten DRGs sind von den veränderten Beatmungsgrenzen betroffen. Die mit \* gekennzeichnete Bewertungsrelation der DRG P03C entspricht der BR der DRG P03B. Beide DRGs wurden am Ende der Kalkulationsphase bei nur noch geringen Unterschieden bezüglich VWD und Kosten kondensiert.*

Wie man der Tabelle entnehmen kann, sind die Bewertungsrelationen der betroffenen DRGs durch die beschriebenen Umbauten mit Ausnahme der DRG P05B um 10 bis 30 % angestiegen. Obwohl die beschriebenen Umbauten bedeuten, dass eine kleinere Zahl von Fällen in die jeweils höchste DRG einer Basis-DRG eingruppiert wird, erfolgte durch die beschriebenen Veränderungen für das G-DRG-System 2019 eine erhebliche Verbesserung der Gesamtvergütung für Neu- und Frühgeborene.

### 3.3.2.20 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. Daneben gibt es andere nicht multiresistente Erreger mit Isolationspflicht im Krankenhaus, z.B. bei Infektionen durch Noro- und Rotaviren, bei Kolitis durch *Clostridium difficile*, bei

respiratorischen Infektionen durch Influenzaviren, RSV (Respiratory Syncytial Virus) oder Parainfluenzaviren oder bei Tuberkulose.

Mit dem OPS-Kode 8-987 wird die *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]* und ab OPS Version 2016 wird mit dem OPS-Kode 8-98g die *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern* verschlüsselt, sofern alle Mindestmerkmale (u.a. Behandlung durch speziell eingewiesenes medizinisches Personal in Zusammenarbeit mit einem Krankenhaushygieniker, Durchführung von speziellen Untersuchungen zur Feststellung der Trägerschaft des jeweiligen Erregers, Durchführung von strikter Isolierung unter Berücksichtigung der aktuellen Richtlinien des Robert-Koch-Instituts) erfüllt sind. Die Gemeinsamkeit der OPS-Kodes 8-987 und 8-98g liegt damit u.a. in der Isolation der betroffenen Patienten. Im Gegensatz zur Komplexbehandlung nicht multiresistenter isolationspflichtiger Erreger wird bei der MRE-Komplexbehandlung zusätzlich gefordert, dass *ein dokumentierter durchschnittlicher Mehraufwand von mindestens 2 Stunden täglich während der Behandlungstage mit strikter Isolierung entstehen muss*.

An fünfter Stelle der beiden OPS-Kodes wird kodiert, ob die Behandlung auf spezieller oder nicht auf spezieller Isoliereinheit erfolgte. Mit der sechsten Stelle des Kodes wird die Behandlungsdauer erfasst, gestaffelt nach Behandlungstagen.

Im Rahmen einer generellen Überprüfung der Abbildung von Fällen mit Komplexbehandlung bei multiresistenten bzw. nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern wurden die Fallzahl(entwicklung) sowie Unterschiede bei (Tages-)Kosten und Verweildauer im Vergleich zu Fällen ohne entsprechende Komplexbehandlung, der Einfluss der Dauer der Komplexbehandlung, Unterschiede zwischen der Behandlung auf spezieller und nicht auf spezieller Isoliereinheit und Unterschiede zwischen der Behandlung multiresistenter und nicht multiresistenter isolationspflichtiger Erreger analysiert.

Nach den im Hinblick auf die Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern umfangreichen Änderungen für die Jahre 2016 und 2017 mit Etablierung neuer MRE-DRGs und einer Verbesserung der Abbildung von Fällen mit MRE und operativem Eingriff und nach der Aufnahme der Komplexbehandlung nicht multiresistenter isolationspflichtiger Erreger in den G-DRG-Gruppierungsalgorithmus im letzten Jahr wurden in diesem Jahr einige Detailänderungen sowie Anpassungen für Extremkostenfälle vorgenommen.

In den DRGs E77D *Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane [...]*, R60C *Akute myeloische Leukämie [...]* sowie den DRGs R61D und R61E der Basis-DRG R61 *Lymphom und nicht akute Leukämie* zeigten Fälle mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern nicht auf spezieller Isoliereinheit und einer Behandlungsdauer von mindestens 7 und höchstens 13 Behandlungstagen vergleichsweise niedrigere (Tages-)Kosten. Durch Eingruppierung dieser Fälle in darunter sortierte DRGs derselben Basis-DRG werden zum einen diese Fälle und zum anderen auch die in den DRGs verbleibenden Fälle mit (längerer) MRE-Komplexbehandlung im G-DRG-System 2019 nun sachgerechter abgebildet.

Aufgrund höherer Kosten konnten Fälle mit Komplexbehandlung bei nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern ab einer Behandlungsdauer von 10 Behandlungstagen in Verbindung mit z.B. äußerst schweren CC, einer angeborenen Fehlbildung oder einer schweren Pneumonie aus der Basis-DRG E79 *Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane* in die DRGs E77D und E77E der Basis-DRG E77 *Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane* aufgewertet werden. Dadurch konnte dort eine Annäherung an die Gruppierungsrelevanz der Komplexbe-

handlung bei multiresistenten Erregern erreicht werden. Durch Aufnahme der Komplexbehandlung bei nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern in die DRG P67D *Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 1999 g [...]* konnten einige Extremkostenfälle der DRG P67E *Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 g [...]* aufgewertet werden. Für weitere Extremkostenfälle in den medizinischen Partitionen der MDCs 04, 08, 09 und 11 konnte durch Aufnahme der Komplexbehandlung bei nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern (ab 10 Behandlungstagen) in die MDC-übergreifend genutzte Tabelle „Bestimmte mäßig aufwendige Behandlung“ die Vergütungssituation deutlich verbessert werden. Dadurch wird insbesondere der erhöhte Pflegeaufwand dieser Fälle nun sachgerechter abgebildet.

### 3.3.2.21 Neue DRGs 2019

Bei der Weiterentwicklung des existierenden Systems zum G-DRG-System 2019 ergibt sich oft die Notwendigkeit der Bildung neuer Fallgruppen, womit eine Zunahme der DRGs verbunden ist.

Diese vereinzelt kritisch gesehene Zunahme der DRGs wäre nur zu vermeiden, wenn

- a) auf einen Umbau des Systems verzichtet würde, obwohl dieser nachweislich in erheblichem Maß die Sachgerechtigkeit verbessert, oder
- b) neu abzugrenzende Fallmengen ungeachtet der reduzierten Inhalte immer möglichst ähnlichen DRGs zugeschlagen würden – wobei „Ähnlichkeit“ dann ein rein ökonomisches Kriterium wäre.

Beide Möglichkeiten erscheinen nicht sinnvoll.

In diesem Rahmen wurden deshalb 35 neue Fallgruppen gebildet. Beispielsweise wurde die Abbildung hochaufwendiger Fälle in diesem Jahr verbessert durch eine Erweiterung der Eingruppierungsmöglichkeiten innerhalb der Basis-DRG L36 *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane* durch eine Differenzierung der Basis-DRG anhand der Prozedur für intensivmedizinische Komplexbehandlung ab 828 bis 1104 Aufwandspunkte.

In Summe wurde das G-DRG-System 2019 jedoch nur um 26 Fallgruppen erweitert, da im Gegenzug auch DRGs entfielen. Dies kann beispielsweise sinnvoll sein bei geringem Kostenunterschied zweier inhaltlich „verwandter“ DRGs einer Basis-DRG. So wurden z.B. die DRGs F19D *Radiofrequenzablation über A. renalis, [...]* und F19C *Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen [...]* aufgrund der im Datenjahr 2017 geringen Fallzahl der DRG F19D und einem geringen Kostenunterschied zusammengelegt.

Eine Übersicht über die neu etablierten DRGs für 2019 gibt Abbildung 27.

B02A (Kraniotomie)	G40A (Endoskopie + Komplizierende Konstellation)	I28D (Kleine Eingriffe am Bindegewebe)	N02D (Eingriffe an Ovar und Uterus)
B81C (Nervensystem)	G47A (Gastroskopie und Koloskopie)	I44E (Endoprothetik Knie)	N07A (Andere Eingriffe an weibl. Geschlechtsorg.)
D04A (Gesichtsfrakturen)	H38A (OP Pankreas und hepatobiliäres System)	I95A (Tumorendoprothese)	N13C (Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva)
E01B (Große Lungen-OP)	H41E (ERCP)	J07C (Exzisionen Mamma)	O05A (Intrauteriner Verschluss des offenen Rückens)
E02D (Eingriffe an den Atmungsorganen)	I07A (Amputation)	K62B (Stoffwechselerkrankungen)	R63D (Leukämie mit kompliz. Konstellation)
F08G (Gefäßeingriffe)	I10H (Eingriffe an der Wirbelsäule)	L09E (Andere Eingriffe an den Harnorganen)	R63G (Leukämie ohne best. Chemotherapie)
F17A (Aggregatwechsel)	I23A (Metallentfernung)	L36A (Intensivmedizin. Komplexbehandlung)	W04C (Bestimmte Eingriffe bei Polytrauma)
F59E (Transluminale Gefäßeingriffe)	I24A (Kleine Eingriffe an den Extremitäten)	M05B (Eingriffe am Penis)	
G02C (Eingriffe an Dünn- und Dickdarm)	I28A (Eingr. Thoraxwand)	M10B (Therapie mit Lutetium 177-PSMA)	
G12E (Eingriffe an den Verdauungsorganen)			

Abbildung 27: Übersicht über die neuen DRGs im G-DRG-System 2019. Die farbliche Markierung unterscheidet die drei relevantesten Umbaugründe. Blau: Verbesserung der Abbildung von Kindern; Grün: Verbesserung der Abbildung von Extremkostenfällen; Gelb: differenziertere Abbildung einfacher Leistungen.

Weiterführende detaillierte Erläuterungen der im G-DRG-System 2019 neu etablierten DRGs finden sich in den jeweiligen Kapiteln.

### 3.3.2.22 Neurologie und Neurochirurgie

Die Beteiligung am Strukturierten Dialog zu den Themen Neurologie und Neurochirurgie war in den letzten Jahren eher gering und konzentrierte sich zumeist auf die Beantragung neuer oder Differenzierung bestehender Zusatzentgelte, vornehmlich im Bereich der Neurostimulatoren. Eine Umsetzung dieser Vorschläge gestaltet sich aus verschiedenen Gründen häufig schwierig. So konnte in diesem Jahr kein Zusatzentgelt für das Anlegen oder den Wechsel eines extrakorporalen Neurostimulators etabliert werden, da der zugehörige Leistungsbezeichner fehlte. Auch eine Differenzierung des bestehenden Zusatzentgelts für Vagusnervstimulationssysteme nach zusätzlicher Mess- und/oder Stimulationsfunktion war nicht möglich, da sich hier in den Kalkulationsdaten des Jahres 2017 kaum Fälle fanden.

In den Basis-DRGs B02 *Komplexe Kraniotomie* [...] und B20 *Kraniotomie* sind insbesondere verschiedene Eingriffe am Schädel und zentralen Nervensystem zusammengefasst. Dabei beinhaltet die Basis-DRG B02 die komplexeren Fallpauschalen, die demzufolge im Algorithmus zuerst abgefragt werden. Beide Basis-DRGs werden jährlich bezüglich bestehender sowie potentieller neuer Kostentrenner umfassend analysiert, wobei insbesondere die Basis-DRG B02 in diesem Jahr deutlich verändert wurde. So wurde mit der neuen DRG B02A an der ersten Abfrageposition eine reine „Kinder-DRG“ etabliert. Diese hochspezifische DRG fasst Kinder im Alter unter 6 und mehrzeitig operierte Kinder unter 16 Jahren zusammen. Die bisherige DRG B02A enthielt Fälle mit mehr als acht Bestrahlungen, unabhängig davon, in welchem Zeitraum diese durchgeführt wurden. Zukünftig werden Fälle mit Bestrahlungen an mindestens neun Tagen kostenentsprechend bessergestellt als Konstellationen, bei denen diese Leistungen an weniger Terminen erbracht werden. Auch kamen in der Basis-DRG B02 die systemweiten individuellen Anpassungen der globalen Funktionen zur Anwendung. Die „Kompli-

zierenden Konstellationen I“ – bislang an dieser Stelle als Kostentrenner genutzt – wurden entsprechend angepasst, da Prozeduren, die bei intrakraniellen Eingriffen oft ohnehin routinemäßig eingesetzt werden, in der Basis-DRG B02 nicht regelhaft mit höheren Kosten assoziiert waren. In den neuen, spezifischen „Komplizierenden Konstellationen B02“ sind derartige Prozeduren wie „Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung“ und „EEG-Monitoring für mehr als 24 h“ demzufolge nicht enthalten und wirken somit auch nicht mehr höhergruppierend.

Neben den beschriebenen vergleichsweise umfangreichen Anpassungen wurden innerhalb der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* zahlreiche weitere Detailumbauten vorgenommen, von denen an dieser Stelle einige exemplarisch aufgezählt werden.

Im Gegensatz zur Prä-MDC wirken bei der intensivmedizinischen Komplexbehandlung innerhalb der neurochirurgischen Basis-DRGs oft schon vergleichsweise niedrige SAPS-Grenzwerte höhergruppierend. In diesem Jahr wurde die DRG B20B um die Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter mit mehr als 196 und für aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung über 184 Aufwandspunkte erweitert und die Fälle bessergestellt.

In der Basis-DRG B17 *Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems* [...] sind verschiedene Fallkollektive zusammengefasst. So finden sich hier neben der Implantation von Herzschrittmachern und Defibrillatoren auch vergleichsweise wenig komplexe Eingriffe wie Exzisionen von Gewebe von Nerven an der Schulter. All diese Prozeduren wurden erneut hinsichtlich ihrer Kosten und der Zuordnung zu den einzelnen DRGs untersucht und zahlreiche Anpassungen innerhalb der Basis-DRG B17 vorgenommen. Während die Prozeduren für bestimmte Anastomosen von Nerven und Nervenplexus innerhalb der Basis-DRG B17 aufgewertet wurden, werden einige kleinere bzw. unspezifische Eingriffe an Nerven aus der Basis-DRG B17 gestrichen und der DRG B05Z *Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom oder kleine Eingriffe an den Nerven* zugeordnet. Weitere Prozeduren für vergleichsweise wenig komplexe Eingriffe, wie Neurolyse und Dekompression bestimmter Nerven, wurden innerhalb der Basis-DRG B17 abgewertet.

Fälle mit neurologischer Hauptdiagnose und einer Operation an Wirbelsäule oder Rückenmark sind in der Basis-DRG B18 *Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems* zusammengefasst. Diese Basis-DRG ist vierfach differenziert und orientiert sich inhaltlich und definitorisch überwiegend an den für diese Eingriffe spezifischen Fallpauschalen aus der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*:

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

Umbauten der für die Operationen an der Wirbelsäule spezifischen Basis-DRGs I06, I09 und I10 werden somit direkt auf die entsprechenden DRGs der Basis-DRG B18 übertragen. Diese Umbauten der MDC 08 werden detailliert in Kapitel 3.3.2.34 beschrieben. Ausschließlich innerhalb der Basis-DRG B18 wurden bestimmte wenig komplexe Prozeduren gestrichen, wie z.B. Biopsien an Muskeln und Weichteilen durch Inzision, bestimmte Osteosyntheseverfahren, die Entfernung von Osteosynthesematerial oder Injektionsbehandlung an der Harnblase.

In der MDC 01 existieren zwei Basis-DRGs für Bestrahlungen:

- B15 *Strahlentherapie [...], Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen*
- B16 *Strahlentherapie [...], an weniger als 8 Tagen*

Letztere war anhand der Bedingung „Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 11 Bestrahlungen“ differenziert. In Analysen wiesen Fälle, die an mehreren Tagen bestrahlt wurden, jedoch höhere Kosten auf als diejenigen, die ihre Sitzungen zwar häufig, aber über einen kürzeren Zeitraum erhalten hatten. Zukünftig werden nun nur noch die Fälle in die höher bewertete DRG B16A eingruppiert, bei denen an mindestens 5 Tagen Bestrahlungen durchgeführt wurden.

Die Basis-DRG B36 *Intensivmedizinische Komplexbehandlung [...]* beinhaltet komplexe intensivmedizinische Fälle und wird folglich direkt zu Beginn der MDC 01 abgefragt. Fälle mit sehr hohen Punktzahlen für intensivmedizinische Komplexbehandlung (> 1764/1656/1656 Punkte) werden in die höher bewertete DRG B36A eingruppiert, für bestimmte operierte Fälle reicht hierfür jedoch schon ein geringerer SAPS-Wert aus (> 1176/1104/1104 Punkte). Die Definition dieser DRG B36A wurde für das G-DRG-System 2019 nun um alle Kinder im Alter von unter 10 Jahren erweitert, die somit erheblich aufgewertet wurden.

Auch in den konservativen Basis-DRGs der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* gab es verschiedene Veränderungen. So wurden in der Basis-DRG B71 *Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven* Fälle mit der Diagnose Guillain-Barré-Syndrom aufgewertet. Im Gegenzug wurde die Prozedur für die Komplexbehandlung der Hand (mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage) aus der Bedingung für die DRG B71B gestrichen. Daneben wirken auch die Diagnosen für Para-/Tetraplegie fortan in der DRG B71C nicht mehr höhergruppierend.

Fälle mit einer Diagnose für Hirnödemen werden zukünftig der DRG B78A *Intrakranielle Verletzung, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Diagnose* zugeordnet und somit aufgewertet. Die DRG B81B *Andere Erkrankungen des Nervensystems [...]* wurde gesplittet, sodass im G-DRG-System 2019 weniger komplexe Diagnosen der DRG B81C zugeordnet werden wie:

- Sensibilitätsstörungen der Haut
- bestimmte abnorme unwillkürliche Bewegungen
- Diagnosen für abnorme Befunde ohne Vorliegen einer Diagnose bei bildgebender Diagnostik/Funktionsprüfungen

Die DRG B85A *Degenerative Krankheiten des Nervensystems* wurde um die Bedingungen für „Bestimmte hochaufwendige Behandlung“ oder „Bestimmte aufwendige Behandlung“ erweitert. Diese Tabellen beinhalten gewisse Prozeduren, die unabhängig von der jeweiligen DRG systemweit mit höheren Kosten assoziiert sind, wie z.B. SAPS, PKMS sowie verschiedene Komplexbehandlungen bei Epilepsie, Parkinson und multi-resistenten Erregern.

### 3.3.2.23 Onkologie

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

Ein Hinweis betraf die Abbildung von Fällen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung in der DRG R36Z *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei hämatologischen und soliden Neubildungen*. In diese DRG wurden bis 2018 Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung ab 785 Aufwandspunkten bei Kindern und ab 829 Aufwandspunkten bei Erwachsenen eingruppiert. In der Definition der DRG R36Z wurden allerdings keine weiteren komplizierenden Faktoren wie z.B. Beatmung berücksichtigt. Diese Fälle konnten je nach Dauer der Beatmung und weiteren Attributen des Falles wie z.B. Diagnosen oder aufwendige Prozeduren auch einer sogenannten „Langzeit-Beatmungs-DRG“ der Prä-MDC zugeordnet werden. Fälle mit Hauptdiagnosen aus MDCs, in denen keine DRG für intensivmedizinische Komplexbehandlung existiert, wie z.B. der MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten*, werden der Basis-DRG A36 *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen [...] zugeordnet*. Im Vergleich zur DRG R36Z weist die Basis-DRG A36 zum einen eine niedrigere Einstiegsschwelle der Aufwandspunkte auf. Zum anderen ist sie nach bestimmten schweregradsteigernden Faktoren wie beispielsweise nach der Funktion „Komplizierende Konstellationen“, nach einer unterschiedlichen Höhe der Aufwandspunkte oder nach dem Vorliegen einer Abstoßung eines Stammzelltransplantats oder einer Graft-versus-Host-Krankheit differenziert. Neben der Basis-DRG A36 sind auch andere Basis-DRGs für intensivmedizinische Komplexbehandlung, wie z.B. die Basis-DRG F36 [...] *bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems > 588 / 552 / 552 P. [...]*, mehrfach nach bestimmten Attributen differenziert.

Im Vorschlagsverfahren wurde auf die sehr unterschiedliche Abbildung von Fällen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose hingewiesen. Um eine homogenere Abbildung der Fälle zu erreichen, wurde vorgeschlagen, die DRG R36Z entweder nach der unterschiedlichen Höhe der Aufwandspunkte oder nach der Beatmungsdauer zu splitten oder die Fälle alternativ in der Basis-DRG A36 abzubilden. Bei vergleichsweise geringer Fallzahl in der DRG R36Z wurde diese für die G-DRG-Version 2019 gestrichen. Die Fälle werden damit zukünftig überwiegend in der Basis-DRG A36 abgebildet. Es ist aber darüber hinaus möglich, dass die betroffenen Fälle teilweise ab 2019 auch in andere DRGs der Prä-MDC eingruppiert werden, wenn diese in der Abfragereihenfolge zwischen die DRGs der Basis-DRG A36 sortiert sind, wie z.B. die DRG A11E *Beatmung > 249 Stunden, mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 P., ohne kompliz. Konstellation [...]*. Ab 2019 ist damit einerseits eine differenziertere Abbildung von intensivmedizinisch behandelten Fällen der MDC 17 möglich. Andererseits werden auch Fälle berücksichtigt, die Aufwandspunkte unterhalb der Einstiegsschwelle der DRG R36Z aufweisen. Neben Fällen der ehemaligen DRG R36Z kann der beschriebene Umbau auch für Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung, die bisher in der Prä-MDC abgebildet wurden, zu einer Eingruppierung in die Basis-DRG A36 ab 2019 führen, da Fälle mit einer Hauptdiagnose der MDC 17 nun in der Definition der Basis-DRG A36 enthalten sind.

Eine systemweite Analyse der Funktionen für „Komplizierende Konstellationen“ im Zusammenhang mit der Abbildung von hochteuren Fällen hatte auch Auswirkungen auf die MDC 17, in der bisher die Funktion „Komplizierende Konstellationen I“ als Definitionskriterium in den DRGs R13A *Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, [...] oder komplizierender Konstellation* und R61A *Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Sepsis oder komplizierender Konstellation [...]* verwendet wurde. Für die DRG R61A wurde die Definition der Funktion hinsichtlich der Abbildung bestimmter Prozeduren präzisiert, wie beispielsweise:

- Portimplantation und -revision
- Großlumige therapeutische Drainage der Pleurahöhle
- Bestimmte Transfusionen von 2 bzw. 3 Thrombozytenkonzentraten

Die DRG R61A wird demnach ab 2019 durch die neue Funktion „Komplizierende Konstellationen R61“ definiert. Die genannten Prozeduren werden unverändert noch in der ursprünglichen Funktion „Komplizierende Konstellationen I“ verwendet, die zukünftig noch zu einer Abbildung in der DRG R61B *Lymphom und nicht akute Leukämie mit Sepsis oder anderer kompliz. Konstell. [...]* führt, wie Abbildung 28 zeigt:



Abbildung 28: Gruppierungsrelevanz von Funktionen für „Komplizierende Konstellationen“ in der Basis-DRG R61

Ab 2019 führt die neue Funktion „Komplizierende Konstellationen R61“ zusätzlich noch zu einer Aufwertung von Fällen in der Basis-DRG R62 *Andere hämatologische und solide Neubildungen* von der DRG R62B *Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, [...]* in die DRG R62A [...], *mit komplexer Diagnose oder kompliz. Konstellation* und in der Basis-DRG R63 *Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie* von den DRGs R63E bis R63J in die DRG R63D *Andere akute Leukämie mit komplizierender Konstellation oder mit mäßig komplexer Chemotherapie, [...]*.

Ebenfalls im Fokus der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2019 stand in der MDC 17 das Splitkriterium „Sepsis“, das in den medizinischen Basis-DRGs R60 *Akute myeloische Leukämie*, R61 *Lymphom und nicht akute Leukämie*, R62 *Andere hämatologische und solide Neubildungen* und R63 *Andere akute Leukämie [...]* vielfach als Gruppierungsmerkmal verwendet wird. Bestandteil dieses Definitionsmerkmals waren verschiedene Diagnosen für Sepsis und schwere Infektionen wie z.B. die Candida- oder Meningokokkensepsis, das systemische inflammatorische Response-Syndrom (SIRS) mit Organkomplikationen oder die Miliartuberkulose. Die diesbezüglich durchgeführten Analysen zeigten, dass sich nicht mehr alle Diagnosen des Splitkriteriums „Sepsis“ in gleicher Weise als Kostentrenner eignen. Aus diesem Grund wurden für die G-DRG-Version 2019 bestimmte Diagnosen aufwandsentsprechend neu zugeordnet und die Definition für „Sepsis“ damit präzisiert:

- Aus der DRG R61A wurden die Diagnosen für Candida-Sepsis und SIRS mit Organkomplikationen gestrichen. Zukünftig werden die betroffenen Fälle mindestens der DRG R61F [...], *Alter < 16 Jahre od. best. Lymphom mit best. Chemotherapie od. kompl. Diagnose od. andere Komplexbehandlung MRE* zugeordnet. Die Mehrzahl der Fälle wurde bei diesem Umbau allerdings aufgrund zusätzlich vorliegender Fallmerkmale in die DRGs R61B bzw. R61D [...], *mit Aggranuloz. od. Portimplant. od. Komplexbeh. MRE od. kompl. Diag. b. Leuk., Alt. > 15 J., mit intens. Chemoth. od. mit auß. schw. CC [...]* eingruppiert.

- Die Diagnosen für SIRS mit Organkomplikationen wurden darüber hinaus in den Basis-DRGs R60 und R63, den im Vergleich geringeren Kosten entsprechend, abgewertet. Fälle mit diesen Diagnosen in den DRGs R60B [...] *mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation [...]* und R60C [...] *od. mit mäß. kompl. Chemoth. mit best. kompliz. Faktoren od. mit auß. schw. CC mit kompl. Diagnostik od. KomplBeh. MRE mit Dial. od. auß. schw. CC od. schwerste CC* werden ab 2019 den DRGs R60C bzw. R60D [...] *mit intensiver Chemoth., ohne kompliz. Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimpl., oh. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - AufwP., oh. auß. schwere CC [...]* zugeordnet.
- Innerhalb der Basis-DRG R63 wurden die betroffenen Fälle von der DRG R63B in die DRG R63C und von den DRGs R63E, R63G und R63H [...] *mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre* (in der G-DRG-Version 2018 DRGs R63D und R63F) in die DRG R63J abgewertet.

Systemweit wurde in diesem Jahr erneut die Abbildung von Kindern im G-DRG-System untersucht. In der Version 2018 bestanden in der MDC 17 bereits 10 DRGs, die – entweder als alleiniges Merkmal oder in Kombination mit weiteren Kriterien – durch das Kindesalter definiert sind. Dies waren beispielsweise die DRGs R03Z *Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC oder mit bestimmter OR-Prozedur [...]*, *Alter < 16 Jahre*, R61C, R63B oder R66Z *Akute myeloische Leukämie oder andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter < 18 Jahre*. Im Ergebnis konnten für 2019 vier weitere Kinderaltersplits etabliert werden, die alle Kinder mit einem Alter unter 16 Jahre betreffen. Diese wurden von der DRG R60B in die DRG R60A und von der DRG R61H *Lymphom und nicht akute Leukämie, oh. Sepsis, oh. kompliz. Konstellation, oh. Agranulozytose, oh. Portimpl., oh. Komplexbeh. MRE, oh. kompl. Diagnostik bei Leukämie, oh. auß. schw. CC [...]* in die DRG R61G *Lymphom und nicht akute Leukämie oh. bestimmte kompliz. Faktoren, oh. auß. schw. CC, Alter < 16 Jahre [...]* aufgewertet. In der Basis-DRG R63 werden Kinder zukünftig – zusätzlich zur DRG R63B – auch in den DRGs R63D und R63G [...] *mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre* abgebildet. Mit diesen Änderungen wurde die Vergütung von Kindern – auch im Bereich der Abbildung von Extremkostenfällen – weiter verbessert.

Aus eigenen Analysen ergaben sich zudem weitere Anpassungen (sowohl Auf- als auch Abwertungen) des Gruppierungsalgorithmus in der MDC 17 hinsichtlich einzelner Diagnosen und Prozeduren, die zur Präzisierung der DRGs in diesem Bereich beitragen:

- Fälle mit Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern mit einer Behandlungsdauer von mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstagen nicht auf einer speziellen Isoliereinheit werden zukünftig nicht mehr in der DRG R60C, sondern in der DRG R60D abgebildet. In der Basis-DRG R61 wurden die betroffenen Fälle von den DRGs R61C bis R61E in der DRG R61F neu zugeordnet.
- In der DRG R63A ist das Kriterium „hochkomplexe Chemotherapie“ nur noch bei Vorliegen von zwei Chemotherapieblöcken einer hochgradig komplexen und intensiven Blockchemotherapie (OPS 8-544.1) erfüllt. Fälle, die bisher mit zweimal einem Chemotherapieblock einer hochgradig komplexen und intensi-

ven Blockchemotherapie (OPS 8-544.0) dieses Kriterium erfüllt haben, werden ab dem Jahr 2019 der DRG R63B zugeordnet.

- In der DRG R61H zeigte sich, dass Fälle mit bestimmten Chemotherapien derzeit nicht sachgerecht abgebildet sind. Ab dem Jahr 2019 werden deshalb Fälle mit nicht komplexer Chemotherapie ab 7 Tagen, mittelgradig komplexer und intensiver Blockchemotherapie ab 5 Tagen sowie mit hochgradig komplexer und intensiver Blockchemotherapie in den DRGs R61F bzw. R61G abgebildet und damit aufgewertet.
- Die Diagnose für arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie mit kritischer Phase von 10 bis unter 20 Tagen wurde aus der Definition der DRG R60B gestrichen. Die jeweiligen Fälle werden zukünftig – in Abhängigkeit des Vorliegens von äußerst schweren oder schweren CC oder einer komplexen Diagnostik bei Leukämie – in die DRGs R60C oder R60D eingruppiert.
- In der Basis-DRG R61 wurde zum einen die Diagnose für Blastenkrise bei chronischer myeloischer Leukämie [CML] aus der Definition der DRG R61B gestrichen. Diese Fälle werden zukünftig der DRG R61D zugeordnet. Zum anderen hat sich gezeigt, dass Fälle mit bestimmten Lymphomen wie z.B. dem nicht näher bezeichneten kutanen T-Zell- oder reifzelligem T/NK-Zell-Lymphom oder dem mediastinalen (thymischen) großzelligem B-Zell-Lymphom nicht sachgerecht vergütet sind. Statt in den DRGs R61F bzw. R61G werden diese Diagnosen zukünftig – in Abhängigkeit vom Alter – in den DRGs R61G bzw. R61H abgebildet.
- In der Basis-DRG R62 führt bei Fällen mit Knochenaffektionen, bestimmten Metastasen, äußerst schweren CC oder einem Alter unter 1 Jahr die Diagnose für Pfortaderthrombose nicht mehr zu einer Zuordnung in die DRG R62A. Die betroffenen Fälle werden ab dem Jahr 2019 in die DRG R62B eingruppiert.

Neben den oben aufgeführten spezifischen Änderungen im G-DRG-System 2019 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 sechs neuen unbewerteten Zusatzentgelten für Medikamente (ZE2019-157 *Gabe von Pixantron, parenteral*, ZE2019-158 *Gabe von Pertuzumab, parenteral*, ZE2019-159 *Gabe von Blinatumomab, parenteral*, ZE2019-160 *Gabe von Pembrolizumab, parenteral*, ZE2019-161 *Gabe von Nivolumab, parenteral*, ZE2019-162 *Gabe von Carfilzomib, parenteral*)
- Für den Bereich der Pädiatrie wurden die bereits bestehenden Dosisklassen für Kinder insgesamt überprüft. Daraus resultierte für den Bereich Onkologie die Schaffung neuer Kinderdosisklassen bei drei neuen unbewerteten Zusatzentgelten (ZE2019-159 *Gabe von Blinatumomab, parenteral*, ZE2019-160 *Gabe von Pembrolizumab, parenteral*, ZE2019-161 *Gabe von Nivolumab, parenteral*).

### 3.3.2.24 Operative Gynäkologie

Bereits für den OPS Version 2017 wurde der Codebereich 5-71 *Operationen an der Vulva* grundlegend überarbeitet. Dies beinhaltete u.a. die Differenzierung der Prozeduren für die partielle Vulvektomie anhand der Größe des entfernten Gewebeareals:

- 5-714.40 *Vulvektomie: Partiiell: Mit Entfernung von einem Viertel bis weniger als der Hälfte der Vulva (90° bis weniger als 180°)*
- 5-714.41 *Vulvektomie: Partiiell: Mit Entfernung von mindestens der Hälfte der Vulva (180° oder mehr)*

Darüber hinaus wurde der Code 5-715 *Radikale Vulvektomie* des OPS Version 2016 gestrichen und neue Codes für die En-bloc-Vulvektomie mit inguinaler und femoraler Lymphadenektomie (OPS 5-714.6\*) aufgenommen, die zusätzlich nach „ohne bzw. mit Entfernung der Haut der Inguinalfalte“ differenziert sind. In der Vergangenheit wurde die Abbildung von Fällen mit einer Vulvektomie bereits ausführlich analysiert. Dies führte beispielsweise für die G-DRG-Version 2017 zu einer Aufwertung der totalen Vulvektomie (OPS 5-714.5) in Kombination mit einer radikalen inguinalen Lymphadenektomie in die Basis-DRG N01 *Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie [...]*. Hinsichtlich der oben genannten neuen Codes für die partielle Vulvektomie wurde bereits in den vergangenen Vorschlagsverfahren angeregt, eine partielle Vulvektomie mit Entfernung von mindestens der Hälfte der Vulva analog zu einer totalen Vulvektomie einzugruppierten. In diesem Jahr konnten diese Prozeduren erstmalig bei Vorliegen in den regulären Daten der Kalkulationskrankenhäuser des Jahres 2017 analysiert werden. Dies führte zu einer Aufnahme des Codes 5-714.41 in die Basis-DRG N01. Damit ist diese Leistung bei Vorliegen einer radikalen inguinalen Lymphadenektomie in der Basis-DRG N01 einer totalen Vulvektomie gleichgestellt.

Im Fokus der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems stand auch die Basis-DRG N02 *Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung [...]*. Diese Basis-DRG bildet sowohl gynäkologische Eingriffe wie z.B. Hysterektomien oder Ovariectomien bei bösartiger Neubildung als auch aufwendige Eingriffe am Darm oder Rekonstruktionen von Vagina und Vulva ab. In der G-DRG-Version 2018 ist sie dreifach differenziert nach dem PCCL und aufwendigen Eingriffen. Für 2019 wurden diese Splitkriterien umfangreich untersucht und die Definition der Basis-DRG N02 präzisiert sowie komplexe Eingriffe aufgewertet:

- Fälle mit „CC“ (PCCL < 3) werden nicht mehr der DRG N02B [...], *ohne äuß. schw. CC, mit best. Eingriff an Darm od. Ureter oder Rekonstruktion von Vagina u. Vulva od. Vulvektomie mit Lymphadenektomie* zugeordnet.
- Aufwendige Eingriffe am Ureter wie der offen chirurgische partielle und totale Ureterersatz, der offen chirurgische Ersatz des Ureters mit Verwendung von Darmsegmenten sowie die offen chirurgische Ureterolyse mit intraperitonealer Verlagerung und mit Umscheidung mit Omentum wurden in die DRG N02B aufgenommen. Dadurch wurden Fälle aus der DRG N02C [...], *ohne CC, ohne best. Eingriffe am Darm, ohne Rekonstr. von Vagina u. Vulva, ohne Vulvektomie mit Lymphadenekt.* aufgewertet.
- Die DRG N02C wird zur noch differenzierteren Abbildung der gynäkologischen Eingriffe gesplittet. Dadurch werden weniger aufwendige Eingriffe wie bestimmte Exzisionen von Ovarialgewebe mit endoskopischem, vaginalem und sonstigem

Zugang, bestimmte partielle und totale Ovariectomien mit endoskopischem, vaginalen und sonstigen Zugang, bestimmte Salpingoovariectomien ohne weitere Maßnahmen, bestimmte Adhäsioylysen am Ovar sowie bestimmte einseitige/beidseitige und sonstige Uterusexstirpationen ab dem Jahr 2019 aufwandsgerecht in der DRG N02D *Eingriffe an Uterus und Adnexen [...], ohne äußerst schwere CC, ohne mäßig komplexen Eingriff* abgebildet.

- Die Definition der Basis-DRG N02 wurde präzisiert. Zukünftig werden daher subtotale Uterusexstirpationen und Uterusexstirpationen ohne Salpingoovariectomie sowie unspezifische Prozeduren für diese Leistung bei bösartiger Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane der Basis-DRG N21 *Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, [...]* oder *subtotale und andere Hysterektomie bei bösartiger Neubildung [...]* zugeordnet.

Abbildung 29 beschreibt beispielhafte Fallwanderungen:

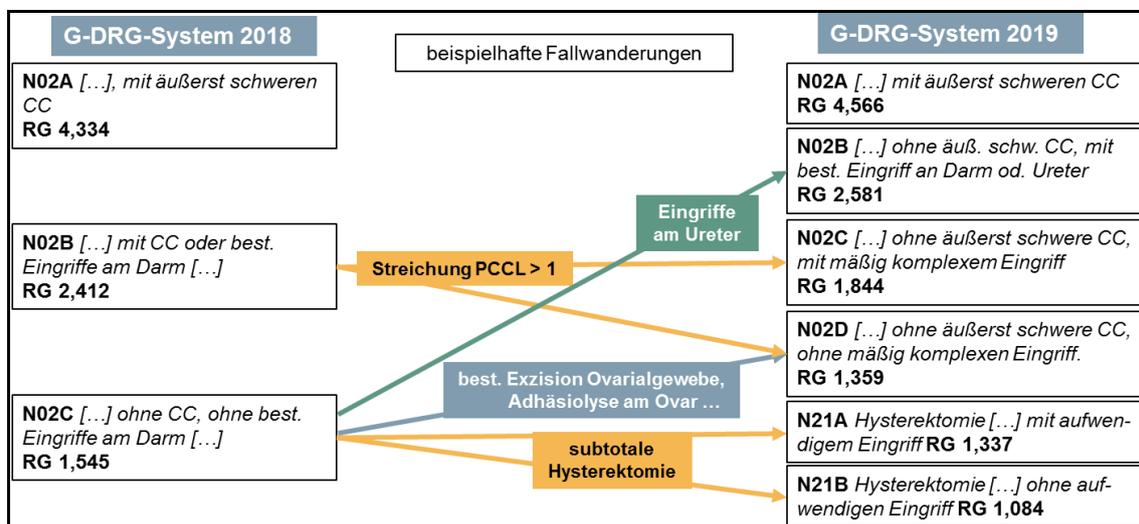


Abbildung 29: Änderungen der Basis-DRG N02 Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung [...]

Über die hier beschriebenen Änderungen in der Basis-DRG N02 hinaus werden ab der G-DRG-Version 2019 auch einige Leistungen dieser Basis-DRG zugeordnet, die zuvor in anderen Basis-DRGs der MDC 13 abgebildet waren. Fälle mit einem offenen chirurgischen Verschluss einer vesikovaginalen Fistel werden aufwandsgerecht nicht mehr in der Basis-DRG N01, sondern innerhalb der Basis-DRG N02 mindestens der DRG N02B zugeordnet. Hingegen werden Fälle mit einem Verschluss einer vesikovaginalen Fistel über andere Zugangswege (vaginal, transvesikal sowie Umsteigen vesikal oder vaginal auf offen chirurgisch) zukünftig nicht mehr der DRG N06Z *Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen*, sondern der Basis-DRG N02 zugeordnet und damit aufgewertet. Das Gleiche gilt für Fälle mit offen chirurgischer und laparoskopischer Rektopexie, die ebenfalls ab 2019 in der Basis-DRG N02 abgebildet werden.

Neben der Basis-DRG N02 wurde auch die Definition weiterer DRGs dahingehend überprüft, ob sich die dort abgebildeten Prozeduren weiterhin als Kostentrenner eignen. Besonders im Fokus standen dabei die DRGs N07Z *Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, [...]* oder *kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen* und N13B *Große Ein-*

*griffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei bösartiger Neubildung oder kleine Eingriffe an Vagina und Douglasraum [...].* Zur Präzisierung der Definition dieser DRGs und der differenzierten Abbildung gynäkologischer Eingriffe wurden für die G-DRG-Version 2019 zwei neue DRGs geschaffen, in denen vergleichsweise kleine bzw. weniger aufwendige Eingriffe abgebildet werden. In der DRG N07B werden zukünftig bestimmte Biopsien und Exzisionsbiopsien an den Ovarien und am Uterus, die parietale Peritonektomie, bestimmte lokale Exzisionen und Destruktionen von Ovarialgewebe und von Paraovarialzysten sowie die Vorder-/Hinterwandplastik bei (Urethro-)Zystozele bzw. bei Rektozele ohne alloplastisches Material abgebildet. Der DRG N13C werden ab 2019 beispielsweise die Kryokoagulation von erkranktem Gewebe der Cervix uteri, die Portioplastik, die sonstige Exzision von Endometriumsynechien, bestimmte Operationen an der Klitoris oder der Verschluss einer sonstigen vaginalen Fistel zugeordnet.

Aus Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren und aus eigenen Analysen ergaben sich zudem weitere Anpassungen des Gruppierungsalgorithmus in der MDC 13 hinsichtlich einzelner Prozeduren, die zur Präzisierung der operativen DRGs in diesem Bereich beitragen:

- Der sonstige und nicht näher bezeichnete Verschluss und die (sub-)totale Exstirpation bzw. Konstruktion und Rekonstruktion der Vagina wurden aus der Definition der DRG N04Z *Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff* gestrichen. Ab 2019 werden Fälle mit diesen Prozeduren in der DRG N06Z bzw. in der Basis-DRG N07 *Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder [...] kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen* abgebildet, sofern keine weiteren gruppierungsrelevanten Leistungen vorliegen.
- Bei Prozeduren für eine Urethro(zysto)lyse bei der Frau, der Vorder-/Hinterwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele bzw. Rektozele) ohne alloplastisches Material, der sonstigen Uterusfixation und bestimmten Rekonstruktionen von Vagina, Becken und Douglasraum zeigte sich, dass diese in der DRG N06Z nicht mehr sachgerecht abgebildet sind. Zukünftig werden diese Leistungen in der Basis-DRG N07 abgebildet und damit abgewertet.
- Fälle mit laparoskopischer Bridenlösung und Adhäsiolyse am Darm sowie mit einer lokalen Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Douglasraumes werden gemäß G-DRG-Version 2019 nicht mehr der DRG N08Z *Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen*, sondern der DRG N25Z *Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder [...] andere kleine Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen* zugeordnet und damit abgewertet.
- Fälle mit einer sonstigen bzw. perianalen tubulären Rektumresektion unter Sphinktererhaltung und unter Belassen des Paraproktiums wurden bisher in der sogenannten operativen „Reste-DRG“ N11B *Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder äußerst schwere CC* abgebildet. Im Vorschlagsverfahren erreichte uns erneut der Hinweis, dass der Fehlanreiz, unspezifische Prozeduren zu kodieren, minimiert werden sollte, da diese unter Umständen in diesen sogenannten operativen „Reste“-DRGs besser vergütet werden können als in DRGs mit spezifischen kleinen Eingriffen. Die genannten Prozeduren werden daher ab 2019 in der DRG N06Z abgebildet.

Eine systemweite Analyse der Abbildung von Kindern im G-DRG-System führte in der MDC 13 zu einer Aufwertung von Kindern mit einem Alter unter 16 Jahre innerhalb der Basis-DRG N62 *Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane* in die DRG N62A *[...] mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre*.

### 3.3.2.25 Polytrauma

Für Fälle mit Mehrfachverletzungen existiert im G-DRG-System eine eigenständige MDC 21A *Polytrauma*. Ziel dieser MDC ist es, den hohen Versorgungsaufwand besonders schwer Mehrfachverletzter, die typischerweise lebensbedrohlich verletzt sind, sachgerecht abbilden zu können. Voraussetzung hierfür ist es, die besonderen Merkmale dieser aufwendig zu behandelnden Mehrfachverletzungen durch geeignete Parameter beschreibbar zu machen, um diese Fälle ermitteln zu können. Mit einer präzisen Zuordnung der ermittelten Fälle innerhalb der MDC wird zum einen der medizinischen Definition des Polytraumas Rechnung getragen, zum anderen werden Fälle, die vergleichbar hohen Aufwand verursachen, in derselben MDC abgebildet. Dementsprechend bleibt die MDC-Definition Polytrauma unverändert, jedoch wurden einige Definitionen und Splitkriterien innerhalb der MDC 21A *Polytrauma* zum Teil umfangreich überarbeitet.

Für die MDC 21A *Polytrauma* ergaben sich im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für das G-DRG-System 2019 keine direkten Hinweise zu möglichen weiteren Kostentrennern. Gleichwohl zeigten interne Analysen, die auf den Kalkulationsdaten aus dem Jahr 2017 basierten, dass eine weitere Präzisierung der Zuordnungslogik eine verbesserte kostenentsprechende Neuzuordnung vieler Fälle ermöglicht.

Grundsätzlich erfolgt die Abbildung von operativen Eingriffen bei Polytrauma in drei Basis-DRGs:

- **W01:** mit Beatmung > 72h oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung oder bestimmten Eingriffen
- **W02:** mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen
- **W04:** mit anderen Eingriffen

Die Kostenanalysen zeigten, dass die weitgehend organbezogene Trennung zwischen den Basis-DRGs W02 und W04 vielfach nicht mehr mit den Kosten der Fälle korrespondiert. Der daraus resultierende Umbau der Basis-DRGs W02 und W04 beinhaltet beispielhaft folgende Punkte:

- Aufwertung von Osteosynthesen am Becken mit Fixateur externe aus der Basis-DRG W04 in die Basis-DRG W02
- Abwertung von Debridements am Schenkelhals aus der Basis-DRG W02 in die Basis-DRG W04

Gleichzeitig ist zu erwähnen, dass die Splitbedingung zwischen den DRGs W02A und W02B unverändert mit *komplizierender Konstellation oder Eingriff an mehreren Lokalisationen* definiert ist. Gleiches gilt für die DRGs W04A und W04B. Des Weiteren bestätigte sich im Rahmen der Weiterentwicklung eine kostenentsprechende Eingruppierung der Fälle innerhalb der DRGs W01A und W01B, die Zuordnungslogik bleibt dementsprechend unverändert.

Darüber hinaus wurde durch die Weiterentwicklung der Polytrauma-MDC die neue DRG W04C etabliert, die durch den Split der DRG W04B entstanden ist. Der Split führt dazu, dass Fälle mit weniger aufwendigen Prozeduren an Knochen, Gefäßen und Weichteilen der neuen DRG W04C *Polytrauma [...] ohne bestimmte andere Eingriffe* zugeordnet werden, hierzu zählen beispielsweise bestimmte Osteosynthesen am distalen Radius.

Im Ergebnis kommt es zu einer Aufwertung der DRG W04B durch die Präzisierung der Definition und der daraus resultierenden Abbildung von weniger komplexen Eingriffen in der DRG W04C (siehe Abb. 30).

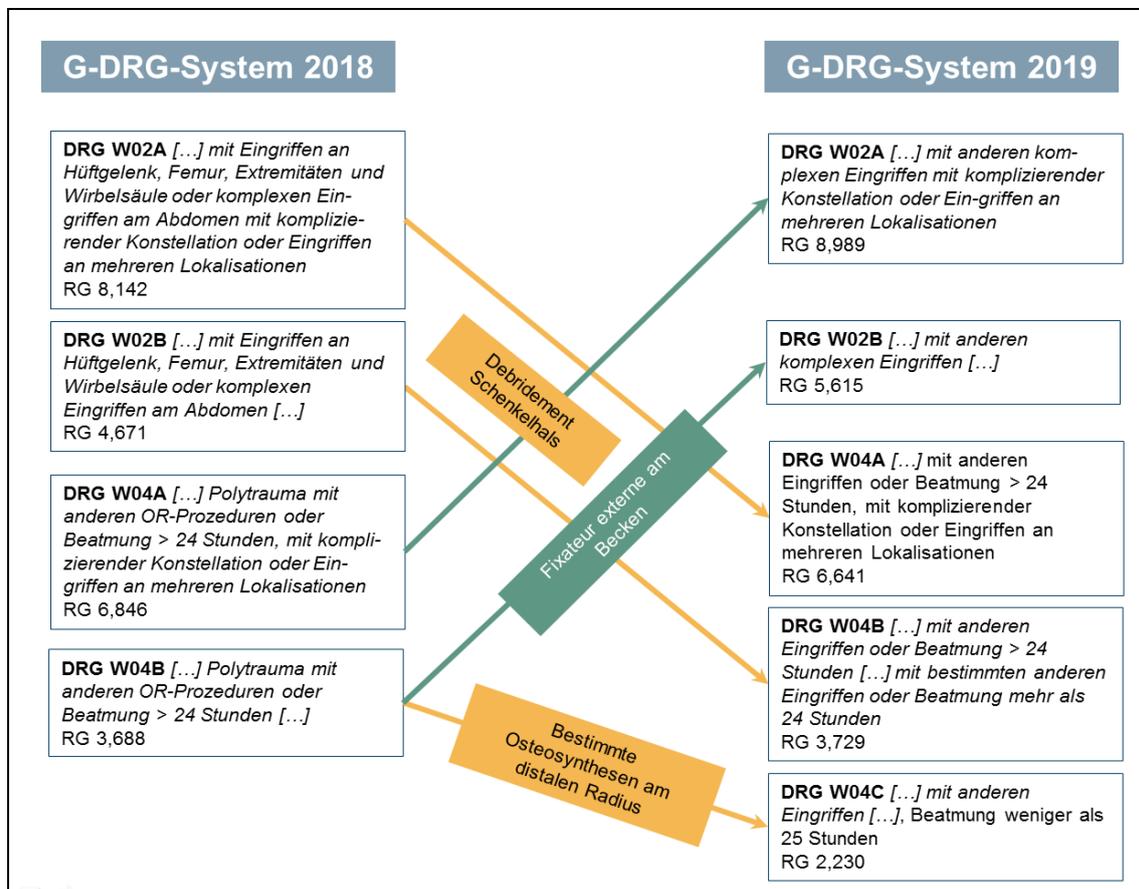


Abbildung 30: Beispielhafte Fallwanderungen innerhalb der MDC 21A

### 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 die sogenannten „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 ihren 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 2019 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 andere Attribute wie Alter oder PCCL. Weiterentwicklungen wurden für das G-DRG-System 2019 in den in Tabelle 22 dargestellten „Reste“-DRGs durchgeführt.

<b>MDC</b>	<b>„Reste“-DRG</b>
<b>MDC 04</b> Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	<b>E02</b>
<b>MDC 05</b> Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	<b>F21</b>
<b>MDC 06</b> Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	<b>G12</b>
<b>MDC 07</b> Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	<b>H06</b>
<b>MDC 08</b> Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	<b>I28</b>
<b>MDC 09</b> Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	<b>J11</b>
<b>MDC 11</b> Krankheiten und Störungen der Harnorgane	<b>L09</b>

*Tabelle 22: Übersicht über die betroffenen MDCs mit den jeweiligen „Reste“-DRGs*

In Tabelle 23 wird eine Übersicht mit beispielhaften Umbauten innerhalb der einzelnen DRGs gegeben. Ausführliche Beschreibungen der weiterentwickelten „Reste“-DRGs sind in den Kapiteln der jeweiligen Themen zu finden.

„Reste“-DRG	Beispielhafte Umbauten für das G-DRG-System 2019	Weitere Informationen in Kapitel
<b>E02</b>	Neue DRG E02D zur Darstellung weniger aufwendiger Fälle aus der DRG E02C, z.B. mit bestimmten <i>mediatinalen perkutanen Biopsien</i> . Ursprüngliche Ein-Belegungstag-DRG E02D infolge der Ausdifferenzierung umbenannt in DRG E02E.	<b>Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane</b>
<b>F21</b>	Zuordnung von Fällen der MDC 24 <i>Sonstige DRGs</i> mit einer operativen Prozedur zur passenden DRG, z.B. die <i>diagnostische Thorakoskopie</i> in die DRG F21C.	<b>Gefäßchirurgie und -interventionen</b>
<b>G12</b>	Neue DRG G12E zur Darstellung weniger komplexer Fälle, z.B. mit <i>diagnostischer Laparoskopie (Peritoneoskopie)</i> oder der <i>Exzision von erkranktem Gewebe des Douglas-raumes</i> .	<b>Abdominalchirurgie</b>
<b>H06</b>	Neuzuordnung bestimmter weniger aufwendiger Prozeduren, wie z.B. die <i>Entfernung eines Katheterverweilsystems aus dem Bauchraum</i> innerhalb der Basis-DRG H06.	<b>Abdominalchirurgie</b>
<b>I28</b>	Die im G-DRG-System 2018 dreifach ausdifferenzierte Basis-DRG I28 wird für das G-DRG-System 2019 fünffach ausdifferenziert. Es kommt zur Aufwertung von Extremkostenfällen in die neue DRG I28A und zur Abwertung von Fällen mit einfacheren Leistungen in die neue DRG I28D.	<b>Unfallchirurgie/ Orthopädie</b>
<b>J11</b>	Zuordnung von Fällen mit <i>bösartiger Neubildung der Mamma</i> und <i>axillärer, regionaler Lymphadenektomie</i> zur kosten- und verweildauerähnlichen spezifischen DRG J25Z.	<b>Eingriffe an der Mamma</b>
<b>L09</b>	Neue DRG L09E zur sachgerechten Darstellung weniger aufwendiger Fälle aus der DRG L09D, wie z.B. die <i>Anlage einer inneren AV-Fistel ohne Vorverlagerung der Vena basilica</i> .	<b>Urologie</b>

Tabelle 23: Übersicht über die Weiterentwicklungen der jeweiligen „Reste“-DRGs

### 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 2018 ist die multimodale Schmerztherapie in drei Basis-DRGs abgebildet: B47 *Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems*, I42 *Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* und U42 *Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen*. Wegen verzerrter Zusammensetzung der Kalkulationsstichprobe aufgrund von Unterrepräsentation der Hauptleistungserbringer konnten die Entgelte für ein Überschreiten der oberen Grenzverweildauer (OGV) für die Basis-DRGs B47 *Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems* und I42 *Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* für das G-DRG-System 2018 nur per Entscheidung der Selbstverwaltung festgesetzt werden.

Bei der Basis-DRG U42 *Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen* war eine Korrektur der Entgelte für Langlieger nicht erforderlich, da das „Überholen“ der U42B durch die U42C in einem „rational“ nicht erreichbaren Verweildauerbereich stattfand. Die DRG U42A *Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter < 19 Jahre* verblieb in Anlage 3a.

Aufgrund der insbesondere bei Schmerztherapie mit kurzer Behandlungsdauer unverändert geringen Beteiligung fallzahlstarker Leistungserbringer war die Zusammensetzung der Kalkulationsstichprobe bei allen drei Basis-DRGs B47, I42 und U42 unverändert verzerrt. Auch nach Ziehung von Häusern zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation fehlten weiterhin Hauptleistungserbringer in der Stichprobe, sodass die Daten in der Stichprobe weiterhin nicht repräsentativ waren. Daraus resultierte eine unsichere Kalkulationsbasis mit deutlicher Schiefelage der Leistungserbringung zwischen Stichprobe und Grundgesamtheit. Die DRGs B47A, I42A bzw. U42B müssten gemäß der OPS-Definition einen höheren Aufwand und mindestens gleiche, ggf. auch höhere mittlere Tageskosten der abgebildeten Fälle aufweisen als die DRGs B47B, I42B bzw. U42C. Die Analyse der gelieferten Kalkulationsdaten ergab jedoch, dass die durchschnittlichen Tageskosten in den DRGs B47A, I42A bzw. U42B niedriger waren als die durchschnittlichen Tageskosten in den DRGs B47B, I42B bzw. U42C. Der Grund dafür lag darin, 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, I42B bzw. U42C vertreten war. Dies hätte zur Folge gehabt, dass die Vergütung der Langlieger in den DRGs B47B, I42B und U42C wegen der höheren durchschnittlichen Tageskosten die Vergütung der Fälle mit identischer Verweildauer in den DRGs B47A, I42A und U42C „überholt“ hätte.

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 B47B, I42B bzw. U42C ergibt.

Da für das G-DRG-System 2019, genauso wie für das G-DRG-System 2018, keine kalkulatorische Lösung möglich war, wurde der Lösungsansatz der Selbstverwaltung für den Entgeltkatalog 2018 in den Entgeltkatalog 2019 übernommen:

- Anpassung der oberen Grenzverweildauer (OGV) um jeweils einen Tag: -1 bei DRG B47A/I42A/U42B\* bzw. +1 bei DRG B47B/I42B/U42C\* (\*erstmalige Anpassung der DRGs U42B bzw. U42C)
- OGV-Zuschlag einheitlich je Basis-DRG als arithmetischer Mittelwert der eigentlich berechneten OGV-Zuschläge dieser Basis-DRG

Auf diese Weise ergibt sich für einen Langliegerfall in den DRGs B47A, I42A bzw. U42B zukünftig stets eine höhere Vergütung, als das bei gleicher Verweildauer in den DRGs B47B, I42B bzw. U42C der Fall wäre.

### 3.3.2.28 Sonstige DRGs

Im G-DRG-System erfolgt die Zuordnung eines Falles zu einer MDC grundsätzlich über die Hauptdiagnose. Diese ist somit besonders relevant für die Zuordnung zu einer DRG. Wenn für einen Fall operative Prozeduren mit einem Bezug zur Hauptdiagnose

kodiert werden, sind sie in der Regel in einer DRG ihrer typischen MDC differenziert abgebildet. So ist beispielsweise die Implantation eines Herzschrittmachers bei der Hauptdiagnose Herzrhythmusstörung in der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* in der Basis-DRG F12 *Implantation eines Herzschrittmachers* in neun DRGs differenziert abgebildet. Regelkonform ergeben sich aber auch Konstellationen, in denen die während des Aufenthalts durchgeführten operativen Prozeduren nicht zur Hauptdiagnose „passen“: Dies wird als „OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose“ bezeichnet. Zum Beispiel kann einem Fall mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) als Haupt- und einer Herzrhythmusstörung als Nebendiagnose während seines Krankenhausaufenthalts ein Herzschrittmacher implantiert werden. Aufgrund seiner Hauptdiagnose wird dieser Fall regelhaft in die MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* eingruppiert. Dort ist die Implantation eines Herzschrittmachers jedoch nicht abgebildet.

Fälle mit OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose würden – ohne die MDC 24 *Sonstige DRGs* – trotz operativer Behandlung konservativen DRGs in der medizinischen Partition einer MDC zugeordnet. Problematisch wäre dies in zweierlei Hinsicht: einerseits für die Fälle, die eine Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose haben, hinsichtlich ihrer Vergütung; andererseits für die konservativen DRGs hinsichtlich der Berechnung der Relativgewichte. Deshalb werden bereits seit dem ersten G-DRG-System diese systemweit auftretenden Fälle mit einer operativen Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose in den Basis-DRGs 801 (bis 2016: 901) *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose* und 802 (bis 2016: 902) *Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose* abgebildet, die u.a. zur stärkeren Abgrenzung zu den nicht abrechenbaren Fehler-DRGs zusammen mit der Basis-DRG 863 *Neonatale Diagnose ohne Bezug zu Alter oder Gewicht* seit dem G-DRG-System 2017 die MDC 24 *Sonstige DRGs* bilden. Die Auswirkungen dieses komplexen Umbaus für das G-DRG-System 2017 sind erstmalig im Datenjahr 2017 sichtbar geworden, auf dessen Grundlage das G-DRG-System für 2019 weiterentwickelt wurde.

Die Basis-DRGs 801 und 802 sind somit hinsichtlich ihrer Definition besonders, da sie in starkem Maße darüber definiert sind, welche operativen Prozeduren in den jeweiligen MDCs nicht zugeordnet sind. Damit kann fast jede operative Prozedur zur Zuordnung in die Basis-DRGs 801 und 802 führen. Dies führt zu einer definitionsbedingten Inhomogenität dieser DRGs. Analysen im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems zeigten folgende vereinfachende modellhafte Zusammensetzung der Fälle in den Basis-DRGs 801 und 802 in drei Gruppen:

1. Fälle mit ungewöhnlichen Verläufen und oft umfangreicher Diagnostik, die auch in der Gesamtbetrachtung nicht mit „typischen“ Fällen der organbezogenen MDCs vergleichbar sind
2. Fälle, bei denen „nur“ die Hauptdiagnose nicht „passt“: Der operative Eingriff wird oft bereits nach kurzer Diagnostik durchgeführt, formal ist dieser jedoch „ohne Bezug zur Hauptdiagnose“.
3. Fälle in einer „Grauzone“ irgendwo zwischen den beiden erstgenannten Fallmengen

Die nicht recht einzuordnenden Fälle mit umfangreicher Diagnostik weisen meist deutlich längere Verweildauern und höhere Kosten auf. Die Fälle der zweiten Gruppe, bei denen die Hauptdiagnose schlicht nicht „passt“, weisen dagegen in der Regel weder eine wesentlich längere Verweildauer noch wesentlich höhere Kosten auf als die ent-

sprechenden Fälle mit „passender“ Hauptdiagnose in den DRGs der MDCs mit Organbezug. Die Fälle der „Grauzone“ liegen meist irgendwo dazwischen.

Die Inhomogenität der Sonstigen DRGs zeigt sich auch bei der „Pflegebelastung“ (Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand Version 0.99), weil in diesen mit Blick auf die Homogenität der Gesamtkosten gebildeten DRGs (medizinisch) höchst unterschiedliche Fälle mit gleichen Gesamtkosten, aber unterschiedlichem Pflegeaufwand im Hinblick auf die „Pflege am Bett“ in dieselbe DRG gelangen können.

Immer wieder ergeben sich Konflikte zwischen Krankenhäusern und MDK bezüglich der Kodierung von Fällen mit operativen Prozeduren mit/ohne Bezug zur Hauptdiagnose. Denn eine andere Wahl der Hauptdiagnose kann zu einer ganz anderen DRG-Eingruppierung führen. Dabei ist sowohl eine höhere als auch eine niedrigere Vergütung möglich.

Die inhomogene Zusammensetzung der Sonstigen DRGs kann auf verschiedene Weisen angegangen werden, z.B.:

- Stärkere Hierarchisierung und ggf. weitere Ausdifferenzierung der Sonstigen DRGs selbst
- Zuordnung weiterer operativer Prozeduren zu den operativen DRGs der MDCs und damit Erweiterung der innerhalb einer MDC abgefragten Prozeduren, d.h. Aufnahme von operativen Prozeduren in weitere MDCs, in denen sie bisher nicht abgebildet waren, aber häufig vorkommen
- Von der Hauptdiagnose unabhängige Zuordnung typischer Fallkonstellationen zu den MDCs mit Organbezug

Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden diese drei Möglichkeiten umfassend geprüft. Daraus ergaben sich u.a. folgende hier beispielhaft dargestellte Anpassungen für das Jahr 2019:

Die stärkere Hierarchisierung der Sonstigen DRGs wurde vor allem durch Anpassungen in der CCL-Matrix und weitere kleinere Detailanpassungen erreicht. Auf eine weitere Ausdifferenzierung der Sonstigen DRGs selbst mit Etablierung neuer DRGs konnte im G-DRG-System 2019 verzichtet werden.

Als Beispiel für die Zuordnung weiterer operativer Prozeduren zu den operativen DRGs der MDCs kann die Aufnahme von Fällen mit diagnostischer Thorakoskopie oder thorakoskopischer Pleurolyse (typisch in MDC 04) zusätzlich in die Basis-DRG F21 *Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen* in der MDC 05 (z.B. bei Hauptdiagnose Rechtsherzinsuffizienz) genannt werden. Fälle mit Entfernung von Osteosynthesematerial am Fuß oder Unterschenkel (typisch in MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*) sind zukünftig u.a. auch bei der Hauptdiagnose Diabetes in DRGs der organbezogenen MDCs sachgerecht abgebildet: in der Basis-DRG K09 *Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* und damit faktisch in der Basis-DRG F21 *Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen*.

In nennenswertem Umfang wurde bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2019 die Möglichkeit einer hauptdiagnoseunabhängigen Zuordnung typischer Fallkonstellationen zu den MDCs mit Organbezug genutzt, sodass hier nur einzelne Beispiele benannt werden können:

Im „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems“ gab es einen Hinweis darauf, dass Fälle mit herzchirurgischem Eingriff häufig nicht sachgerecht abgebildet seien, wenn sie eine nicht kardiologische Hauptdiagnose aufweisen, wie z.B. T81.4 *Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert*, I65.2 *Verschluss und Stenose der A. carotis* oder A41.0 *Sepsis durch Staphylococcus aureus*. Analysen ergaben, dass je DRG nur eine kleine bis sehr kleine Fallzahl, systemweit jedoch Fälle in einer relevanten Größenordnung betroffen sind. Eine sachgerechte Abbildung dieser Fälle konnte durch die Etablierung einer hauptdiagnoseunabhängigen Zuordnung auf Prä-MDC-Ebene erreicht werden, sodass die Fälle im G-DRG-System 2019 direkt der MDC 05 zugeordnet werden und dort mit Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine oder pulmonaler Endarteriektomie in die Basis-DRG F03 *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine oder pulmonale Endarteriektomie* und mit koronarer Bypass-Operation in die Basis-DRG F06 *Koronare Bypass-Operation* eingruppiert werden. Von dieser Neuordnung und damit differenzierteren Abbildung in sechs bzw. fünf DRGs profitieren insbesondere Fälle, bei denen zum Zeitpunkt der Aufnahme die Herzklappen- oder Koronarerkrankung noch nicht im Vordergrund stand.

Ein weiteres Beispiel für die hauptdiagnoseunabhängige Zuordnung von operativen Eingriffen zu „passenden“ MDCs mit Organbezug ergab sich aus der Analyse, welche Fälle der MDC 24 mit Implantation eines Herzschrittmachers besser in der „passenden“ MDC 05 abgebildet wären. In der spezifischen Basis-DRG F12 lassen sich entsprechende Fälle nämlich in neun DRGs insbesondere auch mit ihren unterschiedlichen Sachkosten differenziert abbilden. Die mittleren Verweildauern der DRGs in der Basis-DRG F12 liegen dabei zwischen 5 und 14 Tagen. Bei den Fällen mit Implantation eines Herzschrittmachers erwies es sich als sachgerecht, Fälle mit eher kurzer bzw. normaler Verweildauer (< 11 Tage) und keiner hohen Erkrankungsschwere (d.h. PCCL < 4) in der MDC 05, die länger liegenden Fälle oder solche mit hohem Schweregrad hingegen weiterhin in der MDC 24 abzubilden. Dies führt im Ergebnis zu Auf- und Abwertungen der in die MDC 05 verschobenen Fälle und einer Aufwertung der in der MDC 24 verbleibenden Fälle. In ähnlicher Weise werden zukünftig Fälle mit perkutan-transluminaler Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen bei einer Verweildauer von unter 10 Tagen sowie Fälle mit Gefäßintervention an peripheren Gefäßen bei einer Verweildauer von unter 11 Tagen und nicht hohem Schweregrad (PCCL < 4) in der MDC 05 differenziert sachgerecht abgebildet.

Bei der Analyse von Fällen mit Wirbelsäuleneingriffen zeigte sich, dass bestimmte Wirbelsäuleneingriffe ohne irgendeine Einschränkung, andere Wirbelsäuleneingriffe hingegen nur bei einer Verweildauer von weniger als 12 Tagen und PCCL unter 4 sachgerechter in der MDC 08 abgebildet sind. Der überwiegende Teil der neu zugeordneten Fälle mit Wirbelsäuleneingriff wurde dabei durch die differenziertere Abbildung innerhalb der MDC 08 deutlich aufgewertet.

Bei der Reposition von Frakturen und Luxationen oder bei Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln verbleiben zukünftig nicht nur Fälle mit einer Verweildauer von über 9 Tagen oder einem hohen Schweregrad (PCCL > 3) bzw. einer Verweildauer von über 10 Tagen in der MDC 24, sondern auch Kinder (Alter < 14 Jahre). Die übrigen Fälle werden dagegen in der MDC 08 sachgerecht abgebildet.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die für die MDC 24 typischen Fälle mit ungewöhnlichem Verlauf, umfangreicher Diagnostik, längerer Verweildauer und höheren Kosten weiterhin regelhaft in den Sonstigen DRGs abgebildet werden. Die Fälle, bei denen lediglich die Hauptdiagnose nicht „passt“ und die hinsichtlich des operativen

Eingriffs kaum Unterschiede zu den Fällen mit „passender“ Hauptdiagnose zeigen, werden dagegen zukünftig in den MDCs mit Organbezug abgebildet. Um die Fälle der „Grauzone“ sachgerecht abzubilden, werden neben der Verweildauer auch der Schweregrad (PCCL) und das Alter (Kinder) der Patienten berücksichtigt.

Die Vorgehensweise für das G-DRG-System 2019 reduziert die Anzahl der Fälle der MDC 24 deutlich und erhöht entsprechend die Anzahl der Fälle in den MDCs mit Organbezug. Dabei wurden die nun in MDCs mit Organbezug eingruppierten Fälle aufgrund der differenzierten Abbildungsmöglichkeit zum Teil auf- und zum Teil abgewertet. Die in der MDC 24 verbliebenen Fälle wurden aufgewertet. Dies führte zu einer Verbesserung der Vergütung zahlreicher Extremkostenfälle sowie zu einer Erhöhung der Homogenität nicht nur bezüglich der Gesamtkosten, sondern auch bezüglich der Pflegebelastung in den Sonstigen DRGs.

### 3.3.2.29 Strahlentherapie

Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren folgend wurde in den letzten zwei Jahren ein weitgehender Umbau der Strahlentherapie-DRGs durchgeführt. Viele Strahlentherapie-DRGs wurden so angepasst, dass Fälle mit hoher Anzahl an Bestrahlungssitzungen höher bewertet wurden als Fälle mit hoher Anzahl an Bestrahlungskodes. Hintergrund ist die zum Teil gemäß OPS zulässige Mehrfachkodierung bestimmter Bestrahlungen (mehr als ein Kode an einem Tag). In Analysen wiesen Fälle, die an mehreren Tagen bestrahlt wurden, höhere Kosten auf als diejenigen, bei denen über einen kürzeren Zeitraum eine hohe Anzahl an OPS-Kodes für Bestrahlungen dokumentiert wurde.

Auf Basis der Kalkulationsdaten der Jahre 2015 und 2016 war noch keine vollständige Umsetzung möglich. In einigen Basis-DRGs waren Fälle mit einer hohen Anzahl von Strahlentherapie-OPS-Kodes den Fällen mit einer hohen Anzahl an Bestrahlungssitzungen gleichgestellt. In diesem Jahr fand eine erneute MDC-übergreifende Analyse der Strahlentherapie-DRGs statt. Diese zeigte, dass auf Basis der Kalkulationsdaten des Jahres 2017 weitere Anpassungen (mit Aufwertung der mehrzeitigen Therapien) der Strahlentherapie-DRGs möglich sind:

- In der Basis-DRG B02 *Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation* konnten in diesem Jahr erstmals Fälle mit einer hohen Anzahl an Bestrahlungssitzungen differenziert berücksichtigt werden. Diese Fälle werden zukünftig in der DRG B02B *Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, Bestr. an mind. 9 Tagen [...]* abgebildet, während Fälle mit „lediglich“ hoher Anzahl an Bestrahlungskodes in die DRG B02C *Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, mehr als 8 Bestrahlungen [...]* eingruppiert werden.
- In den Basis-DRGs B16 *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems [...]*, G29 *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane [...]*, I54 *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe [...]* und J18 *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma [...]* 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 2018	G-DRG-System 2019
DRG I54A <i>Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen <u>an mindestens 5 Tagen oder mindestens 9 Bestrahlungen</u></i>	DRG I54A <i>Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe [...], Bestrahlungen <u>an mindestens 5 Tagen</u></i>
DRG I54B <i>Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen <u>an weniger als 5 Tagen, weniger als 9 Bestrahlungen</u></i>	DRG I54B <i>Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe [...], Bestrahlung <u>an weniger als 5 Tagen</u></i>

Tabelle 24: Beispielhafter Umbau in den DRGs I54A und I54B

Im Vorschlagsverfahren 2019 wurde darauf hingewiesen, dass Fälle mit stereotaktischen Bestrahlungen auch bei einer geringeren Anzahl an Bestragungstagen mit hohem Aufwand verbunden sind. Nach einer MDC-übergreifenden Analyse und bei ansonsten geringer Fallzahl konnte in der MDC 04 eine Umsetzung durchgeführt werden, sodass Fälle mit zerebralen stereotaktischen Operationen bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane aus der DRG E08D in die DRG E08C kostenentsprechend aufgewertet wurden.

### 3.3.2.30 Transplantation/Transfusion hämatopoetischer Stammzellen

In der MDC 17 finden sich die Fallpauschalen zur Abbildung hämatologischer und solider Neubildungen. Hier sind in der achtfach differenzierten Basis-DRG R61 Fälle mit Lymphom und nicht akuter Leukämie abgebildet. Entwickelte nun ein wegen eines multiplen Myeloms behandelter Patient im Rahmen seines stationären Aufenthalts eine Sepsis, wurde er in die innerhalb dieser Basis-DRG am höchsten bewerteten DRG R61A *Lymphom und nicht akute Leukämie mit Sepsis [...]* eingruppiert.

Wurde nun in ein und demselben Aufenthalt zusätzlich eine autologe Stammzellentnahme durchgeführt, resultierte daraus eine Abbildung in der geringer vergüteten DRG A42C *Stammzellentnahme bei Eigenspender [...]*. Nach einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren wurden die entsprechenden Fälle analysiert und für das G-DRG-System 2019 innerhalb der Basis-DRG A42 analog ihren Kosten deutlich aufgewertet.

### 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 in den Themenbereichen Wirbelsäulenchirurgie (siehe Kap. 3.3.2.34) sowie Versorgung von Kindern (z.B. in den Basis-DRGs I13, I23, I24 oder I30, siehe

auch Kap. 3.3.2.33). Aus dem Bereich der Endoprothetik waren in diesem Jahr erneut 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 2019 und interner Analysen die Abbildung der Fälle im G-DRG-System 2019 weiter verbessert werden. In den Bereichen Hand, 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 2018 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.

In der DRG I95Z (G-DRG-System 2018) waren Fälle mit Implantation einer Tumorendoprothese oder Knochentotalersatz am Femur abgebildet. Bei vorhandenen Kostenunterschieden zwischen bestimmten Fallgruppen wurde die DRG I95Z in die DRGs I95A und I95B aufgeteilt, sodass Fälle mit Knochentotalersatz am Femur oder mit komplexerer Implantation oder Wechsel von Endoprothesen in die DRG I95A abgebildet werden, während weniger komplexe Fälle zukünftig in der DRG I95B *Implantation einer Tumorendoprothese ohne Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothese, ohne Knochentotalersatz am Femur* eingruppiert werden.

Die Mehrzahl der Fälle in der Endoprothetik betrifft Knie- und Hüftgelenk. Endoprothetische Eingriffe am Hüftgelenk sind überwiegend in den Basis-DRGs I46 *Prothesenwechsel am Hüftgelenk* und I47 *Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes [...]* abgebildet. Analysen zeigten innerhalb der Basis-DRG I47 zum Teil erhebliche Kostenunterschiede verschiedener Fallgruppen, die dazu führten, dass Fälle mit isoliertem Wechsel eines Inlays ohne Pfannenwechsel aus der DRG I47A in die DRG I47B abgewertet wurden. Zudem wurden Fälle mit Hauptdiagnose für *Frakturheilung in Fehlstellung* und für *mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese* im Zusammenhang mit der Implantation bestimmter Endoprothesen am Hüftgelenk kostenentsprechend aus der DRG I47B in die DRG I47C abgewertet.

In der DRG I46C *Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC [...]* (G-DRG-System 2018) waren verschiedene weniger komplexe Fälle mit Prothesenwechsel am Hüftgelenk abgebildet. Bei Analysen wurde festgestellt, dass Fälle mit Wechsel einer Gelenkpfannenprothese weniger kostenintensiv sind als andere Fälle in der DRG I46C. Diese Fälle werden zukünftig kostenentsprechend in der DRG I47A *Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesen, ohne äußerst schwere CC [...]* abgebildet.

Endoprothetische Eingriffe am Kniegelenk sind überwiegend in den Basis-DRGs I04 *Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk [...]*, I43

*Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Kniegelenk [...] und I44 Verschiedene Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk [...] abgebildet. In der DRG I44D (G-DRG-System 2018) waren Fälle mit verschiedenen endoprothetischen Eingriffen am Kniegelenk oder Einbringen einer Entlastungsfeder am Kniegelenk abgebildet. Bei der Analyse wurden deutliche Kostenunterschiede zwischen verschiedenen Fallgruppen in der DRG festgestellt. Im Ergebnis wurde die DRG I44D in die DRGs I44D und I44E aufgeteilt, sodass Fälle mit weniger komplexen endoprothetischen Eingriffen am Kniegelenk wie z.B. Patellaersatz oder Inlaywechsel der DRG I44E *Andere Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk* zugeordnet wurden. Komplexere Eingriffe wie z.B. das Einbringen einer Entlastungsfeder am Kniegelenk werden zukünftig sachgerecht in der DRG I44D *Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk oder Einbringen einer Entlastungsfeder am Knie* abgebildet.*

Der Prothesenwechsel einer Hüftgelenkprothese ohne weitere schweregradsteigernde Faktoren war bis 2017 überwiegend in der DRG I46B abgebildet, entsprechend bei einer Kniegelenkprothese in der DRG I43B. Für 2018 war nach Anregung im Vorschlagsverfahren bereits eine Aufwertung von Fällen mit Prothesenwechsel am Hüftgelenk bei periprothetischer Fraktur möglich. Für periprothetische Frakturen an weiteren Lokalisationen gab es im Datenjahr 2016 noch keine ausreichende Datengrundlage.

Im Datenjahr 2017 erfolgte bei ausreichender Datengrundlage eine differenzierte Abbildung von Fällen mit Wechsel einer Schulter- bzw. einer Knie-Endoprothese mit periprothetischer Fraktur. Solche Fälle wurden in die DRG I04Z *Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk [...] oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie* entsprechend ihren Kosten aufgewertet.

Einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend wurden Fälle mit Wechsel einer Humeruskopfprothese in eine inverse Totalendoprothese am Schultergelenk untersucht. Die Analyse ergab, dass solche Fälle höhere Kosten aufweisen als andere Fälle in der DRG I05C *Anderer großer Gelenkersatz [...]*. Im Ergebnis wurden diese Fälle in der DRG I05B *Implantation oder Wechsel einer inversen Endoprothese am Schultergelenk* kostenentsprechend höher bewertet.

Des Weiteren wurde im Vorschlagsverfahren darauf hingewiesen, dass die Entfernung einer Sonderprothese, die schaftverankert ist, im G-DRG-System nicht dem technischen und zeitlichen Aufwand entsprechend abgebildet ist. Nach Analyse erfolgte eine aufwandsentsprechende Aufwertung von Fällen mit Entfernung einer Sonderprothese bzw. einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese in der Basis-DRG I43 *Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk [...] oder Entfernung bestimmter Endoprothesen am Kniegelenk*.

Ein weiterer Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren deutete darauf hin, dass bestimmte Fälle mit Implantation einer patientenindividuell angefertigten Prothese am Kniegelenk nicht sachgerecht abgebildet sind. Nach der Analyse wurden Fälle mit Implantation einer patientenindividuell angefertigten unikondylären Schlittenprothese sowie mit einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese am Kniegelenk kostenentsprechend in die DRG I44B aufgewertet.

### **Eingriffe an Fuß und Sprunggelenk**

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

In den DRGs I20B *Eingriffe am Fuß mit mehreren komplexen Eingriffen oder hochkomplexem Eingriff [...]* und I20C *Eingriffe am Fuß [...], mit bestimmten komplizierenden Faktoren* zeigte die diesjährige Analyse, dass verschiedene Fallkollektive geringere Kosten aufweisen, sodass diese in die DRG I20D *Eingriffe am Fuß ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit [...] bestimmtem Eingriff am Fuß [...]* abgewertet wurden, wie z.B.:

- Fälle mit bestimmter Osteotomie an der Großzehe
- Fälle mit bestimmter Resektion an den Zehen
- Bestimmte einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen
- Fälle mit bestimmten offen chirurgischen Gelenkoperationen am Tarsal- bzw. Tarsometatarsalgelenk
- Bestimmte Fälle mit Fraktur des Kalkaneus

Ebenso wurden einige vergleichsweise weniger aufwendige Eingriffe aus den DRGs I20E *Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, mit Eingriff an mehr als einem Strahl [...]* und I20G *Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, mit [...] anderem Eingriff am Fuß [...]*, wie z.B. bestimmte Resektion am Fuß, bestimmte Osteotomie, bestimmte Arthroplastik am Metatarsophalangealgelenk, Naht oder Tenolyse einer Sehne am Fuß, Verlängerung oder Verkürzung von Sehnen am Rückfuß oder der Fußwurzel, entsprechend ihren Kosten für 2019 in die DRG I20H *Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff [...], ohne andere Eingriffe am Fuß [...]* eingruppiert.

Des Weiteren wurden Fälle mit komplexeren Eingriffen an Talus und Kalkaneus wie z.B. mit geschlossener Reposition einer Fraktur mit Osteosynthese oder mit offener Reposition einer Fraktur kostenentsprechend aus der DRG I20C in die DRG I20B aufgewertet.

Weiterhin wurden Fälle mit aufwendigeren Eingriffen, wie z.B. mit offener Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an Metatarsale oder an den Phalangen, aus der DRG I20G in die DRG I20E aufgewertet.

Im Vorschlagsverfahren wurde darauf hingewiesen, dass Fälle mit Knochentransplantat insbesondere dann aufwendiger sind, wenn auch eine Entnahme aus dem Beckenkamm durchgeführt wurde. Die Analyse bestätigte zum Teil den Hinweis, insbesondere bei der zusätzlichen Einschränkung auf aufwendigere Diagnosen. Als Ergebnis wurden Fälle mit autogener Knochentransplantation am Sprunggelenk und Fuß in Kombination mit Entnahme eines Knochentransplantats aus dem Becken bei Pseudarthrose in die DRG I20C aufgewertet. Demselben Hinweis folgend wurden Fälle mit bestimmter Knochentransplantation an den Extremitäten in der DRG I13E *Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk [...]* untersucht. Im Ergebnis wurden Fälle mit autogener Knochentransplantation an den Extremitäten in Kombination mit Entnahme eines Knochentransplantats aus dem Becken bei Pseudarthrose aus der DRG I13E in die DRG I13D *Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk [...] mit bestimmter Knochentransplantation [...]* aufgewertet.

In der DRG I07Z (G-DRG-System 2018) waren Fälle mit Amputation in der MDC 08 abgebildet. Im Rahmen interner Analysen sind Kostendifferenzen zwischen bestimmten Fallgruppen innerhalb dieser DRG aufgefallen. Im Ergebnis wurde die DRG I07Z für das G-DRG-System 2019 in die DRGs I07A *Amputation bei Krankheiten und Störungen*

*an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe und I07B Bestimmte Amputation am Fuß* aufgeteilt.

### **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 2019 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 2018 siebenfach differenziert. Als Splitkriterien fungieren neben komplexen, mehrzeitigen oder Mehrfacheingriffen auch das Alter oder komplexe Diagnosen, wie z.B. angeborene Fehlbildungen. Wesentliche Umbauten innerhalb der Basis-DRG I32 werden im Folgenden dargestellt.

Einem externen Hinweis folgend, haben wir Fälle mit komplexen angeborenen Fehlbildungen der Hände analysiert. Fälle mit komplexen Handfehlbildungen werden in wenigen hochspezialisierten Zentren in Deutschland behandelt. Die Mehrzahl der Fälle findet sich in der „reinen“ Kinder-DRG I32B *Eingriffe an Handgelenk und Hand [...] oder komplexe Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen der Hand und Alter < 16 Jahre*. Fälle mit *Trennung einer kompletten Syndaktylie, Transposition eines Fingers* oder *Freier Transplantation eines Fingers* zeigten sich in dieser DRG nicht vollständig sachgerecht vergütet. Mehrheitlich sind diese Fälle Inlier, d.h. sie profitieren nicht von der kürzeren Verweildauer (dadurch insbesondere weniger Kurzlieger-Abschläge bzw. frühere und höhere Langlieger-Zuschläge) einer „reinen“ Kinder-DRG. Die DRG I32C *Eingriffe an Handgelenk und Hand [...] mit best. Eingriffen oder komplexer Diagnose* hat eine höhere Inlier-Bewertungsrelation (G-DRG-System 2019: I32C RG 1,719 vs. I32B RG 1,278) und zeigt sich für die benannten Fälle als geeignet. Durch die Eingruppierung der oben beschriebenen Fälle in die DRG I32C werden diese Fälle deutlich aufgewertet.

Bei der Analyse von Fallgruppen in der DRG I28 („Reste-DRG“) wurden Fälle mit bestimmten Eingriffen identifiziert, wie z.B. Fälle mit Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven am Arm, die dort unspezifisch abgebildet sind. Als Ergebnis wurden diese Fälle in die Basis-DRG I32 aufgenommen und werden zukünftig dort sachgerecht und differenziert abgebildet.

Im Vorschlagsverfahren wurde darauf hingewiesen, dass Fälle mit gleichzeitigem Eingriff für die Trennung von zusammengewachsenen Fingern und Zehen bei angeborenen Fehlbildungen abhängig von der Hauptdiagnose unterschiedlich abgebildet waren. Wenn eine angeborene Fehlbildung an den Fingern als Hauptdiagnose gewählt wurde, wurden die Fälle in die DRG I32B *Eingriffe an Handgelenk und Hand [...]* eingruppiert, wenn eine angeborene Fehlbildung an den Zehen als Hauptdiagnose gewählt wurde, in die höher bewertete DRG I20B *Eingriffe am Fuß [...]*. Zudem waren Fälle mit einem Kombinationseingriff bei einer Hauptdiagnose für angeborene Fehlbildungen an den Händen schlechter gestellt als Fälle mit isolierter Trennung von zusammengewachsenen Zehen. Nach der Analyse wurden Fälle mit einem Kombinationseingriff für die Korrektur angeborener Fehlbildungen der Finger und der Zehen trotz geringer Fallzahl in die Basis-DRG I20 aufgenommen und somit unabhängig von der Hauptdiagnose sachgerecht abgebildet.

### **Weitere Änderungen**

Außer den Umbauten in den oben genannten Themenbereichen gab es noch zahlreiche Vorschläge über das Vorschlagsverfahren und eigene Analysen, die weitere Bereiche der MDC 08 betrafen.

Im Vorschlagsverfahren 2019 wurde darauf hingewiesen, dass die Refixation des Labrum acetabulare (OPS 5-816.0) im Vergleich zur reinen Glättung (OPS 5-816.1) mit höherem Aufwand verbunden ist. Jedoch waren Fälle mit Refixation in der niedriger bewerteten DRG I18B *Wenig komplexe Eingriffe Kniegelenk, Ellenbogengelenk [...]* abgebildet, während Fälle mit Glättung in der höher bewerteten DRG I30B *Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk [...]* abgebildet waren. Nach der Analyse wurden Fälle mit Refixation des Labrum acetabulare kostenentsprechend aus der DRG I18B in die DRG I30B aufgewertet.

Des Weiteren wurde im Vorschlagsverfahren dargelegt, dass Fälle mit Metallentfernung einer Platte (OPS 5-787.3k) z.B. nach Tibiakopffraktur in die DRG I23A *Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial [...]* mit komplizierendem Eingriff [...]

eingruppiert werden, wohingegen die Metallentfernung einer winkelstabilen Platte (OPS 5-787.kk) in die DRG I23B *Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial [...]* ohne komplizierenden Eingriff [...] führt, obwohl die Fälle mit ähnlichen Kosten verbunden sind. Nach der Analyse wurde die Prozedur für Entfernung einer Platte an der proximalen Tibia in die DRG I23B aufgenommen, sodass beide Prozeduren zukünftig in dieser DRG kostenentsprechend abgebildet werden. Im Rahmen weiterer Analysen wurden Kostenunterschiede zwischen verschiedenen Fallgruppen in der Basis-DRG I23 identifiziert. So wurde die Definition der DRG I23A um die Bedingung „Alter < 18 Jahre und äußerst schwere oder schwere CC“ erweitert, sodass betroffene Fälle aus der DRG I23B in die DRG I23A aufgewertet wurden. Des Weiteren wurde die DRG I23B in die DRGs I23B und I23C gesplittet. Weniger komplexe Fälle, wie z.B. Fälle mit Entfernung einer Schraube an der distalen Fibula, werden zukünftig in die DRG I23C eingruppiert, während komplexere Fälle, wie z.B. Fälle mit Entfernung eines Verriegelungsnagels an der Tibia, in der I23B abgebildet werden.

Ein weiterer Hinweis im Vorschlagsverfahren betraf die Abbildung von Fällen mit bestimmtem Debridement von Sehnen und Faszien innerhalb der Basis-DRG I28 *Andere Eingriffe am Bindegewebe* („Reste-DRG“). Nach der Analyse wurden Fälle mit bestimmtem Debridement einer Sehne in der Basis-DRG I27 *Eingriffe am Weichteilgewebe, kleinflächige Gewebetransplantationen [...]* aufgenommen, sodass diese Fälle zukünftig spezifisch und sachgerecht dort abgebildet werden.

In der Basis-DRG I13 *Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk [...]* konnte auch die Abbildung von Kindern verbessert werden. Die Definitionen der DRGs I13B, I13C, I13D und I13F wurden um die Bedingung „Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC“ ergänzt, sodass solche Fälle zukünftig in der entsprechenden höher bewerteten DRG abgebildet werden.

Des Weiteren wurde die DRG I24Z *Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere kleine Eingriffe an den Extremitäten* wegen Kosteninhomogenität in die DRGs I24A und I24B aufgeteilt, sodass Fälle mit einem komplexeren Eingriff, wie z.B. die *geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage an distalen Radius* (OPS 5-790.16), sowie Kinder unter 16 Jahren zukünftig in der I24A kostenentsprechend abgebildet werden. Weniger komplexe Eingriffe wie z.B. die *arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell* (OPS 5-812.5) werden zukünftig der DRG I24B zugeteilt.

Im Rahmen weiterer Untersuchungen der Basis-DRG I28 *Andere Eingriffe am Bindegewebe* wurden Fälle identifiziert, die geringere bzw. höhere Kosten aufwiesen als andere Fälle in der jeweiligen DRG. Zur sachgerechten Abbildung dieser Fälle wurden die entsprechenden Prozeduren neu eingruppiert, wie beispielsweise bestimmte Prozeduren für die Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Brustwand ohne weitere Bedingungen aus der DRG I28A (2018) in die DRG I28C (2019) bei einer Verweildauer von unter einem Belegungstag, andernfalls in die DRG I28E (2019). Zur differenzierten Abbildung von weiteren betroffenen Fallgruppen wurden zudem zwei neue DRGs etabliert, sodass die im G-DRG-System 2018 dreifach ausdifferenzierte Basis-DRG I28 für das G-DRG-System 2019 fünffach ausdifferenziert wurde:

- Die DRG I28A *Komplexe Eingriffe am Bindegewebe* (2018) wurde in die DRGs I28A und I28B aufgeteilt, sodass kostenintensive Fälle, wie z.B. bestimmte Eingriffe an der Thoraxwand oder am Zwerchfell, zukünftig in die DRG I28A *Andere Eingriffe am Bindegewebe, bestimmte offen chirurgische Stabilisierung der Thoraxwand oder bestimmte Eingriffe am Zwerchfell* (2019) eingruppiert werden.
- Die DRG I28B *Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe [...] (2018)* wurde in die DRGs I28C *Andere Eingriffe am Bindegewebe [...] mit bestimmtem Eingriff [...] (2019)* und I28D *Andere Eingriffe am Bindegewebe mit mäßig komplexem Eingriff [...] (2019)* aufgesplittet, sodass weniger komplexe Eingriffe am Bindegewebe, wie z.B. die extrakranielle Biopsie an Blutgefäßen durch Inzision an Gefäßen von Kopf und Hals, für das G-DRG-System 2019 in die DRG I28D eingruppiert werden.

### 3.3.2.32 Urologie

Urologische Fälle 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 2019 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.:

- Nephrektomie bei bösartiger Neubildung
- Infektionen der Harnorgane
- Verschiedene Arten der Ablation von Prostatagewebe
- Lymphadenektomien bei Prostatakarzinom

#### **Intensivmedizinische Komplexbehandlung**

Innerhalb der DRG L36Z *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane* zeigten Analysen zum Teil erhebliche Kostenunterschiede verschiedener Fallgruppen. Daher wurde die DRG anhand der Prozeduren für die intensivmedizinische Komplexbehandlung mit mehr als 588 / 552 / 828 Aufwandspunkten in die DRGs L36A *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 Aufwandspunkte [...] (RG 9,483)* und L36B *Intensivmedizi-*

nische Komplexbehandlung > - / - / 552 Aufwandspunkte [...] (RG 7,340) gesplittet. Wesentlich aufgewertet wurden Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter (> 588 Aufwandspunkten), mit aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung (> 552 Aufwandspunkten) und mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung (> 828 Aufwandspunkten).

### **Kinder mit schweren oder äußerst schweren CC**

Im Rahmen der systemweiten Analysen zur Verbesserung der Abbildung von Kindern mit schweren oder äußerst schweren CC im G-DRG-System 2019 (siehe Kap. 3.3.2.33) erfolgte innerhalb der MDC 11 eine Aufwertung von Fällen mit äußerst schweren oder schweren CC im Alter von unter 18 Jahren von den DRGs L60C *Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC [...]* und L63F *Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige / hochaufwendige Behandlung [...]* in die DRG L60D *Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, [...]* bzw. DRG L63E *Infektionen der Harnorgane [...]* oder *Alter < 18 Jahre mit schweren CC*. In der MDC 11 ist diese Aufwertung von Kindern aufgrund der hohen Fallzahl der betroffenen Basis-DRGs besonders relevant.

### **Nieren- und Harnblaseneingriffe**

In diesem Jahr gab es Hinweise im Vorschlagsverfahren, dass Fälle mit einer Tumornephrektomie und einer Tumorausdehnung in die Vena cava inferior mit einem höheren Aufwand verbunden sind als normale Tumornephrektomien. Es wurde vorgeschlagen, solche Fälle anhand der Prozeduren für die Thrombektomie oder Naht der V. cava inferior oder der Diagnose *Thrombus der Vena cava* zu identifizieren und zu analysieren. Die Analyse ergab, dass Fälle mit Nephrektomie und bestimmten Eingriffen an der V. cava inferior, die bisher in die DRG L07Z *Andere Nieren-, Ureter-, Prostata- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung [...]* eingruppiert waren, zukünftig in der DRG L03Z *Bestimmte Nieren-, Ureter-, Prostata- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung [...]* sachgerecht abgebildet werden können.

In der Basis-DRG L06 *Kleine Eingriffe an den Harnorganen* werden Fälle mit unterschiedlichen Eingriffen wie z.B. Harninkontinenz-Operationen, Injektionsbehandlungen, offenen Operationen an der Harnblase oder Biopsien abgebildet. Im G-DRG-System 2018 war die Basis-DRG anhand der folgenden Attribute vierfach differenziert: Äußerst schwere CC bei bestimmten Prozeduren, mäßig aufwendige Eingriffe an der Harnblase und bestimmte Eingriffe bei Harninkontinenz. Die Analyse hat ergeben, dass die Zuordnung von Fällen mit *Inzision des Harnblasenhalses* oder *vaginaler Teilresektion oder Durchtrennung eines alloplastischen Bandes oder Netzes [...]* zur DRG L06C *Andere kleine Eingriffe an den Harnorganen, Alter > 15 Jahre, mit bestimmtem Eingriff bei Harninkontinenz* eine sachgerechtere Abbildung der Fälle darstellt. Zudem sind künftig die *Revision der adjustierbaren Kontinenztherapie* und *andere Harninkontinenzoperationen: Sonstige* in der DRG L06C nicht mehr gruppierungsrelevant.

Weiterhin gab es in diesem Jahr Anpassungen bei der Eingruppierung von Fällen in die DRG L04 *Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung [...]*. Dabei wurden einige Prozeduren aus der Basis-Bedingung der DRG L04 gestrichen, wie z.B. bestimmte Prozeduren für *andere Operationen am Ureter* und der *Revision sonstiger und nicht näher bezeichneter Eingriffe bei artifiziellem Harnblasensphinkter*, und in die Bedingung der DRG L06B *Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne äußerst schwere CC [...]* aufgenommen. Zudem sind in der DRG L04B *Bestimmte komplexe*

*Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff oder bestimmte Harnblaseneingriffe, Alter > 15 Jahre der Verschluss einer Fistel an der Niere, die Revision eines Darminterponates (nicht kontinentes Stoma) oder die Revision eines Darmreservoirs (kontinentes Stoma) sowie bestimmte Eingriffe bei artifiziellem Harnblasensphinkter nicht mehr gruppierungsrelevant.*

Interne Analysen zeigten eine inhomogene Zusammensetzung der DRG L09D *Anderer Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane [...], mit Anl. best. Dialyseshunts, mit best. anderen Eingriffen, Alter < 18 Jahre*. Bestimmte weniger komplexe Eingriffe sind dort mit niedrigeren Kosten verbunden, z.B. das *Anlegen einer inneren AV-Fistel (Cimino-Fistel): Ohne Vorverlagerung der Vena basilica, der Verschluss eines arteriovenösen Shunters und die Revision oder Entfernung einer oder mehrerer Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems*. Die Etablierung einer neuen DRG L09E *Anderer Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane [...], ohne Anlage best. Dialyseshunts, ohne best. andere Eingriffe, Alter > 17 Jahre* ermöglicht sowohl die sachgerechte Abbildung der weniger komplexen Eingriffe als auch eine Aufwertung verbleibender komplexerer Eingriffe in der DRG L09D. Durch die Aufnahme der Splitbedingung „Alter < 18 Jahre“ in die Bedingung der DRG L09D verbleiben diese Fälle bei höheren Kosten in dieser DRG.

### **Infektionen und andere schwere Erkrankungen der Harnorgane**

Es lagen externe Hinweise auf Unsicherheiten bezüglich der Verschlüsselung zweier Hauptdiagnosen vor, der Diagnosen T83.5 *Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Harntrakt* und N39.0 *Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet*. Es wurde eine Analyse im Hinblick auf eine mögliche Angleichung der Eingruppierung beider Hauptdiagnosen zur einheitlichen Abbildung durchgeführt, auch zur Verminderung von Streitpotential bei der Kodierung. Im Ergebnis zeigte es sich als sachgerecht, dass die Hauptdiagnose T83.5 im G-DRG-System 2019 nicht mehr in der DRG L69 *Anderer schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag*, sondern in der sechsfach ausdifferenzierten DRG L63 *Infektionen der Harnorgane* und der DRG L74Z *Bestimmte Krankheiten und Störungen der Harnorgane bei Para- / Tetraplegie* gruppierungsrelevant ist. Mit der beschriebenen Änderung werden nun beide Hauptdiagnosen gleichgestellt, da die Hauptdiagnose N39.0 bereits im G-DRG-System 2018 in den Basis-DRGs L63 und L74 gruppierungsrelevant war.

### **Transurethrale Eingriffe (MDC 11)**

In den Basis-DRGs L18 *Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale / andere retroperitoneale Eingriffe od. bestimmte Eingriffe an der Niere [...]* und L20 *Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien [...]* wurden bestimmte transurethrale Eingriffe neu zugeordnet. Beispielsweise sind bestimmte Eingriffe zur Steinbehandlung an der Niere nicht mehr in der Basis-DRG L18, sondern in der DRG L20B *Transurethrale Eingriffe [...] ohne äußerst schwere CC [...]* gruppierungsrelevant, was zu einer sachgerechteren Abbildung dieser Fälle im G-DRG-System 2019 führt. Zudem ist das *Einlegen einer Verweilschlinge* in der DRG L20B für die Eingruppierung kostenentsprechend nicht mehr relevant.

### **Eingriffe an den männlichen Geschlechtsorganen**

Fälle der Basis-DRG M03 *Eingriffe am Penis* wurden im G-DRG-System 2018 nach Alter kombiniert mit einer prozeduralen Komponente zur Berücksichtigung der Eingriffs-komplexität differenziert. Interne Analysen haben gezeigt, dass Fälle im jugendlichen Alter mit bestimmten Rekonstruktionen des Penis mit höheren Kosten verbunden waren als andere Fälle der DRG M03B *Mäßig komplexe Eingriffe am Penis, Alter < 18 Jahre*. Eine Aufwertung dieser Fälle erfolgte durch Höhergruppierung in die DRG M03A *Bestimmte Eingriffe am Penis, Alter < 6 Jahre oder aufwendige plastische Rekonstruktion des Penis, Alter < 18 Jahre oder Amputation des Penis mit bestimmter Lymphadenektomie*. Fälle mit der Prozedur *Inzision am Penis* zeigten hingegen geringere Kosten als andere Fälle der DRG M03C *Eingriffe am Penis, Alter > 17 Jahre oder wenig komplexe Eingriffe am Penis, Alter < 18 Jahre* und werden zukünftig der niedriger bewerteten DRG M06Z *Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen oder Stanzbiopsie an der Prostata, ein Belegungstag* zugeordnet.

Zudem wurde im Vorschlagsverfahren 2019 die Gleichstellung der Abbildung der Prozeduren bestimmter radikaler Lymphadenektomien im Rahmen einer anderen Operation oder als selbständiger Eingriff in Kombination mit einem Eingriff am Penis (z.B. Amputation) angeregt. Das Ergebnis eingehender Analysen der zugrunde liegenden Kalkulationsdaten begründete die Erweiterung der Bedingung der DRG M03A *Bestimmte Eingriffe am Penis, Alter < 6 Jahre oder aufwendige plastische Rekonstruktion des Penis, Alter < 18 Jahre oder Amputation des Penis mit bestimmter Lymphadenektomie* um Fälle mit einer Amputation des Penis in Kombination mit bestimmten radikalen Lymphadenektomien.

Im G-DRG-System 2018 wurden die Fälle der Basis-DRG M05 *Zirkumzision, andere Eingriffe am Penis oder großflächige Ablation der Haut* nicht weiter nach ihrem Aufwand differenziert. Durch einen Split der DRG M05Z *Zirkumzision, andere Eingriffe am Penis oder großflächige Ablation der Haut* in die DRGs M05A *Zirkumzision oder bestimmte andere Eingriffe am Penis oder bestimmte großflächige Ablation der Haut* und M05B *Zirkumzision, andere Eingriffe am Penis oder großflächige Ablation der Haut [...]* konnte für das G-DRG-System 2019 eine sachgerechte Abbildung der Fälle etabliert werden, die bei Analysen durch deutlich inhomogene Kosten auffielen. Zukünftig werden weniger aufwendige Fälle, wie z.B. Fälle mit lokaler Destruktion von erkranktem Gewebe des Penis, in die niedriger bewertete DRG M05B eingeordnet (siehe Abb. 31).

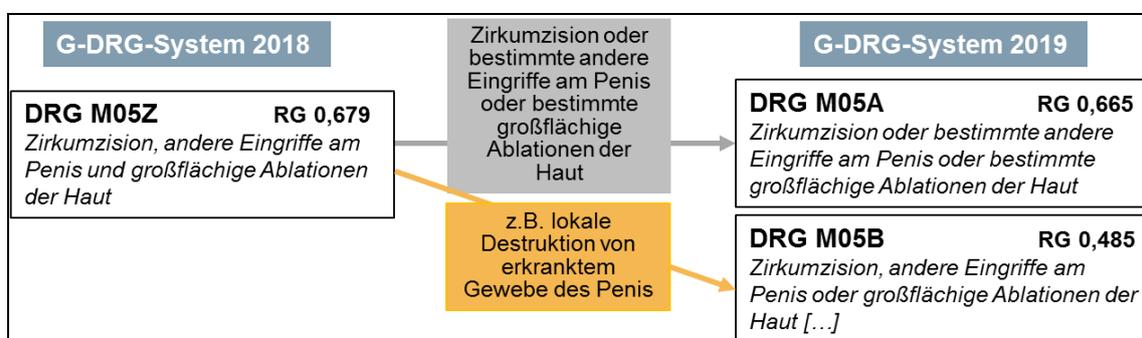


Abbildung 31: Differenzierung der Basis-DRG M05 in den G-DRG-Systemen 2018 und 2019.

In der Basis-DRG M04 *Eingriffe am Hoden oder bestimmte Eingriffe an der Prostata* werden Fälle mit Eingriffen am Hoden oder mit bestimmten Eingriffen an Urethra und Prostata abgebildet. Die Differenzierung innerhalb der Basis-DRG M04 erfolgt u.a. anhand der Diagnosen *Fournier-Gangrän beim Mann* oder *Orchitis / Epididymitis mit Abszess*, bestimmter radikaler Prostatektomie, bestimmter oder mäßig komplexer Eingriffe und der Bedingung Alter unter 3 Jahre. Bei den diesjährigen internen Analysen sind Fallgruppen mit auffälligen Kosten identifiziert worden, die folgende Anpassungen des G-DRG-Systems 2019 begründen:

- Aufwertung von Fällen mit einem Alter < 14 Jahren mit schweren CC aus der DRG M04D *Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff bei Orchitis mit Abszess [...] in die DRG M04C Eingriffe am Hoden mit mäßig komplexem Eingriff, Alter < 3 Jahre oder mit schweren CC, Alter < 14 Jahre*
- Abwertung von Fällen mit kleinen Eingriffen am Hoden (u.a. bestimmte Prozeduren der Orchidopexie) aus der DRG M04C in die DRG M04D
- Fälle mit Orchitis/Epididymitis und Abszess oder bösartiger Neubildung der männlichen Geschlechtsorgane werden nur noch in Verbindung mit bestimmten Eingriffen in die DRG M04B *Eingriffe am Hoden mit komplexem Eingriff oder mit bestimmtem Eingriff bei Orchitis mit Abszess oder bösartiger Neubildung oder bestimmte Eingriffe an Urethra und Prostata bei bösartiger Neubildung* eingruppiert

Weitere diesjährige Umbauten betrafen die Basis-DRG M09 *OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC*, in der Fälle mit Eingriffen an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen abgebildet werden. Fälle, die innerhalb der Basis-DRG M09 vergleichsweise geringe Kosten aufweisen, werden zukünftig kostenentsprechend der DRG M04B *Eingriffe am Hoden mit komplexem Eingriff oder mit bestimmtem Eingriff bei Orchitis mit Abszess oder bösartiger Neubildung oder bestimmte Eingriffe an Urethra und Prostata bei bösartiger Neubildung* zugeordnet. Dabei handelt es sich um Fälle mit z.B. *nicht näher bezeichneter plastischer Meatotomie der Urethra* oder *Exzision und Destruktion von Prostatagewebe*. Weitere Analysen begründeten die Aufwertung von Fällen mit der Hauptdiagnose *bösartige Neubildung des Penis* aus der DRG M09B in die DRG M09A *OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder BNB des Penis*.

### 3.3.2.33 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 Alterssplits. Dies führte für 2019 zu insgesamt 313 „Kindersplits“ (284 im G-DRG-System 2018). Davon können 77 DRGs (76 im G-DRG-System 2018) als „reine Kindersplits“ bezeichnet werden, was bedeutet, dass in den betreffenden DRGs ausschließlich Kinder abgebildet werden.

### ***Pflegekomplexmaßnahmen-Score für Frühgeborene, Neugeborene und Säuglinge (PKMS-F)***

Der Pflegekomplexmaßnahmen-Score für Frühgeborene, Neugeborene und Säuglinge (PKMS-F) wurde im OPS Version 2017 eingeführt und war somit erstmalig im Datenjahr 2017 kodierbar. Die Eignung als Splitkriterium wurde in vielen verschiedenen Varianten analysiert. Es zeigte sich eine uneinheitliche Kodierpraxis. Einige große Kinderkliniken bzw. Abteilungen kodieren den PKMS-F gar nicht, andere sporadisch.

Die Mehrzahl der Fälle mit einem Kode für PKMS-F befindet sich erwartungsgemäß in der MDC 15 *Neugeborene*. Innerhalb der MDC 15 zeigten Fälle mit einem Kode für PKMS-F keine höheren Kosten im Vergleich zu anderen Fällen ohne PKMS-F in derselben DRG. In der Mehrzahl der DRGs waren die Fälle mit PKMS-F mit deutlich niedrigeren Kosten verbunden.

Viele Fälle in der MDC 15 sind geprägt durch lange Verweildauern auf der Intensivstation. Der Verweildaueranteil auf der Normalstation ist, insbesondere bei Frühgeborenen, eher gering. Da der PKMS-F nur auf der Normalstation und der Intermediate Care kodiert werden darf, haben die Fälle mit PKMS-F einen höheren Verweildaueranteil auf der Normalstation bzw. der Intermediate Care. Im Vergleich zu den Kosten auf der Intensivstation sind die Kosten auf der Normalstation bzw. der Intermediate Care geringer. Dies könnte eine Erklärung dafür sein, dass die Fälle mit PKMS-F in der MDC 15 nicht mit höheren Kosten in den jeweiligen DRGs korrelieren.

Auch in den DRGs, in denen Fälle mit weniger schweren Erkrankungen oder „gesunde Neugeborene“ abgebildet sind, wie beispielsweise die DRGs P67C *Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g [...] mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Prozedur [...]*, P67D *Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 1999 g [...] mit bestimmter Prozedur oder bestimmter Diagnose [...]* oder *neugeborener Mehrling* und P67E „gesunde Neugeborene“, sind nur knapp ein Dutzend Fälle mit PKMS-F zu finden.

Der PKMS-F wäre innerhalb der MDC 15 nur unter der Bedingung, dass die betreffenden Fälle regelhaft einen hohen Anteil der Verweildauer auf der Normalstation (bzw. Intermediate Care) verbringen, als Splitkriterium geeignet. Eine Fallgruppe haben wir diesbezüglich gezielt untersucht: Neugeborene mit Entzugssymptomen bei Einnahme von abhängigkeiterzeugenden Arzneimitteln oder Drogen durch die Mutter. Diese Fälle können aufgrund der Entzugssymptomatik und ggf. Substitutionstherapie längere Zeit in der Kinderklinik verbringen. Typischerweise werden reife Neugeborene mit Entzugssymptomatik in die DRG P67B *Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g [...] mit schwerem Problem [...]* eingruppiert. In dieser DRG findet sich eine niedrige dreistellige Fallzahl mit dem entsprechenden Diagnosekode als Haupt- oder Nebendiagnose. Von diesen Fällen weisen nur knapp ein Dutzend Fälle einen Kode für PKMS-F auf, obwohl fast die Hälfte der Fälle ausschließlich auf Normalstation gepflegt wurden. Aufgrund der unzureichenden Datengrundlage konnte der PKMS-F an dieser Stelle als Splitkriterium für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2019 nicht angewendet werden.

Außerhalb der MDC 15 *Neugeborene* fand sich eine knapp dreistellige Fallzahl mit PKMS-F. Bei diesen Fällen, deren Fallkosten weniger durch lange Verweildauern auf der Intensivstation geprägt sind, konnten Kostenunterschiede gefunden werden. Der PKMS-F wurde in die Tabellen für *Bestimmte aufwendige* und *Bestimmte hochaufwendige Behandlung* analog dem PKMS-K (Kleinkinder) und PKMS-J (Kinder und Jugendliche) aufgenommen und die Fälle ihren Kosten entsprechend aufgewertet. Im G-DRG-System 2019 sind die Tabellen „Bestimmte aufwendige Behandlung“ in 18 DRGs

und „Bestimmte hochaufwendige Behandlung“ in 24 DRGs gruppierungsrelevant. Für die Etablierung eines Zusatzentgeltes analog den Zusatzentgelten ZE130 und ZE131 gab es keine ausreichende Datengrundlage, insbesondere auf der Datengrundlage des Jahres 2017 kein entsprechendes Kostendelta.

### ***Operative Eingriffe bei angeborenen Handfehlbildungen***

Einem externen Hinweis folgend haben wir Fälle mit komplexen angeborenen Fehlbildungen der Hände analysiert. Fälle mit komplexen Handfehlbildungen werden in wenigen hochspezialisierten Zentren in Deutschland behandelt. Die Mehrzahl der Fälle findet sich in der „reinen“ Kinder-DRG I32B *Eingriffe an Handgelenk und Hand [...] oder komplexe Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen der Hand und Alter < 16 Jahre*. Fälle mit *Trennung einer kompletten Syndaktylie, Transposition eines Fingers* oder *Freier Transplantation eines Fingers* zeigten sich in dieser DRG nicht vollständig sachgerecht vergütet. Mehrheitlich sind diese Fälle Inlier, d.h. sie profitieren nicht von der kürzeren Verweildauer (dadurch insbesondere weniger Kurzlieger-Abschläge bzw. frühere und höhere Langlieger-Zuschläge) einer „reinen“ Kinder-DRG. Die DRG I32C *Eingriffe an Handgelenk und Hand [...] mit best. Eingriffen oder komplexer Diagnose* hat eine höhere Inlier-Bewertungsrelation (1,719 vs. 1,278; Fallpauschalen-Katalog 2019) und zeigt sich für die benannten Fälle als geeignet. Durch die Eingruppierung der oben beschriebenen Fälle in die DRG I32C werden diese deutlich aufgewertet.

### ***Kawasaki-Syndrom (mukokutanes Lymphknotensyndrom (MCLS))***

Das Kawasaki-Syndrom betrifft zu 75% Kinder unter 5 Jahren und ist somit ein typisches Krankheitsbild der Kinderheilkunde. Fälle mit Kawasaki-Syndrom (mukokutanes Lymphknotensyndrom, MCLS) werden bisher in die Basis-DRG I66 *Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals* eingruppiert. Innerhalb der Basis-DRG werden die Fälle der DRG I66E *Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Amyloidose oder Arthropathie, mehr als ein Belegungstag* zugeordnet. Hier zeigen sich die Fälle in einer Analyse nicht sachgerecht abgebildet. Ab dem G-DRG-System 2019 werden die Fälle den Kosten entsprechend in die DRG I66D *Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit kinder- und jugendrheumatologischer Komplexbehandlung 7 bis 13 Behandlungstage oder Alter < 16 Jahre mit bestimmten Vaskulitiden* aufgewertet.

### ***Neue Zusatzentgelte und Kinderdosisklassen für Medikamente im Kindesalter***

Für die *Gabe von Nusinersen, intrathekal*, wurde ein neues unbewertetes Zusatzentgelt ZE2019-165 etabliert. Nusinersen wurde im Mai 2017 in der EU zugelassen und wird für die Behandlung bestimmter kinderspezifischer spinaler Muskeldystrophien eingesetzt. (Details siehe Kap. 3.4.1.3).

Darüber hinaus wurden fünf weitere neue unbewertete Zusatzentgelte für Medikamente mit neuen Kinderdosisklassen etabliert (siehe Tab. 25).

ZE	Text	OPS	OPS-Text
ZE2019-156	Gabe von Posaconazol, parenteral	6-007.k*	Applikation von Medikamenten, Liste 7: Posaconazol, parenteral
ZE2019-159	Gabe von Blinatumomab, parenteral	6-008.7*	Applikation von Medikamenten, Liste 8: Blinatumomab, parenteral
ZE2019-160	Gabe von Pembrolizumab, parenteral	6-009.3*	Applikation von Medikamenten, Liste 9: Pembrolizumab, parenteral
ZE2019-161	Gabe von Nivolumab, parenteral	6-008.m*	Applikation von Medikamenten, Liste 8: Nivolumab, parenteral
ZE2019-164	Gabe von Riociguat, oral	6-008.0*	Applikation von Medikamenten, Liste 8: Riociguat, oral

Tabelle 25: Neue unbewertete Zusatzentgelte für Medikamente mit neuen Kinderdosisklassen

Das bisher unbewertete ZE2018-105 *Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten* ist ab dem G-DRG-System 2019 ein bewertetes Zusatzentgelt (ZE166 *Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten*). Der alte OPS-Code wurde gestrichen und auf den neuen Code 6-007.p\* *Applikation von Medikamenten, Liste 7: Posaconazol, oral, Tabletten* übergeleitet. Hierbei wurden neue Dosisklassen für Kinder etabliert und die höheren Dosisklassen erweitert.

### **PCCL > 2 und Altersbedingung**

Der PCCL (Patient Clinical Complexity Level) ist ein Maß der Erkrankungsschwere. Im Allgemeinen ist der PCCL erst ab Level 4 (äußerst schwere CC) gruppierungsrelevant. Die Erkrankungsschwere ist beispielsweise aufgrund altersassoziierter Multimorbidität bei Erwachsenen häufiger erhöht als bei Kindern und Jugendlichen. Kinder und Jugendliche weisen hingegen häufig schon bei geringerem CC-Level, beispielsweise bei einem PCCL von 3 (schwere CC), höhere Kosten auf. Die systemweite Analyse von Kombinationen aus CC-Level und Altersbedingung führte zu folgenden neuen Kindersplits:

Erweiterung der bestehenden Splitbedingungen um die Bedingung PCCL > 2 und Alter < 18 Jahre in den folgenden 10 DRGs:

- **E76B** *Tuberkulose bis 14 Belegungstage oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC*
- **I13B** *Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggel. m. best. Mehrfacheingriff od. kompliz. Diagn. od. bei Endopr. obere Extremität od. m. Fixateur ext., m. best. BNB od. m. Einbringen v. Abstandshalt od. Alter < 18 J. m. äuß. schw. od. schw. CC*

- **I13C** Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und SG m. best. Mehrf. Eingr. od. kompl. Diag. od. b. Endopr. ob. Extrem. od. m. Fix. ext., m. kompl. Eingr. od. schw. Weicht.Sch., m. best. kompl. Osteot. od. BNB od. Alter < 18 J. m. auß. schw. od. schw. CC
- **I13D** Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und SG od. b. Endoproth. am Knie m. kompl. Eingr. od. schw. Weichteilsch. od. Pseudarthr., m. best. kompl. Osteotom. od. Epiphyseodese oder bestimmter Knochen transplantation oder bei BNB oder Alter < 18 Jahre mit auß. schw. od. schw. CC
- **I13F** Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit bestimmter offener Reposition oder mit Implantation alloplastischer Knochenersatz oder bei BNB oder mit bestimmter Knochen transplantation oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
- **I23A** Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule, mit komplizierendem Eingriff am Knochen oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
- **I30A** Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk und Alter < 16 Jahre oder sehr komplexe Eingriffe am Kniegelenk oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
- **J11B** Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit komplizierender Diagnose oder mit mäßig komplexer Prozedur oder Diagnose oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit bestimmtem Eingriff bei bösartiger Neubildung oder Pemphigoid
- **L63E** Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige / hochaufwendige Behandlung, ohne Komplexbehandlung MRE, ohne best. schwere Infektionen, Alter > 2 und < 6 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit schweren CC
- **L60C** Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC oder Alter < 18 Jahre mit schweren CC oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte

Erweiterung der bestehenden Splitbedingungen um die Bedingung PCCL > 2 und Alter < 14 Jahre in den folgenden 3 DRGs:

- **E79C** Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komp. Diagnose, ohne äußerst schwere CC od. ein Belegungstag, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne bestimmte mäßig aufwendige Behandlung, Alter < 1 J. oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
- **G24B** Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
- **M04C** Eingriffe am Hoden mit mäßig komplexem Eingriff, Alter < 3 Jahre oder mit schweren CC, Alter < 14 Jahre

Im Ergebnis wurde damit die Vergütung der betreffenden Fälle deutlich angehoben, auch in einigen sehr fallzahlstarken DRGs.

Die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter wurde für 2019 in zwei zusätzlichen DRGs gruppierungsrelevant:

- **B20B** *Kraniotomie oder große WS-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 17 Jahre oder ohne best. kompl. Prozedur, mit mäßig kompl. Prozedur oder komplexe Diagnose oder Bohrlochtrepanation mit äuß. schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Punkte*
- **F03C** *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, 196 / 184 / - < IntK < 393 / 369 / - P., mit Zweifacheingriff oder bei angeborenem Herzfehler, mit kompl. Eingriff oder best. Herzklappeneingriff oder andere komplizierende Konstellation*

### **Neue Altersplits**

Im G-DRG-System 2018 wurden Fälle mit sehr komplexem Eingriff am Kniegelenk in die DRG I30A *Sehr komplexe Eingriffe am Kniegelenk* eingruppiert. Sowohl Fälle mit arthroskopischen Eingriffen am Hüftgelenk und Alter unter 16 Jahren, wie auch Fälle mit komplexen Eingriffen am Kniegelenk in Kombination mit *Alter < 18 Jahren und äußerst schwere oder schwere CC* zeigten sich in der Basis-DRG I30 bisher nicht sachgerecht abgebildet und wurden in die DRG I30A aufgewertet.

Nach Abschluss der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2019 zeigt sich eine um ca. 2,2% im Vergleich zum G-DRG-System 2017/2018 verbesserte Vergütung aller Patienten unter 16 Jahren, begründet vor allem durch die in diesem Kapitel und im Kapitel Neonatologie beschriebenen Umbauten. Dies bedeutet einen Zugewinn in der Vergütung bei der Behandlung von Kindern von rund 100 Mio. €.

### **3.3.2.34 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 21 DRGs (G-DRG-System 2018) allein in den Basis-DRGs I06 (3 DRGs), I09 (9 DRGs), I10 (7 DRGs) und I45 (2 DRGs) der MDC 08 bereits hochdifferenziert. Für 2019 lag ein Schwerpunkt in der weiteren Ausdifferenzierung der Basis-DRG I10 *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule* und in der Überprüfung bestehender und Etablierung neuer Splitkriterien innerhalb der Wirbelsäulen-DRGs.

Die DRG I10G wurde für das G-DRG-System 2019 gesplittet, um eine differenziertere Abbildung der Fälle zu ermöglichen. Fälle mit Inzision des Plexus lumbosacralis, sonstige und nicht näher bezeichnete Inzision von Nerven, gepulste Radiofrequenzbehandlung an Ganglien durch Radiofrequenzkanüle, sonstige gepulste Radiofrequenzbehandlung an Ganglien, Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule, Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule an mehreren Wirbelsegmenten sowie sonstige und nicht näher bezeichnete Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule wurden der neuen DRG I10H *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne anderen kleinen Eingriff* zugeordnet. Alle anderen Fälle verblieben in der DRG I10G *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff und ein Belegungstag oder mit anderem kleinen Eingriff* und wurden durch den Split aufgewertet (G-DRG-System 2018: RG 0,578; G-DRG-System 2019: RG 0,733). Durch den Split entstand eine weitere DRG, die der gezielten Absenkung der Bewertungsrelation unterliegt (Vereinbarung gem. § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG i.V.m. § 9 Abs. 1c KHEntgG zur gezielten Absenkung von

Bewertungsrelationen vom 29. August 2016). Die Fälle der neuen DRG waren jedoch zuvor bereits einer DRG zugeordnet, die der gezielten Absenkung der Bewertungsrelation unterlag. Somit kommt es zu keiner Veränderung der unter die gezielte Absenkung der Bewertungsrelation fallenden Fälle.

Fälle der DRG I10E *Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule* mit kleineren Eingriffen wie beispielsweise Flavektomie und Laminotomie an einem Segment der Lendenwirbelsäule oder Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression waren mit geringeren Kosten verbunden als die übrigen Fälle der DRG. Betroffene Fälle werden im G-DRG-System 2019 bei einer Verweildauer von mehr als einem Tag in die DRG I10F *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule [...] mit bestimmtem kleinen Eingriff und mehr als ein Belegungstag* und bei einem Belegungstag in die DRG I10G *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule [...] mit bestimmtem kleinen Eingriff und ein Belegungstag oder mit anderem kleinen Eingriff* eingruppiert und damit sachgerecht abgebildet.

Basierend auf einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren wurden Fälle mit äußerst schweren CC und Biopsie durch Inzision an der Wirbelsäule analysiert. Es wurde thematisiert, dass Fälle mit äußerst schweren CC und einem Eingriff an der Wirbelsäule deutlich höher vergütet werden, wenn zusätzlich eine Biopsie durchgeführt wird. So waren beispielsweise Fälle mit einem PCCL > 3 und einer Kyphoplastie an einem Wirbelkörper in der DRG I09I *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne komplizierende Faktoren* abgebildet (G-DRG-System 2018: RG 1,733). Wurde zusätzlich eine Biopsie durch Inzision an der Wirbelsäule durchgeführt, wurde der Fall im G-DRG-System 2018 in die I10A *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Rückenmark, Spinalkanal, Wirbelsäule, Rumpf mit äußerst schweren CC* eingruppiert (G-DRG-System 2018: RG 4,071).

Für das G-DRG-System 2019 wurden folgende Prozedurenkodes aus dem Splitkriterium der DRG I10A gestrichen und die entsprechenden Fälle ihren Kosten entsprechend abgewertet:

- Laminektomie Halswirbelsäule (1 Segment)
- Biopsie an der Wirbelsäule durch Inzision
- Dekompression, sonstige und nicht näher bezeichnete Inzision des Spinalkanals
- Spinale Duraplastik
- Bestimmte und nicht näher bezeichnete Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule
- Bestimmte Exzisionen von erkranktem Bandscheibengewebe
- Bestimmte Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule
- Knöcherne Dekompression des Spinalkanals bis 2 Segmente
- Sonstige Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule bis 2 Segmente
- Geschlossene Reposition mit Immobilisation einer Fraktur oder Gelenkluxation an der Wirbelsäule ohne Osteosynthese
- Sonstige und nicht näher bezeichnete geschlossene Reposition einer Fraktur oder Gelenkluxation an der Wirbelsäule ohne Osteosynthese

Fälle mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule in Kombination mit der Diagnose Spinalkanalstenose, Instabilität der Wirbelsäule im zervikalen Bereich, zervikaler Bandscheibenschaden mit Myelopathie oder Spinalkanalstenose im okzipito-atlanto-axialen Bereich zeigten sich in einer Analyse der DRG I10C *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule oder bei bestimmter Diszitis, bei Spinalkanalstenose oder bestimmten Bandscheibenschäden oder Verschluss eines Bandscheibendefekts mit Implantat* überbewertet. Im G-DRG-System 2019 werden die Fälle der DRG I10D *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule außer bei Verschluss Bandscheibendefekt mit Implantat, ohne Bandscheibeninfektion, ohne andere Eingriffe an der Wirbelsäule* zugeordnet und damit abgewertet.

Fälle mit einer knöchernen Dekompression an drei und mehr Segmenten, einer Laminektomie an der Lendenwirbelsäule unabhängig von der Anzahl der Segmente und Fälle mit einer Exzision und Destruktion von Tumorgewebe intramedullär oder an Knochen und Rückenmarkshäuten zeigten sich in der DRG 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* nicht sachgerecht abgebildet und werden zukünftig in die DRG I10C *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexen Eingriffen oder Verschluss Bandscheibendefekt mit Implantat oder Bandscheibeninfektion oder andere Eingriffe an der Wirbelsäule* eingruppiert und damit aufgewertet.

Fälle mit einer Vertebroplastie an drei Wirbelkörpern, Fälle mit einer Laminotomie von mehr als zwei Segmenten an der Lendenwirbelsäule und Fälle mit sonstigem Knochenersatz an der Wirbelsäule zeigten sich in einer Analyse der *komplexen Eingriffe an der Wirbelsäule* überbewertet und wurden aus den DRGs 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* 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* in die DRG I10E *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff an der Wirbelsäule ohne komplexen Eingriff an der Wirbelsäule ohne Diszitis, ohne Bandscheibeninfektion* abgewertet.

Fälle mit laterobasaler Duraplastik mit Kranioplastik zeigten sich in der DRG I10E *Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule* nicht sachgerecht abgebildet und wurden in die DRG I10D *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule außer bei Verschluss Bandscheibendefekt mit Implantat, ohne Bandscheibeninfektion, ohne andere Eingriffe an der Wirbelsäule* aufgewertet.

Darüber hinaus wurden Fälle mit Implantation von mehreren temporären Neurostimulationselektroden zur Teststimulation des peripheren Nervensystems aus der DRG I10F in die DRG I10E *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff an der Wirbelsäule ohne komplexen Eingriff an der Wirbelsäule ohne Diszitis, ohne Bandscheibeninfektion* aufgewertet.

Fälle mit bestimmten Inzisionen von Rückenmark und Rückenmarkshäuten (z.B. Entleerung eines intramedullären Abszesses), Revision einer Fistel und Fälle mit Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) durch Fixateur externe wurden aus der DRG I10D entsprechend ihren Kosten in die DRG I10C *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexen Eingriffen oder Verschluss Bandscheibendefekt mit Implantat oder Bandscheibeninfektion oder andere Eingriffe an der Wirbelsäule* aufgewertet.

Fälle mit Revision oder Entfernung von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems, mit bestimmten Inzisionen oder Exzisionen von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule, bestimmten Inzisionen von Rückenmark und Rückenmarkhäuten sowie sonstige und nicht näher bezeichnete perkutane Biopsie an intraspinalem Gewebe zeigten sich in der DRG I10F überbewertet und werden zukünftig der DRG I10G *Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff und ein Belegungstag oder mit anderem kleinen Eingriff* zugeordnet.

### **Diszitis und pyogene Bandscheibeninfektion**

Die Diagnosecodes für Diszitis oder pyogene Bandscheibeninfektion sind im Bereich der Wirbelsäulen Chirurgie für die DRGs I10C und I10D grupierungsrelevant. Fälle mit mäßig komplexen Eingriffen und einer Hauptdiagnose Diszitis oder pyogene Bandscheibeninfektion wurden im G-DRG-System 2018 der DRG I10C zugeordnet, Fälle mit einer Nebendiagnose Diszitis oder pyogene Bandscheibeninfektion der DRG I10D. Im G-DRG-System 2019 werden Fälle mit Haupt- oder Nebendiagnose Diszitis in die DRG I10B und Fälle mit Haupt- oder Nebendiagnose pyogene Bandscheibeninfektion in die DRG I10C eingruppiert.

### **Anpassungen Basis-DRG I09 Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule**

Fälle mit einer deformierenden Erkrankung der Wirbelsäule, beispielsweise einer idiopathischen Skoliose und einer Revision einer Wirbelsäulenoperation oder der Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit Verwendung eines Systems zur intravertebralen, instrumentellen Wirbelkörperaufrichtung an drei und mehr Wirbelkörpern, wurden bisher in die DRG 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* eingruppiert. Dort zeigten sich die Fälle im Vergleich zu den übrigen Fällen der DRG mit geringeren Kosten verbunden und werden ihren Kosten entsprechend im G-DRG-System 2019 der DRG I09F *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule und best. komplizierende Faktoren oder bestimmte Eingriffe an der WS mit bestimmten anderen komplizierenden Faktoren, ohne Eingriffe ZNS, ohne transpleuraler Zugang BWS, ohne bestimmte langstreckige Spondylodese/Osteosynthese, ohne Diszitis* zugeordnet.

Fälle mit der Hauptdiagnose Diszitis oder pyogene Bandscheibeninfektion in Kombination mit bestimmten Eingriffen an der Wirbelsäule wurden aus der DRG I09F in die DRG I09E *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule und best. komplizierende Faktoren oder best. Eingriffe an der WS mit best. anderen kompl. Faktoren und Eingriffe ZNS oder transpleuraler Zugang BWS oder bestimmte langstreckige Spondylodese/Osteosynthese oder Diszitis* aufgewertet.

Fälle mit dynamischer Stabilisierung an einem Segment der Wirbelsäule durch Schrauben-Stab-System wurden bisher in die DRG I09F eingruppiert. Diese Fälle zeigten sich in einer Analyse deutlich überbewertet und werden ihren Kosten entsprechend zukünftig der DRG I09G *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten anderen komplizierenden Faktoren oder mit anderen komplizierenden Faktoren und Frakturen Halswirbelsäule oder BNB der Wirbelsäule mit Kyphoplastie, mit Radiofrequenzablation* zugeordnet.

Fälle mit einem Tumor an der Wirbelsäule, bei denen eine Kyphoplastie nach perkutaner Destruktion von knöchernem Gewebe mittels Radiofrequenzablation durchgeführt

wurde, wurden aufgrund der Gruppierungsrelevanz der Kyphoplastie bisher in die DRG I09I (G-DRG-System 2018: RG 1,733) eingruppiert. Einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend wurden diese Fälle analysiert. Es zeigte sich, dass diese Fälle nicht sachgerecht abgebildet waren. Für das G-DRG-System 2019 werden die Fälle nun entsprechend ihren Kosten der DRG I09G *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten anderen komplizierenden Faktoren oder mit anderen komplizierenden Faktoren und Frakturen der Halswirbelsäule oder BNB der Wirbelsäule mit Kyphoplastie, mit Radiofrequenzablation* (RG 2,825) zugeordnet und damit deutlich aufgewertet.

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

In der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2019 ist es erneut gelungen, Leistungen, die in den vergangenen Jahren als noch nicht sachgerecht vergütet identifiziert wurden (NUB-Status 1), in Form von Zusatzentgelten oder innerhalb der Klassifikation in das G-DRG-System zu integrieren. NUB-Leistungen, die als Zusatzentgelte abgebildet werden konnten, sind in Tabelle 26 aufgeführt.

NUB-Verfahren	Status 2018	ZE2019	Bezeichnung Zusatzentgelt
Posaconazol, intravenös	1	ZE2019-156	<i>Gabe von Posaconazol, parenteral</i>
Pixantron	1	ZE2019-157	<i>Gabe von Pixantron, parenteral</i>
Pertuzumab	1	ZE2019-158	<i>Gabe von Pertuzumab, parenteral</i>
Blinatumomab	1	ZE2019-159	<i>Gabe von Blinatumomab, parenteral</i>
Pembrolizumab	1	ZE2019-160	<i>Gabe von Pembrolizumab, parenteral</i>
Nivolumab	1	ZE2019-161	<i>Gabe von Nivolumab, parenteral</i>
Carfilzomib	1	ZE2019-162	<i>Gabe von Carfilzomib, parenteral</i>
Macitentan	1	ZE2019-163	<i>Gabe von Macitentan, oral</i>
Riociguat	1	ZE2019-164	<i>Gabe von Riociguat, oral</i>
Nusinersen	1	ZE2019-165	<i>Gabe von Nusinersen, intrathekal</i>

Tabelle 26: Leistungen mit NUB-Status 1, die ab dem G-DRG-System 2019 als Zusatzentgelt abgebildet werden

Die frühe Integration der Leistung *Gabe von Nusinersen, intrathekal* ist dabei besonders zu erwähnen. Nusinersen ist ein neuartiges Arzneimittel, das erstmals eine ursächliche Behandlung der 5q-assoziierten spinalen Muskelatrophie (SMA), einer seltenen genetischen Erkrankung mit geringer Lebenserwartung, ermöglicht. Im Mai 2017 erfolgte die Zulassung von Nusinersen bei der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA). Im NUB-

Verfahren für 2017 erhielt das Verfahren noch den Status 2, weil die Bedingungen der NUB-Vereinbarung (auf Basis der dem InEK bekannten Informationen bis Ende 2016) nicht erfüllt waren. Die genannte Leistung wurde aus den beschriebenen Gründen bei den Kalkulationskrankenhäusern im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung nicht abgefragt. Deshalb waren Fälle mit *Gabe von Nusinersen, intrathekal* für das InEK in den Daten des Jahres 2017 prinzipiell lediglich anhand der Entgeltdaten (individuell vereinbarter Entgelte) erkennbar. Obwohl die Bedingungen der NUB-Vereinbarung für 2017 nicht erfüllt waren, übermittelte eine relevante Anzahl von Krankenhäusern bereits spezifische Entgelte für das zweite Halbjahr. In der überwiegenden Mehrheit waren den betroffenen Fällen auch entsprechende Kosten zugeordnet. Insgesamt konnten in der Kalkulationsstichprobe zunächst ca. 200 Fälle mit spezifischen Entgelten in Höhe von etwa 100.000 € identifiziert werden. Im Rahmen der Kalkulation erfolgte für diese Fälle eine Bereinigung der Kostendaten auf Grundlage der übermittelten Entgelte. Im Rahmen der Extremkostenanalysen konnten darüber hinaus weitere Fälle mit einer Hauptdiagnose für spinale Muskeldystrophie und typischen Kosten für Nusinersen identifiziert werden. Wenn auf Nachfrage die Krankenhäuser die Gabe von Nusinersen nachträglich bestätigten, wurden die Kostendaten der betroffenen Fälle ebenfalls bereinigt. Für die erstmalige Kostenbereinigung des Zusatzentgelts *Gabe von Nusinersen, intrathekal* wurden bei der Bezugsgröße insgesamt ca. 17.000 Casemixpunkte berücksichtigt (siehe auch Kap. 3.3.1.6).

Neben der Integration von NUB-Leistungen mittels Zusatzentgelten wurden zwei für 2018 mit Status 1 gekennzeichnete Leistungen in die Definition von Fallgruppen aufgenommen. Aufgrund der spezifischen Indikation (Prostatakarzinom) und homogener Gesamtkosten und Verweildauern betroffener Fälle wird die Therapie mit Lutetium-177-PSMA-Liganden im G-DRG-System 2019 innerhalb der MDC 12 *Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane* in der spezifischen DRG M10B *Radioligandentherapie mit Lutetium-177-PSMA-Liganden* abgebildet. Fälle mit perkutaner Mitralklappenannulorrhaphie mit Spange waren in den Daten des Jahres 2017 erstmals spezifisch identifizierbar und konnten aufgrund einer ausreichenden Anzahl von Fällen eingehend analysiert werden. Basierend auf den Ergebnissen werden betroffene Fälle im G-DRG-System 2019 der DRG F98C *Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen [...] ohne sehr komplexen Eingriff* zugeordnet und sind damit sachgerecht im System integriert.

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 begründen.

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.

### 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 83, hat mit 1,826 ein niedrigeres Relativgewicht als die danach abgefragte DRG F19C (Position 84) *Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC oder Radiofrequenzablation über A. renalis, Alter > 17 Jahre* (RG: 1,934).

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 2,6 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. 31). Die bei Betrachtung aller Fälle bessere Vergütung in der DRG F19B begründet in diesem Fall die Definition einer eigenständigen Kinder-DRG trotz geringem 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 ohne äußerst schwere CC oder Radiofrequenzablation über A. renalis, Alter < 18 Jahre	1,826	2,6	1	0,247	5	0,233
F19C	O	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC oder Radiofrequenzablation über A. renalis, Alter > 17 Jahre	1,934	4,7	1	0,563	11	0,106

Abbildung 32: Ausschnitt aus dem Fallpauschalen-Katalog 2019

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 2019 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 2019 gültige ICD-10-GM Version 2019 enthält insgesamt 13.735 terminale Codes und somit 50 Codes mehr als die ICD-10-GM Version 2018 (13.685). Über 99% dieser Codes (13.654) unterscheiden sich weder hinsichtlich des Codes noch hinsichtlich des zugehörigen Textes gegenüber dem Vorjahr.

Der OPS Version 2019 enthält insgesamt 31.739 terminale Codes. Das sind 784 Codes mehr als im OPS Version 2018 (30.955). Die Mehrzahl der Codes (30.485, 96%) zeigt ebenfalls keinen Unterschied zum Vorjahr in Bezug auf den Code und die Leistungsbeschreibung.

Die Weiterentwicklung der Klassifikationen ICD-10-GM und OPS ist Aufgabe des DIMDI, das in seinem jährlichen Revisionsverfahren auch Änderungsvorschläge annimmt. Die im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2019 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 2019 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 2019 im OPS zu finden sind, wie z.B. Codes aus 6-007.9 *Applikation von Medikamenten, Liste 7: Pertuzumab, parenteral* zur Definition der Dosisklassen beim Zusatzentgelt ZE2019-158 *Gabe von Pertuzumab, parenteral*.

Darüber hinaus wurden neue Codes zur Abbildung von Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG in den OPS Version 2019 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 transrektale und perkutane Destruktion von Prostatagewebe durch transperineale, nicht thermische, lasergesteuerte photodynamische Therapie. Der neue Code ermöglicht zukünftig die spezifische Abbildung und Analyse der NUB-Leistung „Fokale photodynamische Therapie mit Padeliporfin zur Behandlung des lokalisierten Prostatakarzinoms“.

Entsprechend der Vorgehensweise der Vorjahre wurden auch für 2019 bestehende ICD-Codes differenziert bzw. neue ICD-Codes etabliert, um Unterschiede in Aufwand und Ablauf von Behandlungen darstellbar zu machen. So wurde bei T85.5 *Mechanische Komplikation durch gastrointestinale Prothesen, Implantate oder Transplantate* Fünfsteller, differenziert nach Lokalisation, für die Zwecke des G-DRG-Systems eingeführt: T85.50 *Mechanische Komplikation durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Ösophagus*, T85.51 *Mechanische Komplikation durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im sonstigen oberen Gastrointestinaltrakt*, T85.52 *Mechanische Komplikation durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im unteren Gastrointestinaltrakt*, T85.53 *Mechanische Komplikation durch Prothesen, Implantate oder Transplantate in den Gallenwegen*, T85.54 *Mechanische Komplikation durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Pankreas*, T85.59 *Mechanische Komplikation durch gastrointestinale*

*Prothesen, Implantate oder Transplantate, Lokalisation nicht näher bezeichnet.* So besteht zukünftig die Möglichkeit, Fälle mit Hauptdiagnose T85.5\* den entsprechenden Organkapiteln MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* bzw. MDC 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* zuzuordnen. Aktuell werden diese Fälle aufgrund der fehlenden Organspezifität des ICD-Kodes der MDC 21B *Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten* zugeordnet.

### **3.3.5.2 Überleitung auf die ab 1. Januar 2019 gültigen Versionen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen**

Die Datenbasis, die der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2019 zugrunde liegt, beruht auf medizinischen Daten des Jahres 2017 (Datenjahr 2017). Die Diagnosen wurden dementsprechend mit der ICD-10-GM Version 2017 und die Prozeduren mit dem OPS Version 2017 kodiert.

Nach Abschluss der Weiterentwicklung für das Jahr 2019 stand zunächst die G-DRG-Version 2017/2019 zur Verfügung. Diese Version stellt die erste Übergangsversion dar, die den G-DRG-Algorithmus des Jahres 2019 anhand der im Datenjahr 2017 gültigen Diagnose- und Prozedurenkodes definiert. Zur Nutzung des G-DRG-Systems 2019 für die Gruppierung im Jahr 2019 mit den dann gültigen Leistungsbezeichnern waren zwei Überleitungen des Systems notwendig.

In einem ersten Schritt wurde das G-DRG-System 2017/2019 auf das G-DRG-System 2018/2019 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 2018 gültigen Diagnosen- oder Prozedurenkodes eine Funktion im Gruppierungsalgorithmus zugewiesen werden, typischerweise die, die sein „Vorgängerkode“ in der Version 2017 der ICD- bzw. OPS-Klassifikationen im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2019 erhalten hatte. Dabei wurden textliche, inhaltliche und formale Änderungen der Codes sowie Änderungen der Kodierrichtlinien berücksichtigt. Auf diese Weise entstand die G-DRG-Version 2018/2019. Die umfangreichen Änderungen und Anpassungen, die für diese Version notwendig waren, entsprechen weitestgehend den Änderungen, die bei der Überleitung der Übergangsversion 2017/2018 auf die G-DRG-Version 2018 vorgenommen wurden. Diese sind auch im Abschlussbericht des Jahres 2018 dargestellt.

Im zweiten Schritt wurde, analog zu diesem Vorgehen, die G-DRG-Version 2018/2019 auf die G-DRG-Version 2019 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 2019 auf Basis der Leistungsdaten der Jahre 2017 bzw. 2018 zu führen. Zu diesem Zweck erfolgt eine möglichst frühzeitige Grupper-Zertifizierung, und die entsprechenden Definitionshandbücher werden bereits vor Veröffentlichung der G-DRG-Version 2019 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 Kodes mit „Vorgängerkode“

Für identische Kodes ergibt sich in der Regel nicht die Notwendigkeit einer Überleitung. Für nicht identische Kodes 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 Kodes, die im Jahr 2019 Gültigkeit erhalten, die Funktion zugewiesen, die ihr „Vorgängerkode“ in der Version 2018/2019 hatte. Typischerweise kommt dies bei einer Ausdifferenzierung von Kodes vor.

So wird beispielsweise den im Jahr 2019 neu etablierten fünfstelligen Kodes für Obstipation K59.0- die Funktion des im Jahr 2018 gültigen vierstelligen Kodes K59.0 *Obstipation* (siehe Tab. 27) zugewiesen.

Alter Kode (ICD-10-GM Version 2017)	Neue Kodes (ICD-10-GM Version 2018)
K59.0 <i>Obstipation</i>	K59.00 <i>Obstipation bei Kolontransitstörung</i> K59.01 <i>Obstipation bei Stuhlentleerungsstörung</i> K59.02 <i>Medikamentös induzierte Obstipation</i> K59.09 <i>Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation</i>

Tabelle 27: Differenzierung des ICD-Kodes K59.0- Obstipation

Die neuen Kodes wurden gemäß der Überleitungstabelle des DIMDI auf den Vorgängerkode K59.0 übergeleitet. Konkret bedeutet dies für das G-DRG-System 2019:

In jeder Tabelle des G-DRG-Systems 2018/2019, in welcher der alte ICD-10-Kode K59.0 verzeichnet ist, wurden für das G-DRG-System 2019 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 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*
- „Nicht schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane“ der Basis-DRGs G46, G47 und G50
- „Ösophagitis, Gastroenteritis, verschiedene Krankheiten der Verdauungsorgane“ der Basis-DRG G67

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.

Das 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 2019 wurde ein Kode für die *Intraperitoneale Druck-Aerosolchemotherapie [PIPAC]* neu etabliert. Laut klassifikatorischer Überleitung des DIMDI sollte dieser neue OPS-Kode auf den unspezifischen Kode („Sonstige“) für *Anderere Bauchoperationen: Sonstige* 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 beschreiben, wurde von der klassifikatorischen Überleitung des DIMDI abgewichen. Im Ergebnis wurde der neue Kode 5-549.b auf den Kode 1-694 *Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)* übergeleitet und ist damit in der G-DRG-Version 2019 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.

Für die G-DRG-Version 2019 bestand nicht die Notwendigkeit einer Anpassung des Algorithmus nach der Überleitung auf die ICD-10-GM bzw. den OPS Version 2019. Daher wird diese Konstellation unverändert anhand von folgendem Beispiel erläutert:

Im OPS Version 2018 wurde die Kodierung von *Ablativen Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen* (Kodebereich 8-835) grundlegend überarbeitet. Zum einen wurden einige Kodes wie z.B. 8-835.8\* *Anwendung dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren* in Zusatzcodes umgewandelt. Zum anderen wurde bei diesem Kode 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 der G-DRG-Version 2017/2019 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 und F50B in der Weise angepasst, dass der Code 8-835.8 in Kombination mit den entsprechenden Lokalisationen der oben genannten „Primärkodes“ analog der Eingruppierung in der G-DRG-Version 2017/2019 in die DRGs F50A und F50B 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 2019:

- 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 2019 neu aufgenommenen Codes für die *Molekularbiologisch-mikrobiologische Diagnostik* (1-931.\*). Diese Codes sind im G-DRG-System 2019 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 2019 neue Zusatzcode für die Kodierung von *Mittelschwere bis schwere Psoriasis* (L40.70). Dieser neue Code wurde auf den Diagnosekode *Papulosquamöse Hautkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten* (L45) übergeleitet und damit den unzulässigen Hauptdiagnosen der MDC 09 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 Kodes werden anhand ergänzender Informationen einzelnen DRGs zugeordnet***

In den Jahren 2018 oder 2019 neu etablierte ICD-10- und OPS-Kodes sind in den regulären Kalkulationsdaten, die dem InEK bei der Entwicklung des G-DRG-Systems 2019 vorliegen, nicht vorhanden. Es ist in bestimmten Fällen jedoch möglich, diese über eine zusätzliche Datenerhebung oder mittels Hilfskonstrukten auf Basis verfügbarer Kodes im Rahmen der Kalkulation zu untersuchen und ggf. dennoch eine Zuordnung zu einer DRG zu erreichen. Bei der Entwicklung des Systems 2019 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 2019 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 2019 neu aufgenommene Kode 5-549.b *Intra-peritoneale Druck-Aerosolchemotherapie [PIPAC]*. 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 von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2019 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 2019.

Im Folgenden ein Beispiel für eine prägnante Änderung/Klarstellung:

- DKR 1911r: In dieser Kodierrichtlinie wurde klargestellt, dass Diagnosen aus dem Codebereich S00–S99 für multiple Verletzungen „z.B.“ mit „.7“ an vierter Stelle enden können. Damit ist zukünftig klar, dass auch andere Codes, die multiple Verletzungen beschreiben – wie z.B. die Diagnose S13.3 *Multiple Luxationen im Bereich des Halses* – ebenfalls unter die Regelung der DKR 1911 fallen.

In Anhang B der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2019 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 2019 umfasst insgesamt 1.318 DRGs. Einen Überblick über die Veränderungen im Vergleich zum G-DRG-System 2018 gibt Tabelle 28:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
G-DRG-System 2019	1.318	+ 26
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.271	+ 26
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	± 0

Tabelle 28: Überblick über das G-DRG-System 2019

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

Im Zusatzentgelte-Katalog (FPV 2019 Anlage 2) werden 93 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 94) aufgeführt. Die Anzahl der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (FPV 2019 Anlage 4) liegt bei 121 (Vorjahr: 110).

##### 3.4.1.2 Nicht bewertete DRGs

Im G-DRG-System 2019 ist die Anzahl der als „nicht pauschalierbar“ dargestellten DRGs gegenüber dem G-DRG-System 2018 mit 42 DRGs unverändert.

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

Die im Vergleich zum Vorjahr unveränderte kritische Gesamtwürdigung kalkulationsrelevanter Aspekte führte im G-DRG-System 2019 dazu, dass sich die 42 in Anlage 3a der FPV 2019 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 die angefragten Methoden/Leistungen auch auf eine mögliche Abbildung im Zusatzentgelte-Katalog hin 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 2019 im Vergleich zum G-DRG-System 2018 ist in Tabelle 29 vergleichend dargestellt.

	G-DRG-System 2018	G-DRG-System 2019
<b>Mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte</b>		
Operative, interventionelle und diagnostische Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	37	37
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	51	50
Besondere Behandlungsformen	6	6
<b>Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG</b>		
Operative, interventionelle und diagnostische Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	45	45
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	60	71
Besondere Behandlungsformen	5	5
<b>Gesamt</b>	<b>204</b>	<b>214</b>

Tabelle 29: Vergleich der Anzahl der Zusatzentgelte in den G-DRG-Systemen 2018 und 2019

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 *Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung* (ZE2019-26), die *Versorgung von Schwerstbehinderten* (ZE2019-36), die *Naturheilkundliche Komplexbehandlung* (ZE2019-40), die *Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst*

(ZE2019-133) und die *Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen externen Palliativdienst* (ZE2019-134) (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. Für das Zusatzentgelt ZE01.02 *Hämodialyse, intermittierend, Alter < 15 Jahre* entsprach die Datenbasis wie im vergangenen Jahr 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 unter Berücksichtigung des erhöhten Zuschlags für nicht medizinische Infrastruktur unverändert übernommen. ZE2018-109 *Dialyse mit High-Cut-Off-Dialysemembran* bleibt auch weiterhin unbewertetes Zusatzentgelt.

### **Verfahren**

Im Bereich der Zusatzentgelte für operative, interventionelle und diagnostische Verfahren ergaben sich für das G-DRG-System 2019 keine wesentlichen Änderungen im Vergleich zum Vorjahr. Bei Differenzierungen ZE-definierender OPS-Kodes erfolgte die Zuordnung neuer OPS-Kodes entsprechend der Überleitung des DIMDI (siehe dazu auch Kap. 2.3).

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 zehn neue Zusatzentgelte für Medikamente aufgenommen, die für das Jahr 2018 den NUB-Status 1 erhalten hatten (siehe Tab. 30). Die aufgeführten Leistungen erfüllen zwar die Kriterien für eine Zusatzentgelt-Definition, konnten jedoch auf Basis der vorhandenen Daten nicht mit einem Vergütungsbetrag bewertet werden.

Bezeichnung	Zusatzentgelt
<i>Gabe von Posaconazol, parenteral</i>	ZE2019-156
<i>Gabe von Pixantron, parenteral</i>	ZE2019-157
<i>Gabe von Pertuzumab, parenteral</i>	ZE2019-158
<i>Gabe von Blinatumomab, parenteral</i>	ZE2019-159
<i>Gabe von Pembrolizumab, parenteral</i>	ZE2019-160
<i>Gabe von Nivolumab, parenteral</i>	ZE2019-161
<i>Gabe von Carfilzomib, parenteral</i>	ZE2019-162
<i>Gabe von Macitentan, oral</i>	ZE2019-163
<i>Gabe von Riociguat, oral</i>	ZE2019-164
<i>Gabe von Nusinersen, intrathekal</i>	ZE2019-165

*Tabelle 30: 2018 mit Status 1 bewertete Leistungen, die in das G-DRG-System 2019 als unbewertete Zusatzentgelte integriert wurden*

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 31 aufgelisteten Zusatzentgelte für das Jahr 2019 in die Liste der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG überführt. Für Zusatzentgelte, die bereits für den Katalog 2018 aufgrund der beschriebenen Problematik in die Anlage der unbewerteten Zusatzentgelte überführt worden waren, erfolgte auf Grundlage einer Einigung der Selbstverwaltung eine Erläuterung für die Abrechnung der betroffenen Zusatzentgelte bei weiterhin fehlender Budgetvereinbarung: „Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2019 ist für dieses Zusatzentgelt das bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2019 weiter zu erheben. Bei fehlender Budgetvereinbarung 2018 ist für dieses Zusatzentgelt das bewertete Zusatzentgelt ZE[...] in Höhe von 70 Prozent der im DRG-Katalog 2017 bewerteten Höhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2018 weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.“ Von dieser Regelung betroffen sind die Zusatzentgelte ZE2019-147 *Gabe von Bortezomib, parenteral*, ZE2019-148 *Gabe von Adalimumab, parenteral*, ZE2019-149 *Gabe von Infliximab, parenteral*, ZE2019-150 *Gabe von Busulfan, parenteral* und ZE2019-151 *Gabe von Rituximab, intravenös*.

Aufgrund einer unzureichenden Datenbasis und unsicherem Zulassungsstatus wurde die *Gabe von Palifermin, parenteral* (ZE2019-155) in die Liste der krankenhaushausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte überführt.

Leistung	ZE (2018)	ZE (2019)
<i>Gabe von Trastuzumab, intravenös</i>	ZE149	ZE2019-153
<i>Gabe von Anidulafungin, parenteral</i>	ZE115	ZE2019-154

Tabelle 31: Bewertete Zusatzentgelte, die im G-DRG-System 2019 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 Einstiegschwellen. In den ergänzenden Daten des Datenjahres 2017 war für alle genannten Wirkstoffe ein sich fortsetzender Preisrückgang aufgrund der Verfügbarkeit von Biosimilars bzw. äquivalenter Wirkstoffe zu beobachten. Die Kalkulation der Zusatzentgelte für Pegfilgrastim und Lipegfilgrastim erfolgt auf Grundlage einer Einigung der Selbstverwaltung auch für das G-DRG-System 2019 unter Berücksichtigung eines Abzugsbetrages. Zudem zeigten die Daten für Pegfilgrastim und Lipegfilgrastim wie im vergangenen Jahr keine relevanten Kostenunterschiede: Die Kalkulation von ZE71 *Gabe von Pegfilgrastim, parenteral* und ZE160 *Gabe von Lipegfilgrastim, parenteral* erfolgte aus diesem Grund auch für das G-DRG-System 2019 auf einer gemeinsamen Datenbasis.

Wie in jedem Jahr wurden auch im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung die ergänzenden Daten von Fällen mit einer Medikamentendosierung in der obersten Dosisklasse der entsprechenden bewerteten Zusatzentgelte eingehend analysiert. Bei zwei Leistungen zeigten sich dabei deutliche Unterschiede zwischen dem Betrag der oberen Dosisklasse und den mittleren plausiblen Kosten der betroffenen Fälle dieser Klasse. Für die Zusatzentgelte ZE117 *Gabe von Trabectedin, parenteral* und ZE154 *Gabe von Eculizumab, parenteral* erfolgte auf Basis dieser Ergebnisse eine Erweiterung der Dosisklassen einschließlich Etablierung entsprechender OPS-Kodes.

### **Gabe von Blutprodukten**

Bei weiterhin unterschiedlichen Kosten für Thrombozytenkonzentrate und Apherese-Thrombozytenkonzentrate enthält der Fallpauschalen-Katalog für 2019 auch zukünftig in Bezug auf Vergütungsbetrag und Einstiegsschwelle unterschiedliche Zusatzentgelte für diese Leistungen: ZE146 *Gabe von Thrombozytenkonzentraten* und ZE147 *Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten* bzw. ZE164 *Gabe von pathogeninaktivierten Thrombozytenkonzentraten* und ZE165 *Gabe von pathogeninaktivierten Apherese-Thrombozytenkonzentraten*.

### 3.4.2 Analyse des Pauschalierungsgrades

Die Gesamtzahl der DRGs ist in den letzten drei Jahren (G-DRG-Systeme 2017, 2018 und 2019) von 1.255 über 1.292 auf nun 1.318 angestiegen. Parallel dazu verläuft die Entwicklung der Anzahl bewerteter DRGs von 1.208 über 1.245 auf 1.271.

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

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

#### **Analyse der Anzahl getroffener DRGs in den Krankenhäusern**

Unter Ausblendung derjenigen DRGs, die pro Krankenhaus nur genau ein Mal getroffen werden, zeigt eine Analyse der vollstationären Daten gem. § 21 KHEntgG des Datenjahres 2017, 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 64% der dem KHEntgG unterliegenden Krankenhäuser rechnen höchstens 400 verschiedene DRG-Fallpauschalen ab (siehe Abb. 33).

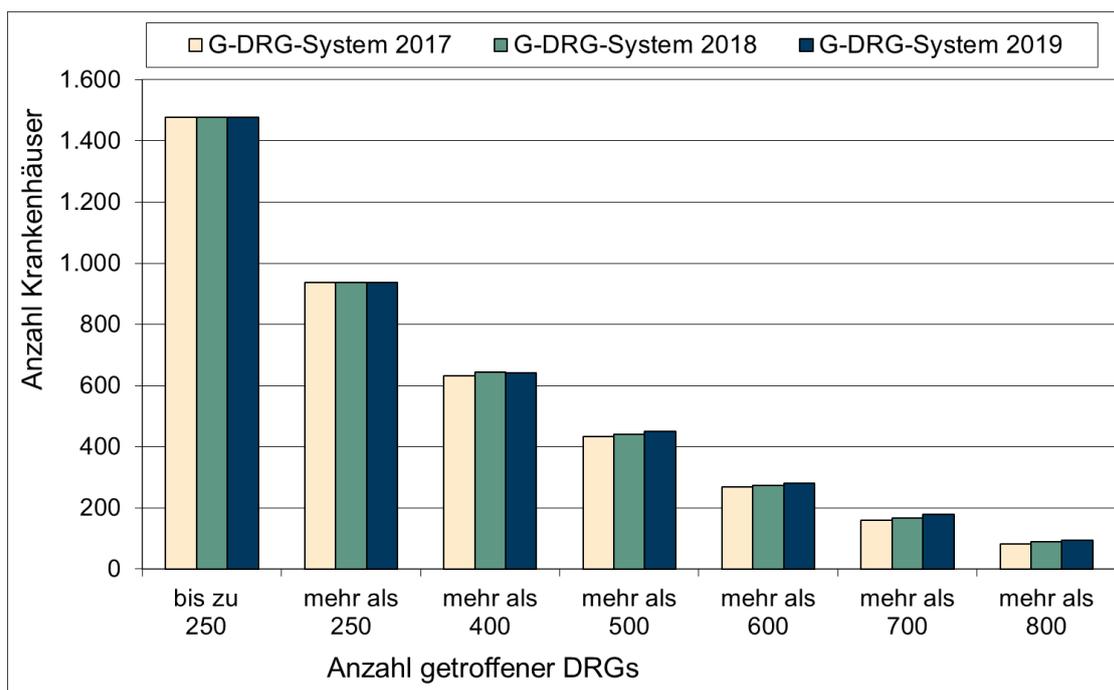


Abbildung 33: Anzahl getroffener DRGs pro Krankenhaus für die G-DRG-Systeme 2017, 2018 und 2019, Basis: Vollstationäre Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2017

#### **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. 34).

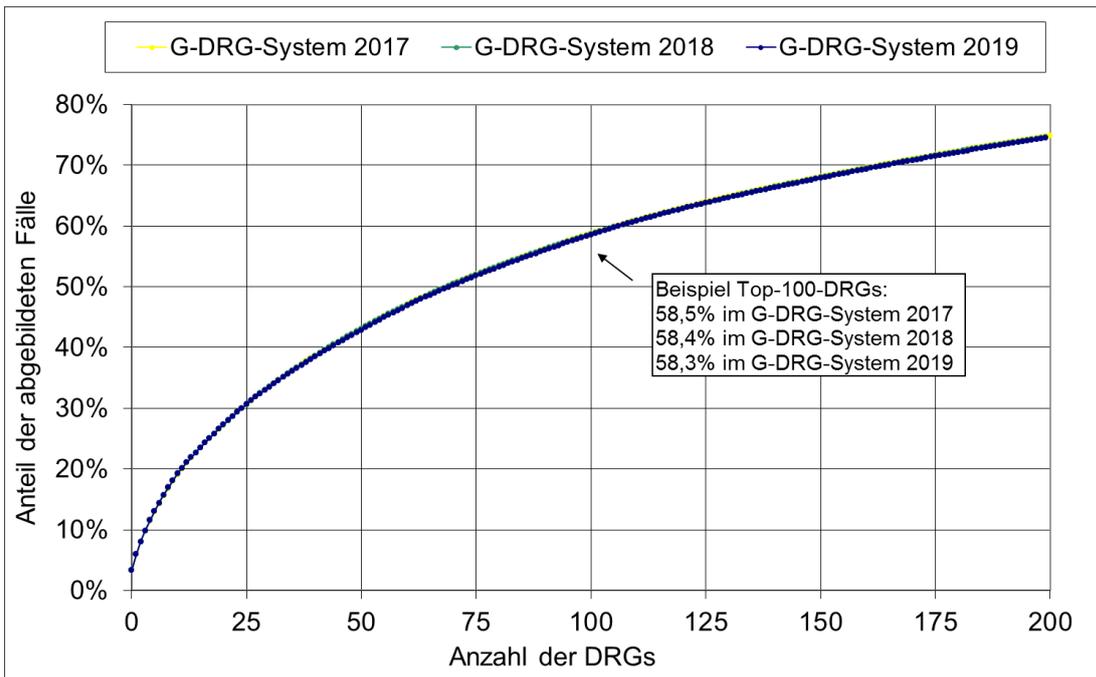


Abbildung 34: Anteil der vollstationären Fälle in den 200 fallzahlstärksten DRGs, G-DRG-Systeme 2017, 2018 und 2019, Basis: Vollstationäre Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2017

In Abbildung 35 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.

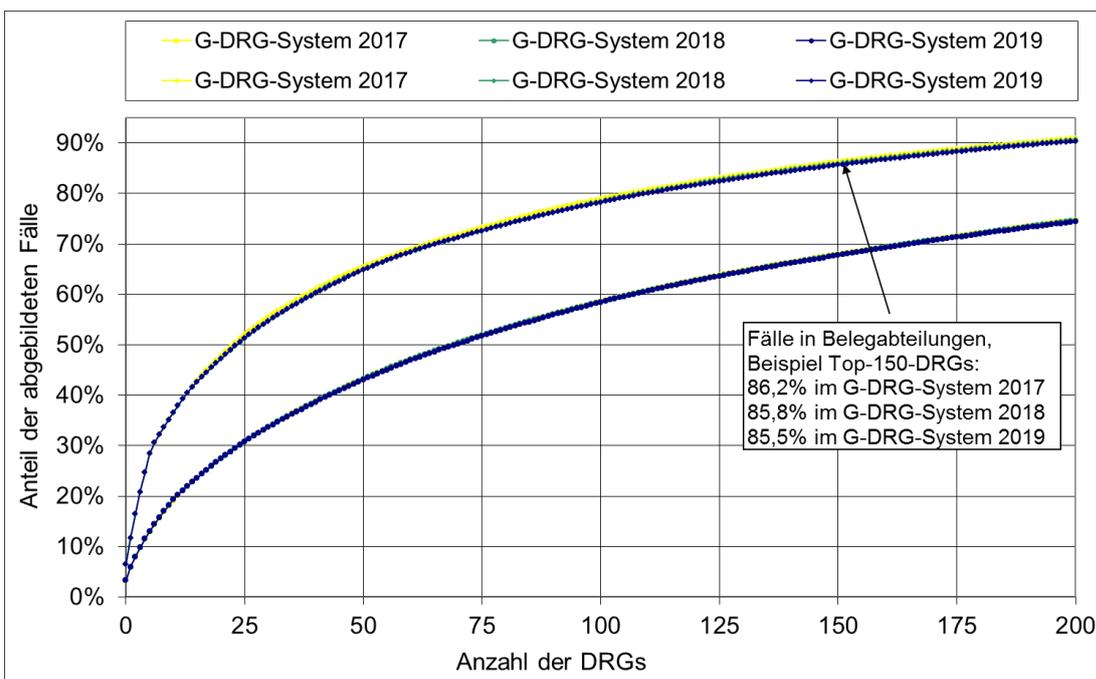


Abbildung 35: Anteil der Fälle in Haupt- und Belegabteilungen in den 200 fallzahlstärksten DRGs, G-DRG-Systeme 2017, 2018 und 2019, Basis: Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2017

Dieses Ergebnis konnte erwartet werden, nachdem die 67 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 R<sup>2</sup>-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 2018 als auch nach dem G-DRG-System 2019 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 1.218 DRGs im G-DRG-System 2018 bzw. 1.244 DRGs im G-DRG-System 2019 für die Analyse verwendet.

#### **Analyse der Varianzreduktion**

Zur Bewertung des G-DRG-Systems 2019 im Vergleich zum G-DRG-System 2018 wurde der R<sup>2</sup>-Wert als Maß für die Varianzreduktion herangezogen. Dieses statistische Maß zeigt den durch die Klassifikation erklärten Anteil der Kostenstreuung an. Je geringer der Anteil der erklärten Streuung in den Klassen im Vergleich zur Streuung zwischen den Klassen ist, desto höher ist die Güte des Systems.

In beiden Versionen wurden die R<sup>2</sup>-Werte auf Basis der Daten des Jahres 2017 – für alle Fälle und für Inlier – berechnet und einander gegenübergestellt (siehe Tab. 32):

	G-DRG-System 2018	G-DRG-System 2019	Verbesserung (in %)
R <sup>2</sup> -Wert auf Basis aller Fälle	0,7767	0,7805	+0,5
R <sup>2</sup> -Wert auf Basis der Inlier	0,8645	0,8675	+0,3

Tabelle 32: Vergleich der Varianzreduktion R<sup>2</sup> in den G-DRG-Systemen 2018 und 2019, Basis: Datenjahr 2017

Bezogen auf alle Fälle konnte die Varianzreduktion um 0,5% verbessert werden. Für Inlier wurde ein  $R^2$ -Wert von 0,8675 erreicht. Somit konnte der  $R^2$ -Wert als Maß für die Varianzreduktion auf Basis der Inlier im G-DRG-System 2019 im Vergleich zur Version 2018 um 0,3% gesteigert werden.

Neben der Betrachtung des gesamten G-DRG-Systems kann die Varianzreduktion auch für jede einzelne MDC berechnet werden. In Abbildung 36 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 2019 (linke Skala). Der Index gibt das Verhältnis zwischen der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das G-DRG-System 2019 und der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das G-DRG-System 2018 wieder. Eine Referenzlinie für den Indexwert 100 (rechte Skala) erleichtert den Vergleich.

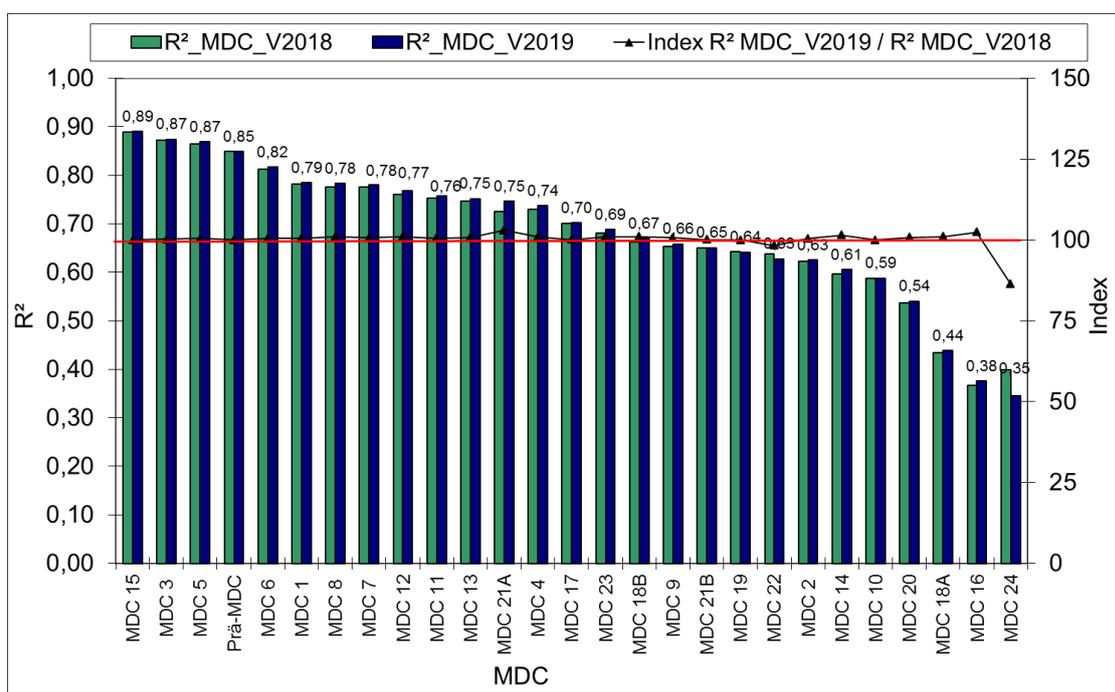


Abbildung 36:  $R^2$ -Wert je MDC für die G-DRG-Systeme 2018 und 2019, Basis: Inlier (Sortierung nach  $R^2$ -Wert für das G-DRG-System 2019), Datenjahr 2017

Die Darstellung zeigt die Unterschiede in der Varianzreduktion zwischen den MDCs. In 25 von 27 MDCs ist eine gleichbleibende oder verbesserte Varianzreduktion im Vergleich des G-DRG-Systems 2019 mit dem G-DRG-System 2018 zu verzeichnen.

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

- MDC 21A *Polytrauma* (Index 103,1)
- MDC 16 *Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems* (Index 102,5)
- MDC 14 *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* (Index 101,5)
- MDC 18B *Infektiöse und parasitäre Krankheiten* (Index 101,1)

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 0,7820 auf 0,7853 (Index 100,4)
- MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*: von 0,8648 auf 0,8688 (Index 100,5)
- MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*: von 0,8126 auf 0,8168 (Index 100,5)
- MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*: von 0,7754 auf 0,7833 (Index 101,0)

### **Analyse der Kostenhomogenität**

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

Teilt man die DRGs bezüglich des Kostenhomogenitätskoeffizienten in Klassen ein, so ergibt sich – auf Basis der Inlier (Daten des Jahres 2017) für die analysierten DRGs – folgende Situation (siehe Tab. 33):

Homogenitätskoeffizient Kosten	G-DRG-System 2018		G-DRG-System 2019		Veränderung des Anteils
	Anzahl	Anteil (in %)	Anzahl	Anteil (in %)	
<i>Bereich</i>					<i>Veränderung (in %)</i>
unter 60%	15	1,2	17	1,4	+ 11,0
60 bis unter 65%	77	6,3	72	5,8	- 8,4
65 bis unter 70%	351	28,8	336	27,0	- 6,3
70 bis unter 75%	388	31,9	401	32,2	+ 1,2
75% und mehr	387	31,8	418	33,6	+ 5,8
<b>Gesamt</b>	<b>1.218</b>		<b>1.244</b>		

Tabelle 33: Vergleich Homogenitätskoeffizient der Kosten für die G-DRG-Systeme 2018 und 2019, Basis: Inlier, Datenjahr 2017

In den beiden Klassen mit der höchsten Homogenität („70% bis unter 75%“ sowie „75% und mehr“), die auch die Klassen mit den meisten DRGs stellen, ist ein Anstieg von 1,2% bzw. 5,8% festzustellen.

### **Analyse des Konfidenzintervalls der Fallkosten**

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

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

Die analysierten DRGs wurden in Klassen eingeteilt, die den beschriebenen Anteil widerspiegeln. Abbildung 37 zeigt den DRG-Anteil in den verschiedenen Klassen für die G-DRG-Systeme 2018 und 2019.

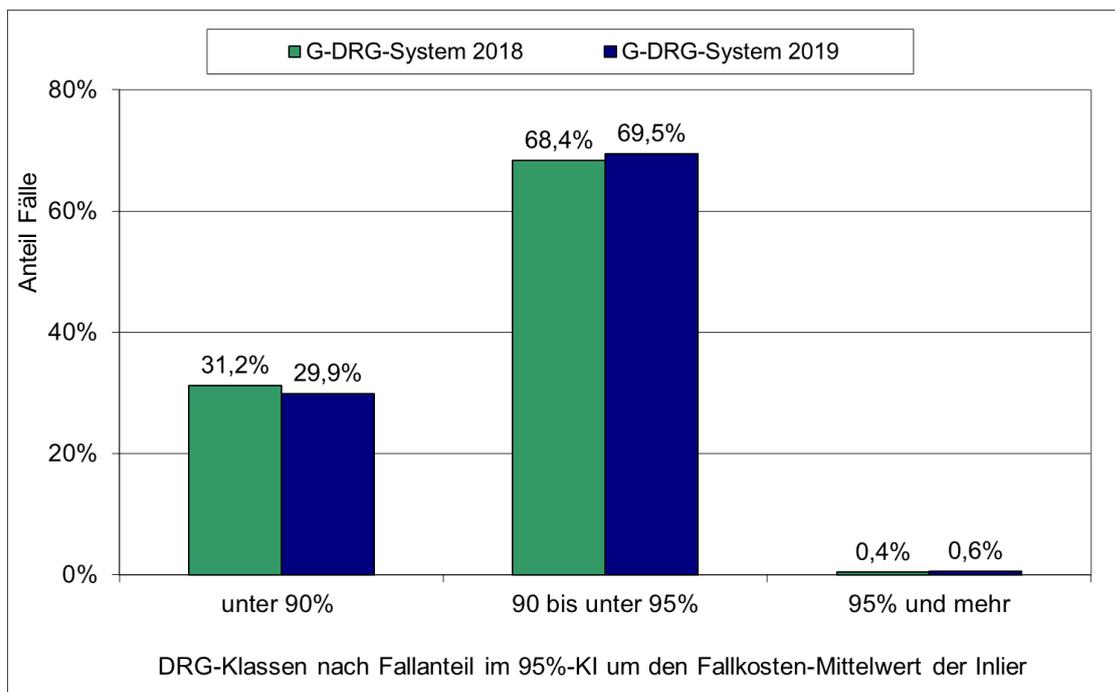


Abbildung 37: Vergleich der DRG-Klassen im 95%-Konfidenzintervall um den Fallkosten-Mittelwert der Inlier für die G-DRG-Systeme 2018 und 2019 bezüglich Fallanteil, Basis: Datenjahr 2017

Beim Vergleich des G-DRG-Systems 2019 mit dem G-DRG-System 2018 ist eine Verschiebung des Fallanteils von der Klasse „unter 90%“ hin zu den Klassen „90% bis unter 95%“ und „95% und mehr“ festzustellen.

Diese Resultate unterstreichen insgesamt die Kostenhomogenität des G-DRG-Systems 2019.

### 3.4.4 Analyse der Verweildauer

#### 3.4.4.1 Verweildauervergleich der Datenjahre 2015, 2016 und 2017

Vor der Analyse auf Repräsentativität der Verweildauer wurde die Verweildauer in den Daten gem. § 21 KHEntgG untersucht. Als Analysebasis dienten die aus den drei Datenjahren 2015, 2016 und 2017 jeweils gemäß G-DRG-Version 2017 gruppierten Fälle in Hauptabteilungen ohne Fälle in nicht bewerteten DRGs (Anlage 3a). Der Analyse lagen rund 18,0 bzw. 18,3 bzw. 18,3 Mio. Fälle zugrunde.

Im Durchschnitt ergab sich in den Daten gem. § 21 KHEntgG ein Verweildauerrückgang von 1,4% vom Datenjahr 2015 zum Datenjahr 2016 sowie ein Rückgang von 0,8% vom Datenjahr 2016 zum Datenjahr 2017 (siehe Tab. 34).

Daten gem. § 21 KHEntgG Hauptabteilung	Verweildauer- Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)
Datenjahr 2015	6,22		
Datenjahr 2016	6,13	- 0,09	- 1,4
Datenjahr 2017	6,08	- 0,05	- 0,8

Tabelle 34: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gem. § 21 KHEntgG, Basis: Datenjahre 2015 bis 2017, Hauptabteilungen, gruppiert nach G-DRG-Version 2017

Betrachtet man nur die Datenjahre 2016 und 2017, ergibt sich bei den 20 häufigsten DRGs, die 26,8% der Fälle in den Daten gem. § 21 KHEntgG des Jahres 2017 repräsentieren, ein Rückgang des Verweildauer-Mittelwerts von 0,07 Tagen bzw. 1,5%.

Die Ergebnisse einer Analyse getrennt nach Fällen in Hauptabteilungen bzw. in belegärztlicher Versorgung und eingeschränkt auf nur solche DRGs mit mindestens 20 Fällen in beiden Abteilungsarten ist in Tabelle 35 dargestellt.

Nach dieser DRG-Filterung ist ein Verweildauerrückgang vom Datenjahr 2016 zum Datenjahr 2017 von 1,0% für Fälle in Hauptabteilungen bzw. 2,7% für Fälle in belegärztlicher Versorgung zu verzeichnen.

Daten gem. § 21 KHEntgG	VWD Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)	VWD Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)
	Hauptabteilung			Belegabteilung		
Datenjahr 2015	5,26			3,85		
Datenjahr 2016	5,09	- 0,17	- 3,2	3,74	- 0,11	- 2,9
Datenjahr 2017	5,04	- 0,05	- 1,0	3,64	- 0,10	- 2,7

Tabelle 35: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gem. § 21 KHEntgG, Basis: Datenjahre 2015 bis 2017, DRGs mit Fallzahl > 20 in Haupt- und Belegabteilung

Im Vergleich zur Gesamtbetrachtung (siehe Tab. 34) beträgt der Mittelwert der Verweildauer für das aktuell vorliegende Datenjahr 2017 für Fälle in Hauptabteilungen nun statt 6,08 nur noch 5,04 Tage. Der Verweildauerrückgang ist mit 1,0% im Vergleich zu 0,8% etwas stärker.

Im Folgenden wird die Entwicklung des Anteils der vollstationären Fälle mit einem Belegungstag an allen vollstationären Fällen (siehe Abb. 38) betrachtet.

Während für Fälle in Belegabteilungen ein leichter Anstieg des Anteils der Ein-Belegungstag-Fälle festzustellen ist, geht dieser bei Fällen in Hauptabteilungen – und damit auch für die vollstationären Fälle insgesamt – leicht zurück.

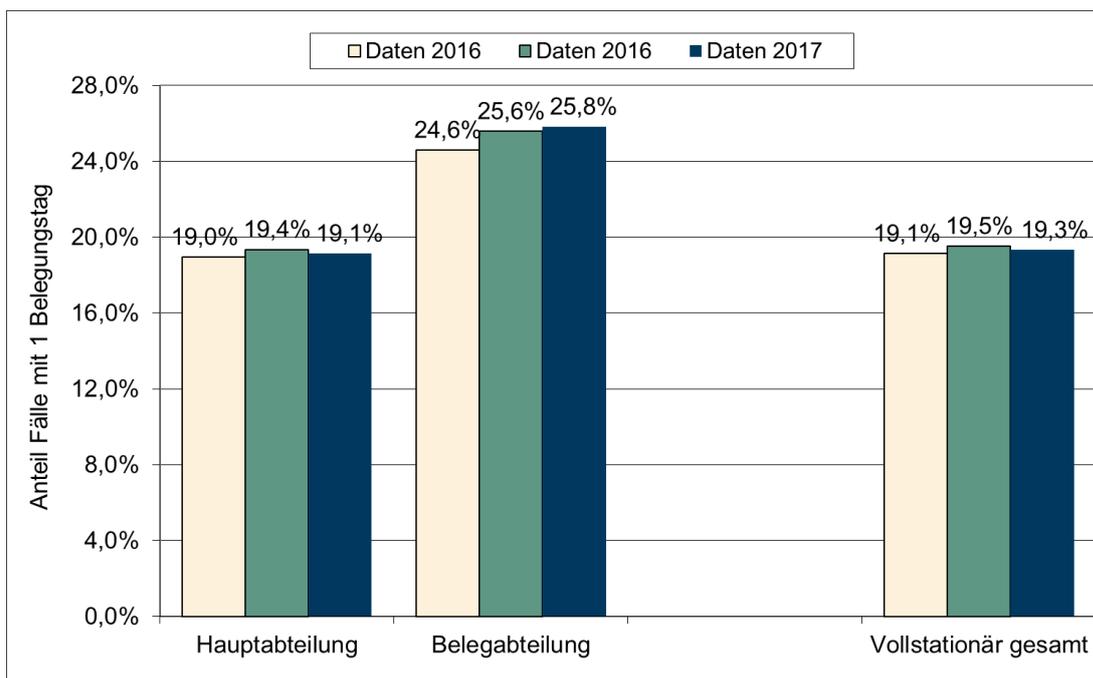


Abbildung 38: Entwicklung des Anteils der vollstationären Fälle mit einem Belegungstag an allen vollstationären Fällen, Basis: Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahre 2015 bis 2017

#### 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 2019 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 22,2 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 1.238 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. 39): Für 1.000 der 1.238 analysierten DRGs (81%) ist diese geringer als +/- 0,5 Tage, 1.158 DRGs (94%) unterscheiden sich um höchstens +/- 1 Tag und für 1.209 DRGs (98%) beträgt diese gerundet höchstens +/- 2 Tage.

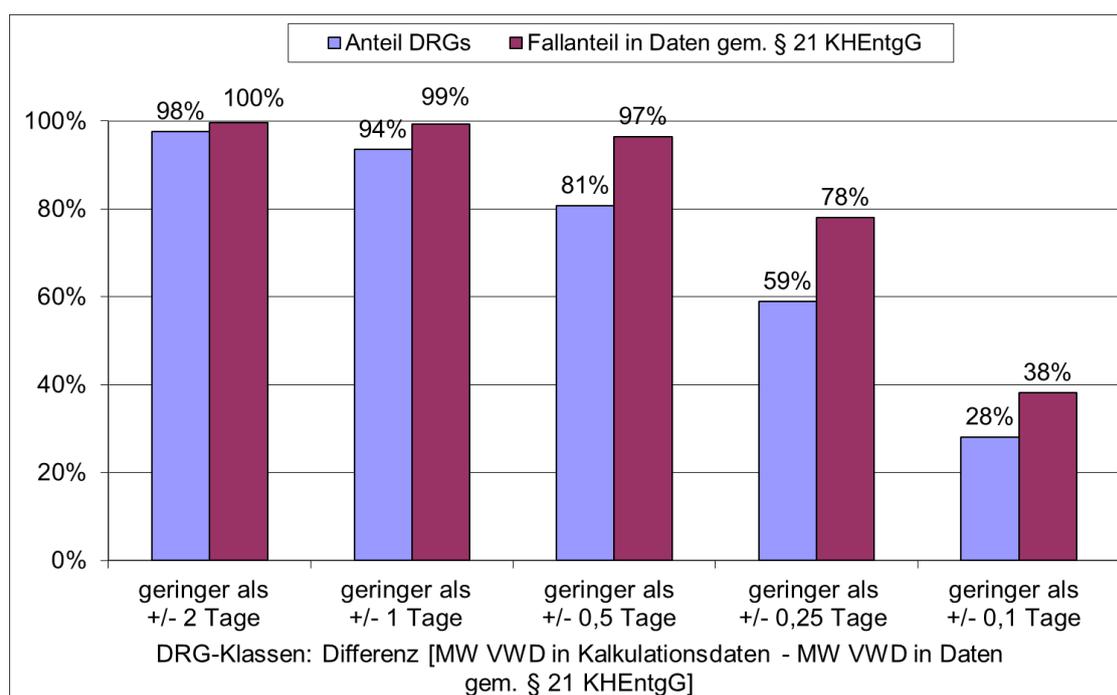


Abbildung 39: Häufigkeitsverteilung Differenzen der Verweildauer-Mittelwerte (Daten der Kalkulationskrankenhäuser – Daten gem. § 21 KHEntgG), getrennt nach DRG- und Fallanteil, Basis: Inlier, Datenjahr 2017

Im Hinblick auf die Fallanteile in den Daten gem. § 21 KHEntgG wird in der Analyse deutlich, dass 78% aller analysierten Fälle in DRGs liegen, deren Verweildauer-Mittelwerte sich um höchstens 0,25 Tage unterscheiden. Bei der Abweichung von +/- 0,5 Tagen sind dies 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 40 dargestellte empirische Häufigkeitsverteilung der Homogenitätsklassen. Die Häufigkeitsverteilungen der Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und der Daten gem. § 21 KHEntgG unterscheiden sich nur geringfügig.

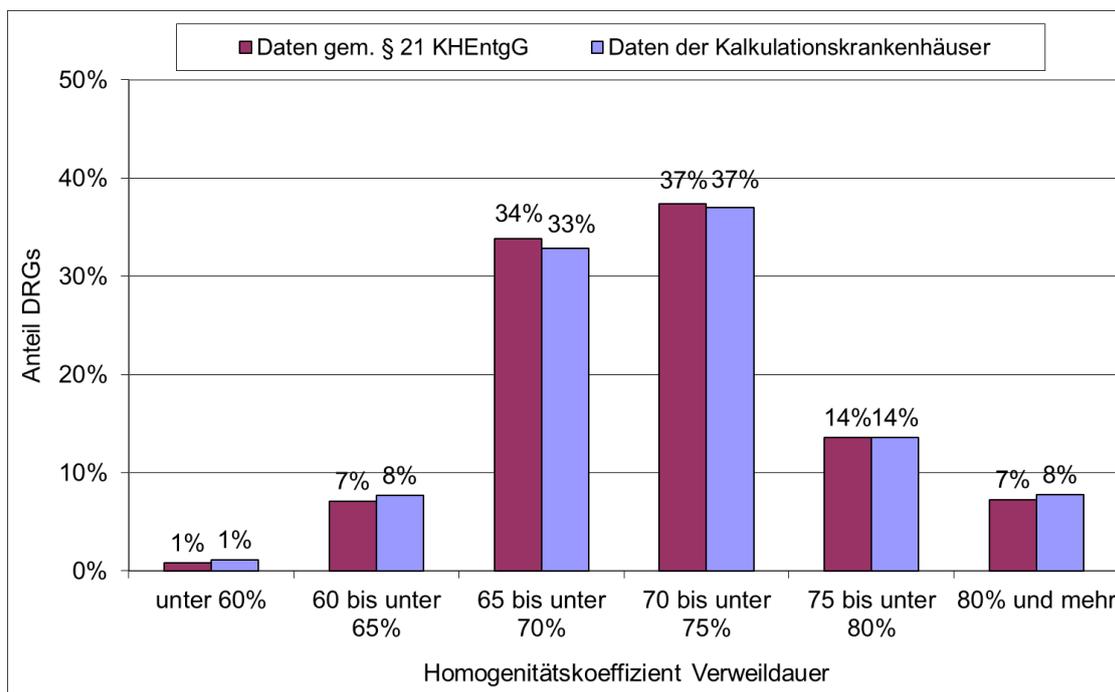


Abbildung 40: Häufigkeitsverteilung der Verweildauer-Homogenitätskoeffizientenklassen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 KHEntgG, Basis: Inlier, Datenjahr 2017

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

Für 1.218 von 1.238 DRGs (98%) 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 1.129 DRGs (91% von 1.238 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 1.238 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 2019 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 weiteres Verbesserungspotential in der Datenqualität auf. Dieses Potential aufgreifend, werden die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen in der kommenden Kalkulationsrunde kontinuierlich weiterentwickelt. Dies betrifft insbesondere die seit dem Datenjahr 2016 neu differenzierten Kostenstellengruppen 11 bis 13. Auf Basis der Erkenntnisse zweier Kalkulationsrunden können die bestehenden Prüfungen inhaltlich weiterentwickelt und die Zielgenauigkeit der Prüfungen geschärft werden. Nachdem der überwiegende Teil der zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation verpflichteten Krankenhäuser sich an der Kalkulation des Datenjahres 2016 nicht beteiligt hatte, wurde am 22. September 2017 eine erneute Ziehrunde zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation durchgeführt und 20 weitere Teilnehmer für den Entgeltbereich „DRG“ verpflichtet. Für das Datenjahr 2017 haben die im Jahr 2016 verpflichteten Krankenhäuser weitgehend Kalkulationsdaten geliefert, sodass ein guter Schritt zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation gegangen werden konnte. Mit dem Datenjahr 2018 ist mit einer Steigerung der Kalkulationsbeteiligung zu rechnen, sodass die Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation einen weiteren Schritt in die richtige Richtung vollziehen wird.

Mit Verabschiedung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) wurden elementare Veränderungen im G-DRG-Vergütungssystem angekündigt. Die wichtigsten Bausteine der Veränderungen sind:

- Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen aus dem Vergütungssystem ab dem Budgetjahr 2020
- Die Entwicklung und Pflege eines Systems der Pflegepersonalkosten-Vergütung ab dem Budgetjahr 2020
- Die Weiterentwicklung der pflegesensitiven Bereiche in Krankenhäusern sowie der zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen differenziert nach Schweregradgruppen nach dem jeweiligen Pflegeaufwand
- Die Pflege und Weiterentwicklung des Kataloges zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (Pflegeaufwand-Katalog)
- Die Berechnung eines Pflegepersonalquotienten für jeden Standort eines Krankenhauses (erstmals zum 31. Mai 2020)

Unter dem Blickwinkel der anstehenden Arbeiten zur Umsetzung der gesetzlichen Aufgaben ist zu prüfen, ob und inwieweit sich Anpassungsbedarf bei den Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen ergibt.

### ***Weiterentwicklung der Kalkulationsmethodik***

Der eingeschlagene Weg des schrittweisen Ausbaus der Kalkulationsmethodik wird auch zukünftig konsequent weiterverfolgt. 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. Sofern die Umsetzung der oben genannten gesetzlichen Aufgaben eine Anpassung der Kalkulationsmethodik bei der Aufbereitung der Kalkulationsdaten in den Krankenhäusern erforderlich machen sollte, wird diese zeitnah umgesetzt.

### ***Abbildung der Fallschwere***

Mit dem G-DRG-System 2018 wurde die Abbildung der Pflege mit Hilfe des durch OPS-Kodes dokumentierbaren Pflegebedarfs von Patienten noch einmal deutlich verbessert. Die Analyse hinsichtlich der Rolle des dokumentierbaren Pflegeaufwands als Kostentrenner und damit seiner potentiellen Gruppierungsrelevanz wird in den kommenden Jahren auf erwartbar verbesserter Datenbasis fortgesetzt. Zusätzlich stehen im Datenjahr 2018 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 zur Verfügung. Der Abbildung der Fallschwere hinsichtlich des Pflegeaufwands kommt auch bei der Entwicklung einer Pflegepersonalkosten-Vergütung eine besondere Bedeutung zu, damit die Abschlagszahlungen auf das Pflegepersonalkosten-Budget sachgerecht erfolgen können.

## 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 Tagkosten 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:**

341 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
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

DRG	DRG-Text
A07A	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und int. Komplexbeh. > 3920 / 3680 / 3680 P. oder mit hochkompl. oder dreizeitigem Eingr.
A07B	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur und ECMO ab 384 Stunden oder mit Polytrauma oder 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 komplexer OR-Prozedur und Alter < 16 Jahre, mit IntK > 1764 / 1932 / - Punkten oder mit sehr komplexem Eingriff und IntK > - / 2208 / - Punkten
A09B	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 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 intensivmedizinischer Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 P., mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 P. oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre
A11A	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 Aufwandsp.
A11B	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit hochkomplexem Eingriff oder best. Eingriff und best. intensivmed. Komplexbeh. oder Alter < 2 Jahre bei angeborener Fehlbildung
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 oder hochkomplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre
A13A	Beatmung > 95 Std. mit hochkompl. Eingriff oder mit int. Komplexbeh. > 1176 / 1380 / - P. oder mit kompl. OR-Prozedur oder bei Lymphom und Leukämie und int. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 P. oder mit kompliz. Konst. u. best. OR-Proz., Alter < 16 Jahre
A13B	Beatmung > 95 Stunden mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., Alter < 16 Jahre od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte und kompliz. Konst.

DRG	DRG-Text
A13C	Beatmung > 95 Stunden mit kompl. OR-Prozedur und Alter < 6 Jahre oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konstellation oder mit intensivmed. Komplexbeh. > - / - / 1104 Punkte od. Alter < 16 J., außer bei Lymphom und Leukämie, ohne kompliz. Konstellation
A15B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter < 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 oder ohne schwerste CC
A42C	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit Entfernung eines Organtransplantates oder komplexer OR-Prozedur oder äußerst schweren CC oder komplizierender Konstellation
A60B	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, Alter < 16 Jahre
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
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 bei Neubildung des Nervensystems oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, Alter < 6 Jahre oder Alter < 16 Jahre und mehrzeitige komplexe OR-Prozedur
B02B	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, Bestr. an mind. 9 Tagen oder bei Neubildung des Nervensystems oder intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P., mit schwersten CC, Alter > 15 Jahre oder ohne mehrz. kompl. OR-Prozedur oder Alter > 5 Jahre
B02C	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, mehr als 8 Bestrahlungen oder bei Neubildung des Nervensystems oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Punkte, Alter > 15 Jahre oder ohne mehrz. kompl. OR-Prozedur od. Alter > 5 Jahre
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, außer bei Neubildung, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmtem Eingriff, Alter < 18 Jahre oder mit best. komplizierenden Faktoren
B02E	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte komplizierende Faktoren
B03Z	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit intraoperativem Monitoring oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie oder nicht akuter Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen

DRG	DRG-Text
B16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
B17B	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und and. Teilen des Nervensystems oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystr. od. Neurop., mit best. kompl. Eingr., Alter < 16 J. oder mit mäßig kompl. Eingr., Alter < 19 J. oder mit auß. schw. oder schw. CC
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. kompl. Prozedur, mit mäßig kompl. Prozedur oder kompl. Diagnose oder Bohrlochtrepanation mit auß. schweren CC od. intensivmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Punkte
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
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur oder Alter < 10 Jahre bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 588 / 552 / 552 Punkte mit best. OR-Prozedur oder best. hochaufw. Implantate oder Alter > 9 Jahre bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B39A	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, mehr als 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
B45Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
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

DRG	DRG-Text
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) oder Amnionmembrantransplantation oder komplexem Eingriff oder Alter < 16 Jahre
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, ohne komplexen Eingriff oder 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 oder bei bösartiger Neubildung am Auge
D01B	Kochleaimplantation, unilateral
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
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
D04A	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen, mit komplexem Eingriff
D04B	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen, ohne komplexen Eingriff
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
D20A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
D20B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen

DRG	DRG-Text
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder Strahlentherapie mit operativem Eingriff
D25B	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen
D33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
D35Z	Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen bei bösartiger Neubildung
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, mit starrer Endoskopie
E08A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingriff od. Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen od. mindestens 10 Bestrahlungen od. zerebrale, stereotaktische Bestrahlung
E08D	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingr. oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 10 Bestrahlungen, ohne zerebrale, stereotaktische Bestrahlung
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC
E64B	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
E75A	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit bestimmter komplizierender Konstellation oder bestimmtem Zweifacheingriff
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Mehrfacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder bestimmter anderer komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, 196 / 184 / - < IntK < 393 / 369 / - P., mit Zweifacheingriff oder bei angeborenem Herzfehler, mit kompl. Eingriff oder best. Herzklappeneingriff oder andere komplizierende Konstellation

DRG	DRG-Text
F03D	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 0 Jahre, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, IntK < 197 / 185 / - P., ohne Zweifacheingriff, außer bei Endokarditis, außer bei angeborenem Herzfehler, Alter < 16 Jahre
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 J., IntK < 197 / 185 / - P., mit Zweifacheingr. od. bei angeb. Herzfehler, oh. kompl. Eingr. od. oh. Zweifacheingr., auß. bei angeb. Herzfehler, Alter >15 J., mit Impl. klappentragende Gefäßprothese
F03F	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 0 J., ohne Eingr. in tiefer Hypoth., IntK < 197 / 185 / - P., ohne Zweifacheingr., auß. bei Endokarditis, auß. b. angeb. Herzfehler, Alter > 15 J., ohne Impl. klappentr. Gefäßpr.
F05Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder intraoperativer Ablation, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bestimmte Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie
F06A	Koronare Bypass-Operation mit bestimmten mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
F06B	Koronare Bypass-Operation mit anderen mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit kompl. Konstellation oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder Karotiseingriff
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder mit intraoperativer Ablation oder schwersten CC oder Implantation eines herzunterstützenden Systems
F06E	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne intraoperative Ablation, ohne schwerste CC, ohne Implantation eines herzunterstützenden Systems
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit best. kompliz. Konst. oder komp. Operation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 /- Aufwandspunkte oder < 18 J. mit Reop. od. and. kompliz. Konst., mit best. komp. Eingr.
F07B	Andere Eingriffe mit HLM, Alter < 1 J. od. mit best. kompliz. Konst. od. IntK > - / 368 /- P., ohne best. komp. Eingr. oder Alter > 0 J., IntK < - / 369/- P., mit and. kompl. Eingr. mit Reop. an Herz oder Perikard oder mit best. and. kompliz. Konst.
F07C	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, IntK < - / 369/- P. oder Alter > 17 Jahre oder ohne Reop. oder ohne and. kompliz. Konst., ohne and. kompl. Eingriffe oder ohne Reop. an Herz oder Perikard oder ohne best. andere kompliz. Konst.
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

DRG	DRG-Text
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
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. Aortenstenot 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 Aortenstenot 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 < 18 Jahre
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte
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 Adhäsiolyse 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
G29B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 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
G47A	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, Alter < 16 Jahre
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 oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 J., mit kompl. Eingriff oder intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P.
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 J., ohne kompl. Eingriff, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P.
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
H16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
H16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas

DRG	DRG-Text
H36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 828 / - Aufwands- punkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 und < 981 / 829 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobi- liärem System und Pankreas
H38A	Bestimmte komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H61B	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, 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 He- patitis, Alter < 16 Jahre
H78Z	Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Stö- rungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I02A	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation außer an der Hand, mit kompli- zierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit schwerem Weichteilschaden, mit äußerst schweren CC und komple- xer 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 ent- zündlicher Erkrankung oder best. BNB Knochen
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakra- niellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula, Alter < 16 Jahre
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Auf- wandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett- System und Bindegewebe oder hochaufwendiges Implantat bei hoch- komplexer Gewebe- / Hauttransplantation
I27A	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantati- onen mit bestimmter Diagnose und bestimmtem Eingriff oder mit äu- ßerst 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
I32B	Eingr. an Handgel. und Hand ohne mehrz. Eingr., oh. Komplexb. Hand, ohne aufw. rekonstr. Eingr., mit kompl. Eingr. od. bei angeb. Anomalie d. Hand od. Pseudarthr., Alter < 6 J. od. mit kompl. Eingr. bei angeb. Fehl. d. Hand und Alter < 16 J.
I32E	Mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter < 6 Jahre
I37Z	Resezierender Eingriff am Becken bei bösartiger Neubildung des Be- ckens oder Mehretageeingriffe an der unteren Extremität
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett- System und Bindegewebe, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen

DRG	DRG-Text
I54B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, bei bösartiger Neubildung, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
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 Erk. des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, oh. Amyloidose, ohne best. Vaskulitiden, oh. adulte Form des M. Still, oh. äußerst schwere CC, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Aufwandsp., oh. kinder- und jugendrheumat. Komplexbeh.
I95A	Implantation einer Tumorendoprothese mit Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothese oder Knochentotalersatz am Femur
I95B	Implantation einer Tumorendoprothese ohne Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothese, ohne 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
J18B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Bt, Alter > 17 Jahre oder mit kompl. Diagn., mit auß. schw. CC od. Hautulkus bei Para-/Tetraplegie od. hochkompl. Diagn. od. Epid. Bullosa, Alter < 10 Jahre oder mit schwerer Erkr. der Haut, mit aufw. Behandl.
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
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

DRG	DRG-Text
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
K62B	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetrapleg. oder mit kompliz. Diagnose oder endoskop. Einlage eines Magenballons oder Alter < 16 Jahre, ein Belegungstag od. ohne äußerst schwere CC od. ohne best. aufwendige / hochaufwendige Behandlung
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
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
L36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 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

DRG	DRG-Text
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder hämolytisch-urämisches Syndrom
M03A	Bestimmte Eingriffe am Penis, Alter < 6 Jahre oder aufwendige plastische Rekonstruktion des Penis, Alter < 18 Jahre oder Amputation des Penis mit bestimmter Lymphadenektomie
M03B	Bestimmte Eingriffe am Penis, Alter > 5 Jahre oder aufwendige plastische Rekonstruktion des Penis, Alter > 17 Jahre oder mäßig komplexe Eingriffe am Penis, Alter < 18 Jahre, ohne Amputation des Penis mit bestimmter Lymphadenektomie
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
M10C	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 komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraleingriff
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
N16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
N16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen oder Brachytherapie
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N38Z	Komplizierende Konstellation mit best. op. Eingriff bei Krankheiten u. Störungen der weibl. Geschlechtsorg. od. Beckenevisz. bei der Frau u. radikale Vulvektomie od. best. Lymphadenekt. mit äuß. schw. CC, mit kompl. Eingriff od. kompliz. Konstellation
O01A	Sekundäre Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Mehrlingsschwangerschaft oder Sectio caesarea mit IntK > 196 / 184 / 184 Punkte
O01B	Sectio caesarea, Schwangerschaftsd. bis 25 vollend. W. (SSW), m. mehr. kompliz. Diag., m. intraut. Ther. od. kompliz. Konstell. od. Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., m. od. oh. kompliz. Diag. m. best. Eingriff b. Sectio od. äuß. schw. CC
O01C	Sectio caesarea mit mehreren kompliz. Diag., Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 SSW, oh. best. kompliz. Faktoren od. mit kompliz. Diag., bis 25 SSW od. mit Tamponade einer Blutung od. Thromboembolie in Gestationsperiode m. OR-Proz., oh. äuß. schw. CC

DRG	DRG-Text
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 oder Ösophagusatresie, 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 oder Ösophagusatresie, ohne Beatmung > 143 Stunden
P03A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 120 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 > 120 Stunden, ohne Beatmung > 479 Stunden
P04A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit sig. OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Stunden oder temporärer Verschluss eines Bauchwanddefektes
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, ohne temporären Verschluss eines Bauchwanddefektes
P05A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, mit Beatmung > 179 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 oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, ohne Beatmung > 179 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, ohne temporären Verschluss eines Bauchwanddefektes
P06A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder best. aufwendige OR-Proz., mit Beatmung > 179 Stunden oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren oder Dialyse

DRG	DRG-Text
P06B	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder best. aufwendige OR-Proz., ohne Beatmung > 179 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne Dialyse
P06C	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne bestimmte aufwendige OR-Prozeduren
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden
P60C	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt, ohne Beatmung > 24 Stunden (Mindestverweildauer 24 Stunden für das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfindet)
P61A	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61B	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur
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 > 120 Stunden
P64Z	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 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

DRG	DRG-Text
P66B	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem, ohne Krampfanfall mit bestimmten diagnostischen Maßnahmen, ohne Beatmung > 48 Stunden
P66C	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 > 24 Stunden
P67B	Neugeborenes, Aufnah.-gew. > 2499 g oh. sig. OR-Proz., mit schw. Prob., oh. Hypothermiebeh., oh. Krampfanfall mit best. diag. Maßnah., oh. Beatmung > 24 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 oder bestimmte Exzisionen und Resektionen Mediastinum oder Thymus
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

DRG	DRG-Text
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Bestrahlungen an mindestens 7 Tagen
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC, Bestrahlungen an weniger als 7 Tagen
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R13A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation
R13B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R60A	Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemoth., Alter > 17 Jahre oder mit intensiver Chemoth. mit kompliz. Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder schwersten CC, Alter < 16 Jahre
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder schwersten CC, Alter > 15 Jahre
R60C	Akute myeloische Leukämie mit int. Chemoth., äuß. schw. CC od. kompl. Diagnostik b. Leuk. od. mit mäß. kompl. Chemoth. mit best. kompliz. Faktoren od. mit äuß. schw. CC mit kompl. Diagnostik od. KomplBeh. MRE mit Dial. od. äuß. schw. CC od. schwerste CC
R60D	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth., ohne kompliz. Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimpl., oh. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - AufwP., oh. äuß. schwere CC, oh. kompl. Diagnostik b. Leukämie od. mit Dialyse od. äußerst schweren CC
R60E	Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC oder mit lokaler Chemotherapie oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern

DRG	DRG-Text
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Sepsis oder bestimmter komplizierender Konstellation oder mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit auß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, mit hochkompl. Chemotherapie oder schwersten CC
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Sepsis oder anderer kompliz. Konstell. oder mit kompl. Diagnose oder Portimpl., mit auß. schw. CC, Alter > 15 Jahre od. mit auß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom, mit kompl. Diagnostik bei Leukämie od. mit schwersten CC
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation oder Komplexbehandlung bei 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 auß. 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 ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne auß. schw. CC, mit kompl. Diagnose od. kompliz. Prozedur, Alter < 16 Jahre od. best. Lymphom mit best. Chemotherapie od. kompl. Diagnose od. andere Komplexbehandlung MRE
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie oh. bestimmte kompliz. Faktoren, oh. auß. schw. CC, Alter < 16 Jahre od. mit kompl. Diagnose od. kompliz. Prozedur, Alter > 15 Jahre, oh. best. Lymphom mit best. Chemoth., oh. kompl. Diagnose, oh. andere Komplexbehandl. MRE
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit kompliz. Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr, mit komplexer Diagnose oder kompliz. Konstellation
R63A	Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit bestimmter hochkomplexer Chemotherapie, Alter > 17 Jahre
R63B	Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC oder mit anderer hochkomplexer Chemotherapie
R63C	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC, ohne andere hochkomplexe Chemotherapie
R63D	Andere akute Leukämie mit komplizierender Konstellation oder mit mäßig komplexer Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre
R63E	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

DRG	DRG-Text
R63F	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 ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
R63H	Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
R63I	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R63J	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 komplexen Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne Frührehabilitation, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung oder mit IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte
W01C	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne Frührehabilitation, ohne Beatmung > 263 Stunden, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte
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:**

67 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 komplexem Eingriff am Auge 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, ohne komplexen Eingriff am Auge, außer bei bösartiger Neubildung des Auges
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, ohne komplexen Eingriff oder Alter > 15 Jahre
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom
C07B	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), ohne komplexen Eingriff am Auge, ohne bestimmte Eingriffe bei Glaukom oder Alter > 5 Jahre
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, außer bei bösartiger Neubildung am Auge
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien
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 Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D13B	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals ohne komplizierende Diagnose
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.

DRG	DRG-Text
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 oder Alter < 12 Jahre
D30C	Kleine Eingriffe an Ohr, Nase und Hals ohne äußerst schwere CC oder Alter > 11 Jahre
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, Alter > 13 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
G26B	Andere Eingriffe am Anus, Alter > 15 Jahre, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, ohne kleinen Eingriff am Rektum
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule außer bei Verschluss Bandscheibendefekt mit Implantat, ohne Bandscheibeninfektion, ohne andere Eingriffe an der Wirbelsäule
I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff an der Wirbelsäule ohne komplexen Eingriff an der Wirbelsäule ohne Diszitis, ohne Bandscheibeninfektion
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
I16C	Andere 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
I20D	Eingriffe am Fuß ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit Knochen transplantation oder schwerem Weichteilschaden oder bestimmtem Eingriff am Fuß oder Implantation einer Vorfuß- oder Zehendoprothese oder Kalkaneusfraktur
I20G	Eingriffe am Fuß ohne kompl. Eingr., Alter > 15 J., m. Arthrod. Großzehengrundgel. od. Osteosynth. Mehrfragm.-Fx od. best. Eingr. an mehr als e. Strahl od. Osteotom. od. Synovialekt. od. and. Eingr. am Fuß od. chron. Polyarthr. Fuß, Diab. mell. m. Kompl.

DRG	DRG-Text
I20H	Eingriffe am Fuß ohne kompl. Eingr., Alter > 15 J., oh. Arthrodese am Großzehengrundgel., oh. Osteosynth. einer Mehrfragm.-Fx, oh. best. Eingr. an mehr als einem Strahl, oh. andere Eingr. am Fuß, oh. chron. Polyarthr. am Fuß, oh. Diab. mellitus m. Kompl.
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
I23B	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk und Femur und Wirbelsäule ohne komplizierenden Eingriff am Knochen, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit bestimmtem Eingriff am Knochen
I24B	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere kleine Eingriffe an den Extremitäten ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre
I27D	Eingriffe am Weichteilgewebe ohne bestimmte kleine Eingriffe oder kleinflächige Gewebetransplantationen, ohne schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmten Eingriff am Weichteilgewebe
I28E	And. Eingr. am Bindegew., oh. best. off. chir. Stab. Thorax, oh. Eingr. Zwerchf., oh. kompl. Eingr., oh. mäßig kompl. Eingr. an Brustw./Abd. od. Impl./We. best. Medik.-Pumpe, Alter > 9 J., oh. best. Eingr. an Knochen, Weichteilen od. Bindegew. oder 1 BT
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	Bestimmte komplexe ohne sehr komplexe Eingriffe am Kniegelenk
I32F	Bestimmte mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter > 5 Jahre, mehr als ein Belegungstag
I43B	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk oder Entfernung bestimmter Endoprothesen am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC
I44C	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Wechsel von Endoprothesen oder Prothesenkomponenten, ohne Implantation einer patientenindividuell angefertigte Endoprothese am Kniegelenk
I44D	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk oder Einbringen einer Entlastungsfeder am Kniegelenk
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne best. kompliz. Faktoren, ohne komplexe Diagnose an Becken/Oberschenkel, ohne best. endoprothetischen Eingriff, oh. gelenkplastischen Eingriff am Hüftgelenk, oh. Implantation oder Wechsel einer Radiuskopfprothese
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, mehr als ein Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh.
J09B	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, 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 bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige / hochaufwendige Behandlung, ohne Komplexbeh. MRE, ohne best. schwere Infektionen, Alter > 5 und < 18 Jahre, ohne schwere CC od. Alter > 17 und < 90 Jahre
L64B	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, außer bei angeborener Fehlbildung, 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 ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff bei Orchitis mit Abszess oder bösartiger Neubildung, ohne mäßig komplexen Eingriff oder Alter > 2 Jahre, ohne schwere CC oder Alter > 13 Jahre
N07A	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus oder kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, mit bestimmtem Eingriff
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 auß. schw. oder schw. CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder subtotale und andere Hysterektomie bei bösartiger Neubildung 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
O01H	Primäre Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose

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

**Tabelle A-3:**

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](http://www.g-drg.de)) zu finden.

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
A04.3	Darminfektion durch enterohämorrhagische E-scherichia coli	Abwertung
A04.70	Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen	Abwertung
A04.71	Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, mit sonstigen Organkomplikationen	Abwertung
A04.73	Enterokolitis durch Clostridium difficile mit Megakolon, mit sonstigen Organkomplikationen	Abwertung
A04.79	Enterokolitis durch Clostridium difficile, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A04.9	Bakterielle Darminfektion, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A08.0	Enteritis durch Rotaviren	Abwertung
A08.1	Akute Gastroenteritis durch Norovirus	Abwertung
A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	Abwertung
A15.4	Tuberkulose der intrathorakalen Lymphknoten, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert	Abwertung
A15.8	Sonstige Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert	Abwertung
A15.9	Nicht näher bezeichnete Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert	Abwertung
A16.0	Lungentuberkulose, weder bakteriologisch, molekularbiologisch noch histologisch gesichert	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
A16.9	Nicht näher bezeichnete Tuberkulose der Atmungsorgane ohne Angabe einer bakteriologischen, molekularbiologischen oder histologischen Sicherung	Abwertung
A17.8	Sonstige Tuberkulose des Nervensystems	Abwertung
A17.9	Tuberkulose des Nervensystems, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A18.2	Tuberkulose peripherer Lymphknoten	Abwertung
A18.3	Tuberkulose des Darmes, des Peritoneums und der Mesenteriallymphknoten	Abwertung
A19.9	Miliartuberkulose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A31.0	Infektion der Lunge durch sonstige Mykobakterien	Abwertung
A31.80	Disseminierte atypische Mykobakteriose	Abwertung
A39.8	Sonstige Meningokokkeninfektionen	Abwertung
A39.9	Meningokokkeninfektion, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A40.0	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe A	Abwertung
A40.1	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe B	Abwertung
A40.2	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe D	Abwertung
A40.3	Sepsis durch Streptococcus pneumoniae	Abwertung
A40.8	Sonstige Sepsis durch Streptokokken	Abwertung
A40.9	Sepsis durch Streptokokken, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A41.0	Sepsis durch Staphylococcus aureus	Abwertung
A41.1	Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken	Abwertung
A41.2	Sepsis durch nicht näher bezeichnete Staphylokokken	Abwertung
A41.3	Sepsis durch Haemophilus influenzae	Abwertung
A41.4	Sepsis durch Anaerobier	Abwertung
A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	Abwertung
A41.52	Sepsis: Pseudomonas	Abwertung
A41.58	Sepsis: Sonstige gramnegative Erreger	Abwertung
A41.8	Sonstige näher bezeichnete Sepsis	Abwertung
A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A48.1	Legionellose mit Pneumonie	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
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
A52.0	Kardiovaskuläre Syphilis	Abwertung
A81.2	Progressive multifokale Leukenzephalopathie	Abwertung
A85.8	Sonstige näher bezeichnete Virusenzephalitis	Abwertung
A86	Virusenzephalitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
B00.1	Dermatitis vesicularis durch Herpesviren	Abwertung
B00.4	Enzephalitis durch Herpesviren	Abwertung
B00.5	Augenkrankheit durch Herpesviren	Abwertung
B00.7	Disseminierte Herpesvirus-Krankheit	Abwertung
B00.8	Sonstige Infektionsformen durch Herpesviren	Abwertung
B01.8	Varizellen mit sonstigen Komplikationen	Abwertung
B01.9	Varizellen ohne Komplikation	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
B18.0	Chronische Virushepatitis B mit Delta-Virus	Abwertung
B18.1	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus	Abwertung
B18.2	Chronische Virushepatitis C	Abwertung
B18.9	Chronische Virushepatitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
B19.9	Nicht näher bezeichnete Virushepatitis ohne hepatisches Koma	Abwertung
B20	Infektiöse und parasitäre Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	Abwertung
B22	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	Abwertung
B23.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheitszustände infolge HIV-Krankheit	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
B24	Nicht näher bezeichnete HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	Abwertung
B25.0	Pneumonie durch Zytomegalieviren	Abwertung
B25.88	Sonstige Zytomegalie	Abwertung
B25.9	Zytomegalie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
B37.0	Candida-Stomatitis	Abwertung
B37.1	Kandidose der Lunge	Abwertung
B37.4	Kandidose an sonstigen Lokalisationen des Urogenitalsystems	Abwertung
B37.7	Candida-Sepsis	Abwertung
B37.81	Candida-Ösophagitis	Abwertung
B37.88	Kandidose an sonstigen Lokalisationen	Abwertung
B44.0	Invasive Aspergillose der Lunge	Abwertung
B44.1	Sonstige Aspergillose der Lunge	Abwertung
B44.8	Sonstige Formen der Aspergillose	Abwertung
B44.9	Aspergillose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
B60.8	Sonstige näher bezeichnete Protozoenkrankheiten	Abwertung
B90.9	Folgezustände einer Tuberkulose der Atmungsorgane und einer nicht näher bezeichneten Tuberkulose	Abwertung
B91	Folgezustände 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
B95.6	Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
B95.7	Sonstige Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.8	Nicht näher bezeichnete Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B96.3	Haemophilus und Moraxella als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B96.5	Pseudomonas und andere Nonfermenter als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
C15.0	Bösartige Neubildung: Zervikaler Ösophagus	Abwertung
C15.1	Bösartige Neubildung: Thorakaler Ösophagus	Abwertung
C15.2	Bösartige Neubildung: Abdominaler Ösophagus	Abwertung
C15.3	Bösartige Neubildung: Ösophagus, oberes Drittel	Abwertung
C15.4	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mittleres Drittel	Abwertung
C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	Abwertung
C15.8	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung
C15.9	Bösartige Neubildung: Ösophagus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia	Abwertung
C16.1	Bösartige Neubildung: Fundus ventriculi	Abwertung
C16.2	Bösartige Neubildung: Corpus ventriculi	Abwertung
C16.3	Bösartige Neubildung: Antrum pyloricum	Abwertung
C16.8	Bösartige Neubildung: Magen, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung
C16.9	Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C17.0	Bösartige Neubildung: Duodenum	Abwertung
C17.1	Bösartige Neubildung: Jejunum	Abwertung
C17.2	Bösartige Neubildung: Ileum	Abwertung
C17.8	Bösartige Neubildung: Dünndarm, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung
C17.9	Bösartige Neubildung: Dünndarm, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
C18.1	Bösartige Neubildung: Appendix vermiformis	Abwertung
C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	Abwertung
C18.3	Bösartige Neubildung: Flexura coli dextra [hepatica]	Abwertung
C18.4	Bösartige Neubildung: Colon transversum	Abwertung
C18.5	Bösartige Neubildung: Flexura coli sinistra [lienalis]	Abwertung
C18.6	Bösartige Neubildung: Colon descendens	Abwertung
C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	Abwertung
C18.8	Bösartige Neubildung: Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung
C18.9	Bösartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C19	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang	Abwertung
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	Abwertung
C22.0	Leberzellkarzinom	Abwertung
C22.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom	Abwertung
C22.7	Sonstige näher bezeichnete Karzinome der Leber	Abwertung
C22.9	Bösartige Neubildung: Leber, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C23	Bösartige Neubildung der Gallenblase	Abwertung
C24.0	Bösartige Neubildung: Extrahepatischer Gallengang	Abwertung
C24.1	Bösartige Neubildung: Ampulla hepatopancreatica [Ampulla Vateri]	Abwertung
C24.9	Bösartige Neubildung: Gallenwege, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	Abwertung
C25.2	Bösartige Neubildung: Pankreasschwanz	Abwertung
C25.7	Bösartige Neubildung: Sonstige Teile des Pankreas	Abwertung
C25.8	Bösartige Neubildung: Pankreas, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung
C25.9	Bösartige Neubildung: Pankreas, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C26.8	Bösartige Neubildung: Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
C33	Bösartige Neubildung der Trachea	Abwertung
C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	Abwertung
C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	Abwertung
C34.2	Bösartige Neubildung: Mittellappen (-Bronchus)	Abwertung
C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	Abwertung
C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung
C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C38.3	Bösartige Neubildung: Mediastinum, Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
C38.8	Bösartige Neubildung: Herz, Mediastinum und Pleura, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung
C40.0	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Skapula und lange Knochen der oberen Extremität	Abwertung
C41.01	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kraniofazial	Abwertung
C41.1	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Unterkieferknochen	Abwertung
C45.0	Mesotheliom der Pleura	Abwertung
C45.1	Mesotheliom des Peritoneums	Abwertung
C45.9	Mesotheliom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	Abwertung
C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens	Abwertung
C66	Bösartige Neubildung des Ureters	Abwertung
C71.0	Bösartige Neubildung: Zerebrum, ausgenommen Hirnlappen und Ventrikel	Abwertung
C71.1	Bösartige Neubildung: Frontallappen	Abwertung
C71.2	Bösartige Neubildung: Temporallappen	Abwertung
C71.7	Bösartige Neubildung: Hirnstamm	Abwertung
C71.9	Bösartige Neubildung: Gehirn, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C77.0	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
C77.1	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrathorakale Lymphknoten	Abwertung
C77.2	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intraabdominale Lymphknoten	Abwertung
C77.3	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität	Abwertung
C77.4	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Inguinale Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität	Abwertung
C77.5	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrapelvine Lymphknoten	Abwertung
C77.8	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten mehrerer Regionen	Abwertung
C77.9	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge	Abwertung
C78.1	Sekundäre bösartige Neubildung des Mediastinums	Abwertung
C78.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura	Abwertung
C78.3	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Atmungsorgane	Abwertung
C78.4	Sekundäre bösartige Neubildung des Dünndarmes	Abwertung
C78.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Dickdarmes und des Rektums	Abwertung
C78.6	Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums	Abwertung
C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	Abwertung
C78.8	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Verdauungsorgane	Abwertung
C79.0	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

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
C79.4	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Nervensystems	Abwertung
C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	Abwertung
C79.6	Sekundäre bösartige Neubildung des Ovars	Abwertung
C79.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Nebenniere	Abwertung
C79.82	Sekundäre bösartige Neubildung der Genitalorgane	Abwertung
C79.84	Sonstige sekundäre bösartige Neubildung des Herzens	Abwertung
C79.85	Sekundäre bösartige Neubildung des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe des Halses	Abwertung
C79.86	Sekundäre bösartige Neubildung des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe der Extremitäten	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
C81.7	Sonstige Typen des (klassischen) Hodgkin-Lymphoms	Abwertung
C81.9	Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C82.0	Follikuläres Lymphom Grad I	Abwertung
C82.2	Follikuläres Lymphom Grad III, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C82.9	Follikuläres Lymphom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C83.0	Kleinzelliges B-Zell-Lymphom	Abwertung
C83.1	Mantelzell-Lymphom	Abwertung
C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	Abwertung
C83.9	Nicht follikuläres Lymphom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C84.9	Reifzelliges T/NK-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C85.1	B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C85.9	Non-Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
C86.2	T-Zell-Lymphom vom Enteropathie-Typ	Abwertung
C88.00	Makroglobulinämie Waldenström: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C88.01	Makroglobulinämie Waldenström: In kompletter Remission	Abwertung
C88.90	Bösartige immunproliferative Krankheit, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C88.91	Bösartige immunproliferative Krankheit, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission	Abwertung
C90.00	Multipl. Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C90.01	Multipl. Myelom: In kompletter Remission	Abwertung
C90.30	Solitäres Plasmozytom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C90.31	Solitäres Plasmozytom: In kompletter Remission	Abwertung
C91.10	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C91.11	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: In kompletter Remission	Abwertung
C91.50	Adulte(s) T-Zell-Lymphom/Leukämie (HTLV-1-assoziiert): Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C91.51	Adulte(s) T-Zell-Lymphom/Leukämie (HTLV-1-assoziiert): In kompletter Remission	Abwertung
C91.70	Sonstige lymphatische Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C91.71	Sonstige lymphatische Leukämie: In kompletter Remission	Abwertung
C91.90	Lymphatische Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C91.91	Lymphatische Leukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission	Abwertung
C92.00	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C92.01	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: In kompletter Remission	Abwertung
C92.11	Chronische myeloische Leukämie [CML], BCR/ABL-positiv: In kompletter Remission	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
C92.30	Myelosarkom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C92.31	Myelosarkom: In kompletter Remission	Abwertung
C92.80	Akute myeloische Leukämie mit multilineärer Dysplasie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C92.81	Akute myeloische Leukämie mit multilineärer Dysplasie: In kompletter Remission	Abwertung
C93.10	Chronische myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C93.11	Chronische myelomonozytäre Leukämie: In kompletter Remission	Abwertung
C93.90	Monozytenleukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C93.91	Monozytenleukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission	Abwertung
C95.90	Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C96.9	Bösartige Neubildung des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C97	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen	Abwertung
D46.2	Refraktäre Anämie mit Blastenüberschuss [RAEB]	Abwertung
D50.0	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)	Abwertung
D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	Abwertung
D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D52.0	Alimentäre Folsäure-Mangelanämie	Abwertung
D52.1	Arzneimittelinduzierte Folsäure-Mangelanämie	Abwertung
D52.8	Sonstige Folsäure-Mangelanämien	Abwertung
D52.9	Folsäure-Mangelanämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D53.0	Eiweißmangelanämie	Abwertung
D53.1	Sonstige megaloblastäre Anämien, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
D56.0	Alpha-Thalassämie	Abwertung
D56.1	Beta-Thalassämie	Abwertung
D56.9	Thalassämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D57.1	Sichelzellenanämie ohne Krisen	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
D58.9	Hereditäre hämolytische Anämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D59.1	Sonstige autoimmunhämolytische Anämien	Abwertung
D59.3	Hämolytisch-urämisches Syndrom	Abwertung
D59.8	Sonstige erworbene hämolytische Anämien	Abwertung
D59.9	Erworbene hämolytische Anämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D60.0	Chronische erworbene isolierte aplastische Anämie	Abwertung
D60.9	Erworbene isolierte aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D61.10	Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie	Abwertung
D61.19	Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D61.2	Aplastische Anämie infolge sonstiger äußerer Ursachen	Abwertung
D61.8	Sonstige näher bezeichnete aplastische Anämien	Abwertung
D61.9	Aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D62	Akute Blutungsanämie	Abwertung
D63.0	Anämie bei Neubildungen	Abwertung
D64.1	Sekundäre sideroachrestische [sideroblastische] Anämie (krankheitsbedingt)	Abwertung
D65.0	Erworbene Afibrinogenämie	Abwertung
D65.1	Disseminierte intravasale Gerinnung [DIG, DIC]	Abwertung
D65.2	Erworbene Fibrinolyseblutung	Abwertung
D65.9	Defibrinationssyndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D66	Hereditärer Faktor-VIII-Mangel	Abwertung
D68.09	Willebrand-Jürgens-Syndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D68.20	Hereditärer Faktor-I-Mangel	Abwertung
D68.22	Hereditärer Faktor-V-Mangel	Abwertung
D68.23	Hereditärer Faktor-VII-Mangel	Abwertung
D68.25	Hereditärer Faktor-XII-Mangel	Abwertung
D68.32	Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
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
D68.38	Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und nicht näher bezeichnete Antikörper	Abwertung
D68.4	Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	Abwertung
D68.5	Primäre Thrombophilie	Abwertung
D68.6	Sonstige Thrombophilien	Abwertung
D68.8	Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien	Abwertung
D68.9	Koagulopathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D69.0	Purpura anaphylactoides	Abwertung
D69.1	Qualitative Thrombozytendefekte	Abwertung
D69.2	Sonstige nichtthrombozytopenische Purpura	Abwertung
D69.3	Idiopathische thrombozytopenische Purpura	Abwertung
D69.52	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ I	Abwertung
D69.53	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II	Abwertung
D69.57	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, als transfusionsrefraktär bezeichnet	Abwertung
D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet	Abwertung
D69.59	Sekundäre Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D69.60	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet: Als transfusionsrefraktär bezeichnet	Abwertung
D69.61	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet: Nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet	Abwertung
D69.80	Hämorrhagische Diathese durch Thrombozytenaggregationshemmer	Abwertung
D69.88	Sonstige näher bezeichnete hämorrhagische Diathesen	Abwertung
D69.9	Hämorrhagische Diathese, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D70.10	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase unter 4 Tage	Abwertung
D70.11	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 10 Tage bis unter 20 Tage	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
D70.13	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 4 Tage bis unter 7 Tage	Abwertung
D70.14	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 7 Tage bis unter 10 Tage	Abwertung
D70.18	Sonstige Verlaufsformen der arzneimittelinduzierten Agranulozytose und Neutropenie	Abwertung
D70.19	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D70.3	Sonstige Agranulozytose	Abwertung
D70.6	Sonstige Neutropenie	Abwertung
D70.7	Neutropenie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D73.1	Hypersplenismus	Abwertung
D73.5	Infarzierung der Milz	Abwertung
D80.3	Selektiver Mangel an Immunglobulin-G-Subklassen [IgG-Subklassen]	Abwertung
D80.8	Sonstige Immundefekte mit vorherrschendem Antikörpermangel	Abwertung
D80.9	Immundefekt mit vorherrschendem Antikörpermangel, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D81.8	Sonstige kombinierte Immundefekte	Abwertung
D81.9	Kombinierter Immundefekt, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D82.4	Hyperimmunglobulin-E[IgE]-Syndrom	Abwertung
D82.9	Immundefekt in Verbindung mit schwerem Defekt, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D83.8	Sonstige variable Immundefekte	Abwertung
D83.9	Variabler Immundefekt, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D84.8	Sonstige näher bezeichnete Immundefekte	Abwertung
D84.9	Immundefekt, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D86.0	Sarkoidose der Lunge	Abwertung
D86.2	Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten	Abwertung
D86.3	Sarkoidose der Haut	Abwertung
D86.8	Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen	Abwertung
D86.9	Sarkoidose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
E03.5	Myxödemkoma	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
E05.0	Hyperthyreose mit diffuser Struma	Abwertung
E05.1	Hyperthyreose mit toxischem solitärem Schilddrüsenknoten	Abwertung
E05.2	Hyperthyreose mit toxischer mehrknotiger Struma	Abwertung
E05.3	Hyperthyreose durch ektopisches Schilddrüsengewebe	Abwertung
E05.4	Hyperthyreosis factitia	Abwertung
E05.5	Thyreotoxische Krise	Abwertung
E10.20	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.30	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.40	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.50	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.51	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.60	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.61	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: 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

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
E10.81	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.90	Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.91	Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.01	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.11	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.20	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.21	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.30	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.31	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.40	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.41	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.50	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.51	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.60	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.61	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.72	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.73	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
E11.75	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.81	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
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
E13.21	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.40	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.41	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.60	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.61	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.73	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.74	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.75	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.90	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.91	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.30	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
E14.60	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.61	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.72	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.73	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.74	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.75	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.80	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.81	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E15	Hypoglykämisches Koma, nichtdiabetisch	Abwertung
E20.8	Sonstiger Hypoparathyreoidismus	Abwertung
E20.9	Hypoparathyreoidismus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
E21.0	Primärer Hyperparathyreoidismus	Abwertung
E21.1	Sekundärer Hyperparathyreoidismus, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
E21.2	Sonstiger Hyperparathyreoidismus	Abwertung
E21.3	Hyperparathyreoidismus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
E23.0	Hypopituitarismus	Abwertung
E23.2	Diabetes insipidus	Abwertung
E24.0	Hypophysäres Cushing-Syndrom	Abwertung
E24.2	Arzneimittelinduziertes Cushing-Syndrom	Abwertung
E24.8	Sonstiges Cushing-Syndrom	Abwertung
E24.9	Cushing-Syndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
E27.1	Primäre Nebennierenrindeninsuffizienz	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
E27.2	Addison-Krise	Abwertung
E27.3	Arzneimittelinduzierte Nebennierenrindeninsuffizienz	Abwertung
E27.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Nebennierenrindeninsuffizienz	Abwertung
E31.0	Autoimmune polyglanduläre Insuffizienz	Abwertung
E31.9	Polyglanduläre Dysfunktion, nicht näher bezeichnet	Abwertung
E34.0	Karzinoid-Syndrom	Abwertung
E41	Alimentärer Marasmus	Abwertung
E43	Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E44.0	Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E44.1	Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E45	Entwicklungsverzögerung durch Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E46	Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E53.8	Mangel an sonstigen näher bezeichneten Vitaminen des Vitamin-B-Komplexes	Abwertung
E56.1	Vitamin-K-Mangel	Abwertung
E61.1	Eisenmangel	Abwertung
E61.7	Mangel an mehreren Spurenelementen	Abwertung
E64.0	Folgen der Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E64.8	Folgen sonstiger alimentärer Mangelzustände	Abwertung
E64.9	Folgen eines nicht näher bezeichneten alimentären Mangelzustandes	Abwertung
E66.02	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter	Abwertung
E66.12	Arzneimittelinduzierte Adipositas: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter	Abwertung
E66.22	Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter	Abwertung
E66.82	Sonstige Adipositas: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
E66.92	Adipositas, nicht näher bezeichnet: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter	Abwertung
E84.80	Zystische Fibrose mit Lungen- und Darm-Manifestation	Abwertung
E84.9	Zystische Fibrose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
E87.0	Hyperosmolalität und Hybernatriämie	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
E89.2	Hypoparathyreoidismus 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
F02.2	Demenz bei Chorea Huntington	Abwertung
F02.3	Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom	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

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
F06.0	Organische Halluzinose	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
F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	Abwertung
F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	Abwertung
F10.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir	Abwertung
F10.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Psychotische Störung	Abwertung
F10.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom	Abwertung
F10.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	Abwertung
F10.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen	Abwertung
F11.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Schädlicher Gebrauch	Abwertung
F11.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom	Abwertung
F11.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Entzugssyndrom	Abwertung
F11.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen	Abwertung
F11.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	Abwertung
F13.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	Abwertung
F13.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Schädlicher Gebrauch	Abwertung
F13.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
F13.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Amnestisches Syndrom	Abwertung
F13.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	Abwertung
F13.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	Abwertung
F14.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokaïn: Schädlicher Gebrauch	Abwertung
F14.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokaïn: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	Abwertung
F15.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	Abwertung
F15.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	Abwertung
F19.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	Abwertung
F19.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Schädlicher Gebrauch	Abwertung
F19.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	Abwertung
F19.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Entzugssyndrom	Abwertung
F19.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Entzugssyndrom mit Delir	Abwertung
F19.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Psychotische Störung	Abwertung
F19.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
F19.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	Abwertung
F20.0	Paranoide Schizophrenie	Abwertung
F20.5	Schizophrenes Residuum	Abwertung
F20.8	Sonstige Schizophrenie	Abwertung
F20.9	Schizophrenie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F23.9	Akute vorübergehende psychotische Störung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	Abwertung
F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung	Abwertung
F25.8	Sonstige schizoaffektive Störungen	Abwertung
F25.9	Schizoaffektive Störung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F29	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose	Abwertung
F30.8	Sonstige manische Episoden	Abwertung
F30.9	Manische Episode, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	Abwertung
F31.5	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	Abwertung
F31.8	Sonstige bipolare affektive Störungen	Abwertung
F31.9	Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	Abwertung
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	Abwertung
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	Abwertung
F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	Abwertung
F33.8	Sonstige rezidivierende depressive Störungen	Abwertung
F33.9	Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F50.1	Atypische Anorexia nervosa	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
F50.8	Sonstige Essstörungen	Abwertung
F50.9	Essstörung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F84.2	Rett-Syndrom	Abwertung
G00.8	Sonstige bakterielle Meningitis	Abwertung
G00.9	Bakterielle Meningitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G03.1	Chronische Meningitis	Abwertung
G04.0	Akute disseminierte Enzephalitis	Abwertung
G04.2	Bakterielle Meningoenzephalitis und Meningomyelitis, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
G04.8	Sonstige Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis	Abwertung
G04.9	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G05.0	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten	Abwertung
G05.1	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten	Abwertung
G05.8	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
G06.0	Intrakranieller Abszess und intrakranielles Granulom	Abwertung
G06.1	Intraspinaler Abszess und intraspinale Granulom	Abwertung
G06.2	Extraduraler und subduraler Abszess, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G08	Intrakranielle und intraspinale Phlebitis und Thrombophlebitis	Abwertung
G12.0	Infantile spinale Muskelatrophie, Typ I [Typ Werdnig-Hoffmann]	Abwertung
G12.2	Motoneuron-Krankheit	Abwertung
G12.9	Spinale Muskelatrophie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G14	Postpolio-Syndrom	Abwertung
G20.00	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.01	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
G20.10	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.20	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.21	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.90	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Ohne Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.91	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Mit Wirkungsfluktuation	Abwertung
G35.10	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	Abwertung
G35.11	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	Abwertung
G35.20	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	Abwertung
G35.21	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	Abwertung
G35.30	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	Abwertung
G35.31	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	Abwertung
G35.9	Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	Abwertung
G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)	Abwertung
G41.0	Grand-mal-Status	Abwertung
G41.9	Status epilepticus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G46.4	Kleinhirnsyndrom	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
G61.0	Guillain-Barré-Syndrom	Abwertung
G70.0	Myasthenia gravis	Abwertung
G71.0	Muskeldystrophie	Abwertung
G71.3	Mitochondriale Myopathie, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
G71.9	Primäre Myopathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G72.0	Arzneimittelinduzierte Myopathie	Abwertung
G72.1	Alkoholmyopathie	Abwertung
G73.1	Lambert-Eaton-Syndrom	Abwertung
G80.0	Spastische tetraplegische Zerebralparese	Abwertung
G80.1	Spastische diplegische Zerebralparese	Abwertung
G80.4	Ataktische Zerebralparese	Abwertung
G80.8	Sonstige infantile Zerebralparese	Abwertung
G80.9	Infantile Zerebralparese, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie	Abwertung
G81.1	Spastische Hemiparese und Hemiplegie	Abwertung
G81.9	Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.02	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.03	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.09	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.12	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
G82.22	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

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
G82.32	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.33	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.39	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.42	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
G82.52	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
G83.5	Locked-in-Syndrom	Abwertung
G83.8	Sonstige näher bezeichnete Lähmungssyndrome	Abwertung
G91.1	Hydrocephalus occlusus	Abwertung
G91.20	Idiopathischer Normaldruckhydrozephalus	Abwertung
G91.21	Sekundärer Normaldruckhydrozephalus	Abwertung
G91.29	Normaldruckhydrozephalus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G91.8	Sonstiger Hydrozephalus	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
G97.0	Austritt von Liquor cerebrospinalis nach Lumbalpunktion	Abwertung
H59.0	Keratopathie (bullös-aphak) nach Kataraktextraktion	Abwertung
I05.0	Mitralklappenstenose	Abwertung
I05.1	Rheumatische Mitralklappeninsuffizienz	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
I05.8	Sonstige Mitralklappenkrankheiten	Abwertung
I07.1	Trikuspidalklappeninsuffizienz	Abwertung
I07.8	Sonstige Trikuspidalklappenkrankheiten	Abwertung
I08.0	Krankheiten der Mitrал- und Aortenklappe, kombiniert	Abwertung
I08.1	Krankheiten der Mitrал- und Trikuspidalklappe, kombiniert	Abwertung
I08.2	Krankheiten der Aorten- und Trikuspidalklappe, kombiniert	Abwertung
I08.3	Krankheiten der Mitrал-, Aorten- und Trikuspidalklappe, kombiniert	Abwertung
I08.8	Sonstige Krankheiten mehrerer Herzklappen	Abwertung
I08.9	Krankheit mehrerer Herzklappen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I09.8	Sonstige näher bezeichnete rheumatische Herzkrankheiten	Abwertung
I11.00	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung
I11.01	Hypertensive Herzkrankheit 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
I20.0	Instabile Angina pectoris	Abwertung
I20.1	Angina pectoris mit nachgewiesenem Koronarspasmus	Abwertung
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	Abwertung
I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	Abwertung
I21.2	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen	Abwertung
I21.3	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation	Abwertung
I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	Abwertung
I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
I23.0	Hämoperikard als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt	Abwertung
I23.6	Thrombose des Vorhofes, des Herzohres oder der Kammer als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt	Abwertung
I24.0	Koronarthrombose ohne nachfolgenden Myokardinfarkt	Abwertung
I24.1	Postmyokardinfarkt-Syndrom	Abwertung
I24.8	Sonstige Formen der akuten ischämischen Herzkrankheit	Abwertung
I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	Abwertung
I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	Abwertung
I27.0	Primäre pulmonale Hypertonie	Abwertung
I30.8	Sonstige Formen der akuten Perikarditis	Abwertung
I30.9	Akute Perikarditis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I31.2	Hämoperikard, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
I31.3	Perikarderguss (nichtentzündlich)	Abwertung
I33.0	Akute und subakute infektiöse Endokarditis	Abwertung
I33.9	Akute Endokarditis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I34.1	Mitralklappenprolaps	Abwertung
I34.80	Nicht rheumatische Mitralklappenstenose mit Mitralklappeninsuffizienz	Abwertung
I35.0	Aortenklappenstenose	Abwertung
I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	Abwertung
I36.0	Nicht rheumatische Trikuspidalklappenstenose	Abwertung
I36.1	Nicht rheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz	Abwertung
I36.2	Nicht rheumatische Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz	Abwertung
I37.1	Pulmonalklappeninsuffizienz	Abwertung
I40.8	Sonstige akute Myokarditis	Abwertung
I40.9	Akute Myokarditis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I42.0	Dilatative Kardiomyopathie	Abwertung
I42.1	Hypertrophische obstruktive Kardiomyopathie	Abwertung
I42.2	Sonstige hypertrophische Kardiomyopathie	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
I42.6	Alkoholische Kardiomyopathie	Abwertung
I42.7	Kardiomyopathie durch Arzneimittel oder sonstige exogene Substanzen	Abwertung
I42.88	Sonstige Kardiomyopathien	Abwertung
I42.9	Kardiomyopathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I43.1	Kardiomyopathie bei Stoffwechselkrankheiten	Abwertung
I43.8	Kardiomyopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
I44.1	Atrioventrikulärer Block 2. Grades	Abwertung
I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	Abwertung
I45.3	Trifaszikulärer Block	Abwertung
I45.5	Sonstiger näher bezeichneter Herzblock	Abwertung
I45.6	Präexzitations-Syndrom	Abwertung
I45.9	Kardiale Erregungsleitungsstörung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I46.0	Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung	Abwertung
I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	Abwertung
I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	Abwertung
I47.9	Paroxysmale Tachykardie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I48.3	Vorhofflattern, typisch	Abwertung
I48.4	Vorhofflattern, atypisch	Abwertung
I49.0	Kammerflattern und Kammerflimmern	Abwertung
I50.00	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	Abwertung
I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	Abwertung
I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	Abwertung
I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	Abwertung
I51.0	Herzseptumdefekt, erworben	Abwertung
I51.3	Intrakardiale Thrombose, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
I60.1	Subarachnoidalblutung, von der A. cerebri media ausgehend	Abwertung
I60.2	Subarachnoidalblutung, von der A. communicans anterior ausgehend	Abwertung
I60.7	Subarachnoidalblutung, von nicht näher bezeichneter intrakranieller Arterie ausgehend	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
I60.8	Sonstige Subarachnoidalblutung	Abwertung
I60.9	Subarachnoidalblutung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	Abwertung
I61.1	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, kortikal	Abwertung
I61.2	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I61.4	Intrazerebrale Blutung in das Kleinhirn	Abwertung
I61.5	Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung	Abwertung
I61.6	Intrazerebrale Blutung an mehreren Lokalisationen	Abwertung
I61.8	Sonstige intrazerebrale Blutung	Abwertung
I61.9	Intrazerebrale Blutung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I62.02	Subdurale Blutung (nichttraumatisch): Chronisch	Abwertung
I62.09	Subdurale Blutung (nichttraumatisch): Nicht näher bezeichnet	Abwertung
I62.9	Intrakranielle Blutung (nichttraumatisch), nicht näher bezeichnet	Abwertung
I63.0	Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien	Abwertung
I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	Abwertung
I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	Abwertung
I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	Abwertung
I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	Abwertung
I63.8	Sonstiger Hirnfarkt	Abwertung
I63.9	Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	Abwertung
I65.0	Verschluss und Stenose der A. vertebralis	Abwertung
I65.1	Verschluss und Stenose der A. basilaris	Abwertung
I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	Abwertung
I65.3	Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien	Abwertung
I66.0	Verschluss und Stenose der A. cerebri media	Abwertung
I66.1	Verschluss und Stenose der A. cerebri anterior	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
I66.2	Verschluss und Stenose der A. cerebri posterior	Abwertung
I66.4	Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger zerebraler Arterien	Abwertung
I66.8	Verschluss und Stenose sonstiger zerebraler Arterien	Abwertung
I67.11	Zerebrale arteriovenöse Fistel (erworben)	Abwertung
I67.4	Hypertensive Enzephalopathie	Abwertung
I67.7	Zerebrale Arteriitis, anderenorts nicht klassifiziert	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
I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	Abwertung
I71.00	Dissektion der Aorta nicht näher bezeichneter Lokalisation, ohne Angabe einer Ruptur	Abwertung
I71.01	Dissektion der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	Abwertung
I71.02	Dissektion der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	Abwertung
I71.1	Aneurysma der Aorta thoracica, rupturiert	Abwertung
I71.8	Aortenaneurysma nicht näher bezeichneter Lokalisation, rupturiert	Abwertung
I72.0	Aneurysma und Dissektion der A. carotis	Abwertung
I73.0	Raynaud-Syndrom	Abwertung
I74.0	Embolie und Thrombose der Aorta abdominalis	Abwertung
I74.1	Embolie und Thrombose sonstiger und nicht näher bezeichneter Abschnitte der Aorta	Abwertung
I74.2	Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten	Abwertung
I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	Abwertung
I74.4	Embolie und Thrombose der Extremitätenarterien, nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
I74.8	Embolie und Thrombose sonstiger Arterien	Abwertung
I74.9	Embolie und Thrombose nicht näher bezeichneter Arterie	Abwertung
I80.0	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten	Abwertung
I80.1	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der V. femoralis	Abwertung
I80.20	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der Beckenvenen	Abwertung
I80.28	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten	Abwertung
I80.3	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der unteren Extremitäten, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I80.81	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis tiefer Gefäße der oberen Extremitäten	Abwertung
I81	Pfortaderthrombose	Abwertung
I82.0	Budd-Chiari-Syndrom	Abwertung
I82.2	Embolie und Thrombose der V. cava	Abwertung
I82.80	Embolie und Thrombose der Milzvene	Abwertung
I82.88	Embolie und Thrombose sonstiger näher bezeichneter Venen	Abwertung
I82.9	Embolie und Thrombose nicht näher bezeichneter Vene	Abwertung
I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	Abwertung
I85.0	Ösophagusvarizen mit Blutung	Abwertung
I97.0	Postkardiotomie-Syndrom	Abwertung
I97.1	Sonstige Funktionsstörungen nach kardiochirurgischem Eingriff	Abwertung
I97.80	Lymphödem nach medizinischen Maßnahmen am zervikalen Lymphabflussgebiet, alle Stadien	Abwertung
I97.84	Lymphödem nach medizinischen Maßnahmen am inguinalen Lymphabflussgebiet, Stadium I	Abwertung
I97.88	Lymphödem nach medizinischen Maßnahmen, sonstige Lokalisationen, alle Stadien	Abwertung
I97.89	Sonstige Kreislaufkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
I97.9	Kreislaufkomplikation nach medizinischer Maßnahme, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I98.2	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, ohne Angabe einer Blutung	Abwertung
I98.3	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, mit Angabe einer Blutung	Abwertung
J01.0	Akute Sinusitis maxillaris	Abwertung
J01.2	Akute Sinusitis ethmoidalis	Abwertung
J01.9	Akute Sinusitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J09	Grippe durch zoonotische oder pandemische nachgewiesene Influenzaviren	Abwertung
J10.0	Grippe mit Pneumonie, saisonale Influenzaviren nachgewiesen	Abwertung
J10.1	Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen	Abwertung
J11.0	Grippe mit Pneumonie, Viren nicht nachgewiesen	Abwertung
J11.1	Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, Viren nicht nachgewiesen	Abwertung
J13	Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae	Abwertung
J14	Pneumonie durch Haemophilus influenzae	Abwertung
J15.1	Pneumonie durch Pseudomonas	Abwertung
J15.2	Pneumonie durch Staphylokokken	Abwertung
J15.3	Pneumonie durch Streptokokken der Gruppe B	Abwertung
J15.4	Pneumonie durch sonstige Streptokokken	Abwertung
J15.5	Pneumonie durch Escherichia coli	Abwertung
J15.6	Pneumonie durch andere gramnegative Bakterien	Abwertung
J15.7	Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae	Abwertung
J15.8	Sonstige bakterielle Pneumonie	Abwertung
J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J16.0	Pneumonie durch Chlamydien	Abwertung
J16.8	Pneumonie durch sonstige näher bezeichnete Infektionserreger	Abwertung
J17.0	Pneumonie bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
J17.2	Pneumonie bei Mykosen	Abwertung
J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J18.2	Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	Abwertung
J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J20.2	Akute Bronchitis durch Streptokokken	Abwertung
J20.5	Akute Bronchitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]	Abwertung
J20.6	Akute Bronchitis durch Rhinoviren	Abwertung
J20.8	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	Abwertung
J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J38.00	Lähmung der Stimmlippen und des Kehlkopfes: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
J38.01	Lähmung der Stimmlippen und des Kehlkopfes: Einseitig, partiell	Abwertung
J38.02	Lähmung der Stimmlippen und des Kehlkopfes: Einseitig, komplett	Abwertung
J41.1	Schleimig-eitrige chronische Bronchitis	Abwertung
J42	Nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis	Abwertung
J43.0	McLeod-Syndrom	Abwertung
J43.1	Panlobuläres Emphysem	Abwertung
J43.2	Zentrilobuläres Emphysem	Abwertung
J43.8	Sonstiges Emphysem	Abwertung
J43.9	Emphysem, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J44.00	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes	Abwertung
J44.01	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 ≥35 % und <50 % des Sollwertes	Abwertung
J44.02	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 ≥50 % und <70 % des Sollwertes	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
J44.03	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 $\geq$ 70 % des Sollwertes	Abwertung
J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	Abwertung
J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 $<$ 35 % des Sollwertes	Abwertung
J44.11	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 $\geq$ 35 % und $<$ 50 % des Sollwertes	Abwertung
J44.12	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 $\geq$ 50 % und $<$ 70 % des Sollwertes	Abwertung
J44.13	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 $\geq$ 70 % des Sollwertes	Abwertung
J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	Abwertung
J44.80	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 $<$ 35 % des Sollwertes	Abwertung
J44.81	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 $\geq$ 35 % und $<$ 50 % des Sollwertes	Abwertung
J47	Bronchiektasen	Abwertung
J67.9	Allergische Alveolitis durch nicht näher bezeichneten organischen Staub	Abwertung
J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	Abwertung
J69.8	Pneumonie durch sonstige feste und flüssige Substanzen	Abwertung
J80.01	Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]: Mildes Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]	Abwertung
J80.03	Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]: Schweres Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]	Abwertung
J80.09	Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]: Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS], Schweregrad nicht näher bezeichnet	Abwertung
J81	Lungenödem	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
J84.1	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose	Abwertung
J84.8	Sonstige näher bezeichnete interstitielle Lungenkrankheiten	Abwertung
J84.9	Interstitielle Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J85.0	Gangrän und Nekrose der Lunge	Abwertung
J85.1	Abszess der Lunge mit Pneumonie	Abwertung
J85.2	Abszess der Lunge ohne Pneumonie	Abwertung
J86.0	Pyothorax mit Fistel	Abwertung
J86.9	Pyothorax ohne Fistel	Abwertung
J90	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
J91	Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
J93.8	Sonstiger Pneumothorax	Abwertung
J93.9	Pneumothorax, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J94.1	Fibrothorax	Abwertung
J94.2	Hämatothorax	Abwertung
J95.0	Funktionsstörung eines Tracheostomas	Abwertung
J95.2	Akute pulmonale Insuffizienz nach nicht am Thorax vorgenommener Operation	Abwertung
J95.3	Chronische pulmonale Insuffizienz nach Operation	Abwertung
J95.4	Mendelson-Syndrom	Abwertung
J95.5	Subglottische Stenose nach medizinischen Maßnahmen	Abwertung
J95.80	Iatrogenes Pneumothorax	Abwertung
J95.81	Stenose der Trachea nach medizinischen Maßnahmen	Abwertung
J95.82	Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen an Trachea, Bronchien und Lunge	Abwertung
J95.88	Sonstige Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen	Abwertung
J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	Abwertung
J96.01	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
J96.09	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet	Abwertung
J96.10	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	Abwertung
J96.11	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]	Abwertung
J96.19	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet	Abwertung
J98.1	Lungenkollaps	Abwertung
J98.2	Interstitielles Emphysem	Abwertung
J98.50	Mediastinitis	Abwertung
J99.0	Lungenkrankheit bei seropositiver chronischer Polyarthrit	Abwertung
J99.1	Krankheiten der Atemwege bei sonstigen diffusen Bindegewebskrankheiten	Abwertung
J99.8	Krankheiten der Atemwege bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
K12.23	Wangenabszess	Abwertung
K22.3	Perforation des Ösophagus	Abwertung
K22.6	Mallory-Weiss-Syndrom	Abwertung
K25.0	Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung	Abwertung
K25.4	Ulcus ventriculi: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung	Abwertung
K26.0	Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung	Abwertung
K26.4	Ulcus duodeni: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung	Abwertung
K28.0	Ulcus pepticum jejuni: Akut, mit Blutung	Abwertung
K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	Abwertung
K31.0	Akute Magendilatation	Abwertung
K31.1	Hypertrophische Pylorusstenose beim Erwachsenen	Abwertung
K31.5	Duodenalverschluss	Abwertung
K31.82	Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung	Abwertung
K35.31	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur	Abwertung
K35.32	Akute Appendizitis mit Peritonealabszess	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	Abwertung
K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	Abwertung
K43.3	Parastomale Hernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	Abwertung
K44.0	Hernia diaphragmatica mit Einklemmung, ohne Gangrän	Abwertung
K52.0	Gastroenteritis und Kolitis durch Strahleneinwirkung	Abwertung
K52.1	Toxische Gastroenteritis und Kolitis	Abwertung
K55.0	Akute Gefäßkrankheiten des Darmes	Abwertung
K55.22	Angiodysplasie des Kolons: Mit Blutung	Abwertung
K55.82	Angiodysplasie des Dünndarmes mit Blutung	Abwertung
K56.0	Paralytischer Ileus	Abwertung
K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	Abwertung
K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	Abwertung
K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	Abwertung
K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K57.31	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	Abwertung
K57.33	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	Abwertung
K57.91	Divertikulose des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	Abwertung
K57.93	Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	Abwertung
K61.2	Anorektalabszess	Abwertung
K62.5	Hämorrhagie des Anus und des Rektums	Abwertung
K63.1	Perforation des Darmes (nichttraumatisch)	Abwertung
K65.0	Akute Peritonitis	Abwertung
K65.8	Sonstige Peritonitis	Abwertung
K65.9	Peritonitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K66.1	Hämoperitoneum	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
K67.8	Sonstige Krankheiten des Peritoneums bei anderenorts klassifizierten Infektionskrankheiten	Abwertung
K70.0	Alkoholische Fettleber	Abwertung
K70.2	Alkoholische Fibrose und Sklerose der Leber	Abwertung
K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	Abwertung
K70.4	Alkoholisches Leberversagen	Abwertung
K70.9	Alkoholische Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K71.0	Toxische Leberkrankheit mit Cholestase	Abwertung
K71.2	Toxische Leberkrankheit mit akuter Hepatitis	Abwertung
K71.5	Toxische Leberkrankheit mit chronisch-aktiver Hepatitis	Abwertung
K71.7	Toxische Leberkrankheit mit Fibrose und Zirrhose der Leber	Abwertung
K71.9	Toxische Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K72.0	Akutes und subakutes Leberversagen	Abwertung
K72.71	Hepatische Enzephalopathie Grad 1	Abwertung
K72.72	Hepatische Enzephalopathie Grad 2	Abwertung
K72.73	Hepatische Enzephalopathie Grad 3	Abwertung
K72.74	Hepatische Enzephalopathie Grad 4	Abwertung
K72.79	Hepatische Enzephalopathie, Grad nicht näher bezeichnet	Abwertung
K72.9	Leberversagen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K74.0	Leberfibrose	Abwertung
K74.2	Leberfibrose mit Lebersklerose	Abwertung
K74.3	Primäre biliäre Zirrhose	Abwertung
K74.4	Sekundäre biliäre Zirrhose	Abwertung
K74.5	Biliäre Zirrhose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	Abwertung
K75.2	Unspezifische reaktive Hepatitis	Abwertung
K75.4	Autoimmune Hepatitis	Abwertung
K75.8	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Leberkrankheiten	Abwertung
K75.9	Entzündliche Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
K76.7	Hepatorenales Syndrom	Abwertung
K77.0	Leberkrankheiten bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten	Abwertung
K77.8	Leberkrankheiten bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.01	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.21	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.30	Gallengangsstein mit Cholangitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.31	Gallengangsstein mit Cholangitis: Mit Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.40	Gallengangsstein mit Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.51	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.80	Sonstige Cholelithiasis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K81.0	Akute Cholezystitis	Abwertung
K82.1	Hydrops der Gallenblase	Abwertung
K82.2	Perforation der Gallenblase	Abwertung
K82.3	Gallenblasenfistel	Abwertung
K83.0	Cholangitis	Abwertung
K85.00	Idiopathische akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation	Abwertung
K85.10	Biliäre akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation	Abwertung
K85.21	Alkoholinduzierte akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation	Abwertung
K85.80	Sonstige akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
K85.90	Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer Organkomplikation	Abwertung
K86.0	Alkoholinduzierte chronische Pankreatitis	Abwertung
K86.1	Sonstige chronische Pankreatitis	Abwertung
K86.2	Pankreaszyste	Abwertung
K86.3	Pseudozyste des Pankreas	Abwertung
K91.2	Malabsorption nach chirurgischem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
K91.4	Funktionsstörung nach Kolostomie oder Enterostomie	Abwertung
K91.80	Generalisierte Mukositis bei Immunkompromittierung	Abwertung
K91.83	Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen am sonstigen Verdauungstrakt	Abwertung
K91.88	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
K92.0	Hämatemesis	Abwertung
K92.1	Meläna	Abwertung
K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
L01.0	Impetigo contagiosa [jeder Erreger] [jede Lokalisation]	Abwertung
L01.1	Sekundäre Impetiginisation anderer Dermatosen	Abwertung
L03.10	Phlegmone an der oberen Extremität	Abwertung
L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	Abwertung
L03.2	Phlegmone im Gesicht	Abwertung
L03.3	Phlegmone am Rumpf	Abwertung
L03.8	Phlegmone an sonstigen Lokalisationen	Abwertung
L03.9	Phlegmone, nicht näher bezeichnet	Abwertung
L12.0	Bullöses Pemphigoid	Abwertung
L12.9	Pemphigoidkrankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
L40.5	Psoriasis-Arthropathie	Abwertung
L53.0	Erythema toxicum	Abwertung
L89.10	Dekubitus 2. Grades: Kopf	Abwertung
L89.11	Dekubitus 2. Grades: Obere Extremität	Abwertung
L89.12	Dekubitus 2. Grades: Dornfortsätze	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
L89.13	Dekubitus 2. Grades: Beckenkamm	Abwertung
L89.14	Dekubitus 2. Grades: Kreuzbein	Abwertung
L89.15	Dekubitus 2. Grades: Sitzbein	Abwertung
L89.16	Dekubitus 2. Grades: Trochanter	Abwertung
L89.17	Dekubitus 2. Grades: Ferse	Abwertung
L89.18	Dekubitus 2. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	Abwertung
L89.19	Dekubitus 2. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
L89.20	Dekubitus 3. Grades: Kopf	Abwertung
L89.21	Dekubitus 3. Grades: Obere Extremität	Abwertung
L89.22	Dekubitus 3. Grades: Dornfortsätze	Abwertung
L89.23	Dekubitus 3. Grades: Beckenkamm	Abwertung
L89.24	Dekubitus 3. Grades: Kreuzbein	Abwertung
L89.25	Dekubitus 3. Grades: Sitzbein	Abwertung
L89.26	Dekubitus 3. Grades: Trochanter	Abwertung
L89.27	Dekubitus 3. Grades: Ferse	Abwertung
L89.28	Dekubitus 3. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	Abwertung
L89.29	Dekubitus 3. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
L89.30	Dekubitus 4. Grades: Kopf	Abwertung
L89.31	Dekubitus 4. Grades: Obere Extremität	Abwertung
L89.32	Dekubitus 4. Grades: Dornfortsätze	Abwertung
L89.33	Dekubitus 4. Grades: Beckenkamm	Abwertung
L89.34	Dekubitus 4. Grades: Kreuzbein	Abwertung
L89.35	Dekubitus 4. Grades: Sitzbein	Abwertung
L89.36	Dekubitus 4. Grades: Trochanter	Abwertung
L89.37	Dekubitus 4. Grades: Ferse	Abwertung
L89.38	Dekubitus 4. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	Abwertung
L89.39	Dekubitus 4. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
M00.01	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikulär-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
M00.26	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M00.91	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	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
M05.30	Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M05.39	Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M07.30	Sonstige psoriatische Arthritiden: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M07.39	Sonstige psoriatische Arthritiden: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M30.0	Panarteriitis nodosa	Abwertung
M30.1	Panarteriitis mit Lungenbeteiligung	Abwertung
M31.1	Thrombotische Mikroangiopathie	Abwertung
M31.3	Wegener-Granulomatose	Abwertung
M31.4	Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom]	Abwertung
M31.6	Sonstige Riesenzellarteriitis	Abwertung
M31.7	Mikroskopische Polyangiitis	Abwertung
M31.8	Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vasculopathien	Abwertung
M31.9	Nekrotisierende Vasculopathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
M32.1	Systemischer Lupus erythematodes mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen	Abwertung
M32.8	Sonstige Formen des systemischen Lupus erythematodes	Abwertung
M32.9	Systemischer Lupus erythematodes, nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
M33.1	Sonstige Dermatomyositis	Abwertung
M33.2	Polymyositis	Abwertung
M33.9	Dermatomyositis-Polymyositis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
M34.0	Progressive systemische Sklerose	Abwertung
M34.1	CR(E)ST-Syndrom	Abwertung
M34.8	Sonstige Formen der systemischen Sklerose	Abwertung
M34.9	Systemische Sklerose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
M35.1	Sonstige Overlap-Syndrome	Abwertung
M35.5	Multifokale Fibrosklerose	Abwertung
M35.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	Abwertung
M48.55	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Thorakolumbalbereich	Abwertung
M48.56	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Lumbalbereich	Abwertung
M48.59	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M49.50	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	Abwertung
M49.54	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Thorakalbereich	Abwertung
M49.56	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Lumbalbereich	Abwertung
M49.59	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M60.01	Infektiöse Myositis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M60.02	Infektiöse Myositis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M60.05	Infektiöse Myositis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M60.07	Infektiöse Myositis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
M60.08	Infektiöse Myositis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M60.09	Infektiöse Myositis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M62.08	Muskeldiastase: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M62.09	Muskeldiastase: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M62.18	Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M62.19	Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M62.29	Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M62.80	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M62.82	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M62.85	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M62.86	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M62.88	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M84.11	Nichtvereinigung der Frakturenden [Pseudarthrose]: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M84.15	Nichtvereinigung der Frakturenden [Pseudarthrose]: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M84.16	Nichtvereinigung der Frakturenden [Pseudarthrose]: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M84.19	Nichtvereinigung der Frakturenden [Pseudarthrose]: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M84.26	Verzögerte Frakturheilung: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M84.29	Verzögerte Frakturheilung: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
M84.36	Stressfraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M84.39	Stressfraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M84.46	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M84.47	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M84.48	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M84.49	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M86.06	Akute hämatogene Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M86.07	Akute hämatogene Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M86.09	Akute hämatogene Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	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
M86.24	Subakute Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M86.25	Subakute Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M86.27	Subakute Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
M86.29	Subakute Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M86.45	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M86.46	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M86.47	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M86.49	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M90.75	Knochenfraktur bei Neubildungen: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M90.78	Knochenfraktur bei Neubildungen: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M90.79	Knochenfraktur bei Neubildungen: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M96.88	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen	Abwertung
N00.1	Akutes nephritisches Syndrom: Fokale und segmentale glomeruläre Läsionen	Abwertung
N00.8	Akutes nephritisches Syndrom: Sonstige morphologische Veränderungen	Abwertung
N00.9	Akutes nephritisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet	Abwertung
N02.0	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Minimale glomeruläre Läsion	Abwertung
N02.1	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Fokale und segmentale glomeruläre Läsionen	Abwertung
N02.2	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Diffuse membranöse Glomerulonephritis	Abwertung
N02.3	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis	Abwertung
N02.4	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Diffuse endokapillär-proliferative Glomerulonephritis	Abwertung
N02.5	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
N02.6	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Dense-deposit-Krankheit	Abwertung
N02.7	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung	Abwertung
N02.8	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Sonstige morphologische Veränderungen	Abwertung
N02.9	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet	Abwertung
N04.1	Nephrotisches Syndrom: Fokale und segmentale glomeruläre Läsionen	Abwertung
N04.3	Nephrotisches Syndrom: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis	Abwertung
N04.9	Nephrotisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet	Abwertung
N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	Abwertung
N12	Tubulointerstitielle Nephritis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	Abwertung
N13.0	Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion	Abwertung
N13.1	Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
N13.2	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein	Abwertung
N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	Abwertung
N13.4	Hydroureter	Abwertung
N13.6	Pyonephrose	Abwertung
N13.9	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
N15.10	Nierenabszess	Abwertung
N17.01	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 1	Abwertung
N17.02	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 2	Abwertung
N17.03	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 3	Abwertung
N17.09	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
N17.11	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 1	Abwertung
N17.12	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 2	Abwertung
N17.13	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 3	Abwertung
N17.19	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium nicht näher bezeichnet	Abwertung
N17.21	Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 1	Abwertung
N17.22	Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 2	Abwertung
N17.23	Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 3	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
N30.0	Akute Zystitis	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
N30.1	Interstitielle Zystitis (chronisch)	Abwertung
N30.4	Strahlenzystitis	Abwertung
N31.2	Schlaaffe neurogene Harnblase, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
N32.0	Blasenhalsobstruktion	Abwertung
N32.1	Vesikointestinalfistel	Abwertung
N32.2	Harnblasenfistel, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
N33.8	Krankheiten der Harnblase bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	Abwertung
N39.41	Überlaufinkontinenz	Abwertung
N39.42	Dranginkontinenz	Abwertung
N41.2	Prostataabszess	Abwertung
N41.3	Prostatazystitis	Abwertung
N42.1	Kongestion und Blutung der Prostata	Abwertung
N45.0	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis mit Abszess	Abwertung
N70.0	Akute Salpingitis und Oophoritis	Abwertung
N71.0	Akute entzündliche Krankheit des Uterus, ausgenommen der Zervix	Abwertung
N73.6	Peritoneale Adhäsionen im weiblichen Becken	Abwertung
N73.9	Entzündliche Krankheit im weiblichen Becken, nicht näher bezeichnet	Abwertung
N76.0	Akute Kolpitis	Abwertung
N76.4	Abszess der Vulva	Abwertung
O03.8	Spontanabort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen	Abwertung
O03.9	Spontanabort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, ohne Komplikation	Abwertung
O08.8	Sonstige Komplikationen nach Abort, Extrauterin-Gravidität und Molenschwangerschaft	Abwertung
O08.9	Komplikation nach Abort, Extrauterin-Gravidität und Molenschwangerschaft, nicht näher bezeichnet	Abwertung
O14.0	Leichte bis mäßige Präeklampsie	Abwertung
O14.2	HELLP-Syndrom	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
O14.9	Präeklampsie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
O22.2	Oberflächliche Thrombophlebitis in der Schwangerschaft	Abwertung
O23.0	Infektionen der Niere in der Schwangerschaft	Abwertung
O23.1	Infektionen der Harnblase in der Schwangerschaft	Abwertung
O23.5	Infektionen des Genitaltraktes in der Schwangerschaft	Abwertung
O23.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektion des Urogenitaltraktes in der Schwangerschaft	Abwertung
O24.1	Diabetes mellitus in der Schwangerschaft: Vorher bestehender Diabetes mellitus, Typ 2	Abwertung
O24.3	Diabetes mellitus in der Schwangerschaft: Vorher bestehender Diabetes mellitus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
O24.4	Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend	Abwertung
O24.9	Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, nicht näher bezeichnet	Abwertung
O26.68	Sonstige Leberkrankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes	Abwertung
O41.1	Infektion der Fruchtblase und der Eihäute	Neuaufnahme
O44.00	Tiefer Sitz der Plazenta ohne (aktuelle) Blutung	Abwertung
O46.8	Sonstige präpartale Blutung	Abwertung
O46.9	Präpartale Blutung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
O67.0	Intrapartale Blutung bei Gerinnungsstörung	Abwertung
O71.1	Uterusruptur während der Geburt	Abwertung
O72.3	Postpartale Gerinnungsstörungen	Abwertung
O75.3	Sonstige Infektion unter der Geburt	Abwertung
O85	Puerperalfieber	Abwertung
O86.0	Infektion der Wunde nach operativem geburtshilflichem Eingriff	Abwertung
O86.1	Sonstige Infektion des Genitaltraktes nach Entbindung	Abwertung
O86.3	Sonstige Infektionen des Urogenitaltraktes nach Entbindung	Abwertung
O86.8	Sonstige näher bezeichnete Wochenbettinfektionen	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
O87.0	Oberflächliche Thrombophlebitis im Wochenbett	Abwertung
O87.1	Tiefe Venenthrombose im Wochenbett	Abwertung
O87.3	Hirnvenenthrombose im Wochenbett	Abwertung
O89.0	Pulmonale Komplikationen bei Anästhesie im Wochenbett	Abwertung
O89.1	Kardiale Komplikationen bei Anästhesie im Wochenbett	Abwertung
O89.2	Komplikationen des Zentralnervensystems bei Anästhesie im Wochenbett	Abwertung
O89.3	Toxische Reaktion auf Lokalanästhesie im Wochenbett	Abwertung
O89.4	Kopfschmerzen nach Spinal- oder Periduralanästhesie im Wochenbett	Abwertung
O89.5	Sonstige Komplikationen nach Spinal- oder Periduralanästhesie im Wochenbett	Abwertung
O89.6	Misslingen oder Schwierigkeiten bei der Intubation im Wochenbett	Abwertung
O89.8	Sonstige Komplikationen bei Anästhesie im Wochenbett	Abwertung
O89.9	Komplikation bei Anästhesie im Wochenbett, nicht näher bezeichnet	Abwertung
O99.4	Krankheiten des Kreislaufsystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	Abwertung
Q02	Mikrozephalie	Abwertung
Q03.1	Atresie der Apertura mediana [Foramen Magendii] oder der Aperturales laterales [Foramina Luschkae] des vierten Ventrikels	Abwertung
Q03.8	Sonstiger angeborener Hydrozephalus	Abwertung
Q03.9	Angeborener Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
Q04.0	Angeborene Fehlbildungen des Corpus callosum	Abwertung
Q05.0	Zervikale Spina bifida mit Hydrozephalus	Abwertung
Q05.4	Nicht näher bezeichnete Spina bifida mit Hydrozephalus	Abwertung
Q05.5	Zervikale Spina bifida ohne Hydrozephalus	Abwertung
Q05.7	Lumbale Spina bifida ohne Hydrozephalus	Abwertung
Q06.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Rückenmarks	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
Q07.0	Arnold-Chiari-Syndrom	Abwertung
Q20.3	Diskordante ventrikuloarterielle Verbindung	Abwertung
Q21.0	Ventrikelseptumdefekt	Abwertung
Q21.3	Fallot-Tetralogie	Abwertung
Q24.4	Angeborene subvalvuläre Aortenstenose	Abwertung
Q25.0	Offener Ductus arteriosus	Abwertung
Q25.6	Stenose der A. pulmonalis (angeboren)	Abwertung
Q26.3	Partielle Fehleinmündung der Lungenvenen	Abwertung
Q28.28	Sonstige angeborene arteriovenöse Fehlbildungen der zerebralen Gefäße	Abwertung
Q31.5	Angeborene Laryngomalazie	Abwertung
Q37.1	Spalte des harten Gaumens mit einseitiger Lip-penspalte	Abwertung
Q44.6	Zystische Leberkrankheit [Zystenleber]	Abwertung
Q51.2	Sonstige Formen des Uterus duplex	Abwertung
Q54.0	Glanduläre Hypospadie	Abwertung
Q54.1	Penile Hypospadie	Abwertung
Q55.4	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Ductus deferens, des Nebenhodens, der Vesiculae seminales und der Prostata	Abwertung
Q61.2	Polyzystische Niere, autosomal-dominant	Abwertung
Q62.2	Angeborener Megaureter	Abwertung
Q62.3	Sonstige (angeborene) obstruktive Defekte des Nierenbeckens und des Ureters	Abwertung
Q64.4	Fehlbildung des Urachus	Abwertung
Q71.8	Sonstige Reduktionsdefekte der oberen Extremität(en)	Abwertung
Q74.3	Arthrogryposis multiplex congenita	Abwertung
Q77.4	Achondroplasie	Abwertung
Q77.7	Dysplasia spondyloepiphysaria	Abwertung
Q78.0	Osteogenesis imperfecta	Abwertung
Q78.2	Marmorknochenkrankheit	Abwertung
Q78.3	Progrediente diaphysäre Dysplasie	Abwertung
Q79.4	Bauchdeckenaplasie-Syndrom	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
Q79.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Muskel-Skelett-Systems	Abwertung
Q85.0	Neurofibromatose (nicht bösartig)	Abwertung
Q85.1	Tuberöse (Hirn-) Sklerose	Abwertung
Q85.8	Sonstige Phakomatosen, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
Q86.80	Thalidomid-Embryopathie	Abwertung
Q87.1	Angeborene Fehlbildungssyndrome, die vorwiegend mit Kleinwuchs einhergehen	Abwertung
Q87.2	Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung der Extremitäten	Abwertung
Q87.4	Marfan-Syndrom	Abwertung
Q87.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
Q90.2	Trisomie 21, Translokation	Abwertung
Q90.9	Down-Syndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
Q91.2	Trisomie 18, Translokation	Abwertung
Q91.5	Trisomie 13, Mosaik (mitotische Non-disjunction)	Abwertung
Q92.8	Sonstige näher bezeichnete Trisomien und partielle Trisomien der Autosomen	Abwertung
Q93.3	Deletion des kurzen Armes des Chromosoms 4	Abwertung
Q93.4	Deletion des kurzen Armes des Chromosoms 5	Abwertung
Q93.5	Sonstige Deletionen eines Chromosomenteils	Abwertung
Q96.8	Sonstige Varianten des Turner-Syndroms	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
R09.2	Atemstillstand	Abwertung
R15	Stuhlinkontinenz	Abwertung
R18	Aszites	Abwertung
R29.0	Tetanie	Abwertung
R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	Abwertung
R40.2	Koma, nicht näher bezeichnet	Abwertung
R47.0	Dysphasie und Aphasie	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
R47.1	Dysarthrie und Anarthrie	Abwertung
R47.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Sprech- und Sprachstörungen	Abwertung
R56.0	Fieberkrämpfe	Abwertung
R56.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe	Abwertung
R57.0	Kardiogener Schock	Abwertung
R57.1	Hypovolämischer Schock	Abwertung
R57.2	Septischer Schock	Abwertung
R57.8	Sonstige Formen des Schocks	Abwertung
R57.9	Schock, nicht näher bezeichnet	Abwertung
R58	Blutung, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
R63.3	Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung	Abwertung
R64	Kachexie	Abwertung
R65.0	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese ohne Organkomplikationen	Abwertung
R65.1	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen	Abwertung
R65.2	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese ohne Organkomplikationen	Abwertung
R65.3	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese mit Organkomplikationen	Abwertung
R65.9	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS], nicht näher bezeichnet	Abwertung
R82.0	Chylurie	Abwertung
S02.3	Fraktur des Orbitabodens	Abwertung
S02.9	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen, Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
S05.8	Sonstige Verletzungen des Auges und der Orbita	Abwertung
S06.1	Traumatisches Hirnödem	Abwertung
S06.5	Traumatische subdurale Blutung	Abwertung
S06.70	Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma: Weniger als 30 Minuten	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
S06.71	Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma: 30 Minuten bis 24 Stunden	Abwertung
S06.72	Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma: Mehr als 24 Stunden, mit Rückkehr zum vorher bestehenden Bewusstseinsgrad	Abwertung
S06.73	Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma: Mehr als 24 Stunden, ohne Rückkehr zum vorher bestehenden Bewusstseinsgrad	Abwertung
S06.79	Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma: Dauer nicht näher bezeichnet	Abwertung
S09.0	Verletzung von Blutgefäßen des Kopfes, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
S11.02	Offene Wunde: Trachea, Pars cervicalis	Abwertung
S12.0	Fraktur des 1. Halswirbels	Abwertung
S12.1	Fraktur des 2. Halswirbels	Abwertung
S12.21	Fraktur des 3. Halswirbels	Abwertung
S12.9	Fraktur im Bereich des Halses, Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
S22.00	Fraktur eines Brustwirbels: Höhe nicht näher bezeichnet	Abwertung
S22.02	Fraktur eines Brustwirbels: T3 und T4	Abwertung
S22.03	Fraktur eines Brustwirbels: T5 und T6	Abwertung
S22.04	Fraktur eines Brustwirbels: T7 und T8	Abwertung
S22.05	Fraktur eines Brustwirbels: T9 und T10	Abwertung
S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	Abwertung
S22.40	Rippenserienfraktur: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
S22.42	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von zwei Rippen	Abwertung
S22.43	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von drei Rippen	Abwertung
S22.44	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen	Abwertung
S22.5	Instabiler Thorax	Abwertung
S26.9	Verletzung des Herzens, nicht näher bezeichnet	Abwertung
S27.0	Traumatischer Pneumothorax	Abwertung
S27.1	Traumatischer Hämatothorax	Abwertung
S27.2	Traumatischer Hämatothorax	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
S27.4	Verletzung eines Bronchus	Abwertung
S27.5	Verletzung der Trachea, Pars thoracica	Abwertung
S27.6	Verletzung der Pleura	Abwertung
S32.00	Fraktur eines Lendenwirbels: Höhe nicht näher bezeichnet	Abwertung
S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	Abwertung
S32.02	Fraktur eines Lendenwirbels: L2	Abwertung
S32.03	Fraktur eines Lendenwirbels: L3	Abwertung
S32.05	Fraktur eines Lendenwirbels: L5	Abwertung
S32.1	Fraktur des Os sacrum	Abwertung
S32.2	Fraktur des Os coccygis	Abwertung
S32.4	Fraktur des Acetabulums	Abwertung
S32.5	Fraktur des Os pubis	Abwertung
S32.82	Fraktur: Lendenwirbelsäule und Kreuzbein, Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
S32.83	Fraktur: Becken, Teil nicht näher bezeichnet	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
S36.00	Verletzung der Milz, nicht näher bezeichnet	Abwertung
S36.10	Verletzung der Leber, nicht näher bezeichnet	Abwertung
S36.11	Prellung und Hämatom der Leber	Abwertung
S36.17	Verletzung: Gallenblase	Abwertung
S36.81	Verletzung: Peritoneum	Abwertung
S36.9	Verletzung eines nicht näher bezeichneten intra-abdominalen Organs	Abwertung
S37.02	Rissverletzung der Niere	Abwertung
S37.1	Verletzung des Harnleiters	Abwertung
S37.20	Verletzung der Harnblase, nicht näher bezeichnet	Abwertung
S37.28	Sonstige Verletzungen der Harnblase	Abwertung
S37.30	Verletzung der Harnröhre: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
S37.38	Verletzung der Harnröhre: Sonstige Teile	Abwertung
S37.81	Verletzung: Nebenniere	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
S37.9	Verletzung eines nicht näher bezeichneten Harnorgans oder Beckenorgans	Abwertung
S42.22	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Col- lum chirurgicum	Abwertung
S42.23	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Col- lum anatomicum	Abwertung
S72.00	Schenkelhalsfraktur: Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	Abwertung
S72.03	Schenkelhalsfraktur: Subkapital	Abwertung
S72.04	Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal	Abwertung
S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	Abwertung
S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	Abwertung
S72.3	Fraktur des Femurschaftes	Abwertung
S72.40	Distale Fraktur des Femurs: Teil nicht näher be- zeichnet	Abwertung
S72.44	Distale Fraktur des Femurs: Interkondylär	Abwertung
S72.9	Fraktur des Femurs, Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
S75.0	Verletzung der A. femoralis	Abwertung
S98.4	Traumatische Amputation am Fuß, Höhe nicht nä- her bezeichnet	Abwertung
T13.6	Traumatische Amputation der unteren Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet	Abwertung
T79.2	Traumatisch bedingte sekundäre oder rezidivie- rende Blutung	Abwertung
T79.3	Posttraumatische Wundinfektion, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T79.4	Traumatischer Schock	Abwertung
T79.5	Traumatische Anurie	Abwertung
T79.7	Traumatisches subkutanes Emphysem	Abwertung
T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Ein- griffes, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T81.1	Schock während oder als Folge eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T81.2	Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T81.3	Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
T81.5	Fremdkörper, der versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist	Abwertung
T81.7	Gefäßkomplikationen nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T82.0	Mechanische Komplikation durch eine Herzklappenprothese	Abwertung
T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät	Abwertung
T82.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäßtransplantate	Abwertung
T82.5	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
T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	Abwertung
T84.1	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen	Abwertung
T84.2	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an sonstigen Knochen	Abwertung
T84.4	Mechanische Komplikation durch sonstige intern verwendete orthopädische Geräte, Implantate und Transplantate	Abwertung
T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	Abwertung
T84.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]	Abwertung
T84.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	Abwertung
T84.8	Sonstige Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
T84.9	Nicht näher bezeichnete Komplikation durch orthopädische Endoprothese, Implantat oder Transplantat	Abwertung
T85.0	Mechanische Komplikation durch einen ventrikulären, intrakraniellen Shunt	Abwertung
T85.2	Mechanische Komplikation durch eine intraokulare Linse	Streichung
T85.5	Mechanische Komplikation durch gastrointestinale Prothesen, Implantate oder Transplantate	Abwertung
T85.6	Mechanische Komplikation durch sonstige näher bezeichnete interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	Abwertung
T85.71	Infektion und entzündliche Reaktion durch Katheter zur Peritonealdialyse	Abwertung
T85.78	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
T86.01	Akute Graft-versus-host-Krankheit, Grad I und II	Abwertung
T86.05	Chronische Graft-versus-Host-Krankheit, mild	Abwertung
T86.09	Graft-versus-host-Krankheit, nicht näher bezeichnet	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
T86.51	Nekrose eines Hauttransplantates	Abwertung
T86.52	Verlust eines Hauttransplantates	Abwertung
T86.59	Sonstiges und nicht näher bezeichnetes Versagen und Abstoßung eines Hauttransplantates	Abwertung
T86.81	Versagen und Abstoßung: Lungentransplantat	Abwertung
T86.88	Versagen und Abstoßung: Sonstige transplantierte Organe und Gewebe	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
T86.9	Versagen und Abstoßung eines nicht näher bezeichneten transplantierten Organs und Gewebes	Abwertung
T87.4	Infektion des Amputationsstumpfes	Abwertung
T87.5	Nekrose des Amputationsstumpfes	Abwertung
T88.2	Schock durch Anästhesie	Abwertung
T88.6	Anaphylaktischer Schock als unerwünschte Nebenwirkung eines indikationsgerechten Arzneimittels oder einer indikationsgerechten Droge bei ordnungsgemäßer Verabreichung	Abwertung
T91.3	Folgen einer Verletzung des Rückenmarkes	Abwertung
U50.40	Schwere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 20-35 Punkte	Abwertung
U50.41	Schwere motorische Funktionseinschränkung: Motorischer FIM: 31-42 Punkte	Abwertung
U50.50	Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 0-15 Punkte	Abwertung
U50.51	Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung: Motorischer FIM: 13-30 Punkte	Abwertung
U51.20	Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Erweiterter Barthel-Index: 0-15 Punkte	Abwertung
U51.21	Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Kognitiver FIM: 5-10 Punkte	Abwertung
U51.22	Schwere kognitive Funktionseinschränkung: MMSE: 0-16 Punkte	Abwertung
U60.1	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit: Kategorie A	Abwertung
U60.3	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit: Kategorie C	Abwertung
U61.1	Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit: Kategorie 1	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
U80.20	Enterococcus faecalis mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
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
U80.8	Sonstige grampositive Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika	Abwertung
U81.00	Escherichia coli mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd	Abwertung
U81.01	Klebsiella pneumoniae mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd	Abwertung
U81.02	Klebsiella oxytoca mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd	Abwertung
U81.04	Enterobacter-cloacae-Komplex mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd	Abwertung
U81.05	Citrobacter-freundii-Komplex mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd	Abwertung
U81.07	Proteus mirabilis mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd	Abwertung
U81.08	Sonstige Enterobakterien mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd	Abwertung
U81.10	Pseudomonas aeruginosa mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd	Abwertung
U81.11	Acinetobacter-baumannii-Gruppe mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd	Abwertung
U81.20	Escherichia coli mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.21	Klebsiella pneumoniae mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.22	Klebsiella oxytoca mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.24	Enterobacter-cloacae-Komplex mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.25	Citrobacter-freundii-Komplex mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.27	Proteus mirabilis mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.28	Sonstige Enterobakterien mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung

ICD 2017	ICD-Text 2017	Kategorie
U81.30	Pseudomonas aeruginosa mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.31	Acinetobacter-baumannii-Gruppe mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.40	Escherichia coli mit Multiresistenz 4MRGN	Abwertung
U81.41	Klebsiella pneumoniae mit Multiresistenz 4MRGN	Abwertung
U81.42	Klebsiella oxytoca mit Multiresistenz 4MRGN	Abwertung
U81.47	Proteus mirabilis mit Multiresistenz 4MRGN	Abwertung
U81.50	Pseudomonas aeruginosa mit Multiresistenz 4MRGN	Abwertung
U81.6	Burkholderia, Stenotrophomonas und andere Nonfermenter mit Resistenz gegen Chinolone, Amikacin, Ceftazidim, Piperacillin/Tazobactam oder Cotrimoxazol	Abwertung
U81.8	Sonstige gramnegative 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
Z94.1	Zustand nach Herztransplantation	Abwertung
Z94.2	Zustand nach Lungentransplantation	Abwertung
Z94.3	Zustand nach Herz-Lungen-Transplantation	Abwertung
Z94.4	Zustand nach Lebertransplantation	Abwertung
Z94.80	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation ohne gegenwärtige Immunsuppression	Abwertung
Z94.81	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression	Abwertung
Z94.88	Zustand nach sonstiger Organ- oder Gewebetransplantation	Abwertung
Z95.80	Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems	Abwertung

**Tabelle A-4-1:**

201 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
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation, ohne kombinierte Pankreastransplantation, Alter > 5 Jahre
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
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
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
A13C	Beatmung > 95 Stunden mit kompl. OR-Prozedur und Alter < 6 Jahre oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konstellation oder mit intensivmed. Komplexbeh. > - / - / 1104 Punkte od. Alter < 16 J., außer bei Lymphom und Leukämie, ohne kompliz. Konstellation
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
A15B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter < 16 Jahre oder bestimmte Entnahme oder Stammzellboost oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte
A15D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom, ohne bestimmte Entnahme, ohne Stammzellboost
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre oder ohne AB0-inkompatible Transplantation, ohne schwerste CC

DRG	DRG-Text
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
A36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / - / 552 und < - / - / 829 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen
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, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation
A64Z	Evaluiierungsaufenthalt vor Leber-, Dünndarm- oder Nieren-Pankreas-Transplantation
B01A	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Alter < 18 Jahre
B02E	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte komplizierende Faktoren
B04A	Interventionelle oder beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC
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
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 18 Jahre
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation
B45Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B64Z	Delirium
B66C	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
B67A	Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung
B69B	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, mit äußerst schweren CC
B72A	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter < 16 Jahre
B77Z	Kopfschmerzen
B81A	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose oder bestimmter aufwendiger / hochaufwendiger Behandlung
B84Z	Vaskuläre Myelopathien
B86Z	Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet und Krankheit des Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet

DRG	DRG-Text
C01B	Andere Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen oder Amnionmembrantransplantation oder bestimmte Biopsie
C02B	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita außer bei bösartiger Neubildung
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE) oder Amnionmembrantransplantation oder komplexem Eingriff oder Alter < 16 Jahre
C08A	Beidseitige extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) oder extrakapsuläre Extraktion der Linse bei angeborener Fehlbildung der Linse
C60Z	Akute und schwere Augeninfektionen
C61Z	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D04B	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen, ohne komplexen Eingriff
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
D33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
D37A	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter < 16 Jahre oder bei Gaumenspalte oder Spaltnase oder plastische Rekonstruktion der Nase mit Rippenknorpeltransplantation
D60C	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
E02C	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 9 J., mehr als 1 BT, ohne best. Eingr. an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwend. Eingr., ohne äußerst schwere CC, m. best. endoskop. Lungenvolumenred. od. anderem mäßig kompl. Eingr. od. Alter < 18 J.
E08A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden
E69E	Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag oder Alter > 5 Jahre und Alter < 56 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Beschwerden und Symptome d. Atmung ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre oder bei Hyperventilation
E70A	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter < 3 Jahre
E70B	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter > 2 Jahre
E73A	Pleuraerguss mit äußerst schweren CC
E77B	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplizierender Konstellation oder hochkomplexer Diagnose oder kompl. Diagn. bei Z.n. Organtransplantation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte
F01E	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation oder aufwendige Sondenentfernung oder Aggregatwechsel S-ICD ohne Änderung der Sonde, ohne Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie

DRG	DRG-Text
F02B	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Einkammer-Stimulation
F19A	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC
F21B	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne hochkomplexen Eingriff, mit komplexem Eingriff oder bestimmter komplizierender Konstellation
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
F27A	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Gefäßeingriff oder bestimmter Amputation
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
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
F50C	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen ohne komplexe Ablation, ohne komplexe Ablation im linken Vorhof, ohne hochkomplexe Ablation, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, Alter > 15 Jahre
F59D	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit bestimmtem anderen Eingriff oder PTA, mehr als ein Belegungstag, ohne aufwendigen oder bestimmten Eingriff, ohne Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag
F63A	Venenthrombose mit äußerst schweren CC
F67C	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter < 18 Jahre
F98A	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Alter < 30 Jahre oder Implantation eines Wachstumsstents
G11A	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter < 6 Jahre
G21A	Komplexe Adhäsionolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm und Enterostoma, Alter < 16 Jahre
G22C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsionolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung
G23A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsionolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung
G23B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsionolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung

DRG	DRG-Text
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
G40A	Bestimmte komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff 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
H07A	Cholezystektomie und wenig komplexe Eingriffe an Gallenblase, Gallenwegen mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation
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
H12B	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
H61A	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Pfortaderthrombose
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, mit akuter Pankreatitis oder Leberzirrhose oder bestimmter nichtinfektiöser Hepatitis, Alter < 16 Jahre
I12B	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, mit Revision des Kniegelenkes oder Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre
I14Z	Revision eines Amputationsstumpfes
I19A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe ohne Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems
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
I31A	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, mit aufwendigen Eingriffen am Unterarm
I36Z	Beidseitige Implantation oder Wechsel einer Endoprothese an Hüft- und/oder Kniegelenk

DRG	DRG-Text
I44B	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere CC, mit bestimmtem Wechsel von Endoprothesen oder Implantation einer patientenindividuell angefertigte Endoprothese am Kniegelenk ohne Defekt oder Deformität der Knochen
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
I60Z	Frakturen am Femurschaft, Alter < 3 Jahre
I64B	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC
I64C	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC
I66D	Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit kinder- und jugendrheumatologischer Komplexbehandlung 7 bis 13 Behandlungstage oder Alter < 16 Jahre mit bestimmten Vaskulitiden
I72Z	Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit äußerst schweren oder schweren CC oder Frakturen am Femurschaft, Alter > 2 Jahre
I97Z	Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J07A	Kleine Eingr. an der Mamma mit best. LK-Exzision od. äuß. schw. oder schw. CC bei BNB, mit beids. Eingr. od. Eingr. am Ovar oder große Eingr. an der Mamma bei BNB ohne kompl. Eingr., ohne best. Eingr. weibl. Geschlechtsorg. bei BNB mit Eingr. am Ovar
J10B	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff
J14Z	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
J61B	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Diagnose, mit schwerer Erkrankung der Haut, ohne aufwendige Behandlung
J67Z	Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte bis moderate Hauterkrankungen
J68A	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre
J68B	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre
J77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
K03A	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre
K04Z	Große Eingriffe bei Adipositas
K15A	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Radiojodtherapie

DRG	DRG-Text
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Radiojodtherapie
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
K60F	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose
K63B	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K64A	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
L02B	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse
L06B	Kleine Eingriffe an den Harnorganen ohne äußerst schwere CC oder ohne bestimmte Prozeduren oder Alter < 16 Jahre
L06D	Andere kleine Eingriffe an den Harnorganen, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmten Eingriff bei Harninkontinenz
L08A	Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter < 6 Jahre
L17A	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter < 16 Jahre
L19Z	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC oder perkutane Thermoablation der Niere
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.
L38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L42B	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen ohne auxiliäre Maßnahmen, außer bei Para- / Tetraplegie
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
L69A	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
L69B	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
L70B	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre
L71Z	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse
M02B	Transurethrale Prostataresektion oder bestimmte andere Operationen an der Prostata ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
M04D	Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff bei Orchitis mit Abszess oder bösartiger Neubildung, ohne mäßig komplexen Eingriff oder Alter > 2 Jahre, ohne schwere CC oder Alter > 13 Jahre
M05A	Zirkumzision oder bestimmte andere Eingriffe am Penis oder bestimmte großflächige Ablationen der Haut
M09B	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne BNB des Penis
M11Z	Transurethrale Laserdestruktion und -resektion der Prostata
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
M64Z	Anderer Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane und Sterilisation beim Mann
N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff
N08Z	Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
N11A	Anderer OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose mit äußerst schweren CC
N13A	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 > 80 Jahre oder 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
N25Z	Anderer Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose oder andere kleine Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
O01D	Sekundäre Sectio caesarea m. mehrer. kompliz. Diagn., Schwangerschaftsdauer > 33 vollendete Wochen (SSW), oh. intraut. Ther., oh. kompliz. Konst., ohne Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., mit od. ohne kompliz. Diag., oh. auß. schw. CC
O05C	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, ein Belegungstag oder ohne Cerclage, ohne Muttermundverschluss, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte intrauterine Operation am Feten, mit fetoskopischer Hochfrequenzablation von Gefäßen
O05D	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, ein Belegungstag oder ohne Cerclage, Muttermundverschluss, komplexe OR-Prozedur und bestimmte intrauterine Operation am Feten, mit wenig aufwendigem Eingriff oder intrauterine Therapie des Feten
O63Z	Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie
O65A	Anderer vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexer Diagnose oder komplizierendem Eingriff oder ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 143 und < 481 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborener Zwerchfellhernie oder Ösophagusatresie, Beatmung > 143 Stunden oder Eingriff bei univentrikulärem Herzen
P03A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 120 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 > 120 Stunden, ohne Beatmung > 479 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, ohne temporären Verschluss eines Bauchwanddefektes
P06C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne bestimmte aufwendige OR-Prozeduren
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61E	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P62C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur
P65D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem
P66B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem, ohne Krampfanfall mit bestimmten diagnostischen Maßnahmen, ohne Beatmung > 48 Stunden
P66C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem
Q02A	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems mit äußerst schweren CC
Q03A	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter < 10 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
Q61A	Andere Erkrankungen der Erythrozyten mit äußerst schweren CC
Q62Z	Andere Anämie

DRG	DRG-Text
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
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
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder schwersten CC, Alter > 15 Jahre
R60F	Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Sepsis oder anderer kompliz. Konstell. oder mit kompl. Diagnose oder Portimpl., mit äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre od. mit äuß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom, mit kompl. Diagnostik bei Leukämie od. mit schwersten CC
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation oder Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, Alter < 16 Jahre
R63D	Andere akute Leukämie mit komplizierender Konstellation oder mit mäßig komplexer Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre
R63J	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R65A	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
R65B	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation
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

DRG	DRG-Text
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. Eingr. an Hüftendoproth., Brustw., Pleura, Pankr., Magen, m. best. Eingr. bei best. Sepsis od. best. operativen Eingr.
T60F	Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme
T62A	Fieber unbekannter Ursache mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre
T62B	Fieber unbekannter Ursache ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 6 Jahre
T63B	Bestimmte virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation
U60B	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
W60Z	Polytrauma, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme
X05B	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff
X07B	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation eines Fingers oder einer Zehe
Y02C	Andere Verbrenn. m. Hauttr. od. and. Eingr. oh. auß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn., oh. komplexe Proz., oh. Dialyse, oh. Beat. > 24 Std., oh. kompliz. Konst., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., oh. best. Spalthauttranspl., Alter < 18 J.
Z01C	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten Eingriff
Z64C	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, ohne inv. kardiol. Diagnostik bei Zustand nach Herztransplantation oder Alter > 17 Jahre, mit bestimmtem Kontak Anlass
Z65Z	Beschwerden, Symptome, andere Anomalien und Nachbehandlung

**Tabelle A-4-2:**

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

DRG	DRG-Text
801C	Ausgedehnte OR-Proz. oh. Bezug zur Hauptdiag. mit komplexer OR-Proz. od. and. Eingriff an Kopf u. Wirbelsäule od. mit neurolog. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls od. Alter < 1 J. od. bei Para- / Tetraplegie od. Alter < 18 J. u. schw. od. äuß. schw. CC
802D	Wenig komplexe nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose
A05B	Herztransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2646 / 2484 / - Aufwandspunkte
A06C	Beatmung > 1799 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte
A09D	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1470 / 1380 / 1656 und < 1765 / 1657 / 2209 Aufwandspunkte
A09E	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1380 u. < 1471 / 1381 / 1657 Punkte, mit komplexer Diagnose oder Prozedur
A11A	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 Aufwandsp.
A11B	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit hochkomplexem Eingriff oder best. Eingriff und best. intensivmed. Komplexbeh. oder Alter < 2 Jahre bei angeborener Fehlbildung
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.
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
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
B01B	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Alter > 17 Jahre
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation bei Neubildung des Nervensystems oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, Alter < 6 Jahre oder Alter < 16 Jahre und mehrzeitige komplexe OR-Prozedur

DRG	DRG-Text
B04B	Beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC oder mehrzeitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen oder äußerst schwere CC
B05Z	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom oder kleine Eingriffe an den Nerven
B07Z	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC oder komplizierender Diagnose
B39C	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit best. OR-Prozedur, bis 72 Std., ohne kompl. Eing., ohne kompliz. Konst., ohne intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P. oder and. neurolog. Komplexbeh. des akuten Schlaganf., mehr als 72 Std.
B47B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, weniger als 14 Behandlungstage
B60A	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag
B69A	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden
B69C	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurol. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Std., ohne äußerst schw. CC oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls oder mit äuß. schw. CC
B70D	Apoplexie ohne komplexen zerebrovaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose oder systemische Thrombolyse, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Stunden 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
B76C	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit auß. schweren CC, ohne kompl. Diagnose oder mit schweren CC, Alter > 2 Jahre oder ohne schwere CC, mit EEG oder best. Diagnose, ohne kompl. Diagnose, mit angeb. Fehlbildung
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor
B80Z	Andere Kopfverletzungen
B85C	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder zerebrale Lähmungen
C10C	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, Alter > 5 Jahre
C14Z	Andere Eingriffe am Auge
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina
C16Z	Aufwendige Eingriffe am Auge, Alter < 6 Jahre
C62Z	Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen
C65Z	Bösartige Neubildungen des Auges
D01B	Kochleaimplantation, unilateral

DRG	DRG-Text
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 Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose
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
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D13A	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals mit komplizierender Diagnose
D37B	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre, außer bei Gaumenspalte oder Spaltnase, ohne plastische Rekonstruktion der Nase mit Rippenknorpeltransplantation
D39Z	Andere Eingriffe an der Nase
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, mit starrer Endoskopie
D65Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals oder Verletzung und Deformität der Nase
E05A	Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Eingriffe zur Entfernung von intrakraniell Gewebe, mit bestimmten Eingriffen bei Brustkorbdeformität oder mit äußerst schweren CC
E05B	Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Eingriffe zur Entfernung von intrakraniell Gewebe, ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung oder Alter < 18 Jahre
E06B	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum, Alter > 9 und < 16 Jahre oder mit offen chirurgischer Pleurolyse mit Eingriff an Lunge/Pleura oder best. atyp. Lungenresek. oder best. Brustkorbkorr.
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC
E65A	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung mit äuß. schw. CC od. mit komplizierender Diagnose od. best. hochaufw. Behandlung od. Bronchitis u. Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äuß. schw. od. schw. CC, Alter < 1 J., mit RS-Virus-Infekt.
E66A	Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose
E66B	Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose
E76C	Tuberkulose bis 14 Belegungstag, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Pneumothorax
E77E	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane, Alter > 9 Jahre

DRG	DRG-Text
E78Z	Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung, bis 2 Belegungstage
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit bestimmter komplizierender Konstellation oder bestimmtem Zweifacheingriff
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, 196 / 184 / - < IntK < 393 / 369 / - P., mit Zweifacheingriff oder bei angeborenem Herzfehler, mit kompl. Eingriff oder best. Herzklappeneingriff oder andere komplizierende Konstellation
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 / - Aufwandspunkte oder Karotiseingriff
F06E	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne intraoperative Ablation, ohne schwerste CC, ohne Implantation eines herzunterstützenden Systems
F08A	Rekonstruktive Gefäßeingriffe mit komplizierender Konstellation oder komplexe Vakuumbehandlung oder thorakoabdominales Aneurysma oder komplexer Aorteneingriff
F12F	Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem, Alter > 15 Jahre, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen
F12I	Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders
F14A	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit äußerst schweren CC
F15Z	Perkutane Koronarangioplastie mit komplizierender Konstellation mit komplexer Diagn. u. hochkompl. Intervention od. m. best. Rekanalisationsverf., Alt. < 16 J. od. inv. kardiolog. Diagnostik, mit kompliz. Konst. od. Endokarditis, mehr als 2 Belegungstage
F17B	Wechsel eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, Alter > 15 Jahre
F19B	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC oder Radiofrequenzablation über A. renalis, Alter < 18 Jahre
F24A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC
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
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne best. kompl. Diagnose, mit best. Ingr.
F51B	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal, ohne bestimmte Aortenprothesenkombination
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC
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
F62B	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren 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 äußerst schw. CC
F65A	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte
F66A	Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC
F67D	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter > 17 Jahre
F70A	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren CC
F74Z	Thoraxschmerz und sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems
F75A	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
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
G04Z	Adhäsioolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre od. mit äuß. schw. od. schw. CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder best. Eingriffe an abd. Gefäßen mit äuß. schw. CC oder Implantation eines Antireflux-Stimulationssystems od. best. Gastrektomie
G08B	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, ohne äußerst schwere CC
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff
G17A	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, bei bösartiger Neubildung
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
G21C	Andere Eingriffe an Darm und Enterostoma, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff am Darm
G24A	Eingriffe bei Hernien mit plastischer Rekonstruktion der Bauchwand

DRG	DRG-Text
G24C	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, mit äußerst schweren CC
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / - Aufwandspunkte und < 1177 / 1105 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
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
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 J., mit kompl. Eingriff oder intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P.
H02A	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen, Alter > 13 Jahre, bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmter biliodigestiver Anastomose
H12A	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen mit äußerst schweren CC
H16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 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
H41B	Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, ohne Zugang durch retrograde Endoskopie
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.
I05C	Anderer großer Gelenkersatz ohne Implantation oder Wechsel einer inversen Endoprothese am Schultergelenk
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
I06C	Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an der Wirbelsäule, ohne schwere entzündliche Erkrankung, ohne bestimmte bösartige Neubildungen am Knochen oder ohne bestimmten Eingriff an der Wirbelsäule
I09C	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten komplizierenden Faktoren, mit Wirbelkörperersatz oder komplexer Spondylodese
I09E	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule und best. komplizierende Faktoren oder best. Eingriffe an der WS mit best. anderen kompl. Faktoren und Eingriffe ZNS oder transpleuraler Zugang BWS oder best. langstreckige Spondylodese/Osteosynthese oder Diszitis
I09F	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule und best. komplizierende Faktoren od. best. Eingriffe an der WS mit best. anderen kompl. Faktoren, ohne Eingriffe ZNS, ohne transpleuraler Zugang BWS, oh. best. langstreckige Spondylodese/Osteosynthese, oh. Diszitis
I10A	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Rückenmark, Spinalkanal, Wirbelsäule, Rumpf mit äußerst schweren CC
I10C	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexen Eingriffen oder Verschluss Bandscheibendefekt mit Implantat oder Bandscheibeninfektion oder andere Eingriffe an der Wirbelsäule
I13G	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk ohne best. offene Reposition, ohne Implantation alloplastischer Knochenersatz, außer bei BNB, ohne bestimmte Knochentransplantation oder Alter > 17 Jahre oder ohne äuß. schw. od. schw. CC
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
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk
I20C	Eingriffe am Fuß ohne mehrere komplexe Eingriffe, ohne hochkomplexen Eingriff, mit bestimmten komplizierenden Faktoren
I23C	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk und Femur und Wirbelsäule ohne komplizierenden Eingriff am Knochen, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmten Eingriff am Knochen
I24A	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere kleine Eingriffe an den Extremitäten mit komplexem Eingriff oder Alter < 16 Jahre
I28E	And. Eingr. am Bindegew., oh. best. off. chir. Stab. Thorax, oh. Eingr. Zwerchf., oh. kompl. Eingr., oh. mäßig kompl. Eingr. an Brustw./Abd. od. Impl./We. best. Medik.-Pumpe, Alter > 9 J., oh. best. Eingr. an Knochen, Weichteilen od. Bindegew. oder 1 BT

DRG	DRG-Text
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
I30A	Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk und Alter < 16 Jahre oder sehr komplexe Eingriffe am Kniegelenk oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
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
I32G	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe oder mit bestimmtem mäßig komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag oder mit anderem mäßig komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre
I42B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 14 Tage
I44C	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Wechsel von Endoprothesen oder Prothesenkomponenten, ohne Implantation einer patientenindividuell angefertigte Endoprothese am Kniegelenk
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit komplexer Diagnose an Becken/Oberschenkel, mit best. endoprothetischem oder gelenkplastischem Eingriff am Hüftgelenk, mit Implantation oder Wechsel einer Radiuskopfprothese
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne best. kompliz. Faktoren, ohne komplexe Diagnose an Becken/Oberschenkel, ohne best. endoprothetischen Eingriff, oh. gelenkplastischen Eingriff am Hüftgelenk, oh. Implantation oder Wechsel einer Radiuskopfprothese
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
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag
I87Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J04Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion / Entzündung
J06Z	Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation bei bösartiger Neubildung oder komplexe Prothesenimplantation
J07B	Kleine Eingriffe an der Mamma mit bestimmter Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung, ohne beidseitigen Eingriff, ohne Eingriff am Ovar, mit brusterhaltendem Eingriff
J09A	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter < 16 Jahre
J11A	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit komplexem Eingriff bei komplizierender Diagnose oder bei Para- / Tetraplegie oder selektive Embolisation bei Hämangiom

DRG	DRG-Text
J11D	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne kompliz. Diag., ohne mäßig komplexe Prozedur oder Diagnose, Alter > 17 Jahre oder ohne äuß. schw. oder schw. CC, ohne bestimmten Eingriff, ohne Hidradenitis suppurativa, außer bei BNB oder Pemphigoid
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
J64A	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus mit äußerst schweren CC
K06C	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse u. Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, außer bei BNB, oh. äuß. schw. oder schw. CC, mit Eingr. an der Schilddrüse außer kl. Eingriffe, ohne Thyreoidektomie durch Sternotomie, Alter > 15 Jahre
K09A	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit hochkomplexem Eingriff oder hochaufwendiger Pflege von Kleinkindern ab 72 Aufwandspunkten oder mit komplexem Eingriff, mit äußerst schweren CC oder Alter < 7 Jahre
K14Z	Andere Eingriffe an der Nebenniere oder ausgedehnte Lymphadenektomie
K25Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit bestimmter OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 6 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K63C	Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
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
L04C	Andere Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, ohne bestimmte Harnblaseneingriffe, Alter > 15 Jahre
L06C	Andere kleine Eingriffe an den Harnorganen, Alter > 15 Jahre, mit bestimmtem Eingriff bei Harninkontinenz
L16B	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems
L37Z	Multiviszeraleingriff 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

DRG	DRG-Text
L68A	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 16 Jahre
L73Z	Harnblasenlähmung, mehr als ein Belegungstag
M02A	Transurethrale Prostataresektion oder bestimmte andere Operationen an der Prostata mit äußerst schweren CC
M60A	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane
N02C	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere CC, mit mäßig komplexem Eingriff
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
N11B	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder äußerst schwere CC
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
N62B	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre
O01A	Sekundäre Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Mehrlingsschwangerschaft oder Sectio caesarea mit IntK > 196 / 184 / 184 Punkte
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
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Konstellation
P04A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit sig. OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Stunden oder temporärer Verschluss eines Bauchwanddefektes
P06A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder best. aufwendige OR-Proz., mit Beatmung > 179 Stunden oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren oder Dialyse
P65A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen
Q01Z	Eingriffe an der Milz
R04B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderer OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC

DRG	DRG-Text
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur
R14Z	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Therapie mit offenen Nukliden bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als ein Belegungstag
R63C	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC, ohne andere hochkomplexe Chemotherapie
R63G	Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
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.
T60B	Sepsis mit kompliz. Konst. od. b. Z.n. Organ-Tx, oh. äuß. schw. CC, oh. IntK > 392 / 368 / - Punkte od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z.n. Organ-Tx, m. kompl. Diag. od. äuß. schw. CC, Alt. < 18 J. od. m. Para- / Tetrapl. od. kompliz. ERCP od. schwerste CC
U63Z	Schwere affektive Störungen
V40Z	Qualifizierter Entzug
V60B	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, ohne HIV-Krankheit
W02A	Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen
W04A	Polytrauma mit anderen Eingriffen oder Beatmung > 24 Stunden, mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen
W04B	Polytrauma mit anderen Eingriffen oder Beatmung > 24 Stunden, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen, mit bestimmten anderen Eingriffen oder Beatmung mehr als 24 Stunden
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
X05A	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, mit komplexem Eingriff
Z01A	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation
Z01B	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit bestimmtem Eingriff

DRG	DRG-Text
Z64D	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, Nachbehandl. nach abgeschl. Behandl. oh. Radiojoddiagnostik, oh. inv. kard. Diagn. b. Zustand n. Herz-Tx od. Alter > 17 J., oh. best. Kontak Anlass od. allergologische Provokationstestung bis 2 BT

**Tabelle A-4-3:**

642 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
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
801B	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit hochkomplexer OR-Prozedur oder mit komplizierender Konstellation
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
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
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden
A04C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, < 16 J. od. GVHD Grad III/IV od. auß. b. Plasmozytom, mit Gabe best. Stammz. od. GVHD III/IV od. HLA-versch., mit best. Entn. od. SZ-Boost od. m. intensivm. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / 2760 P.
A04E	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom
A05A	Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder intensivmedizinischer 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 / 184 / 368 Aufwandspunkte oder Beatmung > 1799 Stunden

DRG	DRG-Text
A07F	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 184 / 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 intensivmedizinischer Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 P., mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 P. oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre
A11D	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit komplizierender Konstellation und bestimmter OR-Prozedur oder hochkomplexer Diagnose, 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
A13A	Beatmung > 95 Std. mit hochkompl. Eingriff oder mit int. Komplexbeh. > 1176 / 1380 / - P. oder mit kompl. OR-Prozedur oder bei Lymphom und Leukämie und int. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 P. oder mit kompliz. Konst. u. best. OR-Proz., Alter < 16 Jahre
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
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
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
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
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

DRG	DRG-Text
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation
A69Z	Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, außer bei Neubildung, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmtem Eingriff, Alter < 18 Jahre oder mit best. komplizierenden Faktoren
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
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
B16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
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 and. Teilen des Nervensystems oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystr. od. Neurop., mit best. kompl. Eingr., Alter < 16 J. oder mit mäßig kompl. Eingr., Alter < 19 J. oder mit äuß. schw. oder schw. CC
B17C	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplexem Eingriff
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.
B18A	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems

DRG	DRG-Text
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
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
B20B	Kraniotomie oder große WS-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 17 Jahre oder ohne best. kompl. Prozedur, mit mäßig kompl. Prozedur oder kompl. Diagnose oder Bohrlochtrepantation mit auß. schweren CC od. intensivmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Punkte
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
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur oder Alter < 10 Jahre bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 588 / 552 / 552 Punkte mit best. OR-Prozedur oder best. hochaufw. Implantate oder Alter > 9 Jahre bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B39A	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, mehr als 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
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
B47A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mindestens 14 Behandlungstage
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen
B61A	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt
B63Z	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion
B66B	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre, ohne komplizierende Konstellation
B66D	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
B67B	Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung
B68A	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
B68C	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose
B68D	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B69D	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne äußerst schwere CC
B70A	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, 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.
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
B70I	Apoplexie, ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
B71B	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, mit schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie oder mit Komplexbehandlung der Hand oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC, bei Para- / Tetraplegie
B71C	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne Komplexbehandlung der Hand oder mit kompl. Diagnose, ohne schw. CC oder außer bei Para- / Tetraplegie oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC, außer bei Para- / Tetraplegie
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC
B72B	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, mehr als ein Belegungstag
B73Z	Virusmeningitis oder Infektion des Nervensystems, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag
B74Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B75Z	Fieberkrämpfe
B76B	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schweren CC, Alter < 3 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder mit äußerst schweren CC oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit EEG, mit komplexer Diagnose
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
B76E	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schw. CC, Alter > 2 Jahre, ohne kompl. Diagnose oder ohne auß. schwere 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
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung, mit bestimmter Diagnose
B81C	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe oder bestimmte Diagnose, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung
B82Z	Andere Erkrankungen an peripheren Nerven

DRG	DRG-Text
B85A	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit hochkomplexer Diagnose oder mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder bestimmter aufwendiger / hochaufwendiger Behandlung
B85B	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, ohne hochkomplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung
B85D	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose
C03B	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE) oder bestimmtem Eingriff an der Retina oder komplexem Eingriff am Auge oder bei bösartiger Neubildung des Auges
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, ohne komplexen Eingriff oder Alter > 15 Jahre
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom
C07A	Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE) oder komplexem Eingriff am Auge oder bestimmten Eingriffen bei Glaukom oder Alter < 6 Jahre
C08B	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse oder bestimmte Eingriffe an der Linse
C13Z	Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen
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, außer bei bösartiger Neubildung am Auge
C63Z	Andere Erkrankungen des Auges
C64Z	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides
C66Z	Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D12A	Andere aufwendige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D13B	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals ohne komplizierende Diagnose
D15A	Tracheostomie mit äußerst schweren CC oder Implantation einer Kiefergelenkendoprothese
D15B	Tracheostomie ohne äußerst schwere 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
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung, ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik

DRG	DRG-Text
D24A	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC oder mit Kombinationseingriff ohne äußerst schwere CC
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
D25C	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen
D29Z	Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung
D30A	Tonsillektomie außer bei bösart. Neubildung oder versch. Eingr. an Ohr, Nase, Mund u. Hals ohne äuß. schw. CC, mit aufw. Eingr. od. Eingr. an Mundhöhle u. Mund außer bei bösart. Neub. oh. Mundboden- od. Vestib.plastik, Alter < 3 J. od. mit kompl. Diagn.
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 oder Alter < 12 Jahre
D30C	Kleine Eingriffe an Ohr, Nase und Hals ohne äußerst schwere CC oder Alter > 11 Jahre
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
D64Z	Laryngotracheitis, Laryngospasmus und Epiglottitis
D67Z	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle
E02A	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen mit aufwendigem Eingriff oder schwersten CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte oder Alter < 10 Jahre
E02B	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 9 Jahre, mit mäßig aufwendigem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane oder mehr als ein Belegungstag mit bestimmtem Eingriff an Larynx oder Trachea oder mit äußerst schweren CC
E02D	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 17 Jahre, mehr als 1 BT, ohne bestimmten Eingriff an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwend. Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne best. endoskop. Lungenvolumenred., ohne anderen mäßig kompl. Eingr.

DRG	DRG-Text
E02E	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmten Eingriff an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwend. Eingr., ohne äußerst schwere CC, ohne best. endoskop. Lungenvolumenred., ohne anderen mäßig kompl. Eingr., ein Belegungstag
E03Z	Brachytherapie oder Therapie mit offenen Nukliden bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag
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
E06C	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum, Alter > 15 Jahre, ohne offen chirurgische Pleurolyse mit Eingr. an Lunge/Pleura, ohne bestimmte atypische Lungenresek., ohne best. Brustkorbkorrektur
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingriff od. Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen od. mindestens 10 Bestrahlungen od. zerebrale, stereotaktische Bestrahlung
E08D	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingr. oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 10 Bestrahlungen, ohne zerebrale, stereotaktische Bestrahlung
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E40A	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur oder int. Komplexbehandlung > 196 / 368 / - Punkte oder komplizierender Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mit äußerst schw. CC oder ARDS
E40B	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre oder bei Para- / Tetraplegie
E40C	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur, ohne äußerst schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie
E42Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E63B	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie oder Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte invasive kardiologische Diagnostik
E64A	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder Lungenembolie
E64B	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
E64C	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
E64D	Respiratorische Insuffizienz, ein Belegungstag
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
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
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.
E69C	Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 1 Jahr oder flexible Bronchoskopie, Alter < 16 Jahre oder bestimmte mäßig aufwendige Behandlung, ohne RS-Virus-Infektion
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
E73B	Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC
E74Z	Interstitielle Lungenerkrankung
E75A	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
E75C	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose
E76B	Tuberkulose bis 14 Belegungstage oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
E77A	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
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

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
E79A	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit äußerst schweren CC mit bestimmten Infektionen oder Entzündungen
E79B	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, bei Para- / Tetraplegie oder mit bestimmter mäßig aufwendiger Behandlung oder mit bestimmter Pneumonie, mehr als ein Belegungstag
E79C	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne kompl. Diagnose, ohne äußerst schwere CC od. ein Belegungstag, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne best. mäßig aufwend. Behandlung, Alter < 1 J. od. Alter < 14 J. mit äußerst schweren od. schweren CC
E79D	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne kompl. Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne best. mäßig aufwendige Behandlung, Alter > 0 J., ohne äußerst schwere od. schwere CC od. Alter >13 J.
F01A	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stimulation oder Defibrillator mit kompliz. Faktoren oder myokardstimulierendes System oder aufwendige Sondenentf. mit kompliz. Faktoren oder Zweikammer-Stimulation mit kompliz. Faktoren
F01B	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation mit komplizierenden Faktoren oder neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mehr als 24 Stunden mit komplizierenden Faktoren
F01C	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode, ohne komplizierende Faktoren oder Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie
F01D	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer- od. Einkammer-Stim. mit auß. schw. CC od. Einkammer-Stim. mit zusätzl. Herz- oder Gefäßeingr. od. mit IntK > 392 / 368 / - AP od. best. Sondenentf., ohne Impl. Drucksens. in Pulmonalarterie
F01F	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Einkammer-Stimulation, ohne zusätzl. Herz- od. Gefäßeingriff, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne äußerst schwere CC, ohne aufw. Sondenentfernung, ohne Impl. eines Drucksensors, ohne Aggregatwechsel S-ICD
F02A	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Dreikammer-Stimulation
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Mehrfacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder bestimmter anderer komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie
F03D	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 0 Jahre, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, IntK < 197 / 185 / - P., ohne Zweifacheingriff, außer bei Endokarditis, außer bei angeborenem Herzfehler, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
F03F	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 0 J., ohne Eingr. in tiefer Hypoth., IntK < 197 / 185 / - P., ohne Zweifacheingr., auß. bei Endokarditis, auß. b. angeb. Herzfehler, Alter > 15 J., ohne Impl. klappentr. Gefäßpr.
F06A	Koronare Bypass-Operation mit bestimmten mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder mit intraoperativer Ablation oder schwersten CC oder Implantation eines herzunterstützenden Systems
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit best. kompliz. Konst. oder komp. Operation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte oder < 18 J. mit Reop. od. and. kompliz. Konst., mit best. komp. Eingr.
F07B	Andere Eingriffe mit HLM, Alter < 1 J. od. mit best. kompliz. Konst. od. IntK > - / 368 / - P., ohne best. komp. Eingr. oder Alter > 0 J., IntK < - / 369 / - P., mit and. kompl. Eingr. mit Reop. an Herz oder Perikard oder mit best. and. kompliz. Konst.
F08B	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompliz. Konst., ohne kompl. Vakuumbehandlung, ohne thorakoabdominales Aneurysma ohne komplexen Aorteneingriff, mit komplex. Eingriff mit Mehretagen- od. Aorteneingriff od. Re-OP od. best. Bypassen, 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 auß. schw. CC od. mit best. Aorteneingr.
F08D	Rekonstr. Gefäßeingr. ohne kompl. Konst., ohne thorakoabd. Aneurysma ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr. mit Mehretagen- od. Aorteneingr. od. Reop. oder best. Byp., ohne auß. schw. CC, ohne best. Aorteneingr. oder best. Byp. mit auß. schw. CC
F08E	Rekonstr. Gefäßeingr. ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabd. Aneurysma, ohne kompl. Aorteneingr., mit komplex. Eingriff, ohne Mehretagen- oder Aorteneingr., ohne Reop., ohne best. Byp., ohne auß. schw. CC, ohne best. Aorteneingr.
F08F	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne thorakoabdominales Aneurysma, ohne komplexen Aorteneingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Aorteneingriff, mit bestimmtem Eingriff
F08G	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne thorakoabdominales Aneurysma, ohne komplexen Aorteneingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Aorteneingriff, ohne bestimmten Eingriff
F09A	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, Alter < 16 Jahre, mit komplizierender Konstellation oder Exzision am Vorhof
F09C	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne Exzision am Vorhof, ohne äußerst schwere CC oder ohne mäßig komplexen kardiothorakalen Eingriffen

DRG	DRG-Text
F12A	Implantation eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem mit äußerst schw. CC oder ablativ. Maßnahmen oder PTCA oder mit aufwendiger Sondenentfernung mit kompliz. Faktoren oder mit Revision eines Herzschrittm. oder AICD ohne Aggregatw. mit kompliz. Faktoren
F12B	Implantation eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem ohne äußerst schwere CC, ohne ablativ. Maßnahme, ohne PTCA oder Implantation eines Herzschrittmachers ohne aufwendige Sondenentfernung mit komplizierenden Faktoren
F12C	Implantation eines Herzschrittmachers, Alter < 16 Jahre
F12E	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC oder isolierter offen chirurgischer Sondenimplantation oder aufwendiger Sondenentfernung oder mäßig komplexer PTCA
F12G	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne isolierte offen chirurgische Sondenimplantation, ohne aufwendige Sondenentfernung, ohne mäßig komplexe PTCA
F12H	Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, mit Implantation eines Ereignisrekorders
F13A	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen
F13B	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC, ohne mehrzeitige Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe
F13C	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen ohne äußerst schwere CC
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
F18C	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, mit komplexem Eingriff, ohne intraluminale expandierende Extraktionshilfe
F18D	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, ohne komplexen Eingriff
F19C	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC oder Radiofrequenzablation über A. renalis, Alter > 17 Jahre
F21A	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen mit hochkomplexem Eingriff oder 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

DRG	DRG-Text
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, ohne bestimmte Amputation, 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 best. Amputation, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodesse des Fußes, ohne komplexen Hauteingriff, ohne best. Gefäßeingriff, mit mäßig komplexem Eingriff
F28A	Amputation mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder mit Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC
F28B	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte
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
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
F48Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
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
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, ohne komplexen Eingriff, Alter > 9 Jahre
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre
F49D	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, mit schweren CC, mehr als ein Belegungstag
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne schwere CC bei BT > 1, mit kardialem Mapping oder bestimmter komplexer Diagnose
F49G	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Eingriff

DRG	DRG-Text
F50B	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit komplexer Ablation, ohne komplexe Ablation im linken Vorhof, ohne hochkomplexe Ablation, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, Alter > 15 Jahre
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination
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
F59B	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit aufwendigem Eingriff oder Mehrfacheingriff oder bestimmter Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag
F59C	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit bestimmtem Eingriff oder anderem Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag oder mit pAVK mit Gangrän, mehr als ein Belegungstag
F59E	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne aufwendigen, bestimmten oder bestimmten anderen Eingriff, ohne Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag
F60A	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC
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
F64Z	Hautulkus bei Kreislauferkrankungen
F65B	Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte
F66B	Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC
F67A	Hypertonie mit äußerst schweren CC oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung
F67B	Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder schweren CC oder bestimmter mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte
F68B	Angeborene Herzkrankheit, Alter > 5 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte
F69A	Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC
F69B	Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere CC

DRG	DRG-Text
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst 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
F72B	Angina pectoris ohne äußerst schwere CC
F73B	Synkope und Kollaps, Alter > 13 Jahre oder mehr als ein Belegungstag
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre
F75D	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre
F95A	Interventioneller Septumverschluss, Alter < 18 Jahre oder Vorhofohrverschluss
F95B	Interventioneller Septumverschluss, Alter > 17 Jahre
F98B	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 29 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, mit sehr komplexem Eingriff
F98C	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 29 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, ohne sehr komplexen Eingriff
G02A	Bestimmte Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeb. Fehlbildung, Alter < 2 Jahre oder sehr komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, Alter < 10 Jahre oder best. Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit kompliz. Diagnose, mit bestimmten kompliz. Faktoren
G02B	Bestimmte komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder andere Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeb. Fehlbildung, Alter < 2 Jahre oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose, ohne bestimmte komplizierende Faktoren
G02C	Andere komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder andere Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose, ohne Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre
G03C	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte, ohne komplexen Eingriff
G07A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis mit auß. schw. od. schw. CC od. kl. Ingr. an Dünn- / Dickdarm od. an abdom. Gefäßen, oh. auß. schw. CC od. best. Anorektoplastik, Alter < 3 Jahre od. mit best. Ingr. 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 < 14 Jahre od. mit laparoskop. Adhäsiolyse od. Rektopexie

DRG	DRG-Text
G07C	Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Anorektoplastik, Alter > 13 Jahre, ohne laparoskopische Adhäsioolyse, ohne Rektopexie
G08A	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, mit äußerst schweren CC
G09Z	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis
G10Z	Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz
G12B	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, mit bestimmtem Eingriff oder Alter < 14 Jahre
G12E	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe OR-Prozedur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmten Eingriff, Alter > 13 Jahre
G14Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
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.
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
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. äuß. schw. CC, m. hochkompl. Eingr. od. kompliz. Diag. od. m. sehr kompl. Eingr. od. aufwend. Eingr. m. äuß. schw. CC, m. IntK > - / 368 / - Punkte od. m. Komplexbeh. MRE
G18B	Bestimmte Eingriffe an Dünn-/ Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder anderer Eingriff am Darm mit äußerst schweren CC, mit sehr komplexem Eingriff oder aufwendiger Eingriff mit äußerst 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

DRG	DRG-Text
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
G21B	Komplexe Adhäsilyse 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 Adhäsilyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung
G22B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsilyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 9 Jahre, mit laparoskopischer Adhäsilyse oder Alter < 16 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung
G24B	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, ohne äußerst schwere CC
G29A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
G29B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
G36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1470 / 1380 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G37Z	Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane oder mehrzeitiger komplexer Eingriff am Gastrointestinaltrakt und anderem Organsystem
G46B	Komplexe therapeutische Gastroskopie mit schw. CC od. and. Gastroskopie bei auß. schw. CC, bei schw. Krankh. der Verd.organe, Alter > 14 J., mehr als 1 BT od. best. Gastroskopie, Alter < 15 J. od. mit kompliz. Faktoren od. ERCP mit and. endoskop. Eingr.
G46C	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsorgane und auß. schw. oder schw. CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit kompliz. Faktoren, ohne ERCP mit and. endoskop. Eingr.
G47A	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, Alter < 16 Jahre
G47B	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, Alter > 15 Jahre
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

DRG	DRG-Text
G48B	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, ohne schwere Darminfektion, außer bei Zustand nach Organtransplantation
G50Z	Komplexe therapeutische Gastroskopie und bestimmte andere Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 14 Jahre
G52Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, 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
G70B	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane
G72B	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane, Alter > 2 Jahre oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 2 Jahre und Alter < 56 Jahre oder ohne CC
G73Z	Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
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
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 J., ohne kompl. Eingriff, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P.
H02B	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen, Alter > 13 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung, 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
H07B	Cholezystektomie und wenig komplexe Eingriffe an Gallenblase, Gallenwegen 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
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
H12C	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
H16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
H29Z	Bestimmte selektive Embolisation oder SIRT
H36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 828 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H38B	Andere komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H41A	Bestimmte ERCP mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, mit Zugang durch retrograde Endoskopie
H41C	Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, ohne komplexe Prozedur oder andere ERCP, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit Radiofrequenzablation und endoskopischer Stentimplantation
H41D	Andere aufwendige 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

DRG	DRG-Text
H41E	Andere ERCP ohne bestimmte ERCP, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff, ohne Radiofrequenzablation mit endoskopischer Stentimplantation
H44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
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.
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
H63C	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose und ohne äußerst schwere oder schwere CC
H64Z	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen
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 m. kompliz. Konst., Eingr. an mehr. Lokal. od. schw. Weichteilsch., m. äuß. schw. CC od. kompl. OR-Proz. od. mit hochkompl. Gewebe-Tx od. Vakuumbh. od. BNB u. kompl. OR-Proz. od. kompl. Gewebe-Tx m. äuß. schw. CC
I02C	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation außer an der Hand, mit kompliz. Konst., Eingriff an mehreren Lokalisationen oder schw. Weichteilschaden, bei BNB und kompl. OR-Proz. m. äußerst schweren oder schweren CC od. komplexer Gewebe-Tx m. äußerst schweren CC
I02D	Kleinflächige oder großflächige Gewebe- / Hauttransplantation außer an der Hand, mit äußerst schweren CC
I03A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrodesen 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.

DRG	DRG-Text
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie
I05A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC
I05B	Implantation oder Wechsel einer inversen Endoprothese am Schultergelenk
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 oder best. BNB Knochen
I07A	Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I08A	And. Eingr. Hüftgel. mit kompl. Proz. od. Eingr. in Komb. Hüftg. und ob. Extr. od. WS od. best. kompl. Fakt. mit best. Eingriffen mit best. Diag. od. best. Beckenrepos. od. kompl. Fakt. od. kompl. Proz. od. Diag. od. äuß. schw. CC bei BNB WS und Becken
I08B	And. Eingr. Hüftgel. mit kompl. Proz. od. Eingr. in Komb. Hüftg. und ob. Extr. od. WS od. best. kompl. Fakt., oh. best. Eingriffe mit best. Diag., oh. best. Beckenrepos., oh. kompl. Fakt. od. kompl. Proz. od. Diag. od. äuß. schw. CC oh. BNB WS und Becken
I08C	And. Eingr. Hüftgel. mit mäßig kompl. Eingriff ohne best. kompl. Faktoren, ohne best. kompl. Proz. od. mit kompl. Proz. od. Diagn. und Alter < 6 J. od. Eingriffe in Komb. Hüftgel. und ob. Extr. od. WS od. mit offener Rep. Beckenringfraktur
I08D	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplexer Diagnose oder mit komplexer Prozedur oder mit äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre, ohne Eingriffe in Kombination Hüftgelenk und obere Extremität oder Wirbelsäule
I08E	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplizierter Prozedur oder Eingriff in Kombination Hüftgelenk und obere Extremität oder WS oder komplizierende Faktoren und bestimmte Eingriffe Becken und Femur oder bestimmte komplizierende Diagnosen
I08F	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplizierter Prozedur oder Eingriff in Kombination Hüftgelenk und obere Extremität oder WS oder komplizierende Faktoren und mehr als 1 Belegungstag und bestimmter anderer Eingriff an Hüftgelenk und Femur
I08G	And. Eingriff Hüftgel. mit kompl. Proz. od. Eingriff in Komb. Hüftgel. und ob. Extremität od. WS od. kompl. Faktoren und mehr als 1 BT od. best. Kniegelenkschaden mit best. Eingriff Femur und Becken od. kompl. Diag. od. beids. Eingriff und mehr als 1 BT
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

DRG	DRG-Text
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
I09G	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten anderen komplizierenden Faktoren oder mit anderen komplizierenden Faktoren und Frakturen Halswirbelsäule oder BNB der Wirbelsäule mit Kyphoplastie, mit Radiofrequenzablation
I09H	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten anderen komplizierenden Faktoren oder mit anderen komplizierenden Faktoren, ohne Frakturen Halswirbelsäule, ohne BNB der Wirbelsäule oder ohne Kyphoplastie oder ohne Radiofrequenzablation
I09I	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne komplizierende Faktoren
I10B	Andere Eingriffe an der WS mit best. kompl. Eingriffen oder Para- / Tetraplegie oder Wirbelfraktur mit best. Eingriffen ohne äuß. schw. CC oder best. andere Operationen an der WS mit äuß. schw. CC und > 1 BT oder mäßig komplexe Eingriffe und Diszitis
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule außer bei Verschluss Bandscheibendefekt mit Implantat, ohne Bandscheibeninfektion, ohne andere Eingriffe an der Wirbelsäule
I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff an der Wirbelsäule ohne komplexen Eingriff an der Wirbelsäule ohne Diszitis, ohne Bandscheibeninfektion
I10F	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff und mehr als ein Belegungstag
I10G	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff und ein Belegungstag oder mit anderem kleinen Eingriff
I12A	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äußerst schweren CC
I12C	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, ohne Revision des Kniegelenkes, ohne Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre
I13A	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff, mit komplizierendem Eingriff an Humerus und Tibia oder aufwendiger Osteosynthese
I13B	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggel. m. best. Mehrfacheingriff od. kompliz. Diagn. od. bei Endopr. obere Extremität od. m. Fixateur ext., m. best. BNB od. m. Einbringen v. Abstandshalt od. Alter < 18 J. m. äuß. schw. od. schw. CC
I13C	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und SG m. best. Mehrf.Eingr. od. kompl. Diag. od. b. Endopr. ob. Extrem. od. m. Fix. ext., m. kompl. Eingr. od. schw. Weicht.Sch., m. best. kompl. Osteot. od. BNB od. Alter < 18 J. m. äuß. schw. od. schw. CC

DRG	DRG-Text
I13D	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und SG od. b. Endoproth. am Knie m. kompl. Ingr. od. schw. Weichteilsch. od. Pseudarthr., m. best. kompl. Osteotom. od. Epiphyseodese od. best. Kn.-Tx od. b. BNB od. Alter < 18 J. m. auß. schw. od. schw. CC
I13E	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und SG od. b. Endoproth. am Knie m. mäßig kompl. Eingriff od. Pseudarthr., oh. best. kompl. Osteotom., oh. Epiphyseodese, oh. best. Knochen-Tx, außer b. BNB od. Alter > 17 J. od. ohne auß. schw. od. schw. CC
I13F	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit bestimmter offener Reposition oder mit Implantation alloplastischer Knochenersatz oder bei BNB oder mit bestimmter Knochentransplantation oder Alter < 18 Jahre m. auß. schw. od. schw. CC
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
I20A	Eingriffe am Fuß mit mehreren hochkomplexen Eingriffen oder Teilwechsel Endoprothese des unteren Sprunggelenks, mit hochkomplexem Eingriff und komplexer Diagnose oder bestimmter Arthrodeese
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
I20E	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, mit Eingriff an mehr als einem Strahl oder bestimmter Reposition einer Mehrfragmentfraktur am Mittelfuß oder bestimmter Osteotomie oder Gelenkoperation am Fuß
I20G	Eingriffe am Fuß ohne kompl. Ingr., Alter > 15 J., m. Arthrod. Großzehengrundgel. od. Osteosynth. Mehrfragm.-Fx od. best. Ingr. an mehr als e. Strahl od. Osteotom. od. Synovialekt. od. and. Ingr. am Fuß od. chron. Polyarthr. Fuß, Diab. mell. m. Kompl.
I21Z	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder bestimmte Eingriffe an der Klavikula
I22A	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit großfläch. Gewebetransplantation, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, schwerem Weichteilschaden oder komplexer Gewebetransplantation mit schweren CC
I22B	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kleinflächiger Gewebetransplantation od. mit großflächiger Gewebetransplantation ohne kompliz. Konst., oh. Ingr. an mehreren Lokal., oh. schw. Weichteilschaden, oh. kompl. Gewebetranspl. m. schw. CC
I23B	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk und Femur und Wirbelsäule ohne komplizierenden Eingriff am Knochen, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit bestimmtem Eingriff am Knochen
I24B	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere kleine Eingriffe an den Extremitäten ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe oder hochaufwendiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe- / Hauttransplantation
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
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
I28C	And. Eing. Bindegew., oh. best. offen chir. Stab. Thorax, oh. best. Ingr. am Zwerchf., oh. kompl. Ingr. Brustwand/Abdom., ohne Impl./Wechsel best. Medikamentenpum., m. best. Ingr. an Knochen, Weichteilen od. Bindegew., mehr als 1 BT od. Alter < 10 J.
I28D	Andere Eingriffe am Bindegewebe mit mäßig komplexem Eingriff am Bindegewebe, mehr als ein Belegungstag
I29A	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, bei komplizierender Diagnose oder Eingriff an mehreren Lokalisationen
I29C	Sonstige arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette ohne bestimmte Eingriffe an der Schulter
I30C	Bestimmte komplexe ohne sehr komplexe Eingriffe am Kniegelenk
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
I32A	Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Ingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwendigem rekonstruktivem Ingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochentx. bei Pseudarthrose der Hand
I32C	Eingr. an Handgel. und Hand oh. mehrz. Ingr., oh. Komplexb. Hand, mit kompl. Ingr. od. bei angeb. Anomalie d. Hand od. Pseudarthr., Alter > 5 J. od. mit hochkompl. Ingr. bei angeb. Fehl b. d. Hand und Alter < 16 J., mit best. Ingr. od. kompl. Diagn.
I32D	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder ohne sehr komplexen Eingriff oder mit komplexer Diagnose oder mit bestimmtem oder beidseitigem Eingriff oder Mehrfacheingriff an 3 Strahlen
I32F	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

DRG	DRG-Text
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
I42A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mind. 14 Tage
I43B	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk oder Entfernung bestimmter Endoprothesen am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC
I44D	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk oder Einbringen einer Entlastungsfeder am Kniegelenk
I44E	Andere Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk
I46C	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne periprothetische Fraktur
I47A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesse, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff
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
I50C	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne bestimmten Eingriff, ohne bestimmte Vakuumbehandlung, Alter > 15 Jahre
I54A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, bei bösartiger Neubildung, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
I54B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, bei bösartiger Neubildung, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
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
I65C	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter > 16 Jahre, ohne äußerst schwere CC
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

DRG	DRG-Text
I66E	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Amyloidose oder Arthropathie, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag
I66F	Frakturen an Becken und Schenkelhals, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
I66G	Andere Erk. des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, oh. Amyloidose, ohne best. Vaskulitiden, oh. adulte Form des M. Still, oh. äußerst schwere CC, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Aufwandsp., oh. kinder- und jugendrheumat. Komplexbeh.
I66H	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, ein Belegungstag
I68C	Nicht operativ beh. Erkr. und Verletzungen WS, mehr als ein BT od. and. Femurfraktur, bei Para- / Tetraplegie od. mit auß. schw. CC od. schw. CC und Alter > 65 Jahre, oh. kompl. Diagn. od. Kreuzbeinfraktur od. best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh.
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, mehr als ein Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh.
I69Z	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien oder Muskel- und Sehnenkrankheiten bei Para- oder Tetraplegie
I71B	Muskel- und Sehnenkrankheiten außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur
I73Z	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes
I74A	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß mit äußerst schweren oder schweren CC oder unspezifische Arthropathien
I74C	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre
I75A	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit CC
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
I78Z	Leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk
I79Z	Fibromyalgie
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe

DRG	DRG-Text
J02A	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extr. bei Ulkus oder Infektion / Entzündung oder ausgedehnte Lymphadenektomie oder Gewebetranspl. mit mikrovask. Anastomose, mit äußerst schweren CC bei Para- / Tetraplegie oder mit komplexem Eingriff
J02B	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extr. bei Ulkus/Infekt./Entz. oder ausged. Lymphad. od. Gewebetranspl. mit mikrovask. Anastomose, mit äuß. schw. CC auß. b. Para- / Tetrapl., oh. kompl. Eingr. od. oh. äuß. schw. CC, m. kompl. Eingr.
J02C	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung oder ausgedehnte Lymphadenektomie, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
J03Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung
J08A	Bestimmte Hauttransplantation oder Debridement mit Eingriff an Kopf und Hals oder mit bestimmtem Eingriff an Haut und Unterhaut oder Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung, mit äußerst schweren CC
J09B	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre
J10A	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff
J11B	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit komplizierender Diagnose oder mit mäßig komplexer Prozedur oder Diagnose oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit bestimmtem Eingriff bei bösartiger Neubildung oder Pemphigoid
J11C	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne kompliz. Diag., ohne mäßig kompl. Prozedur oder Diagn., Alter > 17 Jahre oder ohne äuß. schw. oder schw. CC, mit bestimmtem Eingriff oder mit Hidradenitis suppurativa oder bei BNB oder Pemphigoid
J16B	Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
J18A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
J18B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
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

DRG	DRG-Text
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Bt, Alter > 17 Jahre oder mit kompl. Diagn., mit äuß. schw. CC od. Hautulkus bei Para-/Tetraplegie od. hochkompl. Diagn. od. Epid. Bullosa, Alter < 10 Jahre oder mit schwerer Erkr. der Haut, mit aufw. Behandl.
J61C	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter < 18 Jahre, ohne hochkomplexe Diagnose oder mäßig schwere Hauterkrankungen, mehr als ein Belegungstag
J62A	Bösartige Neubildungen der Mamma, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
J62B	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC
J64B	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC
J65A	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma mit komplexer Diagnose
J65B	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma ohne komplexe Diagnose
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre
K06A	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus mit IntK > 392 / 368 / - Punkte oder bei BNB, mit äußerst schweren CC oder Parathyreoidektomie oder äußerst schwere oder schwere CC, mit Thyreoidektomie durch Sternotomie
K06B	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, bei BNB oder mit äuß. schw. oder schw. CC oder Ingr. an der Schilddrüse außer kl. Ingr., mit Thyreoidektomie durch Sternotomie oder Alter < 16 Jahre
K06D	Kleine Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC
K09B	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit bestimmtem Eingriff, mit äußerst schweren CC oder Alter < 7 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff, Alter < 16 Jahre
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
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen
K44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen
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
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

DRG	DRG-Text
K62A	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetrapleg. oder mit kompliz. Diagnose oder endoskopischer Einlage eines Magenballons oder Alter < 16 Jahre, mit äußerst schweren CC oder best. aufwendiger / hochaufw. Behandlung, mehr als ein Belegungstag
K62B	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetrapleg. oder mit kompliz. Diagnose oder endoskop. Einlage eines Magenballons oder Alter < 16 Jahre, ein Belegungstag od. ohne äußerst schwere CC od. ohne best. aufwendige / hochaufwendige Behandlung
K62C	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie, ohne kompliz. Diagnose, ohne endoskopische Einlage eines Magenballons, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne best. aufwendige / hochaufwendige Behandlung, Alter > 15 Jahre
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K63D	Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
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
L04B	Bestimmte komplexe Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff oder bestimmte Harnblaseneingriffe, Alter > 15 Jahre
L06A	Bestimmte kleine Eingriffe an den Harnorganen mit äußerst schweren CC
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. Eingr., Alter < 2 J. od. auß. schw. CC
L09B	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane mit Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse oder außer Anlage e. Dialyseshunts, m. Kalziphylaxie, Alter > 1 Jahr, ohne äußerst schwere CC
L09C	Andere Eingr. b. Erkrankungen der Harnorgane auß. Anlage Dialyseshunt, oh. Kalziphylaxie, oh. Eingr. am Präputium, Alter < 2 Jahre od. auß. schw. CC, oh. kompl. OR-Proz., oh. kompl. Eingr. od. Alter > 1 Jahr, oh. auß. schw. CC, mit Schilddrüsenresektion
L09D	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz oder bei chron. Niereninsuff. mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, oh. Schilddrüsenresektion, mit bestimmtem anderen Eingriff oder Alter < 18 Jahre

DRG	DRG-Text
L09E	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshuntis bei akuter Niereninsuffizienz oder bei chron. Niereninsuff. mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne Schilddrüsenresektion, ohne bestimmten anderen Eingriff, Alter > 17 Jahre
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
L12B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 9 Tagen
L13A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, mit CC
L18A	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit äußerst schweren CC
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.
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / - / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L40Z	Diagnostische Ureterorenoskopie
L44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L60A	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder mit Dialyse und akutem Nierenversagen und äußerst schweren CC oder mit Dialyse und komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre
L60B	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse und komplizierenden Faktoren oder äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
L60C	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC oder Alter < 18 Jahre mit schweren CC oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
L60D	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre oder ohne schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
L62A	Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC
L62C	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
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 äußerst schweren CC, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung, ohne Komplexbeh. bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, mit Komplexbeh. bei multiresistenten Erregern od. best. aufw. Beh.
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige / hochaufwendige Behandlung, ohne Komplexbeh. MRE, ohne best. schwere Infektionen, Alter > 5 und < 18 Jahre, ohne schwere CC od. Alter > 17 und < 90 Jahre
L64B	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, außer bei angeborener Fehlbildung, Alter > 2 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
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder hämolytisch-urämisches Syndrom
L74Z	Bestimmte Krankheiten und Störungen der Harnorgane bei Para- / Tetraplegie
M01A	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC
M03C	Mäßig komplexe Eingriffe am Penis, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte Eingriffe am Penis, ohne aufwendige plastische Rekonstruktion des Penis, ohne Amputation des Penis mit bestimmter Lymphadenektomie
M06Z	Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen oder Stanzbiopsie an der Prostata, ein Belegungstag
M10B	Radioligandentherapie mit Lutetium-177-PSMA-Liganden
M10C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 8 Tagen oder interstitielle Brachytherapie
M37Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Erkrankungen und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane oder Eingriffe am Hoden bei Fournier-Gangrän mit äußerst schweren CC
M60C	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hoch- und mittelgradig komplexe Chemotherapie
N01B	Beckeneviszierung bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszeraleingriff
N01C	Beckeneviszierung bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit schweren CC
N01D	Beckeneviszierung bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC

DRG	DRG-Text
N02A	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung oder bestimmte Eingriffe am Darm oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva, mit äußerst schweren CC
N02B	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder best. Hernien und große operat. Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei BNB, ohne äuß. schw. CC, mit best. Eingriff an Darm od. Ureter oder Rekonstruktion von Vagina u. Vulva od. Vulvektomie mit Lymphadenektomie
N05A	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC
N07A	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus oder kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, mit bestimmtem Eingriff
N09B	Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, kleine Eingriffe an Blase, Uterus, Bauchwand und Peritoneum
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation und kleine Eingriffe an Vagina und Vulva
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, mit aufwendigem Eingriff
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
N21A	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äuß. schw. oder schw. CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder subtotale und andere Hysterektomie bei bösartiger Neubildung oder komplexe Myomenukleation, mit aufwendigem Eingriff
N23Z	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukleation
N34Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N60A	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC
N60B	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
N62A	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre
O01B	Sectio caesarea, Schwangerschaftsd. bis 25 vollend. W. (SSW), m. mehr. kompliz. Diag., m. intraut. Ther. od. kompliz. Konstell. od. Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., m. od. oh. kompliz. Diag. m. best. Eingriff b. Sectio od. äuß. schw. CC

DRG	DRG-Text
O01C	Sectio caesarea mit mehreren kompliz. Diag., Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 SSW, oh. best. kompliz. Faktoren od. mit kompliz. Diag., bis 25 SSW od. mit Tamponade einer Blutung od. Thromboembolie in Gestationsperiode m. OR-Proz., oh. äuß. schw. CC
O04A	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma mit komplexem Eingriff
O04B	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma, ohne komplexen Eingriff
O05B	Cerclage und Muttermundverschluss oder komplexe OR-Prozedur oder bestimmte intrauterine Operation am Feten, mehr als ein Belegungstag
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
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 480 Stunden
P05A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, mit Beatmung > 179 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen 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, ohne temporären Verschluss eines Bauchwanddefektes
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden
P60C	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt, ohne Beatmung > 24 Stunden (Mindestverweildauer 24 Stunden für das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfindet)
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 > 24 Stunden
P67B	Neugeborenes, Aufnah.-gew. > 2499 g oh. sig. OR-Proz., mit schw. Prob., oh. Hypothermiebeh., oh. Krampfanfall mit best. diag. Maßnah., oh. Beatmung > 24 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

DRG	DRG-Text
P67D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 1999 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, mit bestimmter Prozedur oder best. Diagnose beim Neugeborenen oder neugeborener Mehrling
P67E	Neugeborener Einling, Aufnahmegegewicht > 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
Q02B	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter < 6 Jahre oder bestimmte Exzisionen und Resektionen Mediastinum oder Thymus
Q02C	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre und ohne bestimmte Exzisionen und Resektionen Mediastinum oder Thymus
Q03B	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter > 9 Jahre
Q60C	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytenstörung oder Alter > 15 Jahre
Q60E	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre
Q61B	Andere Erkrankungen der Erythrozyten, ohne äußerst schwere CC
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
R01D	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R03Z	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC oder mit bestimmter OR-Prozedur mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
R04A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter 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
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

DRG	DRG-Text
R11B	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit schweren CC
R11C	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R60A	Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemoth., Alter > 17 Jahre oder mit intensiver Chemoth. mit kompliz. Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder schwersten CC, Alter < 16 Jahre
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 bestimmter komplizierender Konstellation oder mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, mit hochkompl. Chemotherapie oder 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 ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne äuß. schw. CC, mit kompl. Diagnose od. kompliz. Prozedur, Alter < 16 Jahre od. best. Lymphom mit best. Chemotherapie od. kompl. Diagnose od. andere Komplexbehandlung MRE
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie oh. bestimmte kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, Alter < 16 Jahre od. mit kompl. Diagnose od. kompliz. Prozedur, Alter > 15 Jahre, oh. best. Lymphom mit best. Chemoth., oh. kompl. Diagnose, oh. andere Komplexbehandl. MRE
R61H	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Prozedur, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit kompliz. Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr, mit komplexer Diagnose oder kompliz. Konstellation
R62B	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne kompliz. Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr, ohne komplexe Diagnose, ohne kompliz. Konstellation
R62C	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne Knochenaffektionen, ohne bestimmte Metastasen, ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre
R63B	Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC oder mit anderer hochkomplexer Chemotherapie
R63E	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
R63H	Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
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
T01D	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, mit best. mäßig komplexem Eingriff
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
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

DRG	DRG-Text
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 intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, 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 intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, ein Belegungstag
T61Z	Postoperative und posttraumatische Infektionen
T63C	Andere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation
T64A	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit bestimmter komplexer Diagnose, Alter < 16 Jahre
T64B	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag
T64C	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose
T77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen
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
U61Z	Schizophrene, wahnhaft und akut psychotische Störungen
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen
U66Z	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen oder psychische Störungen in der Kindheit
V60A	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom oder HIV-Krankheit
V61Z	Drogenintoxikation und -entzug
V64Z	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit
W02B	Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen
W61B	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe, ohne komplizierende Diagnose
X01A	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, freier Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder komplizierender Diagnose oder komplexer Prozedur, mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
X01B	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, mit komplexer Diagnose oder Prozedur oder äußerst schw. CC, mehr als 1 BT
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	Anderer Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität
X06A	Anderer Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerst schweren CC
X06B	Anderer Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder Alter > 65 Jahre mit bestimmtem Eingriff oder mit schweren CC
X06C	Anderer Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, Alter < 66 Jahre oder ohne bestimmten Eingriff
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten
X60Z	Verletzungen und allergische Reaktionen
X62Z	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung oder bestimmte Erfrierungen und andere Traumata
X64Z	Anderer Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung
Y02A	Anderer 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
Y02D	Anderer Verbrenn. m. Hauttr. od. and. Ingr. oh. äuß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn., oh. komplexe Proz., oh. Dialyse, oh. Beat. > 24 Std., oh. kompliz. Konst., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., oh. best. Spalthauttranspl., Alter > 17 J.
Y03A	Anderer Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC
Y03B	Anderer Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC
Y62A	Anderer Verbrennungen, Alter < 6 Jahre
Y62B	Anderer Verbrennungen, Alter > 5 Jahre

**Tabelle A-5:**

Gegenüberstellung der DRGs je MDC (siehe Kap. 3.4.1.1)

MDC	Bezeichnung	Anzahl DRGs 2018	Anzahl DRGs 2019	Veränderung (in %)
00	Prä-MDC	76	76	0
01	MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	116	118	+ 1,7
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	56	57	+ 1,8
04	MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	68	70	+ 2,9
05	MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	154	155	+0,6
06	MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	88	91	+ 3,4
07	MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	47	49	+ 4,3
08	MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	173	180	+ 4,0
09	MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	52	51	- 1,9
10	MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	41	42	+ 2,4
11	MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	74	76	+ 2,7
12	MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	27	29	+ 7,4
13	MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	36	39	+ 8,3
14	MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	26	26	0
15	MDC 15 Neugeborene	42	41	- 2,4
16	MDC 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	16	16	0
17	MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen	51	52	+ 2,0

<b>MDC</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Anzahl DRGs 2018</b>	<b>Anzahl DRGs 2019</b>	<b>Veränderung (in %)</b>
18A	MDC 18A HIV	7	7	0
18B	MDC 18B Infektiöse und parasitäre Erkrankungen	24	24	0
19	MDC 19 Psychische Krankheiten und Störungen	13	13	0
20	MDC 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	6	6	0
21A	MDC 21A Polytrauma	13	14	+ 7,7
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	15	15	0
24	MDC 24 Sonstige DRGs	10	10	0
-1	Fehler-DRGs und sonstige DRGs	3	3	0
<b>Gesamt</b>		<b>1.292</b>	<b>1.318</b>	<b>+ 2,0</b>