

InEK

Abschlussbericht

Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems

für das Jahr 2022

Klassifikation, Katalog, Bewertungsrelationen

Siegburg, den 20. Dezember 2021

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

Internet [Internetseite des InEK](#)

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1 EINFÜHRUNG	1
2 METHODIK DER WEITERENTWICKLUNG	2
2.1 Datenerhebung und Datenprüfung	2
2.2 Datenaufbereitung	2
2.3 Versionsüberleitung der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	3
2.4 Komplexität des Systems	4
3 aG-DRG-SYSTEM 2022	6
3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	6
3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung	10
3.2.1 Datenbasis	10
3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung	10
3.2.1.2 Ergänzende Datenbereitstellung	15
3.2.2 Vorschlagsverfahren	17
3.2.2.1 Grundzüge des Verfahrens	17
3.2.2.2 Beteiligung	18
3.2.2.3 Auswirkungen von COVID-19 auf die Vorschlagsbearbeitung	18
3.2.2.4 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge	19
3.2.3 Ausgliederung der Pflegepersonalkosten	19
3.2.4 Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG)	23
3.2.4.1 Sachkostenkorrektur	23
3.2.4.2 Gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen	24
3.2.5 Stufenkonzept der Weiterentwicklung	26
3.2.5.1 Eignung der Kalkulationsdaten 2020	26
3.2.5.2 Stufe 1 der diesjährigen Weiterentwicklung	27
3.2.5.3 Stufe 2 der diesjährigen Weiterentwicklung	28
3.3 Schwerpunkte der Weiterentwicklung	30
3.3.1 Anpassung der Methodik	30
3.3.1.1 Aktualisierung der Plausibilitätsprüfungen	30
3.3.1.2 Berechnung der Bewertungsrelationen für Belegversorgung	35
3.3.1.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen	37
3.3.1.4 Überarbeitung der CCL-Matrix	37
3.3.1.5 Einbeziehung von verlegten Fällen und Überliegern	41
3.3.1.6 Berechnung der Bezugsgröße	43
3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation	45
3.3.2.1 COVID-19	45
3.3.2.2 Abdominalchirurgie	52
3.3.2.3 Augenheilkunde	56
3.3.2.4 Diabetisches Fußsyndrom	59
3.3.2.5 Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma	60

3.3.2.6	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	61
3.3.2.7	Extremkosten	63
3.3.2.8	Gastroenterologie	64
3.3.2.9	Gefäßchirurgie und -interventionen / Angiologie	68
3.3.2.10	Globale Funktionen	70
3.3.2.11	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	73
3.3.2.12	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	75
3.3.2.13	Intensivmedizin	77
3.3.2.14	Kardiologie und Herzchirurgie	78
3.3.2.15	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	83
3.3.2.16	Neurologie und Neurochirurgie	87
3.3.2.17	Onkologie	88
3.3.2.18	Operative Gynäkologie	89
3.3.2.19	Polytrauma	91
3.3.2.20	Sonstige DRGs	91
3.3.2.21	Unfallchirurgie/Orthopädie	93
3.3.2.22	Urologie	100
3.3.2.23	Verbrennungen	102
3.3.2.24	Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	103
3.3.2.25	Versorgung von Kindern	104
3.3.2.26	Wirbelsäulenchirurgie	107
3.3.2.27	Zytostatische Chemotherapie	108
3.3.3	Integration neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	111
3.3.4	Sortierung	112
3.3.5	Erstellung der G-DRG-Versionen aufgrund von ICD- und OPS-Anpassungen	114
3.3.5.1	Anpassungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	114
3.3.5.2	Überleitung auf die ab 1. Januar 2022 gültigen Versionen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen	115
3.3.6	Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien	120
3.3.7	Schlichtungsausschuss	121
3.4	Statistische Kennzahlen	124
3.4.1	Wesentliche Ergebnisse und Änderungen zum Vorjahr	124
3.4.1.1	Erweiterung und Umbau der Fallgruppen	124
3.4.1.2	Nicht bewertete DRGs	124
3.4.1.3	Zusatzentgelte	124
3.4.2	Analyse des Pauschalierungsgrades	130
3.4.3	Statistische Güte der Klassifikation	132
3.4.4	Analyse der Verweildauer	136
3.4.4.1	Verweildauervergleich der Datenjahre 2018, 2019 und 2020	136
3.4.4.2	Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer	138
4	PERSPEKTIVEN DER WEITERENTWICKLUNG	142
	ANHANG	143

Abkürzungen

Abs.	Absatz
aG-DRG	German Diagnosis Related Groups (nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)
AICD	Automatic Implantable Cardioverter Defibrillator; Automatischer implantierbarer Kardioverter/Defibrillator
ALL	Akute lymphatische Leukämie
AML	Akute myeloische Leukämie
ATMP	Advanced Therapy Medicinal Product (Arzneimittel für neuartige Therapien)
BA	Belegabteilung
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BNB	Bösartige Neubildung
BORP	Bestimmte OR-Prozeduren
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
BR	Bewertungsrelation
BT	Belegungstag
bzw.	beziehungsweise
CC	Complication or Comorbidity; Komplikation oder Komorbidität
CCL	Complication or Comorbidity Level; Schweregrad einer Komplikation oder Komorbidität
CLL	chronische lymphatische Leukämie
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
DRG-EKV 2022	Verordnung zu den Entgeltkatalogen für DRG-Krankenhäuser für das Jahr 2022 (DRG-Entgeltkatalogverordnung 2022)
ECCE	Extrakapsuläre Exzision der Linse
ECMO	Extrakorporale Membranoxygenierung
EEG	Elektroenzephalographie
EHEC	Enterohämorrhagische Escherichia coli
EMA	Europäische Arzneimittel-Agentur
EML	Eingriff an mehreren Lokalisationen
ERCP	Endoskopisch retrograde Cholangio-Pankreatikographie

etc.	et cetera
FAB	Fachabteilungssegment
FEV1	Forced Expiratory Volume (Einsekundenausatem-Kapazität)
FoKA	Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling
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)
HLA	Humane Leukozytenantigene
HWS	Halswirbelsäule
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
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
IntK	Intensivmedizinische Komplexbehandlung
ISS	Injury Severity Score
i.V.m.	in Verbindung mit
Kap.	Kapitel
KDE	Kodierempfehlung
KHBV	Krankenhaus-Buchführungsverordnung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
KI	Konfidenzintervall
KK	Komplizierende Konstellationen
KOR	Komplexe OR-Prozeduren
MDC	Major Diagnostic Category; Hauptdiagnosegruppe
med.	medizinisch
med.-techn.	medizinisch-technisch
Mio.	Millionen

MKOR	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
MRD	Molekulares Monitoring der Resttumorlast
MRE	Multiresistente Erreger
MS	Multiple Sklerose
mVWD	mittlere Verweildauer
MW	Mittelwert
n	Anzahl der Fälle
NONMRE	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
Nr.	Nummer
NSAPS	„nicht aufwendige“ intensivmedizinische Komplexbehandlung
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
PPR	Pflegepersonalregelung
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
Prä-MDC	den MDCs vorgeschaltete Hauptdiagnosegruppe
PTCA	Perkutane Koronarangioplastie
Qu.	Quantil
RSV	Respiratory-Syncytial-Viren
R ²	Varianzreduktion
RG	Relativgewicht
SAPS	Simplified Acute Physiology Score
SGB	Sozialgesetzbuch
SIRS	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom
SIRT	Selektive interne Radiotherapie
SMA	Spinale Muskelatrophie
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
WS	Wirbelsäule
z.B.	zum Beispiel
ZE	Zusatzentgelt

1 Einführung

Dieser Bericht stellt Verfahrensweisen und wichtige Ergebnisse der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2022 vor. Die aufbereiteten detaillierten Kalkulationsergebnisse je DRG-Fallpauschale finden Sie im Report-Browser auf unserer Internetseite.

Gem. § 17b Abs. 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) wurden die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen erstmals für 2020 aus dem G-DRG-System ausgegliedert und deren Vergütung gleichzeitig in einen separaten Pflegeerlös-Katalog überführt. Ein so massiver Eingriff in ein bestehendes Vergütungssystem hat mehrjährige Auswirkungen, insbesondere auf die Grenzziehung zwischen den beiden Vergütungsbereichen „aG-DRG“ versus „Pflegeerlösbudget“, die im vorliegenden Bericht ebenso adressiert werden wie die grundsätzliche Vorgehensweise der Ausgliederung.

Zahlreiche Vorschläge der medizinischen Fachgesellschaften, der Verbandsorganisationen der Krankenhäuser und Krankenkassen sowie weiterer Institutionen im „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2022 (Vorschlagsverfahren 2022)“ haben Erfahrungen der klinischen Praxis und medizinisches Expertenwissen in die Weiterentwicklung einfließen lassen. Allen, die sich am diesjährigen Vorschlagsverfahren beteiligt haben, sei an dieser Stelle gedankt.

Wir bedanken uns ganz besonders bei den 213 Krankenhäusern, die durch ihre aktive freiwillige Teilnahme an der Kostenkalkulation und ihr unvermindert großes Engagement an der Bereitstellung einer soliden Datenbasis gearbeitet haben. Ohne dieses Engagement der Kalkulationskrankenhäuser wäre die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems in der vorliegenden Form nicht möglich. Den gesetzlichen Vorgaben zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation folgend, haben 59 weitere Krankenhäuser aufgrund ihrer verpflichtenden Teilnahme an der Kostenerhebung fallbezogene Kostendatensätze geliefert. Diesen 59 Häusern 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.

Gerade in diesem durch die Corona-Pandemie geprägten Jahr möchten wir uns ganz besonders herzlich für die Beteiligung an der Kostenerhebung bedanken. Das gezeigte Engagement bei der Datengewinnung und -aufbereitung ist in dieser Zeit alles andere als selbstverständlich, und dem gebührt unser aller Respekt und Anerkennung.

Das InEK legte den Selbstverwaltungspartnern (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) am 27. August 2021 den Entwurf des aG-DRG-Systems und des Pflegeerlös-Katalogs 2022 vor. Nach ausführlicher Beratung der Fach- und Entscheidungsgremien konnten die Selbstverwaltungspartner einen Konsens zur klassifikatorischen Weiterentwicklung des aG-DRG-Fallpauschalen-Katalogs 2022 sowie zum Pflegeerlös-Katalog 2022 und den dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen erzielen. Keine Einigung konnte hinsichtlich der Fragestellung erzielt werden, ob und ggf. inwieweit der in den Kalkulationsdaten beobachtete Zuwachs bei den Pflegepersonalkosten Auswirkungen auf die Normierung des Fallpauschalen-Katalogs 2022 hat. Nach Ablauf der vom Bundesministerium für Gesundheit den Selbstverwaltungspartnern zur Einigung gesetzten Frist (11. Oktober 2021) erfolgte die Festsetzung des aG-DRG-Fallpauschalen-Katalogs und des Pflegeerlös-Katalogs für 2022 gem. § 17b Abs. 7 Satz 1 Nr 1 und 2 KHG per Rechtsverordnung. Die entsprechende „Verordnung zu den Entgeltkatalogen für DRG-Krankenhäuser für das Jahr 2022 (DRG-Entgeltkatalog-verordnung 2022 – DRG-EKV

2022)“ wurde am 22. November 2021 im Bundesanzeiger (BAnz AT vom 22.11.2021 V1) veröffentlicht.

Die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems kann nur gelingen, wenn Krankenhäuser und Krankenkassen weiterhin zur Weiterentwicklung und Kalkulation des pauschalierenden Entgeltsystems beitragen. Dies gilt insbesondere für Hinweise auf notwendige Änderungen und für Krankenhäuser, die zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation beitragen können. Medizinische Fachgesellschaften sind weiterhin aufgerufen, durch aktive 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
Bereichsleiter
Statistische
Auswertungen

Siegburg, im Dezember 2021

2 Methodik der Weiterentwicklung

Dieses Kapitel beschreibt in zusammengefasster Form die wesentlichen im Regelwerk für die Pflege und Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems niedergelegten methodischen Schritte. Die für die Weiterentwicklung für das Jahr 2022 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 der [Internetseite des InEK](#) im Archiv zum Herunterladen zur Verfügung.

2.1 Datenerhebung und Datenprüfung

Datenerhebung

Alle dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) unterliegenden Krankenhäuser sind verpflichtet, krankenhausbetonte Strukturdaten und fallbezogene Leistungsdaten bereitzustellen (im Folgenden als „Daten gem. § 21 Abs. 1 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 aG-DRG-System gilt nicht für die Leistungen der in § 17d KHG genannten Einrichtungen (Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung – PEPP-Entgeltsystem). Die entsprechenden Fälle wurden in eine separate Datenhaltung überführt. Gleiches gilt für vorstationäre Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung sowie Begleitpersonen.

- **Überliegerbereinigung**

Als Überlieger galten Behandlungsfälle, die vor dem 1. Januar 2020 aufgenommen, aber erst 2020 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 G-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 Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) 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 BfArM 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.

Dort wird auch eine Besonderheit der diesjährigen Weiterentwicklung detailliert dargestellt: Aufgrund des eingesetzten Stufenmodells mit Wechsel von den Kalkulationsdaten 2019 (Stufe 1) auf 2020 (Stufe 2 zur Abbildung von COVID-19) war erstmals auch eine Überleitung der DRG-Klassifikation während der Kalkulationsphase erforderlich.

2.4 Komplexität des Systems

In der öffentlichen Diskussion wird das DRG-Entgeltsystem mitunter dahingehend kritisch hinterfragt, dass es „zu komplex“ geworden sei. Dies wird an der Anzahl der DRG-Fallpauschalen gemessen. Dabei wird die wahrgenommene Zunahme der Komplexität auch als einer der Gründe für aufwendige Abrechnungsprüfungen gesehen. Aus Sicht der Entgeltentwicklung treffen diese Annahmen allerdings nicht zu.

Eine schlichte Reduzierung der Anzahl an DRG-Fallpauschalen würde im Ergebnis nicht zu einer Reduktion der Abrechnungsstreitigkeiten führen. Eher ist das Gegenteil der Fall. Oft drehen sich Abrechnungskonflikte gerade um „Sprungstellen“ innerhalb des DRG-Systems. Beispielsweise werden Fallpauschalen nach der Anzahl der Beatmungstunden differenziert. Die aktuelle, fein granuliert Differenzierung löst bestimmte Vergütungssprünge aus, die Auslöser von Abrechnungsprüfungen sein können. Wenn jedoch die Granularität gröber gesetzt wird (weniger Fallpauschalen), werden die Vergütungssprünge zwischen den Fallpauschalen größer, d.h. der Anreiz, die Abrechnung zu hinterfragen, wächst an. Die feinere Granularität (= größere Anzahl von Fallpauschalen) sorgt gerade dafür, dass der Anreiz zum Hinterfragen der Abrechnung reduziert wird – mithin die Komplexität im gegenseitigen Miteinander zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen reduziert wird.

Grundsätzlich kann man feststellen, dass es zu Abrechnungsstreitigkeiten, die sich auf die Kodierung von Diagnosen oder Prozeduren (oder andere Parameter wie die Beatmungszeit) beziehen, vor allem kommt, wenn

1. die Regelungen zur Erfassung dieser Parameter (ICD, OPS, Kodierrichtlinien) relativ unbestimmt sind oder zumindest als auslegungsfähig interpretiert werden und
2. aus der konkreten Kodierung ein Eingruppierungs- und damit Erlösunterschied resultiert.

Bei der Weiterentwicklung des DRG-Entgeltsystems steht seit Jahren im Vordergrund, diese beiden Aspekte so weit wie möglich zu minimieren. Zu Punkt 1 ist hier sicherlich die Arbeit des DIMDI/BfArM mit zahlreichen Präzisierungen und Klarstellungen in ICD und OPS in den letzten Jahren zu nennen (beispielsweise die deutliche Vereinfachung bei den Chemotherapien für 2022), ebenso die Weiterentwicklung der Deutschen Kodierrichtlinien durch die Selbstverwaltung auf Bundesebene, insbesondere zur Beatmung. Auch das Anfrageverfahren des InEK sowie die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses nach § 19 KHG haben zur weiteren Präzisierung der Kodierregeln in erheblichem Maß beigetragen.

Zu Punkt 2: Die Überprüfung, ob eine unterschiedliche Erlösrelevanz bei Streitbehafteten Sachverhalten begründet ist, ist seit einigen Jahren eine der Kernaufgaben des InEK bei der Weiterentwicklung des DRG-Entgeltsystems.

Entsprechend einem seit Jahren bestehenden Auftrag an das InEK, Streitbefangene Konstellationen bei der Weiterentwicklung des Entgeltsystems zu adressieren, wurden in den letzten Jahren viele Hundert solcher Konstellationen analysiert und zu einem relevanten Teil beseitigt oder zumindest entschärft. Dies ist immer dann möglich, wenn eine unterschiedliche Kodierung zu unterschiedlichen Erlösen führt, die jeweiligen Fallgruppen sich aber in ihren durchschnittlichen Kosten nicht oder kaum unterscheiden. In dieser Konstellation kann typischerweise eine Angleichung der Eingruppierung und damit des Erlöses erfolgen, womit der Konfliktauslöser nach der Weiterentwicklung des Entgeltsystems wegfällt. Viele solcher Konstellationen betrafen die Auswahl der Hauptdiagnose eines Falles.

Am Beispiel der typischen Leistungen eines Schlaflabors lässt sich das gut darstellen (auch wenn die dargestellten Veränderungen schon einige Jahre zurückliegen): Diese Patienten werden für relativ kurze Zeit stationär aufgenommen, oft nur über eine Nacht. Dabei werden apparative Untersuchungen des Schlafes (*Polysomnographie*) durchgeführt. Die meisten solcher Fälle waren stets der Fallpauschale E63 *Schlafapnoe* [...] zugeordnet, deren Vergütung von den Kosten der typischen Fälle geprägt ist. Vor Jahren waren dieser DRG aber nur Fälle mit „typischen“ Hauptdiagnosen wie *Schlafapnoe-Syndrom* zugeordnet. Bei bestimmten anderen Hauptdiagnosen wie *Adipositas* oder *Nichtorganische Insomnie* (die ebenfalls einen Bezug zu schlafbezogenen Atemstörungen haben) steuerte der DRG-Groupier andere Fallpauschalen mit anderer Bewertung an – obwohl sich die anderen Leistungsparameter der Fälle (Prozeduren, Nebendiagnosen, Verweildauer) und insbesondere die durchschnittlichen Fallkosten nicht unterschieden. Damit war der Erlös direkt von der Wahl der Hauptdiagnose abhängig und die Wahl der Hauptdiagnose entsprechend streitbehaftet. Eine von der Hauptdiagnose völlig unabhängige Eingruppierung aller typischen Schlaflabor-Fälle vermeidet bereits seit Jahren diese Streitigkeiten.

Um zu verhindern, dass eine solche Änderung („alle Schlaflabor-Fälle in die gleiche DRG“) zu unerwünschten Effekten führt, etwa dass Fälle mit sehr aufwendigen Leistungen und zusätzlich auch noch einem Schlaflabor-Aufenthalt in die vergleichsweise niedrig bewertete Schlaflabor-DRG eingruppiert und dort erheblich untervergütet werden, sind präzise Eingruppierungsregeln erforderlich, die – z.B. im DRG-Definitionshandbuch – eine gewisse erhöhte Komplexität aufweisen. Dabei handelt es sich jedoch allein um eine von der Groupier-Software zu berücksichtigende Komplexität – für den Anwender (insbesondere im Abrechnungsgeschäft) wird das Entgeltsystem so gleichzeitig weniger komplex!

Gleiches gilt für die vor einigen Jahren aufgrund deutlich unterschiedlicher Kosten umgesetzte Differenzierung ebendieser Schlafapnoe-DRG in zwei DRGs E63A und E63B. Der DRG E63A werden ausschließlich Fälle zugeordnet, die entweder jünger als 18 Jahre sind oder zusätzlich eine Herzkatheter-Untersuchung erhalten haben – beides Parameter, die absolut unstrittige Kriterien sind. Das Alter bei Aufnahme steht ebenso eindeutig fest wie die Tatsache, dass eine Herzkatheter-Untersuchung durchgeführt wurde. Die Differenzierung der DRG, die im Hinblick auf die Sachgerechtigkeit der Vergütung gerade der Kinder dringend geboten war, führt also trotz Zunahme der Anzahl der DRGs zu keiner Komplexitätserhöhung für die Anwender (was grundsätzlich für alle der über 300 „Kinder-Splits“ gilt).

In diesem Sinne werden seit Jahren bestehende DRG-Definitionen auf Möglichkeiten der Vermeidung von Abrechnungsstreitigkeiten überprüft und – inzwischen vielleicht noch wichtiger – bei neu etablierten DRGs oder anderen Eingruppierungsveränderungen Attribute, die erkennbar streitbefangen sind, z.B. aufgrund ihrer relativen Unbestimmtheit gar nicht erst ins Entgeltsystem „eingebaut“.

Viele der in Kapitel 3.3.2 detailliert dargestellten Umbauten stellen letztlich Verbesserungen im Sinne einer Vermeidung von Abrechnungsstreitigkeiten und der Verminderung der für die Anwender relevanten Systemkomplexität dar. Dies betrifft insbesondere die Veränderungen in den Kapiteln *Augenheilkunde*, *Funktionen*, *Kardiologie*, *Schlichtungsausschuss* und *Zytostatische Chemotherapie*.

3 aG-DRG-System 2022

3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Das aG-DRG-System 2022 umfasst insgesamt 1.292 DRGs. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Veränderungen zur Vorjahresversion:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
aG-DRG-System 2022	1.292	+ 7
davon im Fallpauschalen-Katalog, Hauptabteilung	1.235	+ 7
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	42	± 0
davon rein teilstationäre DRGs	15	± 0
davon bewertet (Anlage 1c)	2	± 0

Tabelle 1: Überblick über das aG-DRG-System 2022

Im Zusatzentgelte-Katalog (Anlage 2 DRG-EKV 2022) 2021 befinden sich 79 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 81). Die Anzahl der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 DRG-EKV 2022) liegt bei 151 (Vorjahr: 145).

Für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems wurden in der Datenerhebung gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG Angaben zu ca. 22,2 Mio. Fällen (Entgeltbereich „DRG“) aus 1.447 Krankenhäusern aus dem Datenjahr 2019 übermittelt. Darüber hinaus wurden Angaben zu ca. 19,2 Mio. Fällen (Entgeltbereich „DRG“) aus 1.433 Krankenhäusern aus dem Datenjahr 2020 (vgl. Kapitel 3.2.1) übermittelt.

Nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen liegt die Anzahl der Kalkulationskrankenhäuser mit 272 im Datenjahr 2020 um 10 niedriger als im Vorjahr. Die auswertbare Fallmenge aus den Kalkulationskrankenhäusern betrug ca. 4,6 Mio. Fälle im Datenjahr 2019 bzw. 3,8 Mio. Fälle im Datenjahr 2020. Im vollstationären Bereich ist die auswertbare Fallmenge aus den Kalkulationskrankenhäusern (ca. 3,8 Mio. Fälle im Datenjahr 2020) im Vergleich zum Datenjahr 2019 mit 4,4 Mio. Fällen um 16,5% gesunken.

Die sich aus diesem Fallzahlrückgang in bisher noch nicht gesehendem Ausmaß ergebenden kalkulatorischen Effekte führten dazu, dass (wie in den nachfolgenden Kapiteln noch detailliert aufgezeigt wird) sich die pandemiegeprägten Daten des Jahres 2020 nicht zu einer routinemäßigen Weiterentwicklung des Entgeltsystems eigneten. Aus diesem Grund kam erstmals ein Stufenmodell zur Anwendung, in dem zunächst (Stufe 1) das Entgeltsystem auf Grundlage der validen Daten des Jahres 2019 fortentwickelt wurde und im Anschluss (in Stufe 2) die Abbildung der COVID-19-Fälle im Entgeltsystem analysiert und umfangreich angepasst wurde. Dazu kam erstmals die Methodik der kostenorientierten Abbildung zur Anwendung.

Im Ergebnis war trotz der schwierigen Ausgangssituation eine umfangreiche Überarbeitung des aG-DRG-Systems für 2022 möglich, deren Schwerpunkte nachfolgend kurz dargestellt sind.

COVID-19

Bereits das aG-DRG-System 2021 berücksichtigt bereits vielfach COVID-19-Fälle, indem die Diagnose U07.1 *COVID-19, Virus nachgewiesen* entweder direkt oder mittelbar über das CCL-Schweregradsystem in vielen DRGs zu einer höheren Eingruppierung führt. Dies betrifft sowohl Fälle mit Erkrankungen der oberen Atemwege wie auch Fälle mit einer Pneumonie und auch aufwendig intensivmedizinisch versorgte Patienten.

Da in den dem aG-DRG-System 2021 zugrunde liegenden Daten des Jahres 2019 aber noch keine COVID-19-Fälle aufgetreten waren, konnte die Anpassung des DRG-Systems für 2021 nur „heuristisch“ erfolgen, denn es lagen noch keine Kostendaten von COVID-19-Fällen vor. Der Vorgehensweise für 2021 lagen somit entweder Analogbewertungen (wie im Fall des CCL-Schweregradsystems) oder Analysen der Leistungsdaten der neu eingeführten unterjährigen Datenlieferungen aus 2020 (gem. § 24 KHG) vor, in denen beispielsweise Verweildauern und Beatmungszeiten der COVID-19-Fälle analysiert werden konnten.

In der diesjährigen Weiterentwicklung lagen erstmals fallbezogene Kostendaten aus dem Zeitraum der COVID-19-Pandemie vor, die es ermöglichten, sowohl die im Vorjahr heuristisch vorgenommenen Veränderungen zu überprüfen als auch das gesamte Entgeltsystem auf weiteren Anpassungsbedarf hin zu untersuchen.

Im Ergebnis ist eine sehr umfangreiche Überarbeitung mit erheblicher Besserstellung der COVID-19-Fälle im Entgeltsystem für 2022 gelungen. Dabei zeigte sich, dass die bloße Tatsache der nachgewiesenen Virusinfektion allein oft noch nicht mit höheren Kosten verbunden war, sodass die Abbildung im DRG-System meist weitere Parameter nutzt wie:

- Isolierung der Patienten (gemäß Komplexkode *Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isulationspflichtigen Erregern*) ab einer bestimmten Behandlungsdauer
- Durchgeführte intensivmedizinische Komplexbehandlung
- Beatmungsstunden
- Vorliegen einer Diagnose für Pneumonie
- Hoher PCCL (Gesamtschweregrad des Falles)

Für jede DRG mit relevanten Fallzahlen kostenauffälliger Patienten mit COVID-19 wurde individuell die geeignete Definition ermittelt und eine zum Kosten- und Verweildauerprofil der Fälle passende Ziel-DRG ermittelt. Nur dreimal war die Etablierung einer neuen, reinen Corona-DRG erforderlich.

Insgesamt konnte an mehr als 100 Stellen des DRG-Algorithmus eine COVID-19-spezifische Aufwertung von Fällen erfolgen.

Im Ergebnis führen diese im Zuge der diesjährigen Weiterentwicklung getroffenen Maßnahmen zu einer deutlichen Verbesserung der Deckung der COVID-19-Fälle. In den Kalkulationsdaten des Jahres 2020 zeigt sich für die DRG-Version 2022 sogar eine relative Überdeckung. Bereits die für 2021 umgesetzten heuristischen Anpassungen hatten zu einer für das Gesamtsystem fast ausgeglichenen Bilanz der COVID-19-Fälle geführt. Im Vergleich dazu hat sich nicht nur die absolute Deckung verbessert, sondern insgesamt vor allem die Verteilung der Erlöse zwischen den DRGs und auch zwischen den Leistungserbringern. Damit sind zukünftig in Bezug auf die Behandlung von Fällen mit COVID-19 „mehr Erlöse am richtigen Ort“ – und dies für alle Ausprägungen der Erkrankungsschwere. In Kapitel 3.3.2.1 werden Vorgehensweise und Ergebnisse detailliert dargestellt.

Zytostatische Chemotherapie

Veränderungen der Medizin beeinflussen das Entgeltsystem auf mehreren Wegen. Die Integration des medizinischen Fortschritts erfordert immer wieder direkte Anpassungen des DRG-Systems. Aber auch die Weiterentwicklung der medizinischen Klassifikationen ICD-10-GM und OPS hat einen mittelbaren Einfluss. Dies ist für 2022 insbesondere für die vollständige Umstrukturierung der Prozedurenkodes für Chemotherapien bei Tumoren, die von Fachseite als nicht mehr zeitgemäß und wenig anwenderfreundlich beschrieben wurden, der Fall. Nachdem in den Vorjahren kein Konsens der Beteiligten über eine Anpassung des Codebereichs erreicht werden konnte, wurde für den OPS Version 2022 durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) – in Zusammenarbeit mit und auf Wunsch der Fachgesellschaft – eine Präzisierung und erhebliche Vereinfachung des Codebereichs für die Chemotherapie vorgenommen. Diese Prozeduren gehen häufig mit hohen Kosten einher und sind bei der Eingruppierung im G-DRG-System von großer Relevanz. Dabei ist insbesondere von Bedeutung, welche Verfahren als „hochkomplex“ bzw. „mittelgradig komplex“ eingestuft werden – und genau diese Definition verändert sich im OPS Version 2022 in vielfacher Weise.

Somit wäre ein im Bereich der Chemotherapien unverändertes DRG-System für 2022 mit großen finanziellen Unsicherheiten verbunden gewesen, insbesondere, weil sich die Zahl und Zusammensetzung der Fälle, die als (erlösrelevante) „hochkomplexe Chemotherapie“ gewertet werden, erheblich verändert hat und somit Kalkulations- und Abrechnungsjahr in diesem Bereich nicht kongruent gewesen wären. Es war jedoch keine sinnvolle Option, auf die dringend gebotene Überarbeitung des Codebereichs zu verzichten, weil keine technisch einfache 1:1-Überleitung der alten auf die neuen Definitionen möglich war. Folglich musste im DRG-Algorithmus durch eine umfangreiche vorbereitende Anpassung die anstehende Änderung der Kodierung vorweggenommen und das System so „zukunftsfest“ gemacht werden, was eine sehr weitgehend finanzneutrale Integration der neuen Klassifikation in den Grouper ermöglichte.

Im Ergebnis wurde durch diese prospektiven Umbauten das Entgeltsystem bestmöglich – und frühestmöglich – auf die den aktuellen medizinischen Erfordernissen entsprechende Kodierung zytostatischer Therapien im Jahr 2022 vorbereitet. Kapitel 3.3.2.27 bietet eine detaillierte Darstellung der beschriebenen Thematik.

Vermeidung von Abrechnungsstreitigkeiten

Es ist seit Jahren ein Ziel der Weiterentwicklung des DRG-Systems, Streitigkeiten bei der Anwendung des Entgeltsystems, also insbesondere bei Kodierung und Abrechnung, so weit wie möglich zu minimieren. Dazu sollten zum einen die Vorschriften zu Kodierung und Abrechnung möglichst präzise und möglichst wenig auslegungsfähig sein – dies betrifft die Weiterentwicklung der Kodierrichtlinien, der medizinischen Klassifikationen ICD-10-GM und OPS wie auch die Arbeit des Schlichtungsausschusses.

Zum anderen sollte aber auch das Entgeltsystem selbst möglichst wenig zu Abrechnungsstreitigkeiten beitragen. Als problematisch zu betrachten wären insbesondere Konstellationen, wo medizinisch und ökonomisch sehr ähnliche Fälle aufgrund unterschiedlicher Kodierung dennoch unterschiedlich eingruppiert werden und die daraus resultierenden Erlösunterschiede dann Anlass für Auseinandersetzungen um die korrekte Kodierung sind. Aus diesem Grund ist die Überprüfung, ob eine unterschiedliche Erlösrelevanz bei Streitbehafteten Sachverhalten begründet ist, inzwischen eine der Kernaufgaben des InEK bei der Weiterentwicklung des DRG-Entgeltsystems.

In noch höherem Maß als in den Vorjahren gehen viele Veränderungen des aG-DRG-Systems 2022 auf genau diese Analysen zurück. Die möglichst zeitnahe Anpassung als

problematisch identifizierter Konstellationen war dabei einer der Hauptgründe für die Etablierung des in Kapitel 3.2.5 dargestellten Stufenkonzepts.

Mit Hinblick auf die Vermeidung von Abrechnungsstreitigkeiten für 2022 sind sicher in erster Linie die zahlreichen Anpassungen zu nennen, die im Ergebnis zu einer verminderten Bedeutung der konkreten Wahl der Hauptdiagnose für Eingruppierung und Erlös führen. Wenn medizinisch und ökonomisch ähnliche Fälle nicht mehr zu kodierbedingt unterschiedlichen DRG-Erlösen führen, gibt es dort keinen Auslöser von Auseinandersetzungen um die korrekte Kodierung mehr.

Eine Vielzahl solcher Anpassungen für 2022 ist in den Kapiteln unter 3.3.2 dargestellt, insbesondere bei 3.3.2.3 *Augenheilkunde*, 3.3.2.14 *Kardiologie und Herzchirurgie* und 3.3.2.21 *Unfallchirurgie/Orthopädie*, aber auch für 3.3.2.1 *COVID-19* zeigten sich vermehrt hauptdiagnoseunabhängige Eingruppierungen als sachgerecht.

Auch Kapitel 2.4 *Komplexität des Systems* geht – unter etwas anderem Blickwinkel – auf diese Thematik detailliert ein.

Kinder

Grundsätzlich erfolgt in jedem Jahr auf der Basis der jeweils aktuellen Kalkulationsdaten eine umfassende Analyse der Abbildung von Kindern im aG-DRG-System, aus der sich typischerweise eine Vielzahl von Systemveränderungen ergibt. Dies können sowohl neue Kinder-DRGs („Kindersplits“) sein als auch der Wegfall solcher, auf aktuellen Daten nicht mehr gerechtfertigter (weil nicht mehr zur Besserstellung von Kindern führender) Splits. Der in diesem Jahr erforderliche zweistufige Ansatz sah vor, dass die Weiterentwicklung zunächst (in Stufe 1) auf der Grundlage der Kostendaten des Jahres 2019 erfolgt, welche jedoch bereits im Vorjahr sehr vollständig diesbezüglich untersucht worden waren. Als Ergebnis der Analysen der Stufe 1 war somit mit einer großen Zahl an Veränderungen hinsichtlich der Kindersplits nicht zu rechnen.

Dennoch war auch hier eine Weiterentwicklung grundsätzlich möglich, etwa weil neue Informationen beispielsweise aus dem Vorschlagsverfahren zugrunde lagen (wie dies für die Koloskopien bei Kindern der Fall war) oder andere Klassifikationsveränderungen im DRG-System zu veränderten DRG-Zusammensetzungen mit entsprechend veränderten Kostenverhältnis zwischen verschiedenen Altersgruppen führten.

Letztlich gelang es in mehreren MDCs, die Abbildung der Behandlung von Kindern weiter zu verbessern, wobei typischerweise bestehende Splitkriterien ergänzt wurden, ohne dass hierzu neue DRGs etabliert werden mussten.

Sicher ist auch hinzuweisen auf die Etablierung weiterer kinderspezifischer Zusatzentgelte, beispielsweise für das Genterapeutikum *Onasemnogen Apeparvovec* (*Zolgensma*®).

Eine detaillierte Darstellung der Veränderungen zur Abbildung von Kindern im DRG-System gibt Kapitel 3.3.2.25.

Statistische Güte des Systems

Die durch den R²-Wert als Maß für die Varianzreduktion ausgedrückte statistische Güte der Klassifikation liegt etwa auf dem Niveau der Vorjahresversion (siehe Tabelle 2).

	aG-DRG-System 2021	aG-DRG-System 2022 Stufe 1	Verbesserung (in %)
R ² -Wert auf Basis aller Fälle	0,7711	0,7726	+0,2
R ² -Wert auf Basis der Inlier	0,8486	0,8494	+0,1

Tabelle 2: Vergleich der Varianzreduktion R² im aG-DRG-System 2021 und aG-DRG-System 2022 (Basis: Datenjahr 2019)

3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung

3.2.1 Datenbasis

3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung

In der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems wurden auf Basis des diesjährig verwendeten Stufenkonzepts sowohl die (Kosten-)Daten des Datenjahres 2019 als auch die Daten des Datenjahres 2020 verwendet (vgl. Kapitel 3.2.5).

Für die Datenjahre 2019 und 2020 wurden im Datenfeld „Entgeltbereich“ die Ausprägungen „DRG“, „PSY“ und „PIA“ übermittelt.

Die übermittelten Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG aus den Entgeltbereichen „PSY“ und „PIA“ wurden in eine separate Datenhaltung überführt und für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems nicht verwendet. Alle folgenden Angaben sind entsprechend auf den Entgeltbereich „DRG“ beschränkt.

Den Umfang der Datenlieferungen für die Datenjahre 2019 und 2020 gibt Tabelle 3 wieder. Die Zahlen der Erhebung von Kostendaten sind „davon“-Angaben der Datenerhebung gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG. Die Angaben in Tabelle 3 geben den Stand nach erfolgten Fehlerprüfungen in der Datenstelle und vor Durchführung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen wieder.

Kriterium	Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG, Datenjahr 2019	Erhebung von Kostendaten, Datenjahr 2019	Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG, Datenjahr 2020	Erhebung von Kostendaten, Datenjahr 2020
Anzahl Krankenhäuser	1.447	282	1.433	272
Anzahl Betten	419.988	108.439	409.135	104.340
Anzahl Fälle	22.194.192	4.960.962	19.187.705	4.262.438

Tabelle 3: Umfang der Datenlieferung, Entgeltbereich „DRG“, Datenjahre 2019, 2020 (Stand: 31.5.2020 bzw. 31.5.2021)

Durch die Erhebung von Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG liegt ein nahezu vollständiges Bild des voll- und teilstationären Leistungsgeschehens in Deutschland vor. Die Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG wurden u.a. für die Berechnung der Bezugsgröße verwendet (siehe Kapitel 3.3.1.6).

Die Datensätze aus der Erhebung von Kostendaten des Datenjahrs 2019 (sowie ergänzend auch des Datenjahrs 2020) bildeten nach Durchführung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen die Grundlage für die Weiterentwicklung der aG-DRG-Klassifikation.

Zusammensetzung der Datenlieferungen

Alle Darstellungen zur Zusammensetzung der Datenlieferungen beziehen sich auf den in Tabelle 3 dokumentierten Umfang von 1.447 Krankenhäusern bzw. 282 Kalkulationskrankenhäusern im Datenjahr 2019 sowie von 1.433 Krankenhäusern bzw. 272 Kalkulationskrankenhäusern im Datenjahr 2020.

Abbildung 1 zeigt die (aus dem letztjährigen Abschlussbericht bekannte) regionale Zusammensetzung der Erhebungen nach dem Bundesland der einbezogenen Krankenhäuser für das Datenjahr 2019. In Abbildung 2 wird demgegenüber das Datenjahr 2020 hinsichtlich der regionalen Zusammensetzung dargestellt.

Die in die Erhebung von Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG einbezogenen Krankenhäuser spiegeln die akutstationären Versorgungsstrukturen der jeweiligen Bundesländer wider. Übereinstimmend stellen in beiden Erhebungen und in beiden Datenjahren die Bundesländer Bayern und Nordrhein-Westfalen die größten Anteile einbezogener Krankenhäuser.

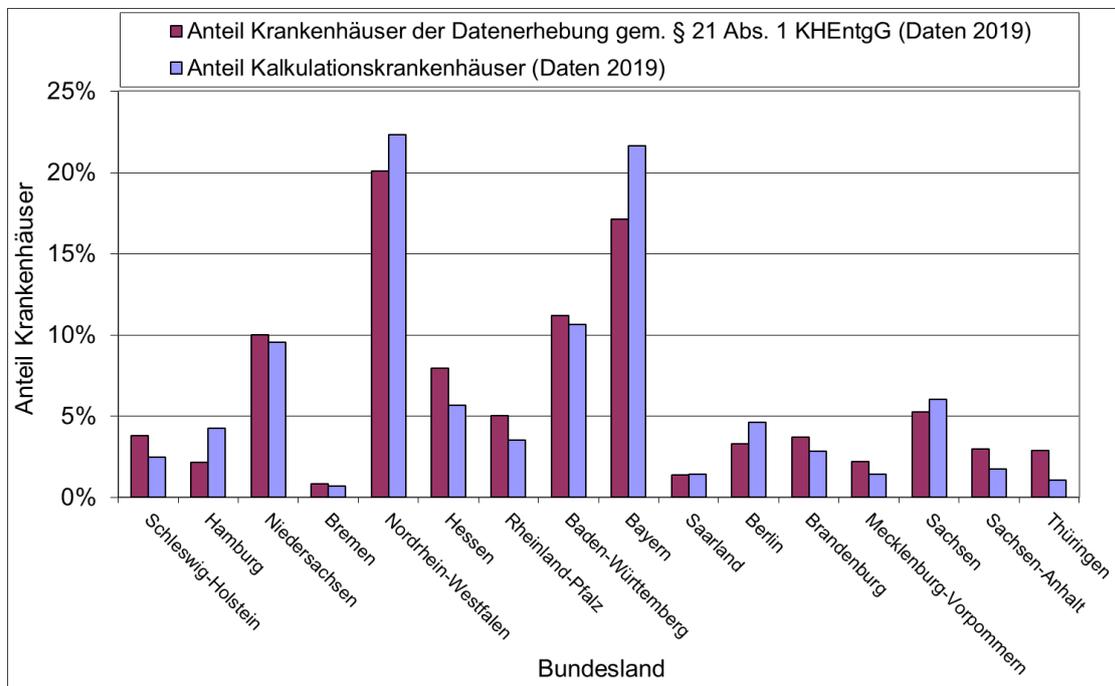


Abbildung 1: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser, Datenjahr 2019

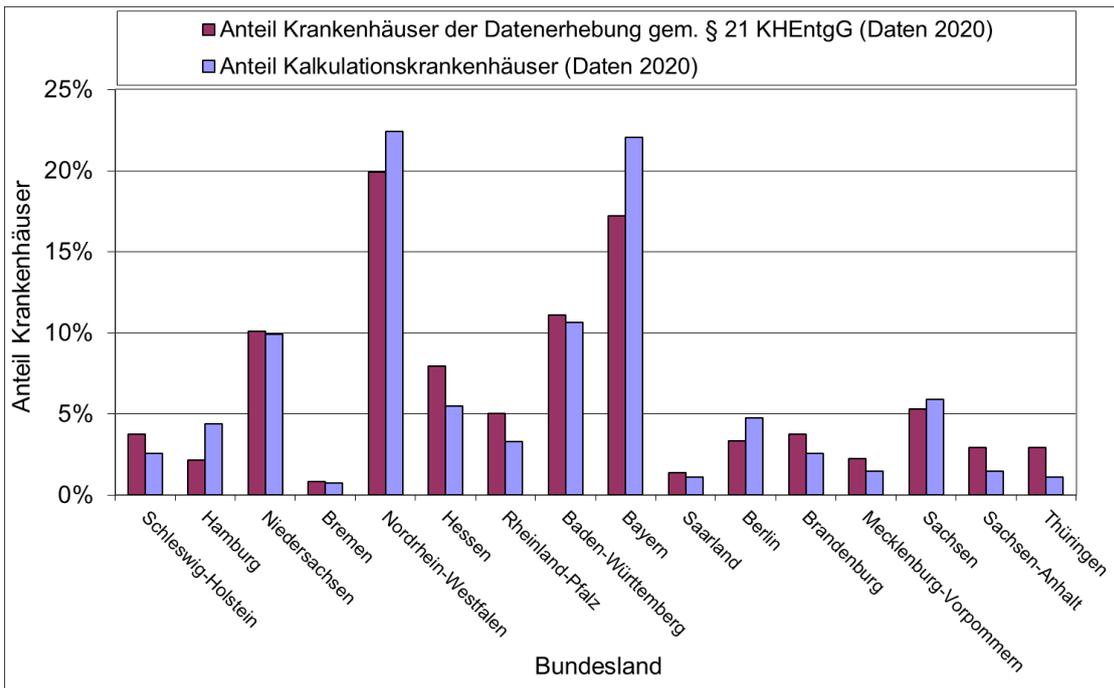


Abbildung 2: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser, Datenjahr 2020

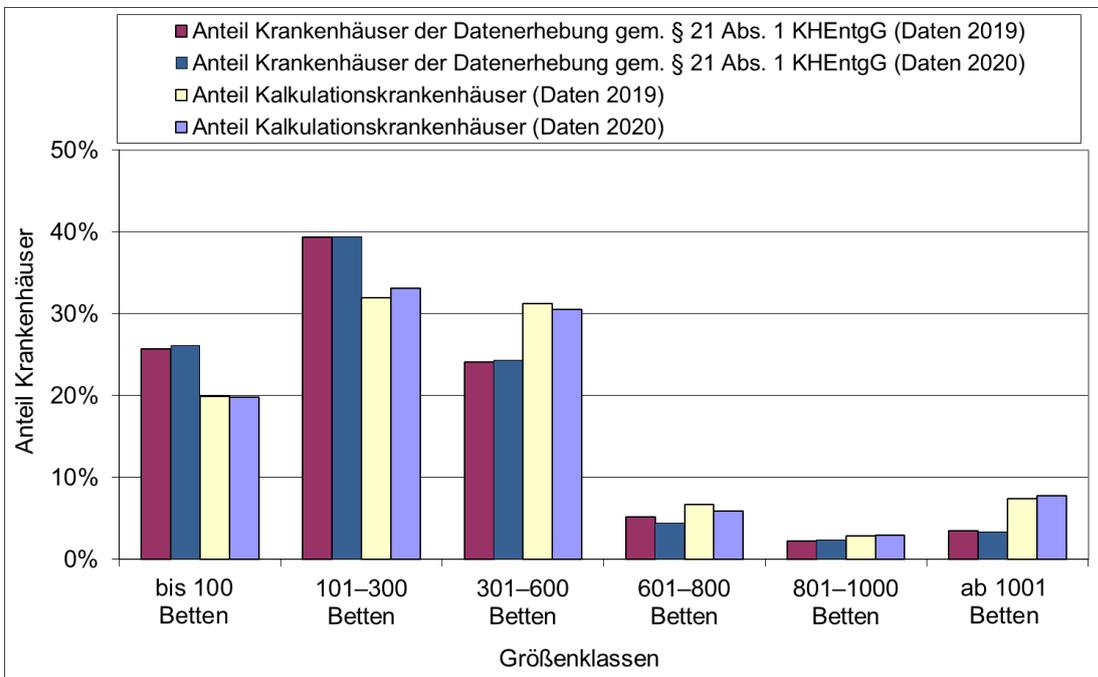


Abbildung 3: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser, Datenjahre 2019 und 2020

Die Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser zeigt Abbildung 3. Wie schon in den vergangenen Jahren wird aus der Gegenüberstellung der Kalkulationskrankenhäuser mit Krankenhäusern der Datenerhebung

gem. § 21 Abs. 1 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 Abs. 1 KHEntgG vertreten. Gleichzeitig stellt die höhere Beteiligung großer Krankenhäuser die Abdeckung des gesamten Leistungsspektrums mit ausreichenden Fallzahlen sicher.

Im Vergleich zum Vorjahr sind in den sechs Bettengrößenklassen nur minimale Änderungen der Anteile der Kalkulationskrankenhäuser zu verzeichnen.

Abbildung 4 zeigt die Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser. Aus der Gegenüberstellung der Kalkulationskrankenhäuser mit den Krankenhäusern der Datenerhebung gem. § 21 Abs. 1 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 Abs. 1 KHEntgG vertreten. Der Vergleich der beiden Datenjahre 2019 und 2020 zeigt einen leichten Anstieg des Anteils privater und öffentlicher Kalkulationskrankenhäuser, während der Anteil bei frei-gemeinnützigen Kalkulationskrankenhäusern zurückgeht.

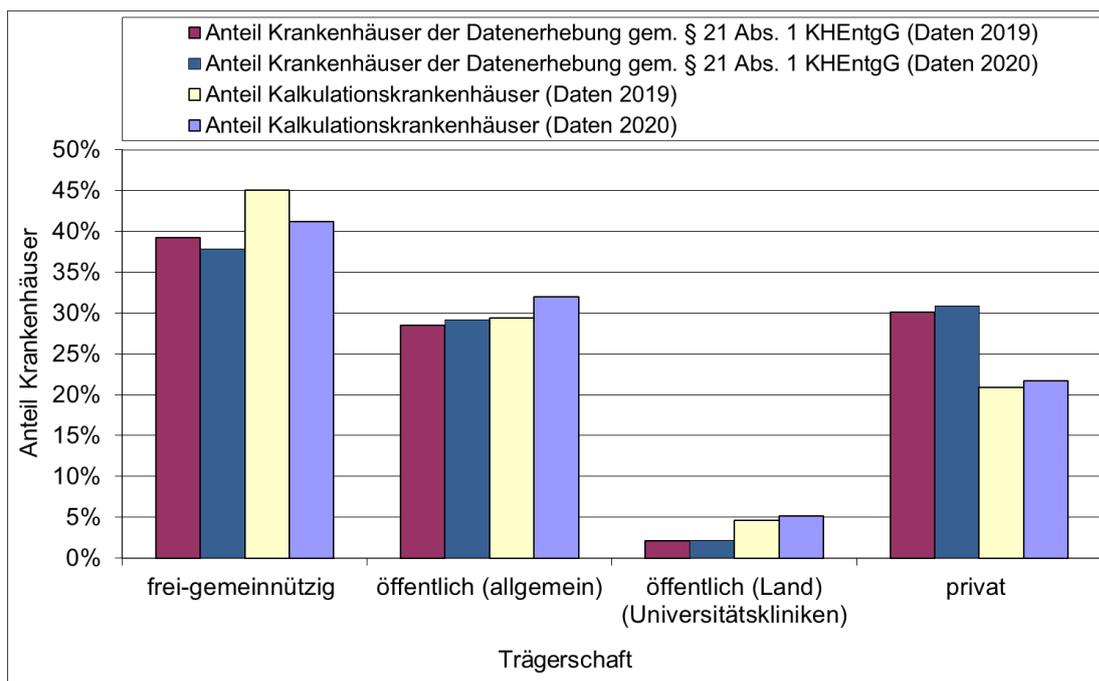


Abbildung 4: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser, Datenjahre 2019 und 2020

Umfang der Datenlieferungen

Der Anteil fehlerhafter Datensätze an den übermittelten Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG lag nach Auswertung der Datenstelle im Datenjahr 2020 mit 0,09% unverändert auf niedrigem Niveau (Datenjahr 2019: 0,15%).

Insgesamt stellten die Kalkulationskrankenhäuser 5.797.841 Fälle (Datenjahr 2019) bzw. 4.984.496 Fälle (Datenjahr 2020) 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 3,6 Prozeduren und 5,9 Nebendiagnosen auf (Datenjahr 2019) bzw. 3,9 Prozeduren bzw. 6,8 Nebendiagnosen (Datenjahr 2020). Die Kostendaten wiesen je Fall im Durchschnitt 26,7 verschiedene Kostenmodule (Datenjahr 2019) aus, im Datenjahr 2020 waren es 27,4.

Nach Ausschluss der vom Matchingproblem betroffenen und der nicht DRG-relevanten Datensätze standen 4.960.962 Fälle mit Kosten- und Leistungsdaten im Datenjahr 2019 zur Verfügung, im Datenjahr 2020 waren es 4.262.438 Fälle (siehe Tabelle 3).

Bereinigungen und Korrekturen

Tabelle 4 zeigt die von den verschiedenen Bereinigungs- und Korrekturmaßnahmen (siehe Kapitel 2.2) betroffenen Fallmengen. Die Prozentangaben beziehen sich auf die 4.960.962 bzw. 4.262.438 geprüften Datensätze. Der hohe Fallanteil in der zweiten Zeile im Datenjahr 2020 entstand durch erstmals vorhandene Vergütungen von Mehrkosten aufgrund des Coronavirus.

Bereinigung/Korrektur	Anteil Datensätze, Datenjahr 2019 (in %)	Anteil Datensätze, Datenjahr 2020 (in %)	Maßnahme
Korrektur Zusatzentgelte: Dialysekosten, Kosten für Faktorpräparate bei Bluterbehandlung	1,0	1,1	Bereinigung Dialysekosten, Kostenseparation
Korrektur sonstige Zusatzentgelte	9,8	71,9	Bereinigung in relevanten Kostenmodulen bzw. Herausnahme aus der Datenbasis
Überliegerbereinigung	0,3	0,4	Herausnahme aus der Datenbasis

Tabelle 4: Ergebnis der Datenbereinigungen und -korrekturen (bezogen auf 4.960.962 bzw. 4.262.438 Datensätze, Entgeltbereich „DRG“), Basis: Datenjahre 2019 und 2020

Datenumfang nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen

Nach den Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie den Bereinigungen und Korrekturen (siehe Kapitel 2.1, 2.2 und 3.3.1.1) standen schließlich 4.582.196 Datensätze im Datenjahr 2019 bzw. 3.813.512 Datensätze im Datenjahr 2020 zur Verfügung. Auf Grundlage des Ergebnisses der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen musste im Datenjahr 2019 kein Krankenhaus seine Kalkulationsdatensätze komplett stornieren; im Datenjahr 2020 waren dies zwei Krankenhäuser mit 70.051 Kalkulationsdatensätzen (1,6% der Datensätze des Datenjahrs 2020). Insgesamt wurden im Datenjahr 2019 7,6% der 4.960.962 geprüften Datensätze durch Bereinigung sowie durch Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen von der Kalkulation ausgeschlossen, im Datenjahr 2020 waren es 10,5% der 4.262.438 Datensätze.

Tabelle 5 zeigt die nach Abteilungsart differenzierten Fallmengen vor und nach den Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen. Der Anteil plausibler Fälle lag im Datenjahr 2019 bei 92%, im Datenjahr 2020 bei 89%.

Abteilungsart	Fallzahl <u>vor</u> Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen, Datenjahr 2019	Fallzahl <u>nach</u> Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen, Datenjahr 2019	Fallzahl <u>vor</u> Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen, Datenjahr 2020	Fallzahl <u>nach</u> Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen, Datenjahr 2020
Versorgung in Hauptabteilung	4.731.113	4.417.126	4.064.726	3.687.275
Belegärztliche Versorgung	63.898	57.223	50.864	47.991
Teilstationäre Versorgung	165.951	107.847	146.848	78.249
Gesamt	4.960.962	4.582.196	4.262.438	3.813.512

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: Datenjahre 2019 und 2020)

3.2.1.2 Ergänzende Datenbereitstellung

Für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems stehen in jedem Jahr die Daten gem. § 21 Abs. 1 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 2021 und dem OPS Version 2021 ebenso wie von Leistungen, die in diesen Katalogen noch nicht abgebildet sind. Diese standen in den regulären Daten der Kalkulationskrankenhäuser aus dem Jahr 2020 noch nicht zur Verfügung. Ohne die ergänzende Datenbereitstellung hätten diese Informationen erst in der Kalkulation des Jahres 2022 oder – nach Einführung neuer Codes für 2022 – erst im Jahr 2023 untersucht werden können. Somit kann sich die Zeitspanne von der Identifizierung eines neuen Verfahrens über die Einführung eines entsprechenden OPS-Kodes bis 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 nicht sachgerecht vergütet angesehenen Leistungen anhand der Daten der ergänzenden Datenbereitstellung möglich.

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

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

Insgesamt haben 252 Kalkulationskrankenhäuser 318.932 Leistungsdaten übermittelt. Eine Übersicht über die ergänzend bereitgestellten Leistungsdaten zeigt Tabelle 6.

Daten	Anzahl Krankenhäuser	Anzahl Daten
Leistungs- und Kostendaten zu Medikamenten	241	230.472
Leistungs- und Kostendaten zu Blutprodukten	209	50.270
Leistungs- und Kostendaten zu Neurostimulatoren, mit Angaben zum Typ des Implantats	95	2.341
Leistungs- und Kostendaten zu minimalinvasiven Operationen an Herzklappen, mit Angaben zum Typ des Implantats	57	15.313
Leistungs- und Kostendaten zu Stentgraft-Prothesen an der Aorta	50	481
Leistungsdaten zur Beatmungsentwöhnung	123	8.799
Leistungs- und Kostendaten zu bestimmten Hörimplantaten und bestimmten Cochleaimplantaten	26	203
Leistungsdaten zu anderen operativen und interventionellen Verfahren	45	388
Leistungsdaten zu Dialysen	174	18.295

Tabelle 6: Ergänzend bereitgestellte Daten (Übersicht), Datenjahr 2020

Da sich an der ergänzenden Datenbereitstellung nahezu alle an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser beteiligen, diese Informationen aber nicht aus allen gem. § 21 Abs. 1 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 umzubauen. Zur Analyse und Bewertung ZE-relevanter Leistungen sind die ergänzenden Daten aber unverzichtbar.

3.2.2 Vorschlagsverfahren

3.2.2.1 Grundzüge des Verfahrens

Wie in den vergangenen Jahren hatten die Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG das InEK erneut beauftragt, das sogenannte „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2022“ (Vorschlagsverfahren für 2022) 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 zur ICD-10-GM bzw. zum OPS konnten ausschließlich beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), ab 26. Mai 2020 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) 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 2021 wurde am 30. November 2020 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 1. Juni 2021 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 aG-DRG-Klassifikation in Kapitel 3.2.2.4. Die nicht simulierbaren Hinweise flossen durch die Schärfung des Problembewusstseins zu den dargestellten Themen in die Weiterentwicklung des aG-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 aG-DRG-Systems berücksichtigt wurden.

3.2.2.2 Beteiligung

Die Beteiligung am Verfahren bewegte sich in einem ähnlichen Rahmen wie im Vorjahr. Insgesamt sind 208 Vorschlagssendungen eingegangen. Dabei wurden 97 Vorschlagssendungen von Fachgesellschaften oder Verbänden sowie weitere 111 Vorschlagssendungen von Einzelpersonen/Institutionen eingebracht. Da eine Vorschlagssendung aus mehreren Teilvorschlägen (also Vorschlägen zu verschiedenen Problemstellungen oder DRGs) bestehen konnte, ergaben sich rund 290 rechenbare einzelne Vorschläge. Inhaltlich war ein vergleichsweise hoher Anteil der Themen (zum Teil seit Jahren) bereits bekannt und eine Analyse auf Grundlage der Daten des Jahres 2019 hätte ein ähnliches Ergebnis wie bei der Simulation im Sommer 2020 erwarten lassen. Bei Vorschlägen zu „neuen“, beispielsweise erst ab 2020 spezifisch kodierbaren Leistungen war eine Analyse bzw. Umsetzbarkeit auf Basis des Datenjahres 2019 nicht möglich.

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 Auswirkungen von COVID-19 auf die Vorschlagsbearbeitung

Das Entgeltsystem im Krankenhaus, also das aG-DRG-System, wird auf Basis einer jährlich durchzuführenden Kalkulationsdatenerhebung insbesondere an medizinische Entwicklungen, Veränderungen der Versorgungsstrukturen und Kostenentwicklungen angepasst. Für die nötigen Analysen sowie die Simulation der eingereichten Vorschläge werden insbesondere die Kosten- und Leistungsdaten des Vorjahres genutzt, die dem InEK von den Krankenhäusern mit einer Vereinbarung zur Teilnahme an der Kostenkalkulation zur Verfügung gestellt werden. Die Daten des Jahres 2020 spiegeln jedoch die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie wider und zeigen im Vergleich zu 2019 Veränderungen in bisher noch nicht gesehendem Ausmaß. Ein erheblicher Fallzahlrückgang mit Rückgang der Belegungstage geht mit einem deutlichen Anstieg der mittleren Fallkosten in den Kalkulationsdaten einher. Diese Veränderungen sind in den allermeisten DRGs von relevantem Ausmaß sowie in ihrer Ausprägung sehr uneinheitlich. Die Kalkulationsdaten des Jahres 2020 eigneten sich daher nicht für eine routinemäßige Weiterentwicklung des Entgeltsystems. Die Selbstverwaltungspartner nach § 17 KHG (Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband und Verband der privaten Krankenversicherung) konsentierten daher eine adaptierte Vorgehensweise bei der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme, die auf einem zweistufigen Ansatz basiert. In Stufe 1 fand eine Weiterentwicklung auf Grundlage der zuverlässigen und geprüften Kostendaten des Jahres 2019 mit Umsetzung der notwendigen Umbauten der DRG-Klassifikation statt. Hierbei handelte es sich in erster Linie um Fehlerkorrekturen, die Fortsetzung mehrjähriger Weiterentwicklungsprozesse sowie die Einbindung des medizinischen Fortschritts und von Klassifikationsveränderungen, was im Grunde eine Fortsetzung der letztjährigen Arbeiten darstellt. Auf dieser Basis konnten auch neue Vorschläge analysiert und umgesetzt werden, die erst im Rahmen des aktuellen Vorschlagsverfahrens beim InEK eingegangen sind.

Als Ergebnis resultierte daraus ein angepasster Grouper 2019/2021, der Grundlage für die Analyse in Stufe 2 war. Diese Analysen in Stufe 2 auf Basis der Kostendaten des Jahres 2020 betrafen ausschließlich die Verbesserung der Abbildung von COVID-19-Fällen. Dabei wurden die Kosten der COVID-19-Fälle im Vergleich zu den anderen Fällen der gleichen DRG analysiert und ausgehend von diesem Kostenverhältnis Abbildungsmöglichkeiten in existierenden oder ggf. auch neu zu etablierenden DRG-Fallpauschalen geprüft. Bei den Fallverschiebungen von COVID-19-Fällen in Stufe 2 wurde ausschließlich der Gruppierungsalgorithmus angepasst, d.h. obwohl die verschobenen COVID-19-Fälle die bereits berechneten durchschnittlichen Fallkosten einer DRG in Stufe 2 nicht verändern, bedeutet die Fallverschiebung eine ökonomische Aufwertung der verschobenen Fälle.

Diese alternative Vorgehensweise durch eine zweistufige Betrachtung der zu lösenden Fragestellungen – nach der Weiterentwicklung auf Basis der Kalkulationsdaten 2019 eine Verbesserung der Abbildung von COVID-19-Fällen kostenorientiert auf Basis der Kalkulationsdaten 2020 – ermöglichte neben einer bedeutsamen Anzahl von klassifikatorischen Anpassungen auf Basis der Kalkulationsdaten 2019 und aufgrund der notwendigen Anpassungen im Rahmen der Weiterentwicklung von ICD und OPS für 2022 auch eine umfassende Abbildung von COVID-19-Fällen.

3.2.2.4 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge

Infolge der dargestellten Rahmenbedingungen war eine Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems in einem deutlich reduzierten Umfang erwartet worden, wobei die Anzahl der für 2022 umsetzbaren Veränderungen sicher deutlich kleiner als in den Vorjahren sein würde. Auch eine relevante Anzahl COVID-19-bedingter Systemveränderungen würde das geringere Ausmaß „typischer“ Umbauten nicht kompensieren können. Nach Abschluss der Weiterentwicklung zeigte sich jedoch, dass für 2022 eine relevante Zahl von Veränderungen umgesetzt werden konnte, die zumindest zum Teil auf externe Vorschläge zurückzuführen waren.

Die eingegangenen Vorschläge wurden – wo immer es möglich und sinnvoll war – anhand der Kalkulationsdaten des Jahres 2019 zum Teil mehrfach berechnet und bewertet. Zusätzlich dazu wurden häufig mehrere Vorschlagsvarianten analysiert. Grundsätzlich wurde trotz der widrigen Umstände 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 Ausgliederung der Pflegepersonalkosten

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurde der ordnungspolitische Rahmen für die Vergütung stationärer Leistungen neu ausgerichtet und in § 17b Abs. 4 KHG bestimmt, dass erstmals für den Fallpauschalen-Katalog 2020 die Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Stationen aus dem G-DRG-System ausgegliedert und einer eigenständigen tagesbezogenen Vergütung zugeführt wurden. Den Vertragsparteien auf Bundesebene fiel dabei die Aufgabe zu, Details zur Umsetzung der Pflegepersonalkosten-Ausgliederung zu vereinbaren. Die getroffenen Regelungen waren von den Krankenhäusern rückwirkend zum 1. Januar 2019 anzuwenden.

In der am 18. Februar 2019 geschlossenen Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung wurden zentrale Eckpunkte der Ausgliederung konsentiert. Danach sollen die gemäß Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV) in den relevanten Konten (60–64) der Dienstart „Pflege“ gebuchten Kosten für Kostenstellen der bettenführenden Abteilungen bzw. Stationen als Pflegepersonalkosten für „Pflege am Bett“ ausgegliedert werden. In Anlage 2 der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung wird die Vorgehensweise anhand der InEK-Kalkulationsmatrix illustriert. Entsprechend sind die Personalkosten des Pflegedienstes in Kostenstellen der Kostenstellengruppen 1 (Normalstation), 2 (Intensivstation) und 3 (Dialyse) vollständig auszugliedern. Die Personalkosten des Pflegedienstes in Kostenstellen der Kostenstellengruppe 13 (Patientenaufnahme) sind nur insoweit auszugliedern, als sie in Kostenstellen bettenführender Aufnahmestationen anfallen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben die Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung zum 4. März 2020 für den Vereinbarungszeitraum 2021 redaktionell überarbeitet und Anlage 3 „Vorgaben der Vertragsparteien für die Zuordnung der Pflegepersonalkosten nach § 3 Absatz 2 der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung“ konkretisiert. Mit der „Änderungsvereinbarung zur Vereinbarung nach § 17b Absatz 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zur Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten und zur Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal (Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung) für den Vereinbarungszeitraum 2021“ vom 18. Dezember 2020 wurde ein Anhang zur Anlage 3 mit weiteren Konkretisierungen zur Abgrenzung von Pflegepersonalkosten für das Jahr 2021 konsentiert. Die aktualisierte Fassung der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung bildete die Grundlage für die Pflegepersonalkosten-Ausgliederung im InEK.

In der Kostenstellengruppe 13 werden zahlreiche Kostenstellen mit unterschiedlicher Personalausstattung zusammengefasst. Welcher Umfang der krankenhausesbezogenen Kostendaten dabei jeweils auf Pflegepersonalkosten in bettenführenden Aufnahmestationen entfällt, ist den Kalkulationsdatensätzen nicht zu entnehmen. Eine anteilige Ausgliederung der Pflegepersonalkosten ist auf alleiniger Basis der übermittelten Kostendatensätze nicht möglich. Daher wurde bei den Kalkulationsteilnehmern die Information erhoben, welcher Anteil der in Kostenstellengruppe 13 gebuchten Pflegepersonalkosten auf Pflegepersonal in bettenführenden Aufnahmestationen entfällt. Die Rückmeldungen der Krankenhäuser wurden auf Nachvollziehbarkeit unter Berücksichtigung der in den vergangenen Jahren erfragten Angaben plausibilisiert. Auf Basis der Rückmeldungen wurde nach Abschluss der Plausibilisierungen die anteilige Ausgliederung der Pflegepersonalkosten in Kostenstellengruppe 13 (Patientenaufnahme) auf der Fallebene umgesetzt.

Die Ausgliederung sei am Beispiel der DRG L60C *Niereninsuffizienz* [...] für das Datenjahr 2019 verdeutlicht. Abbildung 4 zeigt die DRG L60C auf Basis der vollständigen Kosten, die von den Kalkulationsteilnehmern für das Datenjahr 2019 an das InEK übermittelt wurden (Kosten vor Ausgliederung der Pflegepersonalkosten). Vor der Pflegepersonalkosten-Ausgliederung zeigte die DRG L60C durchschnittliche Fallkosten von 5.220,54 € (davon 1.550,44 € Pflegepersonalkosten).

	Personalkosten			Sachkosten						Infrastruktur	
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8
1 Normalstation	524,73	1.016,74	35,01	89,93	17,18	0,03	74,39	2,29	10,28	255,42	708,12
2 Intensivstation	159,82	323,65	2,67	28,69	4,21	0,17	48,85	1,42	0,97	57,96	146,86
3 Dialyse	79,04	182,33	9,65	18,16	6,41	0,11	79,61	20,54	106,43	33,23	88,23
4 OP-Bereich	23,13		22,91	0,93	0,11	19,23	11,63	18,42		13,77	17,43
5 Anästhesie	21,99		15,68	1,15	0,02		4,12	0,09		2,93	7,00
7 Kardiologie	4,59		6,07	0,24		0,40	2,12	3,98	0,47	2,48	3,88
8 Endoskopie	19,35		22,00	0,82	0,05	1,69	9,11	6,31	0,22	11,47	13,79
9 Radiologie	36,76		37,71	0,70	0,75	3,52	7,65	4,68	18,06	15,27	25,68
10 Laboratorien	18,15		83,12	1,81	35,18		63,40	0,08	69,38	10,52	34,05
11 Diagnost. Bereiche	42,34	0,32	25,93	0,76		0,11	4,47	1,95	1,03	7,11	15,99
12 Therapeut. Verfahren	4,30	3,04	45,09	0,17			0,79	0,18	4,78	2,16	13,48
13 Patientenaufnahme	49,66	24,36	32,30	1,89	0,12		6,71	0,04	0,17	10,18	31,94
Summe	983,86	1.550,44	338,14	145,25	64,03	25,26	312,85	59,98	211,79	422,50	1.106,45

Abbildung 5: Kostenmatrix der DRG L60C vor Ausgliederung der Pflegepersonalkosten, Datenjahr 2019

Die Pflegepersonalkosten in den Kostenstellengruppen 1 (Normalstation, 1.016,74 €), 2 (Intensivstation, 323,55 €) und 3 (Dialyse, 182,33 €) wurden vollständig ausgegliedert. Auf Basis der oben genannten Befragung der Kalkulationskrankenhäuser wurden die anteiligen Pflegepersonalkosten in Kostenstellengruppe 13 (Patientenaufnahme, 19,61 € der insgesamt gebuchten 24,36 €) ausgegliedert. Nach der Pflegepersonalkosten-Ausgliederung reduzieren sich die durchschnittlichen Fallkosten auf 3.678,23 € (siehe Abbildung 5). Damit wurden in der DRG L60C insgesamt Pflegepersonalkosten in Höhe von 1.542,33 € ausgegliedert.

	Personalkosten			Sachkosten						Infrastruktur	
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8
1 Normalstation	524,73		35,01	89,93	17,18	0,03	74,39	2,29	10,28	255,42	708,12
2 Intensivstation	159,82		2,67	28,69	4,21	0,17	48,85	1,42	0,97	57,96	146,86
3 Dialyse	79,04		9,65	18,16	6,41	0,11	79,61	20,54	106,43	33,23	88,23
4 OP-Bereich	23,13		22,91	0,93	0,11	19,23	11,63	18,42		13,77	17,43
5 Anästhesie	21,99		15,68	1,15	0,02		4,12	0,09		2,93	7,00
7 Kardiologie	4,59		6,07	0,24		0,40	2,12	3,98	0,47	2,48	3,88
8 Endoskopie	19,35		22,00	0,82	0,05	1,69	9,11	6,31	0,22	11,47	13,79
9 Radiologie	36,76		37,71	0,70	0,75	3,52	7,65	4,68	18,06	15,27	25,68
10 Laboratorien	18,15		83,12	1,81	35,18		63,40	0,08	69,38	10,52	34,05
11 Diagnost. Bereiche	42,34	0,32	25,93	0,76		0,11	4,47	1,95	1,03	7,11	15,99
12 Therapeut. Verfahren	4,30	3,04	45,09	0,17			0,79	0,18	4,78	2,16	13,48
13 Patientenaufnahme	49,66	4,75	32,30	1,89	0,12		6,71	0,04	0,17	10,18	31,94
Summe	983,86	8,11	338,14	145,25	64,03	25,26	312,85	59,98	211,79	422,50	1.106,45
		1.330,11					819,16			1.528,95	

Abbildung 6: Kostenmatrix der DRG L60C nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten, Datenjahr 2019

In der „Vereinbarung von Grundsätzen für die Systementwicklung 2020 gemäß § 4 Absatz 4 Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung (DRG-Grundlagenvereinbarung)“ vom 6. Mai 2019 haben die Vertragsparteien auf Bundesebene konsentiert, dass pflegeorientierte Zusatzentgelte im aG-DRG-System verbleiben. Die pflegeorientierten Zusatzentgelte ZE 162/163 für erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten und ZE 60/145 für die (spezialisierte) palliativmedizinische Komplexbehandlung wurden für das aG-DRG-System 2022 entsprechend der für die Weiterentwicklung 2022 konsentierten Vorgehensweise unverändert aus dem Vorjahr übernommen (Details siehe Kapitel 3.4.1.3).

Pflegeerlös-Katalog 2022

Der Pflegeerlös-Katalog ist nach den Vorgaben in § 17b Abs. 4 KHG als bundeseinheitlicher Katalog mit tagesbezogenen Bewertungsrelationen auszugestalten. In der DRG-Grundlagenvereinbarung wurde konsentiert, dass

- der Pflegeerlös-Katalog als ergänzende Spalte im Fallpauschalen-Katalog dargestellt wird,
- für die Pflegeerlöse keine Zusatzentgelte berechnet werden und
- so weit wie möglich Bewertungsrelationen auch für die unbewerteten DRGs der Anlagen 3a und 3b DRG-EKV 2022 berechnet werden sollen.

Für die Berechnung der tagesbezogenen Bewertungsrelationen wurden die ausgegliederten Pflegepersonalkosten aller plausiblen Fälle (Inlier, Kurz- und Langlieger) des Datenjahres 2019 am Ende der Stufe 1 der diesjährigen Weiterentwicklung verwendet. Die durchschnittlichen tagesbezogenen Pflegepersonalkosten je DRG ergaben sich als Verhältnis der Summe der ausgegliederten Pflegepersonalkosten des Fallkollektivs der DRG und der Summe der Verweildauer der entsprechenden Fälle. Analog wurden auch für die DRGs mit gezielter Absenkung der Bewertungsrelationen in Verbindung mit der Median-Fallzahl (Anlage 1 Teil d und Teil e DRG-EKV 2022) Bewertungsrelationen für den Pflegeerlös-Katalog berechnet.

Für die drei in Stufe 2 der diesjährigen Weiterentwicklung neu geschaffenen „K“-DRGs (siehe dazu Kapitel 3.3.2.1) wurden die tagesbezogenen Bewertungsrelationen auf Basis der jeweiligen „Mutter“-DRG berechnet. Dazu wurden die tagesbezogenen Pflegepersonalkosten einer „K“-DRG (Datenjahr 2020) zu den tagesbezogenen Pflegepersonalkosten der korrespondierenden „Mutter“-DRG (Datenjahr 2020) ins Verhältnis gesetzt und dieses Kostenverhältnis auf die tagesbezogenen Pflegepersonalkosten der „Mutter“-DRG (Datenjahr 2019) bezogen. Beispielsweise wurden für die DRG E42K *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane [...], COVID-19, Virus nachgewiesen* die tagesbezogenen Pflegepersonalkosten (Datenjahr 2020) zu den tagesbezogenen Pflegepersonalkosten (Datenjahr 2020) der „Mutter“-DRG E42Z *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* ins Verhältnis gesetzt. Dabei ergab sich für die DRG E42K ein Verhältniswert von gerundet 1,0499, d.h. die tagesbezogenen Pflegepersonalkosten der DRG E42K sind im Datenjahr 2020 um rund 5% höher als die tagesbezogenen Pflegepersonalkosten der „Mutter“-DRG E42Z. Für den Pflegeerlös-Katalog 2022 wurden schließlich die tagesbezogenen Pflegepersonalkosten der DRG E42Z (Datenjahr 2019) mit dem berechneten Verhältniswert multipliziert. Diese Multiplikation ergab die für die Katalogberechnung erforderlichen (abgeleiteten) tagesbezogenen Pflegepersonalkosten für die DRG E42K. Damit wurden die tagesbezogenen Pflegepersonalkosten für die DRG E42K auf Basis der aktuellen Kostensituation bei den Pflegepersonalkosten (Datenjahr 2020) berechnet und für die Ableitung der tagesbezogenen Bewertungsrelationen im Pflegeerlös-Katalog verwendet.

Unbewertete DRGs Anlage 3a/3b DRG-EKV 2022

Für die unbewerteten DRGs in den Anlagen 3a und 3b DRG-EKV 2022 wurden ebenfalls tagesbezogene Bewertungsrelationen für den Pflegeerlös-Katalog berechnet. Voraussetzung dafür war, dass mindestens 20 Fälle aus mindestens drei Kalkulationskrankenhäusern vorlagen. Auf diese Weise konnten für 28 der 42 unbewerteten DRGs der Anlage 3a DRG-EKV 2022 und zwei der 13 unbewerteten DRGs der Anlage 3b DRG-EKV 2022 tagesbezogene Bewertungsrelationen berechnet werden.

Gem. § 8 Abs. 5 FPV wurden die 14 unbewerteten DRGs ohne kalkulierte Bewertungsrelation der Anlage 3a DRG-EKV 2022 mit dem Wert 1,0000 und die elf unbewerteten DRGs ohne kalkulierte Bewertungsrelation der Anlage 3b DRG-EKV 2022 mit dem Wert 0,5000 versehen.

Bewertungsrelationen für Belegabteilungen

Für den Pflegeerlös-Katalog bei Versorgung durch Belegabteilungen wurden eigenständige tagesbezogene Bewertungsrelationen berechnet, wenn mindestens 200 Fälle aus mindestens fünf Krankenhäusern vorlagen. Für 31 DRGs konnten somit eigenständige tagesbezogene Bewertungsrelationen berechnet werden. Für die übrigen im Katalog für die Versorgung durch Belegabteilungen ausgewiesenen DRGs wurden die tagesbezogenen Bewertungsrelationen für den Pflegeerlös-Katalog unverändert aus dem Pflegeerlös-Katalog bei Versorgung durch Hauptabteilungen übernommen.

Normierung

Um aus den tagesbezogenen Kostenwerten dimensionslose Bewertungsrelationen zu erzeugen, mussten die durchschnittlichen tagesbezogenen Pflegepersonalkosten durch eine entsprechende Bezugsgröße dividiert werden, d.h. der Pflegeerlös-Katalog musste normiert werden. Die Normierung erfolgte nach der Maßgabe, dass die durchschnittliche tagesbezogene Bewertungsrelation in Deutschland den Wert 1,0 annimmt. Dazu wurden am Ende der Stufe 2 der diesjährigen Weiterentwicklung alle Fälle in der Datenerlieferung nach § 21 Abs. 1 KHEntgG für das Datenjahr 2020 bei Versorgung durch Haupt- oder Belegabteilungen mit den entsprechenden Verweildauer tagen bewertet. Um im Durchschnitt den Wert 1,0 zu erzielen, musste eine Bezugsgröße in Höhe von 155,71 € verwendet werden.

3.2.4 Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG)

Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben 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 Übervergütung der Sachkosten (im Folgenden Sachkostenkorrektur genannt) durch das InEK wird im Folgenden erläutert.

3.2.4.1 Sachkostenkorrektur

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben am 9. April 2020 eine Vereinbarung zur Sachkostenkorrektur konsentiert, nach der diese für das aG-DRG-System zu 60% umgesetzt wird. Die Sachkostenkorrektur verfolgt das Ziel, den Erlösanteil für die in den Bewertungsrelationen enthaltenen Sachkosten auf die Höhe der tatsächlich durchschnittlich angefallenen Kosten abzusenken. Die Sachkostenkorrektur wird dabei als reiner Umverteilungseffekt nach der Pflegepersonalkosten-Ausgliederung 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. Krankenhausbezogen können sich in Abhängigkeit von der Leistungsstruktur unterschiedliche Auswirkungen auf den krankenhausindividuellen Case-Mix ergeben.

Grundlagen

Die Sachkostenkorrektur wurde analog zur Herangehensweise der Vorjahre umgesetzt. Beim zweistufigen Vorgehen der diesjährigen Weiterentwicklung erfolgte die Sachkostenkorrektur als integrierter Prozess zum Ende der Stufe 1 auf Basis des Datenjahres 2019. Die Sachkostenkorrektur wurde nicht zum Ende der Stufe 2 durchgeführt, da die klassifikatorischen Anpassungen der Stufe 2 zwar die Zuordnung der COVID-19-Fälle verändert hat, die DRG-bezogenen Kostenmatrizen der klassifikatorisch angepassten Fallpauschalen aber unverändert beibehalten hat (siehe Kapitel 3.2.5).

Umsetzung

Die Sachkostenkorrektur wurde als integrierter Prozessschritt zum Ende der Stufe 1 der diesjährigen Weiterentwicklung durchgeführt. Da unverändert zum Vorjahr das Datenjahr 2019 Grundlage für die Berechnung war, wurde der für den Fallpauschalen-Katalog 2021 bereits berechnete Wert „Berech60“ als Divisor für die Sachkosten übernommen (3.510,79 €). Durch die klassifikatorische Weiterentwicklung in Stufe 1 ergaben sich Fallverschiebungen zwischen den einzelnen DRG-Fallpauschalen. Dies führte bei der Berechnung des Korrekturwerts zu einer minimalen Adjustierung auf 3.216,18 €. Details zur Berechnung der beiden vorgenannten Werte entnehmen Sie bitte Kapitel 3.2.4 des Abschlussberichts für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2021.

Bei der Umsetzung der Sachkostenkorrektur ergibt sich eine reine Umverteilung von der anteiligen Bewertung der Sachkosten hin zur anteiligen Bewertung der Personal- und Infrastrukturkosten nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten. Der anteiligen Absenkung der Sachkostenbewertung (-6,45%) steht eine korrespondierende anteilige Aufwertung der Personal- und Infrastrukturkosten (+2,12%) gegenüber.

3.2.4.2 Gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen

Zur Umsetzung der gesetzlichen Regelungen zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen haben die Vertragsparteien auf Bundesebene am 9. April 2020 eine entsprechende Vereinbarung konsentiert. In den Anlagen der Vereinbarung sind die DRGs mit gezielter Absenkung der Bewertungsrelationen aufgeführt. Die Höhe der Absenkung basiert auf den Vorgaben der Sachkostenkorrektur und beträgt 60% der Differenz zwischen der Bezugsgröße und dem Berechnungsergebnis gem. § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntgG.

Umsetzung

In der technischen Umsetzung wurde zur Ermittlung der Bewertungsrelationen am Ende der Stufe 1 der diesjährigen Weiterentwicklung der Wert „Berech60“ aus der Sachkostenkorrektur (vgl. Kapitel 3.2.4.1) 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 drei 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 ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, ohne bestimmten anderen Eingriff an der Wirbelsäule
I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne Diszitis, ohne Bandscheibeninfektion, mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als 1 Belegungstag, Alter < 18 Jahre
I10F	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre
I10G	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne wenig komplexen Eingriff oder ein Belegungstag, 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/OS, ohne best. endoproth. Eingriff, ohne gelenkpl. Eingriff am Hüftgelenk, ohne Impl. oder Wechsel einer Radiuskopfprothese, ohne Entf. Osteosynthesemat.
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur, außerhalb bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh., mit Wirbelsäulenfraktur
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur, außerhalb bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh., oh. Wirbelsäulenfraktur
I68F	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag oder Prellung am Oberschenkel

Tabelle 7: DRGs mit gezielter Absenkung der Bewertungsrelationen; grün hinterlegt: DRGs mit gezielter Absenkung in Abhängigkeit von der Median-Fallzahl, Fallpauschalen-Katalog 2022

Bei der klassifikatorischen Weiterentwicklung in Stufe 1 wurde die bisherige DRG I68D gesplittet. Die „neue“ I68D ist eine reine Tochter der bisherigen DRG I68D, die im Fallpauschalen-Katalog mit I68E bezeichnet wird (entsprechend wird die bisherige DRG I68E zur I68F). 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. Von den Vertragsparteien auf Bundesebene wurde vereinbart, eine von der Versorgungsform unabhängige krankenhausbazogene (IK-Nummer-bezogene) Berechnung der Median-Fallzahl vorzunehmen. Entsprechend ist bei der Fragestellung, wie ein Krankenhaus mit seiner Leistungserbringung in Relation zur Median-Fallzahl liegt, die Fallzahl bei Versorgung durch Hauptabteilungen und bei Versorgung durch Belegabteilungen insgesamt zu betrachten. Die Median-Fallzahl wurde in Stufe 1 der diesjährigen Weiterentwicklung auf Basis des Datenjahres 2019 berechnet. Die Median-Fallzahl für die DRG I68D beträgt 27 Fälle, für die DRG I68E 140 Fälle und für die DRG I68F 40 Fälle.

Für die DRGs I68D, I68E und I68F sind 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 gezielter 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 1 Teil d DRG-EKV 2022 bei Versorgung durch Hauptabteilungen und Anlage 1e DRG-EKV 2022 bei Versorgung durch Belegabteilungen).

Im Fallpauschalen-Katalog bei Versorgung durch Hauptabteilungen (Anlage 1 Teil a DRG-EKV 2022) bzw. bei Versorgung durch Belegabteilungen (Anlage 1 Teil b DRG-EKV 2022) sind die Bewertungsrelationen für die Leistungserbringung bis einschließlich

der jeweiligen Median-Fallzahl eingetragen. Die gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen wurde gemeinsam mit der Sachkostenkorrektur nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten als integrierter Gesamtprozess zum Ende der Stufe 1 der diesjährigen Weiterentwicklung durchgeführt. Entsprechend ergeben sich durch die gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen – wie in der Vereinbarung vorgesehen – keine Auswirkungen auf das nationale Case-Mix-Volumen.

3.2.5 Stufenkonzept der Weiterentwicklung

Die Auswirkungen der Corona-Pandemie haben einen erheblichen Einfluss auf die Leistungs- und Kostendaten des Datenjahres 2020. Bedingt durch den hohen Belegungsrückgang in den Krankenhäusern, die pandemiebedingten Veränderungen im Betriebsablauf der Krankenhäuser sowie den hohen Fixkostenanteil zeigen sich auch in den Kostendaten erhebliche Veränderungen im Vergleich zum Datenjahr 2019. Im Dialog mit den Vertragsparteien auf Bundesebene wurde daher eine den Auswirkungen der Corona-Pandemie gerecht werdende, adaptierte Vorgehensweise zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems in diesem Jahr konsentiert. Diese adaptierte, zweistufige Vorgehensweise wird in diesem Kapitel vorgestellt.

3.2.5.1 Eignung der Kalkulationsdaten 2020

Im Vergleich zu den Vorjahresdaten zeigen die Daten des Jahres 2020 Veränderungen in einem bisher noch nicht gesehenen Ausmaß. So ging in den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHG die Anzahl der Fälle um 13,2% und die Zahl der Belegungstage um 13,1% zurück. Gleichzeitig stiegen die durchschnittlichen Fallkosten in der Kalkulationsstichprobe um 18,3% an. Dabei waren die Fallzahlrückgänge und Kostenanstiege nicht gleichmäßig über das Entgeltsystem – sprich: über die einzelnen DRGs – verteilt. Vielmehr ließen sich systematische Effekte zwischen Fallzahlentwicklung und Kostenentwicklung beobachten. Grundsätzlich war der Anstieg der durchschnittlichen Fallkosten höher, je stärker die Fallzahl zurückging. Gleichzeitig zeigte sich ein stärkerer Fallzahlrückgang bei „eher aufschiebbarer“ Leistungen und ein schwächerer Fallzahlrückgang bei „nicht aufschiebbarer“, typischerweise eher komplexen Leistungen. Die Veränderungen der Fallzahlen und durchschnittlichen Fallkosten waren in den Fallpauschalen von relevantem Ausmaß und in ihrer Ausprägung sehr unterschiedlich. Würde auf Basis dieser Leistungs- und Kostendaten eine routinemäßige Weiterentwicklung analog zu den Vorjahren durchgeführt werden, würden sich erhebliche Verschiebungen in den Bewertungsrelationen ergeben. Im Ergebnis würde sich eine deutliche Kompression der Entgelte zeigen, d.h. eher kostengünstige DRGs würden tendenziell aufgewertet und eher kostenintensive DRGs würden tendenziell abgewertet werden. Mithin würde dies zu einer Verschlechterung der Abbildung insbesondere komplexer Leistungen führen.

Unabhängig von der Eignung der Kalkulationsdaten für eine routinemäßige Weiterentwicklung des Entgeltsystems stellte sich die Aufgabe, notwendige Veränderungen in der Klassifikation umzusetzen. Notwendige Veränderungen bestanden insbesondere in der

- Fehlerkorrektur,
- Fortsetzung mehrjähriger Weiterentwicklungsprozesse,
- Einbindung des medizinischen Fortschritts und
- Veränderungen in den ICD- und OPS-Klassifikationen.

Zwingend erforderlich war auch die Überprüfung der Abbildung von COVID-19-Fällen, die im aG-DRG-System 2021 auf Grundlage einer heuristischen Vorgehensweise in das Entgeltsystem integriert wurde. Aufgrund der Ungeeignetheit der Kalkulationsdaten des Datenjahres 2020 für eine routinemäßige Weiterentwicklung wurde daher in Abstimmung mit den Vertragsparteien auf Bundesebene eine adaptierte, zweistufige Vorgehensweise für die diesjährige Weiterentwicklung konsentiert.

3.2.5.2 Stufe 1 der diesjährigen Weiterentwicklung

In Stufe 1 der diesjährigen Weiterentwicklung wurden die erforderlichen Umsetzungsarbeiten zur Fehlerkorrektur, zur Fortsetzung mehrjähriger Weiterentwicklungsarbeiten, zur Einbindung des medizinischen Fortschritts und zu Veränderungen in den ICD- und OPS-Klassifikationen umgesetzt. Datengrundlage in Stufe 1 waren die zuverlässigen und bereits vollständig plausibilisierten Kalkulationsdaten des Vorjahres (Datenjahr 2019). Ausgangsbasis für die Weiterentwicklung in Stufe 1 war das aG-DRG-System in der Version vom Dezember 2020 (Grouper 2019/2021). Die klassifikatorische Weiterentwicklung entspricht damit im Grunde genommen einer Verlängerung des letztjährigen Sommers. Allerdings standen zwischenzeitlich neue Erkenntnisse insbesondere aus dem Vorschlagsverfahren und aus Rückmeldungen zum aktuellen aG-DRG-System 2021 für die Weiterentwicklung zur Verfügung. Die grundsätzliche Vorgehensweise in Stufe 1 entsprach dabei derjenigen in der routinemäßigen Weiterentwicklung. Nach den Analysen wurden Fälle innerhalb der DRG-Klassifikation durch Umbau des Groupers verschoben und die sich aus der Fallverschiebung in den einzelnen DRGs ergebenden durchschnittlichen Fallkosten wurden neu berechnet. Zum Abschluss der Arbeiten in Stufe 1 ergab sich eine aktualisierte Klassifikation mit aktualisierten Bewertungsrelationen – also ein vollständig überarbeiteter Fallpauschalen-Katalog. In der nachfolgenden Übersichtsgrafik (Abbildung 7) ist dieser Fallpauschalen-Katalog mit seinem zugehörigen Grouper als 2019/2022.1 bezeichnet. Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, dass die Datenbasis unverändert das Datenjahr 2019 war und die klassifikatorische Abbildung im Hinblick auf den zukünftigen Fallpauschalen-Katalog 2022 bereits angepasst ist. Da das Datenjahr 2019 keine COVID-19-Fälle enthält, konnte in Stufe 1 die Abbildung der COVID-19-Fälle nicht überprüft und verbessert werden. Die Analyse der COVID-19-Fälle erfolgte ausschließlich in Stufe 2.

Da nur für die Weiterentwicklung in Stufe 1 valide Kostendaten zur Verfügung standen, stellten die sich mit Abschluss der Stufe 1 ergebenden durchschnittlichen Fallkosten je DRG letztendlich die finale Basis für die Berechnung der Bewertungsrelationen des Fallpauschalen-Katalogs für 2022 dar.

Zur Vorbereitung der Stufe 2 wurden die dokumentierten Leistungsdaten der ICD- und OPS-Klassifikationen von Version 2019 auf Version 2020 übergeleitet. Das Ergebnis der Überleitung war der Grouper 2020/2022.1, der die Ausgangsbasis für die kostenorientierte Abbildung der COVID-19-Fälle in Stufe 2 der diesjährigen Weiterentwicklung darstellte.

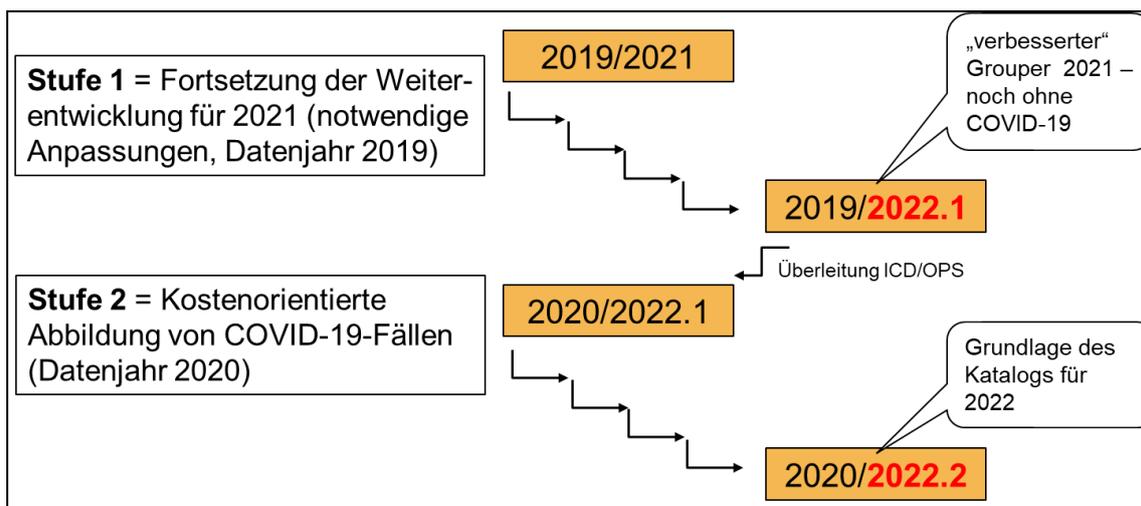


Abbildung 7: Überblick über die zweistufige Vorgehensweise bei der diesjährigen Weiterentwicklung

3.2.5.3 Stufe 2 der diesjährigen Weiterentwicklung

In Stufe 2 wurde die Abbildung der COVID-19-Fälle analysiert und auf Basis der Kalkulationsdaten (Datenjahr 2020) kostenorientiert verbessert. Da die Kalkulationsdaten 2020 für eine routinemäßige Weiterentwicklung als ungeeignet eingestuft wurden (vgl. Kapitel 3.2.5.1), konnten die beobachteten Fallkosten nicht in gewohnter Weise für die anstehenden Arbeiten herangezogen werden. Entsprechend erfolgte eine kostenorientierte Herangehensweise. Im Zentrum der Analysen stand die Fragestellung, welche Kosten COVID-19-Fälle im Vergleich zu den anderen Fällen der jeweiligen DRG aufwiesen. Dabei zeigten sich häufig höhere durchschnittliche Fallkosten für COVID-19-Fälle. In manchen DRGs ergaben sich durchaus auch Konstellationen, bei denen COVID-19-Fälle ähnlich hohe oder sogar etwas geringere durchschnittliche Fallkosten im Vergleich zu den anderen Fällen der DRG aufwiesen. Für die kostenorientierte Vorgehensweise wurde daher grundsätzlich das Kostenverhältnis zwischen den durchschnittlichen Kosten der COVID-19-Fälle und den durchschnittlichen Kosten der anderen Fälle der DRG herangezogen. Ausgehend von diesem Kostenverhältnis wurden die Abbildungsmöglichkeiten der COVID-19-Fälle in existierenden oder ggf. neu zu etablierenden DRGs geprüft. Wegen der eingangs in diesem Kapitel beschriebenen Ungeeignetheit der Kalkulationsdaten 2020 ihrer absoluten Höhe nach konnten klassifikatorische Anpassungen nur relativ erfolgen. Dabei standen grundsätzlich zwei Optionen zur Verfügung. Aufgrund des beobachteten Kostenverhältnisses in einer bestimmten DRG ließ sich in der bestehenden Klassifikation 2020/2022.1 eine besser bewertete DRG finden und die COVID-19-Fälle durch Einsortieren in diese Ziel-DRG aufwerten. Dabei wurde lediglich die Fallverschiebung mit der damit korrespondierenden Aufwertung umgesetzt, eine Neuberechnung der durchschnittlichen Fallkosten der „Mutter“-DRG sowie der Ziel-DRG wurde nicht vorgenommen. Die durchschnittlichen Fallkosten der „Mutter“- und der Ziel-DRG verblieben auf der Höhe, die zum Ende der Stufe 1 für diese DRGs bereits berechnet wurde.

Bei der zweiten Option ließ sich in der bestehenden Klassifikation keine geeignete Ziel-DRG finden, in die die COVID-19-Fälle einsortiert werden konnten (beispielsweise weil das Kostenverhältnis zu ausgeprägt war). Bei dieser Option erfolgte dann die Etablierung einer neuen DRG. Bei der kostenorientierten Vorgehensweise wurde das in der „Mutter“-DRG beobachtete Kostenverhältnis herangezogen, um die durchschnittlichen

Fallkosten sowie alle weiteren für die Berechnung der Bewertungsrelationen im Fallpauschalen-Katalog notwendigen Größen der Ziel-DRG zu berechnen.

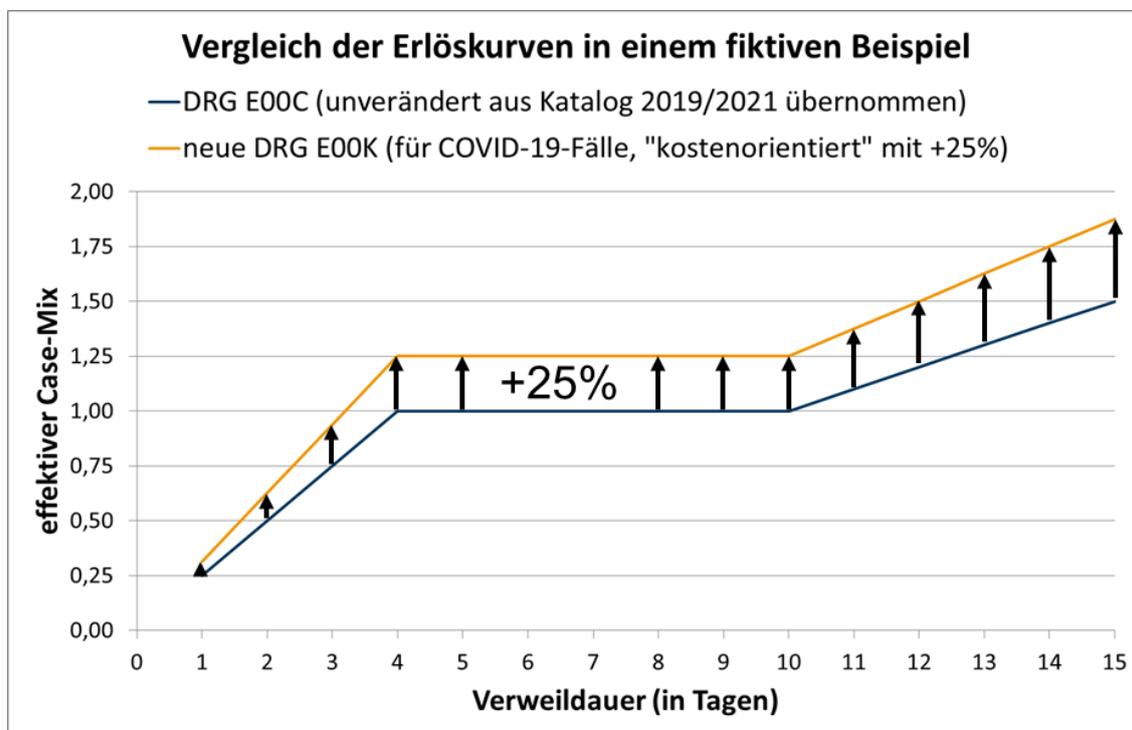


Abbildung 8: Kostenorientierte Etablierung einer neuen DRG, Stufe 2 der diesjährigen Weiterentwicklung

Die kostenorientierte Vorgehensweise zur Etablierung einer neuen DRG soll an folgendem Beispiel erläutert werden. Die durchschnittlichen Fallkosten der COVID-19-Fälle in der beispielhaft betrachteten DRG E00C seien 25% höher als die durchschnittlichen Fallkosten der übrigen Fälle in DRG E00C. Das Kostenverhältnis der COVID-19-Fälle zu den übrigen Fällen der DRG E00C beträgt im Beispiel dann 1,25. Da eine Umgruppierung in eine bestehende DRG nicht möglich ist, wird eine neue DRG E00K etabliert. Wie in Abbildung 8 verdeutlicht, wurden für die neu etablierte DRG E00K die bestehenden Kostenwerte der „Mutter“-DRG E00C auf Basis des Kostenverhältnisses erhöht. Im Beispiel würden zur Berechnung der Kostenwerte für die DRG E00K die Kostenwerte der DRG E00C um den Faktor 1,25 erhöht und damit die Kostenwerte der DRG E00K um 25% oberhalb der Kostenwerte der „Mutter“-DRG E00C liegen.

Mit dieser Vorgehensweise wurden die COVID-19-Fälle im Fallpauschalen-Katalog 2022 kostenorientiert mit Hilfe des Kostenverhältnisses in den Kalkulationsdaten 2020 auf Basis der durchschnittlichen Kosten (Absolutwert) der Kalkulationsdaten 2019 abgebildet.

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 der Frage nach, ob das methodische Vorgehen der Kostenkalkulation mit den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs bzw. die Kodierung mit den Vorgaben der Deutschen Kodierrichtlinien übereinstimmen. Der Zusammenhang zwischen den für einen Behandlungsfall dokumentierten medizinischen Informationen (z.B. Diagnose- und Prozedurenkodes, aber auch persönliche Patientenmerkmale) und den sich daraus begründenden Behandlungskosten steht bei den fallbezogenen inhaltlichen Prüfungen im Mittelpunkt.

Die zusätzlichen krankenhausesindividuellen 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,
- das Verfahren der Personalkostenverrechnung, insbesondere für die Personalkosten des Ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes,
- Informationen über die Leistungsdokumentation in den Kostenstellengruppen 4 (OP-Bereich) und 5 (Anästhesie),
- detaillierte, strukturelle Angaben zu den Intensiveinheiten sowie
- Informationen über die Leistungsdokumentation bei intensivmedizinischer Betreuung (insbesondere Aufenthaltsdauer, TISS/SAPS-Score, Kosten).

Auf Fallebene wurde 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 krankenhausesbezogenen bzw. systematischen Konformitätsprüfungen in einem zusammenhängenden Report an die Kalkulationsteilnehmer übermittelt.

Aufgrund der Auswirkungen der Corona-Pandemie war keine einfache Fortschreibung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen möglich, insbesondere da der Fokus der diesjährigen Kalkulation schwerpunktmäßig nicht auf die Korrektheit der fallbezogenen Datensätze, sondern auf aggregierte Kostenblöcke gelegt wurde. Die Auswirkungen der Corona-Pandemie zeigen sich in den fallbezogenen Datensätzen insbesondere dadurch, dass sich die Kostensätze einzelner Kostenstellen erheblich im Vergleich zum Vorjahr veränderten. Die Schwerpunktverlagerung ermöglichte von diesen kostenstellenbezogenen Auswirkungen abstrahierend eine Gesamtschau auf die Entwicklung zentraler Kenngrößen in den Kalkulationsdaten.

Erwartungsgemäß zeigen sich die Auswirkungen der Corona-Pandemie in unterschiedlicher Art und Weise. Beispielsweise war im Vorfeld zu erwarten, dass sich bei den variablen Kosten für einen Großteil von Arzneimitteln und Medizinprodukten keine nennenswerten Kostensteigerungen finden lassen würden. Aufgrund der Fallzahrückgänge bei planbaren Leistungen konnte auf der aggregierten Ebene bei einigen Kalkulationskrankenhäusern beispielsweise mit einem Rückgang der Gesamtkosten für Implantate

gerechnet werden. Hingegen war zu erwarten, dass Sachkosten für „pandemiebezogene Produkte“ wie z.B. für persönliche Schutzausrüstung, Desinfektionsmittel und „Corona-Testkits“ mit Kostensteigerungen verbunden sein würden. Diese Kostensteigerungen nehmen im Zeitverlauf unterschiedliche Dimensionen an und ergeben je nach Krankenhausindividueller Situation ein entsprechendes Mischbild ab. Hier war auch auf der aggregierten Ebene im Vergleich zum Vorjahr mit Kostensteigerungen zu rechnen. Zusammenfassend waren Kostenveränderungen bei den aggregierten Sachkosten im Wesentlichen in Abhängigkeit von der Leistungszusammensetzung und -entwicklung zu erwarten. Bei den Personalkosten war bedingt durch die geringere Auslastung während der Pandemie im Vorfeld insbesondere bei der Kostensatzbildung im Rahmen der Kostenträgerrechnung mit teilweise deutlichen Kostensteigerungen zu rechnen. Bei den aggregierten Personalkosten war eher eine weniger von der Leistungsentwicklung geprägte Veränderung zu erwarten, d.h. beispielsweise konnte sich auch bei rückläufiger Fallzahl eine Steigerung der aggregierten Personalkosten zeigen.

In Reaktion auf die Corona-Pandemie wurden die Abläufe in den Krankenhäusern den besonderen Anforderungen zum Schutz der Patientinnen und Patienten sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angepasst. Dafür wurde beispielsweise eine Umwidmung von Stationen zu „Corona-Stationen“ mit entsprechenden Isolations- und Behandlungsmöglichkeiten vorgenommen, Sicherheitspersonal (temporär) eingestellt, um Zutrittsbeschränkungen zu prüfen und ggf. durchzusetzen oder Personal zwischen einzelnen Stationen in Abhängigkeit von der jeweiligen Inanspruchnahme verlagert. Diese Anpassungen konnten von den Kalkulationsteilnehmern nicht immer vollständig in der Kostenrechnung nachvollzogen werden. Dadurch ergeben sich auf der Kostenstellenebene in Abhängigkeit vom Grad des Nachvollzugs der Anpassungen in der Kostenrechnung unterschiedliche Auswirkungen auf die Berechnung von kalkulatorischen Kostensätzen.

Für die Plausibilisierung der Kalkulationsdaten wurden daher die Kalkulationsteilnehmer gebeten, die im Krankenhaus durchgeführten pandemiebedingten Maßnahmen zu beschreiben und die möglichen Auswirkungen auf die Kostendatenerhebung zu erläutern (ggf. als erste Einschätzung). Darüber hinaus wurden Informationen über die zusätzlichen pandemiebedingten Kosten insbesondere für persönliche Schutzausrüstung und für „Corona-Testkits“ eingeholt. Die Informationen und Darlegungen der Krankenhäuser lieferten einen wichtigen Baustein für die Plausibilisierung der Kostendatenlieferung. Die Darlegungen über die pandemiebedingten Maßnahmen wurden insbesondere bei der Plausibilisierung von im Vergleich zu den Vorjahren auffälligen Kostensätzen herangezogen. In der Regel ließen sich für Auffälligkeiten entsprechend pandemiebedingte Ursachen identifizieren.

Prüfungen auf Krankenhausebene

Auf der Krankenhausebene wurde die inhaltlich korrekte Umsetzung fundamentaler Kalkulationsgrundsätze unter Berücksichtigung der Darlegungen der Krankenhäuser zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie 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 aG-DRG-Systems, die Abgrenzung zwischen aG-DRG-Entgeltbereich und Pflegeerlös-Budget sowie die durch die Corona-Pandemie geänderte Kosten- und Leistungssituation in den Krankenhäusern.

Die Darlegungen der Krankenhäuser zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie sowie deren kostenrechnerischer Bedeutung wurden anhand der übermittelten Kosten- und Leistungsdaten plausibilisiert. Insbesondere die kostenrechnerische Situation auf eigens eingerichteten Corona-Stationen mit teilweise recht hohen Kostensätzen konnte auf diese Weise plausibilisiert und die entsprechenden Datensätze der Weiterentwicklung des Entgeltsystems für 2022 zur Verfügung gestellt werden.

Die aggregierten Pflegepersonalkosten sind zwischen den Datenjahren 2019 und 2020 deutlich angestiegen. Die Veränderung von Pflegepersonalkosten ist in der Regel das Resultat multifaktorieller Einflussfaktoren. Zur Plausibilisierung der Kostenanstiege wurden die intertemporalen Veränderungen bei den Kalkulationskrankenhäusern nachgefragt und um eine Aufschlüsselung nach den folgenden Einflussfaktoren gebeten:

- Veränderungen der Tarifgehälter (z.B. Tarifsteigerungen, Änderungen der Ein-
gruppierung)
- Anstieg der Personalkosten durch Aufbau von Personal (z.B. durch neue Stellen,
Stellenwiederbesetzung, Umwandlung von Teilzeitkräften in Vollzeitkräfte)
- Anstieg der Personalzahlen durch erhöhten Einsatz von Fremdpersonal
- Einmalzahlungen (z.B. „Corona-Prämie“, außertarifliche Zahlungen)
- Buchungstechnische Veränderungen insbesondere im Hinblick auf die Vorbereitungen
zur Vereinbarung eines Pflegebudgets gem. § 6a SGB V
- Geänderte Berücksichtigung von Überliegerfällen (vollständige versus unvollständige
Kosten auf Überliegerfällen)
- Sonstige Veränderungen (z.B. Beitragssteigerung bei der Zusatzversorgung,
Einsatz von Personal auf COVID-Stationen, das eigentlich auf anderer Kosten-
stelle gebucht ist, z.B. OP-Personal auf COVID-Station)

Die sonstigen Einflussfaktoren sollten von den Kalkulationskrankenhäusern gesondert erläutert werden, um eruieren zu können, welche weiteren Faktoren Einfluss auf die Personalkostenentwicklung hatten. Bei der Aufschlüsselung sollten die Angaben soweit technisch/inhaltlich möglich sowohl das jeweilige Kostenvolumen als auch die korrespondierende Anzahl an Vollkräften umfassen.

Nach den Darlegungen der Kalkulationskrankenhäuser resultierten die beobachteten Anstiege der Pflegepersonalkosten im Wesentlichen aus einem Anstieg der Beschäftigtenzahlen (inkl. einem verstärkten Einbezug von Fremdpersonal aufgrund der Belastungen durch die Corona-Pandemie), einem Anstieg der tariflichen Löhne und Gehälter sowie buchungstechnischen Veränderungen in Umsetzung der Vorgaben zur Vorbereitung auf die Verhandlungen zum Pflegeerlös-Budget.

Zur Umsetzung der Vorgaben der Vertragsparteien auf Bundesebene zur Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Stationen war in jedem Kalkulationskrankenhäuser zu eruieren, in welchem Umfang Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Aufnahmestationen in Kostenstellengruppe 13 (Patientenaufnahme) gebucht wurden. Bei nennenswerten Kostenunterschieden im Vergleich zu den beiden Vorjahren (Datenjahre 2018 und 2019) wurde zur Plausibilisierung der Kostendaten nach der Ursache für diese Abweichung gefragt. Typischerweise lagen entweder strukturelle Unterschiede vor (Auf- oder Abbau von Betten in bettenführenden Aufnahmestationen) oder die buchhalterische Kostenzuordnung von in Aufnahmestationen beschäftigtem Personal wurde zwischen den Datenjahren geändert. Die von den Krankenhäusern bereitgestellten Informationen zum Umfang der Pflegepersonalkosten in bettenführenden

Aufnahmestationen wurden abschließend für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf der Fallebene verwendet.

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 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) unter Berücksichtigung der Darlegungen der Krankenhäuser zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Leistungsbereiche OP und Anästhesie 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 die fehlerhafte Erfassung der Leistungsdaten als Ursache für eine 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. Gravierende Abweichungen bei der patientenindividuellen Verteilung der Verweildauer zwischen Normalstation und Intensivstation gaben Anlass zur Nachfrage bei den Kalkulationskrankenhäusern, um fehlerhafte Kalkulationen oder Dokumentationen zu identifizieren und möglichst zu beseitigen. Dabei wurden die Darlegungen der Krankenhäuser zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die intensivmedizinischen Leistungsbereiche berücksichtigt.

Die diesjährigen fallbezogenen Plausibilisierungen fokussierten schwerpunktmäßig auf die COVID-19-Fälle, da mit dem Datenjahr 2020 erstmals Daten für die Behandlungskosten dieser Patientengruppe vorlagen und Stufe 2 der diesjährigen Weiterentwicklung die kostenorientierte Verbesserung der Abbildung von COVID-19-Fällen zum Ziel hatte. Entsprechend wurden die COVID-19-Fälle unter Berücksichtigung der Darlegungen der Krankenhäuser zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie plausibilisiert und Auffälligkeiten bei den Krankenhäusern nachgefragt. In der Regel ließen sich die Auffälligkeiten durch Besonderheiten in der Leistungserbringung oder Kostenzuordnung – bedingt durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie – erklären. Strukturelle Darlegungen ließen sich teilweise nicht auf einzelne Fälle herunterbrechen, da sich die Ursachen für

auffällige Kostenwerte multifaktoriell zusammensetzen. Wenn im Einzelfall keine Erklärung für die Auffälligkeiten gefunden werden konnte und das Krankenhaus eine fehlerhafte Kostenzuordnung oder eine fehlerhafte Leistungsdokumentation als mögliche Ursache identifiziert hatte, wurden COVID-19-Fälle nicht für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems verwendet. In allen anderen Konstellationen wurden die COVID-19-Fälle in Stufe 2 der diesjährigen Weiterentwicklung verwendet. Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass die Kosten für die über Zusatzentgelte finanzierten Tatbestände (Entgelte zur Vergütung von Mehrkosten aufgrund des Coronavirus sowie Entgelte für Testungen auf das Coronavirus) der üblichen Vorgehensweise entsprechend (vgl. Kapitel 2.2) vor Betrachtung der Behandlungskosten der COVID-19-Fälle in Stufe 2 in Abzug gebracht wurden.

Die Rückmeldungen der Krankenhäuser auf die zahlreichen Nachfragen des InEK haben auch wichtige Impulse für die Weiterentwicklung sowohl des aG-DRG-Systems als auch der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen geliefert. Nicht zuletzt dienten die Nachfragen zur Überprüfung der Kongruenz zwischen der Pflegepersonalkosten-Ausgliederung bei der Weiterentwicklung des Entgeltsystems auf der einen Seite und der Pflegepersonalkosten-Ausgliederung der einzelnen Krankenhäuser im Rahmen der Vereinbarung eines Pflegeerlös-Budgets gem. § 6a KHEntgG auf der anderen Seite.

Medizinische Plausibilitätsprüfungen

Im Rahmen der medizinischen Plausibilitätsprüfungen wurde in gewohnter Weise wieder formal die Kodierung nach den amtlichen Klassifikationen ICD-10-GM und OPS sowie den Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils gültigen Version überprüft. Ein dabei kontrollierter Sachverhalt war z.B. die korrekte Reihenfolge von Diagnosen in Zusammenhang mit der Hauptdiagnose, die bei falscher Verschlüsselung eine andere Eingruppierung des Falles zur Folge gehabt hätte. Grundsätzlich beschränkte sich die Überprüfung auf Sachverhalte, die bereits Gruppierungsrelevanz hatten bzw. bei denen dies zu erwarten war. Dies beinhaltet auch die Verschlüsselung von Codes, die für die Definition und Kalkulation von Zusatzentgelten verwendet werden, wie z.B. die Diagnosen für die dauerhaft erworbene oder temporäre Blutgerinnungsstörung (U69.11! und U69.12!). Die korrekte Anwendung von Codes z.B. hinsichtlich der Tatsache, dass bestimmte Codes nur einmal pro stationärem Aufenthalt anzugeben sind, wurde durch medizinische Plausibilitätsprüfungen kontrolliert. Dies beinhaltet auch die Prüfung von Konstellationen, bei denen eine unvollständige Kodierung zu einer anderen Eingruppierung eines Falles führen würde wie z.B. bei der Kodierung von ablativen Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen (OPS-Kodebereich 8-835). 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 mit 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. 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 Berechnung der Bewertungsrelationen für die DRGs mit belegärztlicher Versorgung sowie die normativ-analytische Ableitung bei nicht eigenständig kalkulierten DRGs wurde im Vergleich zu den Vorjahren unverändert durchgeführt. Die Berechnung von Bewertungsrelationen erfolgte entsprechend der in Kapitel 3.2.5 vorgestellten Vorgehensweise ausschließlich in Stufe 1 der diesjährigen Weiterentwicklung.

Kalkulation

Wie in den Vorjahren wurden der Kalkulation nur Datensätze mit ausschließlich belegärztlicher Versorgung zugrunde gelegt. Die Kalkulationsbedingungen wurden unverändert aus dem Vorjahr übernommen. Bei DRGs, bei denen die Verletzung lediglich einer Kalkulationsbedingung vorlag, wurden wie in den Vorjahren 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.

Aufgrund von Fallverschiebungen durch die klassifikatorischen Anpassungen im Gruppierungsalgorithmus in Stufe 1 der diesjährigen Weiterentwicklung standen 41.504 Datensätze zur Verfügung, auf deren Basis 72 DRGs eigenständig kalkuliert werden konnten. Eine Aufstellung dieser DRGs befindet sich im Anhang (siehe Tabelle A-2). Die Datenbasis ist damit im Vergleich zum Vorjahr leicht angestiegen. Wird die Gesamtheit der gelieferten Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG betrachtet, repräsentieren diese DRGs weiterhin gut 65% aller abrechenbaren Belegfälle in Deutschland. Die Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung (Spalte 4, Teil b des Fallpauschalen-Katalogs) liegen bei den eigenständig kalkulierten DRGs nach durchgeführter Sachkostenkorrektur im Mittel 38,8% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tabelle 8).

Differenz Bewertungsrelation	DRGs kalkuliert	DRGs abgeleitet
Bis 10%	0	34
Über 10% bis 20%	1	422
Über 20% bis 30%	11	230
Über 30% bis 40%	27	3
Über 40% bis 50%	33	0
Mittelwert (ungew.)	38,8%	18,3%

Tabelle 8: Differenz der Bewertungsrelation Belegabteilung zur Bewertungsrelation Hauptabteilung (Basis: Datenjahr 2019)

Bei einigen „impliziten“ Ein-Belegungstag-DRGs traten 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 durchschnittlichen Kosten vor der Sachkostenkorrektur 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 380 DRGs zusätzlich zum Abzug der Arztkosten ein Zu- bzw. Abschlag der verweildauerabhängigen Module vorgenommen (134 DRGs mit Zuschlag, 246 DRGs mit Abschlag). Dadurch wurden die Bewertungsrelationen für belegärztliche Versorgung den mittleren Verweildauern (VWD) der Belegfälle in den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG angepasst. Die Bewertungsrelationen bei den abgeleiteten DRGs liegen im Ergebnis durchschnittlich 18,3% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tabelle 8). Bei 40,6% der DRGs wurden lediglich die Arztkosten abgezogen, ohne dass weitere Anpassungen vorgenommen wurden (siehe Tabelle 9). Die untere und die obere Grenzverweildauer wurden jeweils nach den üblichen Vorschriften abgeleitet. Entsprechend wurde für den Entgeltkatalog bei belegärztlicher Versorgung die obere Grenzverweildauer im Vergleich zur Hauptabteilung 147 Mal abgesenkt und 61 Mal angehoben. Die untere Grenzverweildauer wurde im Vergleich zur Hauptabteilung 35 Mal abgesenkt und 12 Mal angehoben.

Verfahren	Anzahl DRGs
Zu- und Abschläge durch VWD-Anpassung	380
Nur Abzug Arztkosten	309
Eigenständig kalkulierte DRGs	72
Gesamt	761

*Tabelle 9: Überblick Kalkulationsmethodik der DRGs bei belegärztlicher Versorgung
(Basis: Datenjahr 2019)*

Für 471 DRGs, die für die Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert wurden, ließen sich in den Daten gem. § 21 Abs. 1 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 im Vergleich zum Vorjahr um sieben DRGs erhöht (Vorjahr: 754 DRGs).

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

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

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

3.3.1.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen

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

Teilstationäre Leistungen werden in den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG durch die Angabe des Aufnahmegrundes „Krankenhausbehandlung, teilstationär“ gekennzeichnet. Damit identifiziert weit überwiegend ein Abrechnungsmerkmal teilstationäre Leistungen.

Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung

Für das Datenjahr 2019 wies die Beschaffenheit der Datenmenge für die DRGs A90A *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung* und A90B *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung* unverändert eine Verletzung der Kalkulationsbedingungen sowie eine mangelnde Kostendifferenz zwischen den DRG-Fallpauschalen auf, sodass in Stufe 1 der diesjährigen Weiterentwicklung keine Bewertung der beiden Fallpauschalen vorgenommen werden konnte. Die Definition der teilstationären geriatrischen Fallpauschalen wird unverändert im unbewerteten Teil des Entgeltkatalogs (Anlage 3b DRG-EKV 2022) ausgewiesen.

Niereninsuffizienz, teilstationär

Die unbewertete Fallpauschale für die teilstationäre Dialyse bei Kindern (L90A) wurde in Stufe 1 der diesjährigen Weiterentwicklung unverändert aus dem Vorjahr übernommen. Die mittleren Kosten für die teilstationären DRGs L90B *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse* und L90C *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse* wurden in Stufe 1 der diesjährigen Weiterentwicklung ebenfalls unverändert aus dem Vorjahr übernommen (vgl. Kapitel 3.2.5). Detaillierte Kalkulationsergebnisse werden daher an dieser Stelle nicht angegeben; diese können dem Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2021 (Kapitel 3.3.1.3) entnommen werden.

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 errechnet 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 Diagnosekombination einerseits explizit messen und andererseits für jede DRG mit individuellen Splitkriterien mit langen Diagnosetabellen und entsprechender Intransparenz definieren zu müssen. Dessen ungeachtet werden einzelne, besonders kostenrelevante Nebendiagnosen auch explizit in Gruppierungsbedingungen berücksichtigt.

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

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

Nach beständigen Anpassungen der CCL-Werte und der Exklusionslisten in den ersten Jahren des G-DRG-Systems wurde im Jahr 2013 mit der ersten grundsätzlichen Überarbeitung aller Schritte der PCCL-Berechnung begonnen. Sie erfolgte 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.

Vorgehensweise der Überarbeitung

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 Verschlüs-

selung sowie die „Schieflage“ der Kalkulationsstichprobe bei den Analysen zur CCL-Matrix im Vordergrund, lag der Fokus in den letzten Jahren vor allem auf Diagnosen mit signifikantem Fallzahlwachstum sowie Diagnosen mit großer Häufigkeit oder Bedeutung für das Gesamtsystem. Zudem wurden auch verstärkt die CCL-Werte einzelner Diagnosen und Diagnosegruppen als Themenschwerpunkt der Weiterentwicklung des Schweregrad-Systems und die Auswirkungen von Änderungen in der ICD-10-GM (z.B. Kodedifferenzierungen) analysiert.

Nach der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten für die „Pflege am Bett“ für das aG-DRG-System 2020 galt es zunächst zu klären, inwieweit die bestehenden CCL-Werte potentielle Kostenunterschiede einzelner Fälle noch erklären. Daher konzentrierten sich im Jahr 2019 die Anpassungen auf einige wenige Diagnosen, bei denen inhaltlich eine gewisse Nähe zum Pflegeaufwand der Patienten zu vermuten war. Im letzten Jahr zeigte eine Vorabanalyse der Daten, dass nach der Herausnahme der Pflegepersonalkosten für eine Vielzahl von Diagnosen die Einstufung im CCL-Schweregrad-System nicht mehr oder nicht mehr in der aktuellen Höhe durch Mehrkosten begründet war. Dies zeigte sich in größerem Umfang als im Vorjahr angenommen. Bei grundsätzlich unveränderter Vorgehensweise hatte sich deshalb der Schwerpunkt bei der Überarbeitung der CCL-Matrix im Vergleich zu den Vorjahren verschoben.

Von der mehrjährig angelegten Vorgehensweise der Vorjahre musste in diesem Jahr abgewichen werden. Der in der diesjährigen Weiterentwicklung verfolgte zweistufige Ansatz wird auch bei der Analyse der CCL-Matrix verwendet. In Stufe 1 wurden ausschließlich punktuelle Anpassungen in der CCL-Matrix vorgenommen. Diese resultierten aus Korrekturen der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems 2021 sowie einer punktuellen Nachjustierung einiger Diagnosen, die in der Kalkulationsphase im Jahr 2020 nicht angepasst wurden. In Stufe 2 erfolgte eine kostenorientierte Bewertung der Diagnose U07.1 *COVID-19, Virus nachgewiesen* (siehe auch Kapitel 3.3.2.1).

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

Auch im Datenjahr 2020 zeigt sich unverändert ein Anstieg der Anzahl an Nebendiagnosen je Fall (siehe Abbildung 9). 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 den Basis-DRGs, in denen sie einen Ressourcenaufwand nicht mehr begründen, in der Regel jeweils um 1.

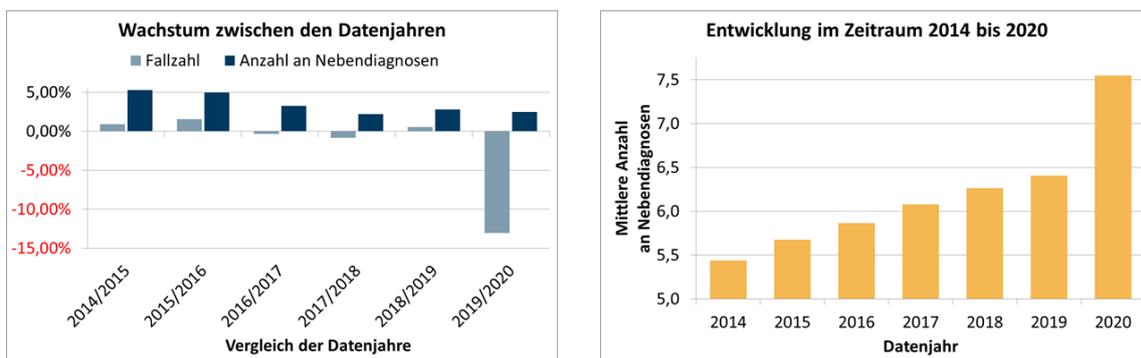


Abbildung 9: Vergleich des Wachstums von Fallzahl und Anzahl an Nebendiagnosen zwischen den Datenjahren 2014 und 2015, 2015 und 2016, 2016 und 2017, 2017 und 2018, 2018 und 2019, 2019 und 2020 (links) sowie Entwicklung der mittleren Anzahl an Nebendiagnosen je Fall für die Datenjahre 2014 bis 2020 (rechts) auf Basis der validen vollstationären Fälle der §-21-Daten 2014 bis 2020

Stufe 1: Punktueller Anpassungen der CCL-Matrix

Im Rahmen interner Analysen wurden viele Diagnosen hinsichtlich ihrer Abbildung in der CCL-Matrix untersucht. Diese Analysen auf Basis des Datenjahres 2019 führten zur Anpassung der Werte bestimmter Diagnosen innerhalb mehrerer Basis-DRGs. In Abbildung 10 ist die Anzahl der Diagnosen mit DRG-spezifischen Aufwertungen und Abwertungen sowie Neuaufnahmen seit dem G-DRG-System 2017 dargestellt.

	für 2017	für 2018	für 2019	für 2020	für 2021	für 2022
DRG-spezifische Abwertungen in 1-2 Basis-DRGs	938	553	726	467	635	197
DRG-spezifische Abwertungen in 3-9 Basis-DRGs	435	50	514	46	639	4
DRG-spezifische Abwertungen in 10-29 Basis-DRGs	2	16	208	7	436	4
DRG-spezifische Abwertungen >29 Basis-DRGs	107	171	16	78	227	1
Abwertungen aus dem Vorschlagsverfahren	24	18	22	0	2	0
Aufwertungen aus dem Vorschlagsverfahren	3	1	0	0	0	0
Weitere Aufwertungen	10	11	0	0	5	1
Neu aufgenommene Codes	42	7	1	1	27	0
Gesamt (beinhaltet Doppelnennungen)	1.521	827	1.487	599	1.971	207

Abbildung 10: Anzahl der Diagnosen mit verändertem CC-Level in der CCL-Matrix für 2017 bis 2022 (beinhaltet Doppelnennungen)

In diesem Jahr fand eine deutlich zurückhaltendere Überarbeitung der CCL-Matrix statt, da es sich in den meisten Fällen um Korrekturen aus der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems 2021 auf Basis des Datenjahres 2019 handelte (siehe Abbildung 10).

In Stufe 2 erfolgte auf Basis der Daten aus dem Jahr 2020 eine kostenorientierte Neubewertung der Diagnose U07.1 COVID-19, Virus nachgewiesen innerhalb der CCL-Matrix.

Im vergangenen Jahr wurde die Diagnose U07.1 COVID-19, Virus nachgewiesen für das aG-DRG-System 2021 neu in die CCL-Matrix aufgenommen, regelhaft mit dem CCL-Wert von 2. Im Zuge der diesjährigen Weiterentwicklung erfolgten eine kostenorientierte Überprüfung und Anpassungen der Bewertung der Diagnose. Somit erfolgte eine Neubewertung der Diagnose U07.1 in 49 Basis-DRGs:

- Aufwertung um +1 in 42 Basis-DRGs, in denen die Diagnose mit höheren Kosten verbunden ist
- Abwertung um –1 in 7 Basis-DRGs, in denen sie einen geringeren Mehraufwand begründet

Grundsätzlich ist anzumerken, dass die Analyse der CCL-Matrix, bedingt durch die Auswirkungen der Pflegepersonalkosten-Ausgliederung auf das aG-DRG-System, ein mehrjähriger Prozess ist und demzufolge zum jetzigen Zeitpunkt als noch nicht abgeschlossen bezeichnet werden kann, insbesondere da das Datenjahr 2020 nicht für eine adäquate Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems geeignet war.

3.3.1.5 Einbeziehung von verlegten Fällen und Überliegern

Die regelhafte Zuordnung der berücksichtigten Verlegungsart je DRG wurde methodisch aus dem Vorjahr übernommen.

Regelhafte Zuordnung der berücksichtigten Verlegungsart je DRG

Die je DRG zur Kalkulation des Relativgewichts herangezogene Fallmenge wurde regelhaft – unverändert gegenüber dem Vorjahr – durch Analyse des arithmetischen Kostenmittelwerts je Verlegungsart bestimmt. Dabei ergeben sich vier Fallkonstellationen, die sich auf die 1.292 DRGs wie in Tabelle 10 dargestellt verteilen (siehe auch Tabelle A-4-1 bis A-4-3 im Anhang).

Kalkulationsbasis	Anzahl DRGs	Anteil DRGs (in %)
Nicht verlegte Fälle	212	16,4
Nicht verlegte und zusätzlich aufnahmeverlegte Fälle	184	14,2
Nicht verlegte und zusätzlich entlassverlegte Fälle	181	14,0
Alle Fälle (nicht verlegte und zusätzlich aufnahme- oder entlassverlegte Fälle)	660	51,1
DRGs ohne Bewertung (Anlage 3a und 3b)	55	4,3
Gesamt	1.292	100,0

Tabelle 10: Überblick über die Berücksichtigung der Verlegungsarten im aG-DRG-System 2022

Auch wenn zur Ermittlung des Fallpauschalen-Katalogs für 2022 in erster Linie die Kalkulationsdaten des Jahres 2019 herangezogen wurden, können sich aufgrund der Vielzahl der kalkulatorischen Änderungen (mit der Folge geänderter Fallzusammensetzungen der DRGs) auch Änderungen beim regelhaften Umgang mit verlegten Fällen in den DRGs ergeben.

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 der 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 102,7 Tagen (Fallpauschalen-Katalog 2022) 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 2019 auf 2020) ist diese unter Umständen nicht gegeben, da für Überlieger (die noch mit undifferenzierten Codes aus 2019 verschlüsselt sind) keine Information darüber verfügbar ist, mit welchem der inzwischen verfügbaren differenzierten Codes der Fall im Jahr 2020 verschlüsselt würde.

Ein Beispiel hierfür ist der Code 1-430.0 *Andere Operationen am Lymphgefäßsystem: Revision nach einer zervikalen Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe*. Mit dem OPS Version 2020 wurde der Code weiter differenziert:

- 1-430.00 *Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Trachea: Zangenbiopsie*
- 1-430.01 *Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Trachea: Kryobiopsie*
- 1-430.0x *Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Trachea: Sonstige*

Wenn auf Grundlage neu ausdifferenzierter Codes z.B. eine neue DRG definiert wurde und daher Fälle, die 2019 mit dem gleichen Code verschlüsselt wurden, 2020 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 2019 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 (Transplanta-

tion) gruppierungsrelevant. Haupt- oder Nebendiagnosen haben bei diesen Fällen nie einen Einfluss auf das Gruppierungsergebnis, sodass eine nicht überleitbare Diagnose keinen Grund darstellt, einen Überlieger aus der Kalkulationsmenge auszuschließen.

Die beschriebene Vorgehensweise wurde auch für die Daten des Jahres 2020 angewendet. Da diese jedoch (Stufe 2) ausschließlich zur Analyse von COVID-19 Fällen herangezogen wurden und sich bei diesen Fällen nur sehr wenige Überlieger (mit Aufnahme im Jahr 2019) befanden, ist die Überliegerproblematik hier von begrenzter Bedeutung.

3.3.1.6 Berechnung der Bezugsgröße

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

Die finale Bezugsgröße für die Normierung des Fallpauschalen-Katalogs 2022 wurde zum Ende der Stufe 2 der diesjährigen Weiterentwicklung bestimmt. Da sich die Vertragsparteien auf Bundesebene hinsichtlich der Normierung des Fallpauschalen-Katalogs nicht einigen konnten, erfolgte die Normierung unter Berücksichtigung der Vorgaben in der „Verordnung zu den Entgeltkatalogen für DRG-Krankenhäuser für das Jahr 2022 (DRG-Entgeltkatalogverordnung 2022 – DRG-EKV 2022)“ (BAnz AT vom 22.11.2021 V1). Für den aG-DRG-Fallpauschalen-Katalog 2022 ergab sich auf Basis der Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG für das Datenjahr 2020 eine Summe effektiver Bewertungsrelationen in Höhe von 14.797.953. Unter Verwendung identischer Daten ergab sich für den aG-DRG-Fallpauschalen-Katalog 2021 eine Summe effektiver Bewertungsrelationen in Höhe von 14.877.196. Die Differenz der effektiven Bewertungsrelationen beträgt –79.243. Die Bezugsgröße zur Ermittlung der Bewertungsrelationen für den aG-DRG-Fallpauschalen-Katalog 2022 beträgt 3.303,45 €. Die Differenz der effektiven Bewertungsrelationen wird im Folgenden erläutert.

Die erstmalige Kostenbereinigung für neue Zusatzentgelte bzw. neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden geht mit –31.676 Case-Mix-Punkten in die Normierung des Fallpauschalen-Katalogs ein. Dies entspricht einem Bereinigungsvolumen von rund 116 Mio. Euro. Davon entfällt allein auf eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, die Gabe von Onasemnogen-Abeparvovec (Zolgensma®), ein Bereinigungsvolumen von rund 110 Mio. Euro.

Im Datenjahr 2020 ist im Vergleich zum Datenjahr 2019 bei den Kalkulationskrankenhäusern die Gesamtsumme der Pflegepersonalkosten angestiegen. Im Rahmen der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen wurden die Kalkulationsteilnehmer nach den Ursachen dieser Veränderungen befragt. Als Ursachen für den Anstieg wurden in der Regel die Umsetzung des Pflegestellenförderprogramms, die (Wieder-)Besetzung offener Stellen im Pflegedienst, tarifliche Veränderungen in den Arbeitsentgelten, ein zusätzlicher Bedarf an Fremdpersonal bedingt durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie sowie die aktualisierte Zuordnung von Personal zu den Diensten „Pflegedienst“, „Funktionsdienst“ und „medizinisch-technischer Dienst“ genannt. Die Aktualisierung der Zuordnung erfolgte insbesondere als Vorbereitung auf die Verhandlungen zur

Vereinbarung eines Pflegeerlös-Budgets für 2021, denen die Daten des Jahres 2020 als Grundlage dienen. Nach den Darlegungen der Kalkulationsteilnehmer erfolgte die Überarbeitung der Personalzuordnung auch unter Berücksichtigung der Aktualisierung der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung durch die Vertragsparteien auf Bundesebene. Veränderungen von Pflegepersonalkosten waren in den ersten Jahren nach der erstmaligen Pflegepersonalkosten-Ausgliederung zu erwarten, da sich ein so disruptiver Eingriff in ein laufendes Vergütungssystem nicht in einem Schritt vollständig umsetzen lässt. Unabhängig von der Erwartbarkeit sich verändernder Pflegepersonalkosten war die Frage zu klären, inwieweit diese Veränderungen bei der Normierung des aG-DRG-Systems zu berücksichtigen sind, um der zentralen Grundlage der Weiterentwicklung „Keine Doppelfinanzierung – keine fehlende Finanzierung“ Genüge zu tun. Aufgrund der multiplen Einflussfaktoren auf die krankenhausindividuelle Höhe der Pflegepersonalkosten lassen sich einzelne Einflussfaktoren nicht isolieren und berechnen. Den Kalkulationsdaten und den damit korrespondierenden Darlegungen der Krankenhäuser ist in diesem Zusammenhang auch stets die politische Bedeutung gegenüberzustellen. Denn die Vorbereitung eines Krankenhauses auf bevorstehende Budgetverhandlungen ist nicht mit dem Ergebnis der Budgetverhandlungen identisch. Insofern ist bei der Bewertung der Veränderungen der Pflegepersonalkosten auch die Frage nach dem Umsetzungsgrad der vorbereitenden Arbeiten der Krankenhäuser in den einzelnen Pflegeerlös-Budgets zu berücksichtigen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben in mehreren Sitzungen die Darlegungen der Krankenhäuser zu den verschiedenen Einflussfaktoren analysiert und bewertet. Im Ergebnis konnten sich die Vertragsparteien auf Bundesebene allerdings nicht auf eine gemeinsame Bewertung verständigen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat den Vertragsparteien auf Bundesebene daraufhin eine Frist gesetzt, bis zu der eine Einigung erzielt werden sollte. Nach Ablauf der Frist (11. Oktober 2021) hat das BMG gem. § 17b Abs. 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHG eine Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates erlassen (DRG-EKV 2022). Mit der DRG-EKV 2022 legte das BMG seine Bewertung der Darlegungen der Kalkulationskrankenhäuser vor und verordnete eine Normierung unter Berücksichtigung einer Absenkung des nationalen Case-Mix-Volumens „im Wert von 175 Mio. Euro“. Dieser Betrag entspricht einer Absenkung des nationalen Case-Mix-Volumens um 47.559 Case-Mix-Punkte.

Ein Vergleich der Bezugsgröße mit Werten vergangener Jahre ist schon wegen der in Kapitel 3.2.4 beschriebenen Umsetzung der Sachkostenvereinbarung und der Auswirkungen der Vereinbarung zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen sowie der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System (Kapitel 3.2.3) nicht möglich.

3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation

Trotz eingeschränkter Eignung der Kalkulationsdaten des Jahres 2020 bestand unverändert die Aufgabe, notwendige Veränderungen im Entgeltsystem für 2022 umzusetzen. Dies betrifft in erster Linie

- die Einbindung des medizinischen Fortschritts und von Klassifikationsveränderungen,
- die Fortsetzung mehrjähriger Weiterentwicklungsprozesse,
- Fehlerkorrekturen,
- und zwingend: die Abbildung der Behandlung von COVID-19-Fällen, die für 2020 nur „heuristisch“ und ohne zugrunde liegende Kostendaten möglich war

Aufgrund der (siehe Stufenkonzept) unveränderten Datengrundlage für alle nicht COVID-19-bezogenen Veränderungen war ein im Vergleich zu den Vorjahren deutlich reduzierter Umfang der Veränderungen des Entgeltsystems zu erwarten. Nach Abschluss der Weiterentwicklung zeigt sich aber, dass für 2022 doch eine sehr relevante Zahl von Veränderungen notwendig und möglich war, die insbesondere bei den folgenden übergeordneten Problemstellungen zu deutlichen Verbesserungen führten:

- Vermeidung von Abrechnungsstreitigkeiten (z.B. bei unterschiedlichem Erlös trotz sehr ähnlichen Aufwands)
- Reduktion der Komplexität des Systems
- Abbildung von Extremkostenfällen
- Berücksichtigung von Entscheidungen des Schlichtungsausschusses
- Anpassung der DRG-Systematik an medizinisch notwendige Weiterentwicklungen der ICD- und OPS-Klassifikation

Im nachfolgenden Teil werden thematisch gegliedert die daraus resultierenden Veränderungen des aG-DRG-Entgeltsystems für 2022 ausführlich dargestellt (Stufe 1). Aufgrund der herausragenden Bedeutung des Themas beginnt dieser Teil jedoch mit der Darstellung der Veränderungen zur besseren Abbildung der Corona-Pandemie im Entgeltsystem.

3.3.2.1 COVID-19

Bereits die letztjährige Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems stand im Zeichen der Corona-Pandemie. Dabei bestand eine Schwierigkeit darin, dass in den Kalkulationsdaten des Jahres 2019 keine COVID-19-Fälle vorhanden waren. Eine Analyse war somit lediglich anhand der unterjährigen Datenlieferungen aus 2020 möglich, die zwar Leistungs-, aber keine Kostendaten beinhalteten. Die letztlich auf heuristischer Basis erfolgten Umbauten im Vorjahr haben dennoch die durchschnittliche Kostensituation der COVID-19-Fälle in Deutschland gut getroffen.

Jedoch waren die klassifikatorischen Anpassungen für 2021 – die sogenannte Dezember-Version – nur auf vergleichsweise wenige DRGs beschränkt und an einigen Stellen des Algorithmus nicht zielgenau genug. Dies betraf sowohl intensivmedizinisch als auch auf einer Normalstation behandelte Patienten, woraus neben einer zu hohen auch eine zu geringe Vergütung von COVID-19-Fällen resultieren konnte.

Insgesamt wurde die Kostensituation der Behandlung von Fällen mit einer SARS-CoV-2-Infektion im Fallpauschalen-Katalog 2021 gut getroffen, sodass deren Behandlung im Durchschnitt höchstens geringfügig unterfinanziert war. Dennoch musste die Verteilung

der Erlöse zwischen den DRGs und somit auch zwischen den Krankenhäusern hinsichtlich der Zielgerichtetheit für den Katalog 2022 angepasst werden.

Diagnose U07.1 COVID-19, Virus nachgewiesen

Für die Berücksichtigung einer COVID-19-Erkrankung im aG-DRG-System 2021 mussten zunächst die nötigen Grundlagen geschaffen werden. Nachdem bereits im Februar 2020 seitens der WHO „Reserve-Kodes“ implementiert wurden, um eine Verschlüsselung der neuartigen Coronavirus-Krankheit zu ermöglichen, wurde diese Kodierung in leicht modifizierter Form auch in die deutsche Diagnoseklassifikation ICD10-GM übernommen, indem durch das BfArM die vorläufigen Schlüsselnummern U07.1 und U07.2 unterjährig mit den Inhalten *COVID-19, Virus nachgewiesen* (U07.1) und *COVID-19, Virus nicht nachgewiesen* (U07.2) belegt wurden. Zu diesen Diagnosen lagen in den Kalkulationsdaten des Jahres 2020 erstmalig auch Kosteninformationen vor. Bei der Analyse dieser Daten galt es zu berücksichtigen, dass die Sekundärdiagnose U07.1 zunächst einmal nur ein Testergebnis beschreibt, welches keinerlei Rückschlüsse auf die Schwere der Erkrankung oder die Behandlungsdauer zulässt. Auch dient diese Diagnose nicht dazu, zwischen aufwendigen und weniger aufwendigen Infektionen zu unterscheiden. Um eine sachgerechte Abbildung der COVID-19-Fälle im aG-DRG-System sicherzustellen, galt es weitere Parameter zur Identifikation schwererer Verläufe zu finden.

Analysen zeigten, dass u.a. die Verweildauer einen Einfluss auf die Kosten der COVID-19-Fälle hatte. So konnten diese innerhalb einer DRG sowohl teurer als auch günstiger sein, wobei sie in konservativen DRGs mitunter eine kürzere Verweildauer mit entsprechend geringeren Fallkosten zeigten, während sie bei intensivmedizinischer Behandlung und daraus resultierendem längerem Aufenthalt oftmals höhere Kosten aufwiesen.

Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für 2022

Die Daten des Jahres 2020 spiegeln die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie wider und zeigen im Vergleich zu 2019 massive Veränderungen. Da sich die Kalkulationsdaten des Jahres 2020 nicht für eine routinemäßige Weiterentwicklung des Entgeltsystems eigneten, kam das beschriebene Stufenmodell zur Anwendung. Aus den Umbauten der Stufe 1 auf Grundlage der zuverlässigen und geprüften Kostendaten des Jahres 2019 mit Umsetzung der notwendigen Umbauten der DRG-Klassifikation resultierte ein angepasster Grouper 2019/2022. Dieser diente als Grundlage für die Analysen in Stufe 2, die wiederum ausschließlich die Verbesserung der Abbildung von COVID-19-Fällen zum Inhalt hatten. Dabei wurde bei den Analysen nicht die absolute Kostenhöhe der Fälle betrachtet, sondern die Kosten der COVID-19-Fälle im Vergleich zu den anderen Fällen der gleichen DRG untersucht. Ausgehend von diesem Kostenverhältnis wurden nun Abbildungsmöglichkeiten in existierenden oder ggf. auch neu zu etablierenden DRG-Fallpauschalen geprüft.

Fand sich für bestimmte Konstellationen keine adäquate Ziel-DRG, so wurde für diese COVID-19-Fälle eine neue DRG etabliert. Diese neuen DRGs enden abweichend von der bisherigen Notation der DRGs einheitlich mit dem bislang nicht als Endung genutzten Buchstaben „K“. Dabei erhält diese neu geschaffene „K“-DRG ihr Relativgewicht von der jeweiligen „Mutter“-DRG, welches um einen relevanten Faktor erhöht wird. Dieser Faktor errechnet sich aus dem Kostenverhältnis der verschobenen COVID-19-Fälle der „K“-DRG zu den Fällen der „Mutter“-DRG (siehe Abbildung 11).

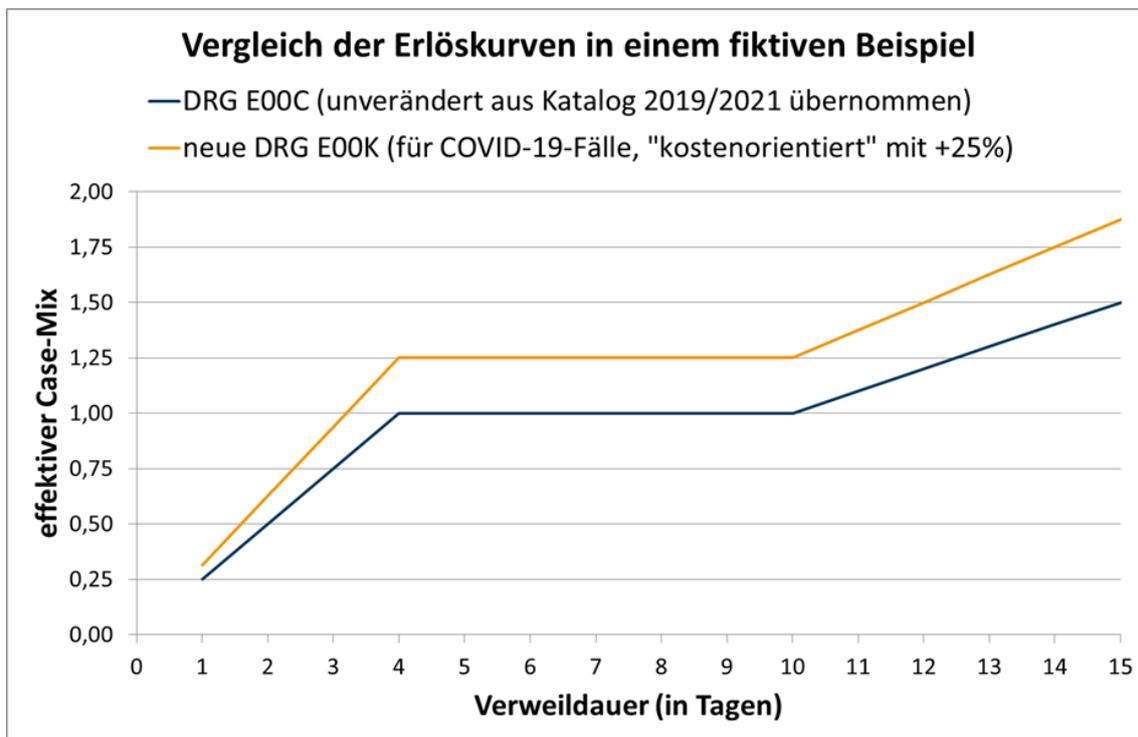


Abbildung 11: Bestmögliche kostenorientierte Etablierung einer fiktiven DRG E00K für COVID-19-Fälle

Im Beispiel resultiert daraus beim Inlier-Relativgewicht ein Zuwachs von 25% sowie kostenorientierte oder bei Nichtkalkulierbarkeit pauschale Ab- bzw. Zuschläge für Kurz- oder Langlieger. Bei den Verschiebungen von COVID-19-Fällen in Stufe 2 fand lediglich eine Anpassung des Algorithmus ohne eine Veränderung der bereits berechneten durchschnittlichen Fallkosten einer DRG statt, was dennoch eine ökonomische Aufwertung der verschobenen Fälle bedeutet.

COVID-19-assoziierte klassifikatorische Umbauten der Stufe 2

In den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHG des Jahres 2020 fanden sich Fälle mit einer SARS-CoV-2-Infektion in 534 Basis-DRGs. Diese relativ hohe Zahl relativiert sich bei genauerer Betrachtung, da die Hälfte dieser Fälle in nur fünf, zwei Drittel der Fälle in 12 Basis-DRGs eingruppiert ist.

Zunächst galt es, die letztjährigen Anpassungen im Rahmen von Stufe 2 der Weiterentwicklung erstmals auch anhand von Kostendaten zu überprüfen. Anschließend wurden zur sachgerechten Abbildung von COVID-19-Fällen auch weitere Umbauten simuliert. Dabei lag der Fokus insbesondere auf zwei Konstellationen:

- DRGs, in denen sich viele COVID-19-Fälle befinden
- DRGs, in denen die COVID-19-Fälle auffällige Kosten zeigten

Bei der Analyse zeigte sich, dass in Summe betrachtet die COVID-19-Fälle vor den Anpassungen für COVID-19-Fälle höhere Kosten aufwiesen als die übrigen Fälle der jeweiligen DRGs. Dies wurde jedoch durch die bereits im vergangenen Jahr umgesetzten Grouper-Anpassungen relativiert, sodass die COVID-19-Fälle im Vergleich zu den übrigen Fällen der jeweiligen DRGs in der Dezember-Version für dieses Jahr im Durchschnitt im Gesamtsystem keine höheren Kosten aufwiesen. In einigen COVID-19-fallzahlstarken Basis-DRGs wiesen diese Fälle sogar niedrigere Kosten auf.

Auch weil in einigen DRGs die COVID-19-Fälle als Langlieger entsprechende Zuschläge erhalten, erscheint es sinnvoll, neben einer isolierten Kostenbetrachtung auch die (mittlere) Deckung dieser Fälle im Vergleich zu allen Fällen der jeweiligen DRG zur Beurteilung heranzuziehen. Dabei werden den bereinigten Ist-Kosten des Falles die für die jeweilige Grouper-Version simulierten DRG-Erlöse gegenübergestellt und so z.B. bei Langliegern über die Verweildauer auch Zuschläge berücksichtigt. Ein sehr ähnlicher Ansatz wird seit Jahren bei der Analyse der Extremkosten/Kostenausreißer und auch bei der Ermittlung der palliativmedizinischen Zusatzentgelte verwendet. Während sich über das ganze System noch eine geringe „Unterdeckung“ der COVID-19-Fälle zeigte, wiesen sie in den fallzahlstärksten Basis-DRGs hingegen eine deutliche „Überdeckung“ auf. Also war hier eine tiefere Analyse nötig, bei welchen COVID-19-Fällen eine Über- bzw. Unterdeckung bestand. Eine Abwertung überdeckter Konstellationen war hier nicht in jedem Fall möglich, da beispielsweise ein Fall mit Pneumonie und einer Nebendiagnose COVID-19 nicht in eine niedriger bewertete DRG eingruppiert werden sollte als ein Fall nur mit Pneumonie.

Die Analyse der COVID-19-Fälle mit Unterdeckung förderte bestimmte typische Kombinationen zutage, die sich aufgrund der Komplexität der Behandlung für die höheren Kosten verantwortlich zeigten:

- Eine Isolierung der Patienten im Rahmen einer Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern ab einer bestimmten Behandlungsdauer
- Eine durchgeführte intensivmedizinische Komplexbehandlung oder Beatmung
- Das Vorliegen einer Diagnose für Pneumonie
- Hoher PCCL, d.h. Gesamtschweregrad durch Summation verschiedener Nebenerkrankungen

Die Behandlung einer Infektion mit SARS-CoV-2 geht häufig mit einer notwendigen Isolierung des Patienten einher. Dabei unterscheidet der entsprechende OPS-Kode *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern* (8-98g.*) nach einer Komplexbehandlung auf spezieller sowie nicht auf spezieller Isoliereinheit. Zudem ist er differenziert anhand der Behandlungsdauer, von „bis zu 4 Behandlungstage“ bis zu „mindestens 20 Behandlungstage“. Eine Verschlüsselung eines dieser Prozedurenkodes ist nicht allein durch eine vorgegebene Behandlungsdauer mit höheren Kosten verbunden, sondern die geforderten personellen, apparativen und infrastrukturellen Mindestmerkmale stehen ebenfalls mit höheren Kosten dieser Fälle in Zusammenhang. Die Anforderungen an besonders geschultes medizinisches Personal, diverse Schutzmaßnahmen und die Durchführung von speziellen Untersuchungen stehen ebenso wie die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unter besonderen räumlich-organisatorischen Bedingungen für die Besonderheiten von Isolierstationen. Die Differenzierung erlaubte eine individuelle, DRG-spezifische Abbildung von isolierten COVID-19-Fällen. Während innerhalb der Basis-DRG A13 *Beatmung > 95 Stunden [...]* eine zwanzigtägige Komplexbehandlung für eine Höhergruppierung der Fälle nötig war, reichte hierfür in der Basis-DRG O60 *Vaginale Entbindung [...]* bereits eine fünftägige Komplexbehandlung aus (siehe Abbildung 12).

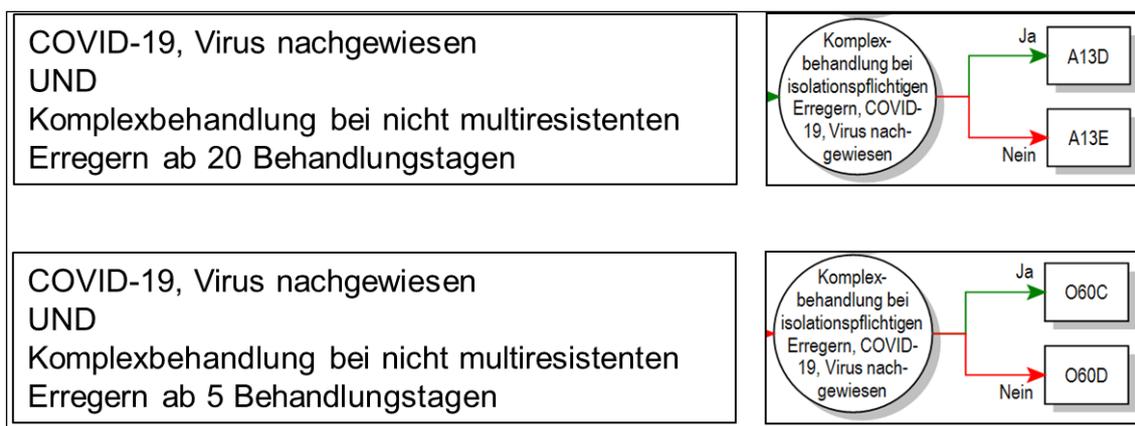


Abbildung 12: Beispiel für DRG-spezifische Abbildung von isolierten COVID-19-Fällen

Die Kombination der Nebendiagnose *COVID-19, Virus nachgewiesen* mit einem OPS-Code für Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern wurde in diversen Kombinationen und Ausprägungen an vielen Stellen im Algorithmus aufgewertet. Daneben wurden drei neue DRGs etabliert, wobei auch hier – spezifisch für die betreffende DRG – eine individuelle Abbildung der COVID-19-Fälle ermöglicht wurde:

- *E42K Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, mit Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern, COVID-19, Virus nachgewiesen*
- *F77K Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, COVID-19, Virus nachgewiesen*
- *I87K Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, COVID-19, Virus nachgewiesen*

Neben einer Isolierung der Patienten war auch eine intensivmedizinische Behandlung schwerer SARS-CoV-2-Verläufe mit vergleichsweise hohen Kosten verbunden. Neben langzeitbeatmeten Fällen waren hiervon sowohl operierte als auch konservativ behandelte Fälle betroffen. Ähnlich wie bei der Komplexbehandlung bei nicht multiresistenten Erregern stehen auch die Mindestmerkmale für die Verschlüsselung der Prozedurenkodes für intensivmedizinische Komplexbehandlung – je nach Codegruppe – für mehr oder weniger hohe personelle und apparative Anforderungen. Dieser geforderte Mehraufwand spiegelt sich zumeist in den Kostendaten der betroffenen Fälle wider. Es werden drei Arten intensivmedizinischer Komplexbehandlung unterschieden, die wiederum anhand von Aufwandspunkten jeweils mehrfach differenziert sind:

- Aufwendige Intensivmedizinische Komplexbehandlung
- Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter
- Intensivmedizinische Komplexbehandlung

Die Anzahl dieser Aufwandspunkte errechnet sich anhand verschiedener medizinischer Parameter über die Verweildauer auf der Intensivstation.

In einigen Basis-DRGs der Prä-MDC zeigten Fälle mit COVID-19 einen besonders hohen Aufwand. Da viele dieser Beatmungs-DRGs bereits anhand der Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung differenziert sind, konnten so aufwendige Verläufe bereits bei geringeren Punktwerten der intensivmedizinischen Komplexbehandlung der jeweils höchsten DRG zugeordnet werden. Dies wurde für das Jahr 2022

in der DRG A06A *Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung [...]* und in vergleichbarer Weise auch in der DRG A07A *Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte [...]* umgesetzt, womit letztlich eine Ausdifferenzierung auch „am oberen Ende des intensivmedizinischen Spektrums“ stattfand.

Wo es nötig war, wurden verschiedene Attribute zur genaueren Abgrenzung kombiniert. So muss beispielsweise zur Eingruppierung eines COVID-19-Patienten in die DRG B20A *Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation [...]* zusätzlich zu einer aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung auch eine Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern durchgeführt werden.

Jedoch deutet auch bei Fällen mit einem anderen Behandlungsanlass das Vorliegen einer (Neben-)Diagnose für Pneumonie auf einen vergleichsweise schweren Verlauf hin. Innerhalb der Basis-DRG B76 *Anfälle [...]* wurden individuelle Anpassungen vorgenommen, die Fälle mit COVID-19 und einer Pneumonie (außer in der unbewerteten DRG B76A) aufwerten und somit dem erhöhten Aufwand Rechnung tragen (siehe Abbildung 13).

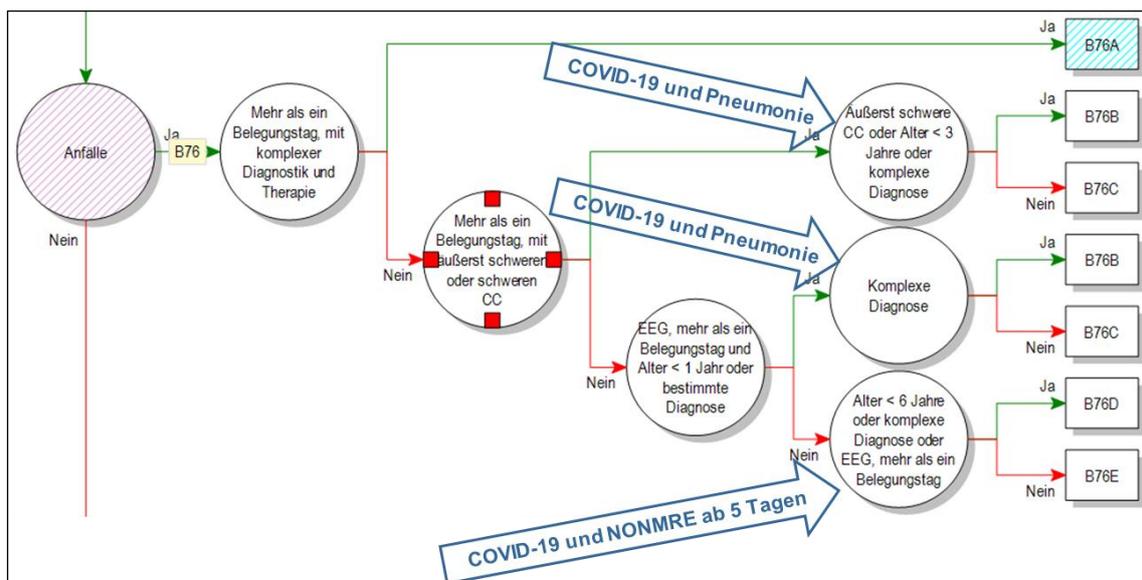


Abbildung 13: Beispiel spezifischer Aufwertungen von COVID-19-Fällen innerhalb der Basis-DRG B76

Um dem typischen ökonomischen Mehraufwand der Diagnose U07.1 *COVID-19, Virus nachgewiesen* Rechnung zu tragen, wurde diese im vergangenen Jahr für das aG-DRG-System 2021 mit dem CCL-Wert von 2 neu in die CCL-Matrix aufgenommen. Dies hatte sich an der Bewertung am ehesten vergleichbarer Diagnosekodes für Virus-pneumonie orientiert, da zu diesem Zeitpunkt noch keine Kostendaten vorlagen. Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung wurde nun eine kostenorientierte Überprüfung und Anpassung dieser Bewertung der Diagnose vorgenommen. Dabei kam es zu einer Neubewertung der Diagnose U07.1 in insgesamt 49 Basis-DRGs, wobei einer Aufwertung um +1 in 42 Basis-DRGs, in denen die Diagnose mit höheren Kosten verbunden ist, eine Abwertung um -1 in 7 Basis-DRGs, in denen sie einen geringeren Mehraufwand begründet, gegenüberstand.

Da es sich bei der Diagnose U07.1 *COVID-19, Virus nachgewiesen* um eine sekundäre Schlüsselnummer handelt, ist als Hauptdiagnose ein Kode zu wählen, „um das Vorliegen einer Pneumonie oder anderer Manifestationen oder von Kontaktanlässen anzugeben“. Etwa die Hälfte der COVID-19-Fälle des Jahres 2020 hatte die Hauptdiagnose J12.8 *Pneumonie durch sonstige Viren*; auch andere Pneumonien, Infektionen der oberen und unteren Atemwege oder Bronchitiden fanden sich vergleichsweise oft.

Eine derartige Kodierung resultiert zumeist in einer der spezifischen Basis-DRGs der MDCs 03 *Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses* oder MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane*:

- D63 *Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege [...]*
- E79 *Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane*
- E75 *Andere Krankheiten der Atmungsorgane [...]*
- E77 *Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane*
- E40 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung [...]*

Fälle mit einer Hauptdiagnose *Pneumonie* und einer SARS-CoV-2-Infektion waren in der MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* bereits differenziert abgebildet. Neben diesen typischen COVID-19-Fällen fanden sich in den Kalkulationsdaten aber auch atypische Konstellationen, z.B. Fälle mit den Hauptdiagnosen

- Z22.8 *Keimträger sonstiger Infektionskrankheiten*
- R53 *Unwohlsein und Ermüdung*
- Z03.8 *Beobachtung bei sonstigen Verdachtsfällen*

Aus dieser Kodierung resultierten DRGs der MDC 23 *Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens*. Da das DRG-System jedoch keinen Anreiz zur Wahl einer unspezifischen Hauptdiagnose setzen darf und auch um zukünftigen Kodierstreitigkeiten vorzubeugen, wurden Fälle mit COVID-19 und bestimmten unspezifischen Hauptdiagnosen aus der MDC 23 in die MDC 03 umgeleitet. Dort werden diese Konstellationen überwiegend der Basis-DRG D63 *Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege [...]* zugeordnet und sachgerecht vergütet.

Abbildung von COVID-19-Fällen im aG-DRG-System 2022

Insgesamt wurden an mehr als 100 Stellen des DRG-Algorithmus individuelle, COVID-19-spezifische Anpassungen vorgenommen und somit die Behandlung einer SARS-CoV-2-Infektion in 87 DRGs aufgewertet (siehe Tabelle A-6 im Anhang).

Darüber hinaus konnte über die Anpassung des CC-Wertes der Diagnose U07.1 *COVID-19, Virus nachgewiesen* die Abbildung dieser Fälle zusätzlich deutlich verbessert werden.

In der Gesamtbilanz wurde die Deckung der COVID-19-Fälle im Vergleich zur Deckung aller Fälle der jeweiligen DRG im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung um gut 2,6 Mio. Euro gesteigert (Kalkulationsdaten), sodass die COVID-19-Fälle insgesamt nun im Gesamtsystem (relativ) eine „Überdeckung“ zeigen. Das Erreichen einer ausgeglichenen Bilanz war deshalb nicht möglich, da man ansonsten COVID-19-Fälle, bei deren aktueller Eingruppierung die COVID-19-Diagnose keine Bedeutung hat, aktiv hätte abwerten müssen (z.B. in der DRG E79C *Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane [...]*).

Im Ergebnis konnte die Verteilung der Erlöse zwischen den DRGs (und damit zwischen den Leistungserbringern) deutlich verbessert und somit auf aktueller Datenbasis eine

sachgerechte Abbildung der COVID-19-Fälle erreicht werden. In Bezug auf die Krankenhäuser zeigte sich in der unterjährigen Datenlieferung 2021 kein gravierender Unterschied in der Verteilung der COVID-19-Fälle. Zusammenfassend ist festzustellen, dass die bereits für 2021 „heuristisch“ umgesetzten Verbesserungen der Abbildung von COVID-19 im Entgeltsystem weitgehend bestätigt wurden und mit der erstmaligen Verfügbarkeit von Fallkostendaten aus dem Pandemiezeitraum eine erhebliche weitere Verbesserung erzielt werden konnte. Nach den existierenden Daten liegt für die verschiedenen Ausprägungen der COVID-19-Erkrankung damit eine weitgehend sachgerechte Abbildung im aG-DRG-System vor.

3.3.2.2 Abdominalchirurgie

Leistungen der Abdominalchirurgie (Viszeralchirurgie) bei Krankheiten des Verdauungssystems sind im aG-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.

Ausgehend von externen Vorschlägen und internen Analysen konnte im Ergebnis für das aG-DRG-System 2022 im Bereich der Abbildung von Fällen der Abdominalchirurgie eine Vielzahl von Änderungen vorgenommen werden.

Die folgende Auflistung gibt eine orientierende Darstellung derjenigen Basis-DRGs, die im Zuge der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2022 hinsichtlich ihrer Definitionskriterien (Basis-DRG oder Splitbedingungen) verändert wurden:

- **G02** *Komplexe oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm [...]*
- **G03** *Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...]*
- **G10** *Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz*
- **G12** *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen*
- **G16** *Komplexe Rektumresektion [...]*
- **G18** *Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm [...]*
- **G19** *Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...]*
- **G21** *Komplexe Adhäsioolyse am Peritoneum [...]*
- **G37** *Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*
- **H01** *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 Jahre*
- **H05** *Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen*
- **H06** *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas*

Die einzelnen Umbauten im Bereich der Abdominalchirurgie sind nachfolgend beschrieben.

Eingriffe am Gastrointestinaltrakt

Bei der Fortführung der Analysen des Datenjahres 2019 zeigten sich Fälle der DRG G02B *Bestimmte komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm [...]* mit Prozeduren für Revision eines Dünndarm-Interponats oder einer Roux-Y-Anastomose nach Magenresektion, mit bestimmten Segmentresektionen des Jejunums und des Dickdarms sowie mit (Teil-)Resektionen des Duodenums oder Ileums mit geringeren Kosten verbunden. Diese werden zukünftig der DRG G02C *Andere komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm [...]* zugeordnet.

In der Basis-DRG G19 *Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...]* erfolgte ebenfalls eine den Kosten entsprechende Neuordnung von Fällen mit weniger aufwendigen Magenoperationen und bestimmten bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane von der DRG G19A *Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...]* mit komplizierender Konstellation [...] zur DRG G19B *Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...]* mit komplexem Eingriff. Ergänzend fand eine ähnliche Verschiebung von Fällen mit Revision nach Magenresektion und Naht an Blutgefäßen statt. Bei geringeren Kosten dieser Fälle erfolgte eine sachkostengerechte Eingruppierung in die DRG G19C *Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...]* ohne komplexen Eingriff. Außerdem werden Fälle aus der DRG G19C mit laparoskopischen Operationen mit Magenband ihren Kosten entsprechend der geringer vergüteten DRG G21B *Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum [...]* Alter > 15 Jahre zugeordnet (siehe Abbildung 14).

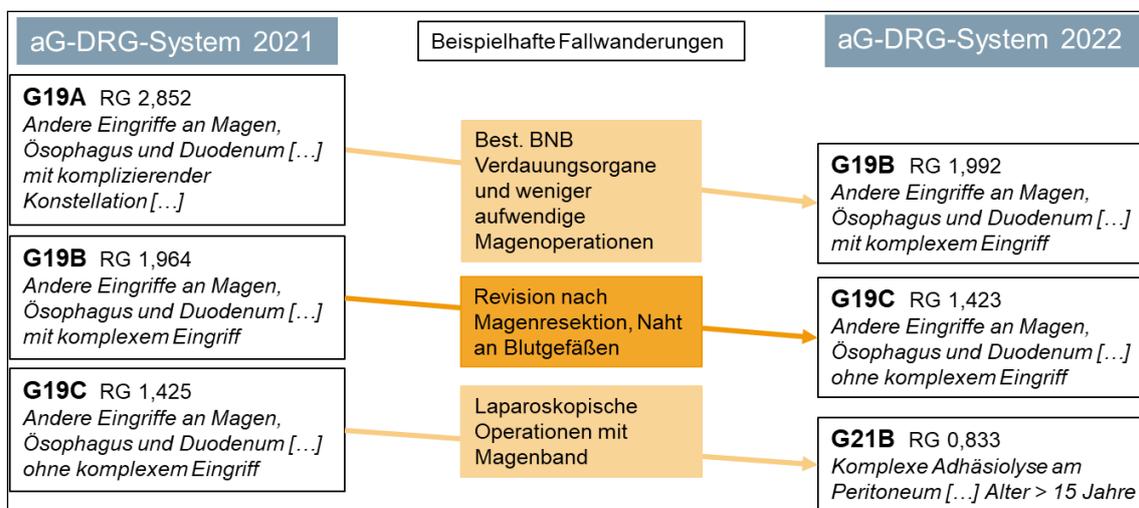


Abbildung 14: Umbau Basis-DRG G19

Zudem erfolgte für das aG-DRG-System 2022 eine den Kosten entsprechende Abwertung von Fällen mit partieller Splenektomie, Segmentresektion eines Lebersegments oder sonstiger laparoskopischer Operation an den Gallengängen aus der DRG G10Z *Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz*. Entsprechend erfolgte eine aufwandsgemäße Neuordnung zur DRG G21A *Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum [...]* Alter < 16 Jahre und zur Basis-DRG G12 *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen*.

Die DRG G37Z *Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* ist, wie auch die DRG L37Z *Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane*, anhand der Funktion *Multiviszeraleingriff* definiert. Für 2022 erfolgt die

kostengerechte Präzisierung der Funktion *Multiviszeraeingriff* für die MDC 06 und die MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane*, indem eine Abwertung von Fällen mit einer Lebersegmentresektion eines Segments und mit sonstigen anatomischen (typischen) Leberresektionen vorgenommen wird (siehe Abbildung 15). Der Logik der DRG-Kalkulation entsprechend ist damit eine Aufwertung der in der DRG G37Z verbleibenden Fälle verbunden, die häufig Extremkosten-Konstellationen darstellen.

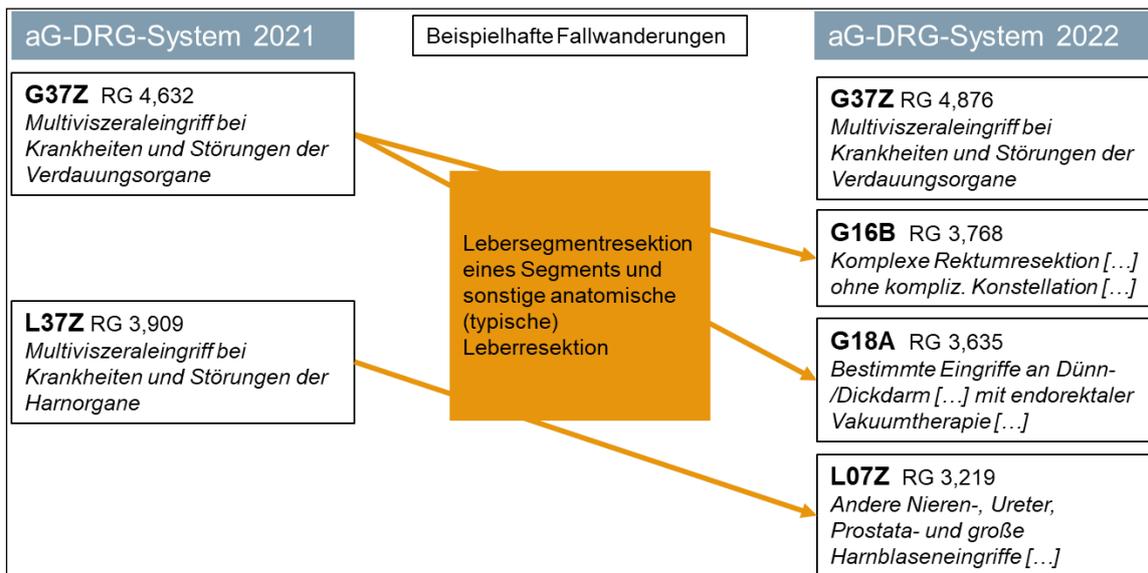


Abbildung 15: Präzisierung Funktion *Multiviszeraeingriff*

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 werden jedes Jahr hinsichtlich ihrer aufwandsgerechten Abbildung überprüft.

Innerhalb der Basis-DRG G12 wurden Fälle mit bestimmten Eingriffen an der Milz oder Stentimplantationen in viszerale Gefäße aus der DRG G12A *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur [...]* der DRG G12C *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit wenig komplexer OR-Prozedur [...]* und der DRG G12D *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe OR-Prozedur [...] mit bestimmtem Eingriff [...]* zugeordnet und somit abgewertet. Zusätzlich werden auch Fälle mit einer Prozedur für vaginale Enterozelenplastik aus der G12B *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur [...]* sachkostengerecht in der G12C abgebildet.

Außerdem erwiesen sich beispielsweise Fälle mit einer intraabdominalen Endosonographie oder einer extraperitonealen Drainage aus der DRG G12D als weniger aufwendig. Diese Leistungen werden zukünftig in die DRG G12E *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe OR-Prozedur [...] ohne bestimmten Eingriff [...]* eingruppiert (siehe Abbildung 16).

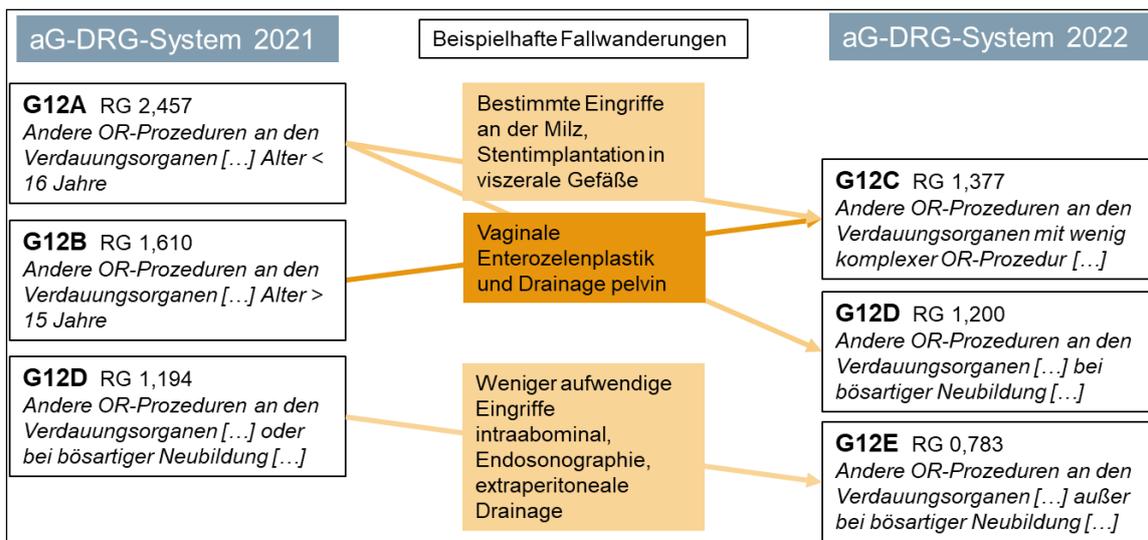


Abbildung 16: Umbau „Reste“-DRG G12

Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas

Bei der erweiterten diesjährigen Analyse der Daten des Jahres 2019 zeigten sich bestimmte Fälle der DRG H06A *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit aufwendigem Eingriff und bestimmten komplizierenden Faktoren* mit einer Prozedur für Implantation eines Katheterverweilsystems in den Bauchraum, Exzision von erkranktem Gewebe der Bauchwand, Debridement einer Faszie in der Bauchregion, offen chirurgischer abdominaler Exzision von retroperitonealem Gewebe oder Exploration der Bauchwand mit geringeren Kosten verbunden als andere Fälle dieser DRG. Diese Fälle werden ab 2022 aufwandsentsprechend der DRG H06B *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit bestimmtem Eingriff [...]* zugeordnet.

Eingriffe an Pankreas und Leber

Große Eingriffe an der Leber werden im aG-DRG-System der Basis-DRG H01 *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff [...]* zugeordnet, in Verbindung mit bestimmten Gefäßeingriffen sogar direkt der DRG H01A *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff [...], mit kompl. Eingriff oder [...]*. Bei den erweiterten Analysen des Jahres 2019 zeigten sich jedoch einige Verfahren nicht mehr mit höheren Kosten verbunden. Für das aG-DRG-System 2022 erfolgte dementsprechend die Neuuzuordnung von Behandlungsfällen mit Naht von Truncus coeliacus und A. hepatica von der DRG H01A zu den DRG H01B und H09A. Fälle mit Bisegmentektomie und Resektion sonstiger Segmentkombinationen an der Leber werden zukünftig vornehmlich der Basis-DRG H09 *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen und aufwendige Eingriffe am Dünndarm mit bestimmten komplizierenden Faktoren* zugeordnet (siehe Abbildung 17).

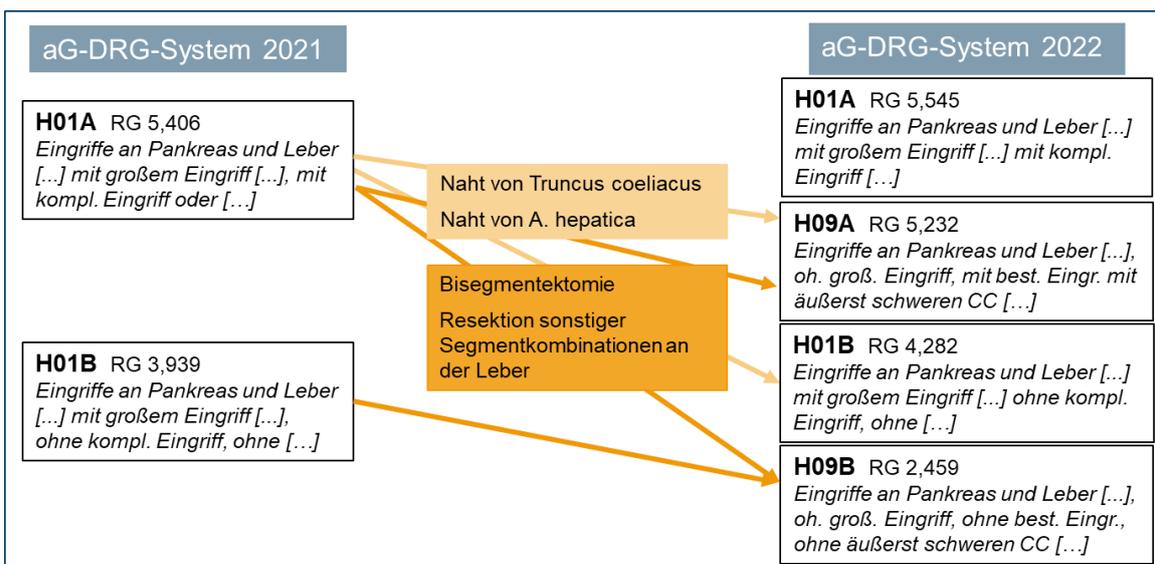


Abbildung 17: Ergebnis der Analysen der Basis-DRG H01 für das aG-DRG-System 2022

Mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen

Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung erfolgte auf Basis der Daten des Jahres 2019 eine Analyse von Fällen mit mäßig komplexen Eingriffen an Gallenblase und Gallenwegen. In der Basis-DRG H05Z *Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen* zeigten sich bestimmte Fälle mit niedrigeren Kosten verbunden als andere Fälle der DRG. Im aG-DRG-System 2022 werden den Analysen entsprechend Fälle mit Exzision eines Reststumpfes des Ductus cysticus der DRG H06B, Fälle mit sonstiger Dilatation an Sphincter Oddi und Papilla duodeni major der DRG H06C und Fälle mit laparoskopischer und offen chirurgischer Inzision des Ductus choledochus und Cholezystostomie mit Umsteigen von laparoskopisch zu offen chirurgisch aufwandsgerecht vornehmlich den Basis-DRGs H07, H08 und H12 zugeordnet.

3.3.2.3 Augenheilkunde

In die MDC 02 *Krankheiten und Störungen des Auges* werden Fälle mit einer Hauptdiagnose für Erkrankungen an den Augen eingruppiert, damit auch typische Eingriffe an den Augen. Bei der Analyse zur Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2022 fanden sich in mehreren MDCs Fälle mit Eingriffen am Auge, die andere Hauptdiagnosen aufwiesen. Davon abgesehen zeigten die Fälle aber keine Unterschiede zu den typischen Augeneingriffen in der MDC 02 und waren in ihren aktuellen DRGs kostenauffällig. Eine einheitliche und kostengerechte Abbildung dieser Fälle war geboten und für 2022 in vielen Fällen möglich, was zudem zur Reduktion von Kodierkonflikten beiträgt.

In der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut [...]* fanden sich in relevanter Zahl z.B. Fälle mit der Hauptdiagnose *Neubildung unsicherer oder unbekannter Verhaltens: Haut* (D48.5) und einem Eingriff am Auge oder Fälle mit Eingriffen am Augenlid, die weder hinsichtlich der weiteren Diagnosen und Prozeduren noch der Kosten Unterschiede zu Fällen mit „typischen“ Hauptdiagnosen für die MDC 02 zeigten, in den „Herkunfts“-DRGs jedoch kostenauffällig waren. Für 2022 wurden diese Fälle in die

MDC 02 umgeleitet und damit sachgerecht in den differenzierten Fallpauschalen der Augenheilkunde abgebildet.

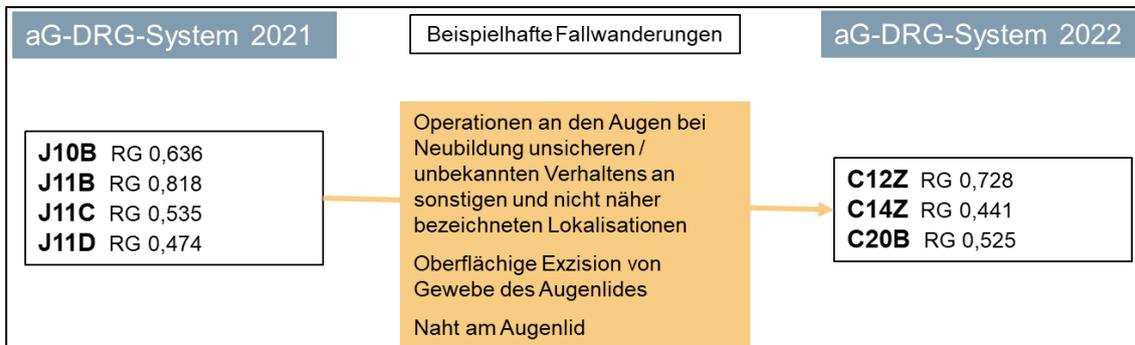


Abbildung 18: Umleitung aus der MDC 09 in die MDC 02 – beispielhafte Fallwanderungen

In der MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* fanden sich ebenfalls Fälle mit Operationen am Auge. Hier war meist nicht die Augenerkrankung kodiert, sondern die zugrunde liegende Stoffwechselerkrankung wie z.B. die *Hyperthyreose mit diffuser Struma* (E05.0). Auch hier war für die Fälle z.B. mit Eingriff an der Orbita oder am Augenlid eine sachgerechte Abbildung in der MDC 02 möglich. Die Wahl der Hauptdiagnose ist damit nicht mehr relevant für die Eingruppierung solcher aufwandsähnlichen Fälle.

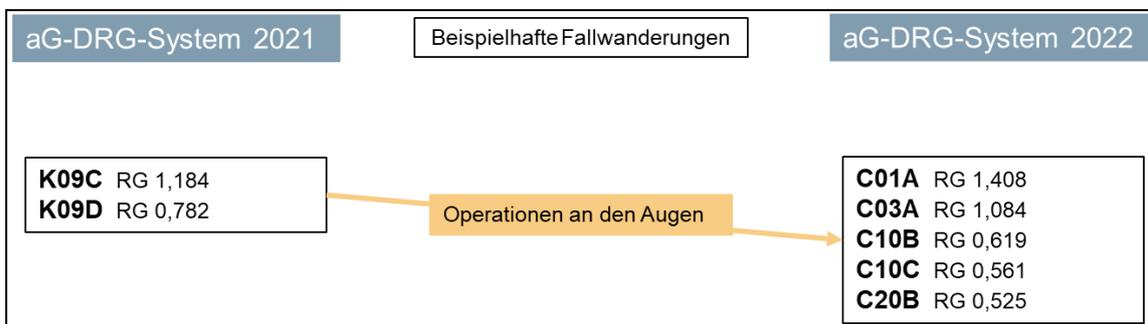


Abbildung 19: Umleitung aus der MDC 10 in die MDC 02 – beispielhafte Fallwanderungen

Auch in der MDC 17 *Hämatologische und solide Neubildungen* fielen bestimmte Fälle mit einer Hauptdiagnose für bestimmte hämatologische und solide Neubildungen und Eingriff am Auge auf. Deren zukünftige Abbildung in der MDC 02 wie auch die konsequente Aufwertung der onkologischen Basis-DRG R13 *Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur [...]* durch Herausnahme weniger aufwendiger Fälle ist sachgerecht.

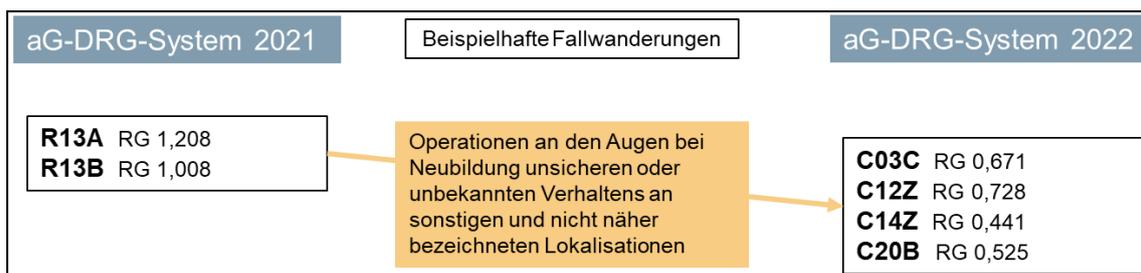


Abbildung 20: Umleitung aus der MDC 17 in die MDC 02 – beispielhafte Fallwanderungen

In der MDC 24 *Sonstige DRGs* wurde bereits in den Vorjahren eine Umleitung in die MDC 02 für bestimmte Fälle mit Augenoperationen etabliert. Bei entsprechenden Kosten wurden in diesem Jahr weitere Prozeduren in dieser Umleitung ergänzt, wie z.B. die *Biopsie am Augenlid ohne Inzision* oder die *Biopsie am Augenlid durch Inzision*, sodass betroffene Fälle zukünftig in der MDC 02 abgebildet werden.

Die in der Tendenz in den letzten Jahren immer stärkere Hauptdiagnosen-unabhängige Eingruppierung von Fällen mit Augeneingriffen führt im Ergebnis auch zu einer relevanten Verminderung möglicher Abrechnungskonflikte, da bei inhaltlich und ökonomisch ähnlichen Fällen die Wahl der Hauptdiagnose nicht mehr erlösrelevant ist und somit als möglicher Inhalt von Kodierstreitigkeiten entfällt.

In der Basis-DRG C03 *Eingriffe an der Retina [...]* sind Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie oder Entfernung des Augapfels mit gleichzeitiger Einführung eines Implantats oder Enukleationen und Eingriffe an der Orbita abgebildet. Fälle mit Operation zur *Fixation der Netzhaut durch schwere Flüssigkeiten* zeigten sich mit niedrigeren Kosten verbunden und wurden aus der DRG C03A in die DRG C03B abgewertet.

Fälle mit bestimmten Prozeduren für Pars-plana-Vitrektomie mit Entfernung netzhaut-abhebender Membranen werden zukünftig kostenentsprechend anstatt in der DRG C03B in der DRG C03C abgebildet.

Fälle mit Eingriffen bei Glaukom sind überwiegend in den Basis-DRGs C06 *Komplexe Eingriffe bei Glaukom* und C07 *Andere Eingriffe bei Glaukom* abgebildet. Nach Analyse wurden Fälle mit der Prozedur für *Senkung des Augeninnendruckes durch nicht filtrierende Operationen: Viskokanalostomie* sowie für *Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen: Trabekulotomie* aufwandsentsprechend aus der DRG C06Z in die DRG C07A verschoben. Fälle mit *Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare* wurden bei niedrigeren Kosten aus der DRG C07A *Andere Eingriffe bei Glaukom mit [...]* bestimmten Eingriffen bei Glaukom [...] in die DRG C07B *Andere Eingriffe bei Glaukom [...]* ohne bestimmte Eingriffe bei Glaukom [...] abgewertet.

In der Basis-DRG C20 *Eingriffe an Kornea, Sklera [...]* sind Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse abgebildet. Fälle mit beidseitigem Eingriff an Augen wie z.B. die *Therapeutische Sondierung der Tränenwege* zeigten sich mit niedrigeren Kosten verbunden und werden zukünftig anstatt in die DRG C20A in die DRGs C13Z *Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen* und C20B eingruppiert. Fälle mit weniger aufwendigem Eingriff an den Augen wie z.B. die *superfizielle Keratektomie* wurden kostenentsprechend aus der Basis-DRG C20 in die DRG C14Z *Andere Eingriffe am Auge* verschoben.

Bei niedrigeren Kosten wurden Fälle mit Orbitotomie über lateralen transossären Zugang aus der DRG C02Z *Enukleationen und Eingriffe an der Orbita [...]* in die DRG

C01A *Komplexer Eingriff bei penetrierenden Augenverletzungen oder bestimmte Orbitotomie* abgewertet.

In der DRG C61Z *Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges* fanden sich Fälle mit Hauptdiagnose *Optikusatrophie*, die sowohl hinsichtlich weiterer Diagnosen und Prozeduren als auch der Kosten Fällen der DRG C64Z *Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides* sehr ähnlich waren. Für 2022 wurden diese Fälle aus der DRG C61Z in die DRG C64Z verschoben und damit sachgerecht abgebildet.

3.3.2.4 Diabetisches Fußsyndrom

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

Einem Hinweis im Vorschlagsverfahren folgend wurde die Abbildung von Fällen mit diabetischem Fußsyndrom oder sonstigen näher bezeichneten Komplikationen bei Diabetes mellitus in der Basis-DRG F27 analysiert. Besonderes Augenmerk lag dabei auf Fällen mit entzündlichen Begleiterkrankungen, z.B. Osteomyelitis oder Phlegmone oder bestimmten Osteosyntheseverfahren, z.B. Anlage eines Ringfixateurs. Diese Fälle seien häufig mit einer sehr hohen Verweildauer verbunden und in der Basis-DRG F27 nicht sachgerecht abgebildet.

Für das aG-DRG-System 2022 konnte die Abbildung von Fällen mit einem diabetischen Fußsyndrom innerhalb der Basis-DRG F27 dahingehend verbessert werden, dass Fälle mit einem Verfahren zur Osteosynthese durch Ringfixateur bzw. einer entsprechenden Revision an bestimmten Lokalisationen der DRG F27A zugeordnet wurden (vgl. Abbildung 21).

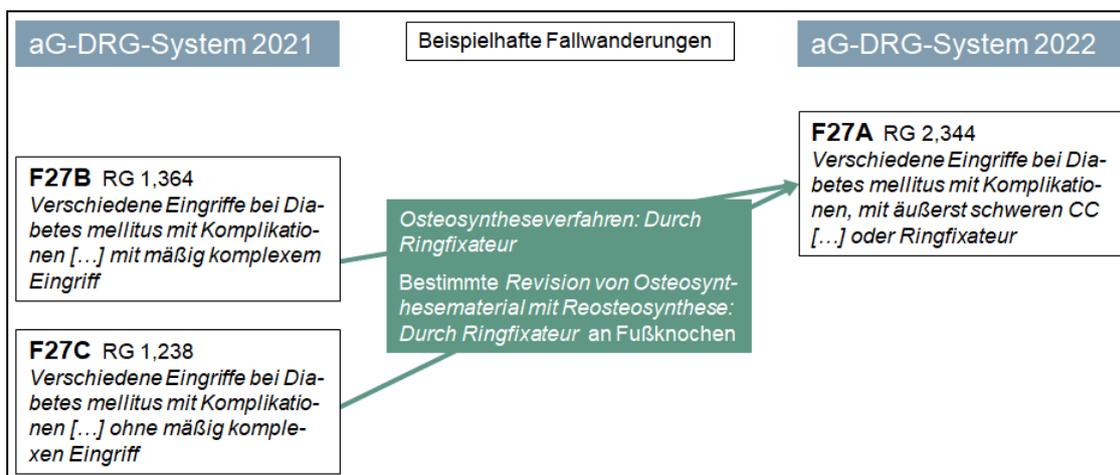


Abbildung 21: Aufwertung von Fällen innerhalb der Basis-DRG F27

Ein anderer Hinweis betraf eine abweichende Eingruppierung von Fällen der MDC 05 mit einer Amputation an der unteren Extremität / dem Fuß bei unterschiedlichen Hauptdiagnosen: So würde ein Fall mit bestimmten Amputationen bei einer Diagnose für pAVK mit Gangrän vornehmlich der DRG F13A zugeordnet, wohingegen Fälle mit einer Diagnose für diabetisches Fußsyndrom und entsprechenden Verfahren zur Amputation vornehmlich der schlechter bewerteten DRG F27A zugeordnet würden.

In den Analysen bestätigten sich die hohen Kosten von Fällen mit bestimmten Amputationen unabhängig von der Hauptdiagnose, sodass für 2022 eine Zuordnung von Fällen mit diesen Verfahren zur Basis-DRG F13 und damit einer Aufwertung entsprechender Fälle bei Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen zur DRG F13A erfolgte. Entsprechend den oben aufgeführten Umleitungen aus der MDC 10 sind von dieser Änderung auch Fälle der MDC 10 betroffen (vgl. Abbildung 22).

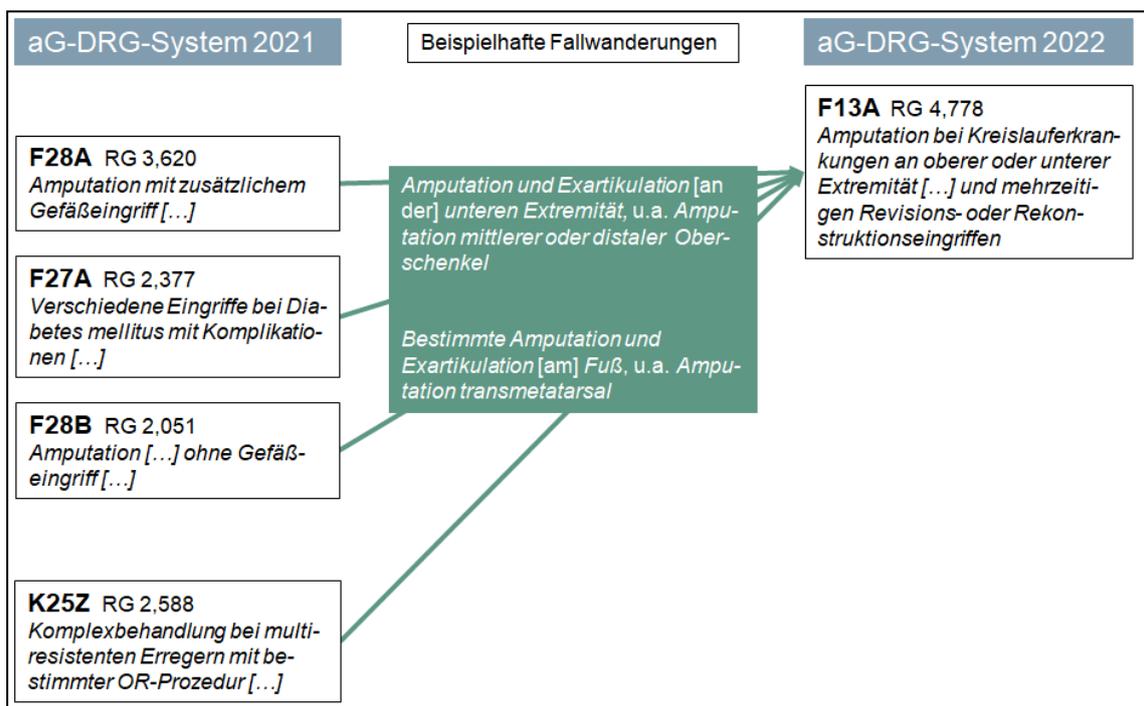


Abbildung 22: Neuzuordnung zur DRG F13A

3.3.2.5 Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma

In der Basis-DRG J08 *Bestimmte Hauttransplantation oder Debridement [...]* finden sich im aG-DRG-System 2021 hauptsächlich Fälle mit verschiedenen Hauttransplantationen und Debridement. Jedoch zeigten sich in der DRG J08A kleinere Eingriffe wie *Inzision (Osteotomie), lokaler Exzision, Destruktion oder partieller Resektion an einem Gesichtsschädelknochen* oder *Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie* an Kopf und Hals oder an sonstiger Lokalisation mit geringeren Kosten verbunden. Durch Präzisierung der Bedingung der DRG J08A *Bestimmte Hauttransplantation oder Debridement mit Eingriff an Kopf und Hals [...]* wurden diese Fälle aufwandsentsprechend der DRG J08B *Bestimmte Hauttransplantation oder Debridement ohne Eingriff an Kopf und Hals [...]* zugeordnet.

Im Jahr 2020 wurde vom Schlichtungsausschuss zu der strittigen Kodierempfehlung 430 eine Entscheidung getroffen. Bei einer Patientin mit Zustand nach Ablatio mammae wegen Mammakarzinom mit Mammaprothese, der aufgrund einer fehlerhaft hergestellten Mammaprothese geraten wird, das Implantat vorsorglich entfernen zu lassen, soll

der Kode Z40.8 *Sonstige prophylaktische Operation* als Hauptdiagnose angegeben werden. Diese Fälle mit prophylaktischer Operation an der Mamma, die zuvor in die MDC 23 *Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens* eingruppiert wurden, werden zukünftig differenzierter in der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* abgebildet. Im aG-DRG-System 2022 werden somit Fälle mit einer Hauptdiagnose für *sonstige prophylaktische Operation, bösartige Neubildung der Genitalorgane in der Familienanamnese oder prophylaktische Operation an sonstigen Organen wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartiger Neubildung*, die eine Prozedur für eine Operation an der Mamma erhalten, in der MDC 09 sachgerecht abgebildet (siehe Abbildung 23).

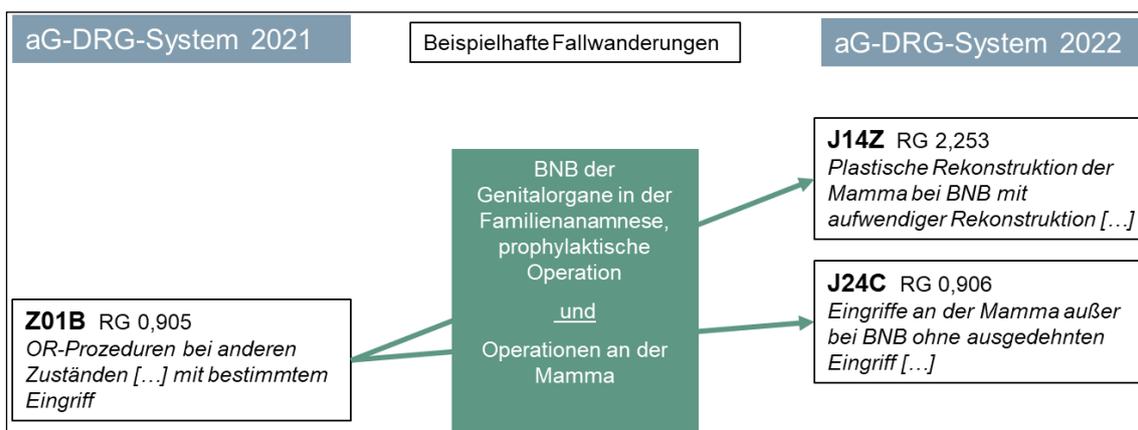


Abbildung 23: Umleitung aus der MDC 23 in die MDC 09

3.3.2.6 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen

Eine deutliche Fallzahlzunahme in den letzten Jahren ermöglichte bereits für das aG-DRG-System 2021 eine Ausdifferenzierung der adipositaschirurgischen Basis-DRGs K04 *Große Eingriffe bei Adipositas* und K07 *Andere Eingriffe bei Adipositas*, indem innerhalb der Basis-DRG eine neue DRG K07A etabliert wurde. Aufgrund von Rückmeldungen sowie Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren für das Jahr 2022 wurden diese bereits für das Jahr 2021 vorgenommenen Veränderungen erneut kritisch geprüft, insbesondere die Abbildung der Prozedur *Laparoskopische Gastroenterostomie ohne Magenresektion [Bypassverfahren] mit Staplernaht oder Transsektion (bei Adipositas), mit Gastrojejunostomie analog Billroth II (5-445.51)*, die ab 2021 in die DRG K07A eingruppiert wird, und der *laparoskopischen Gastroenterostomie ohne Magenresektion [Bypassverfahren]: Mit Staplernaht oder Transsektion (bei Adipositas), mit Gastrojejunostomie durch Roux-Y-Anastomose (5-445.41)*, die hingegen der höher bewerteten DRG K04Z zugeordnet ist. Die für 2021 vorgenommenen Veränderungen wurden auch bei erneuter Analyse bestätigt, sodass diesbezüglich die Differenzierung der DRGs für die Adipositaschirurgie unverändert blieb.

Für das aG-DRG-System 2022 wurden eher einige Detailveränderungen umgesetzt: Bestimmte plastische Eingriffe, wie beispielhaft in Abbildung 24 dargestellt, sind neu kostenentsprechend statt der DRG K07A der DRG K07B zugeordnet. Ebenfalls bei geringeren Kosten und zur Vermeidung von Fehlanreizen zur unspezifischen Kodierung wurde die Prozedur *Laparoskopische lokale Exzision von erkranktem Gewebe des Magens* aus der DRG K04Z *Große Eingriffe bei Adipositas* in die DRG K07A *Andere Eingriffe [...]* verschoben.

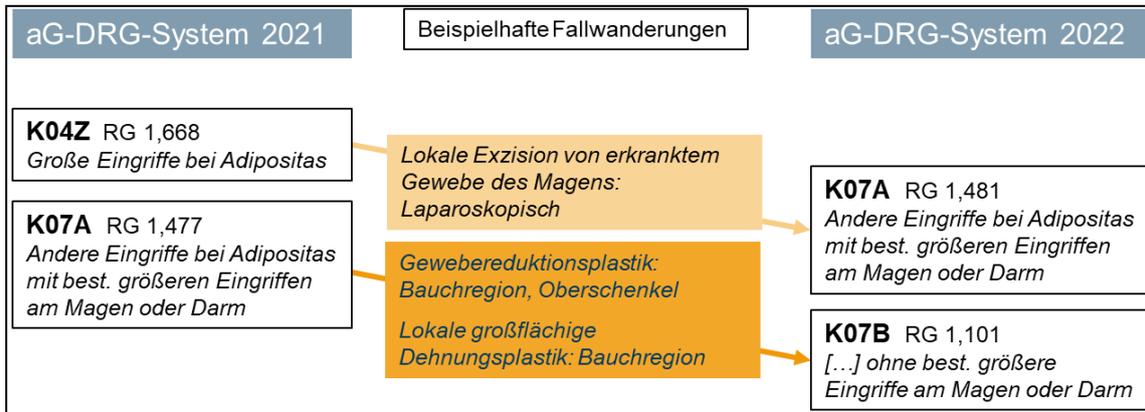


Abbildung 24: Eingriffe bei Adipositas

Die 4-fach gesplittete Basis-DRG K09 beinhaltet eine Vielzahl operativer Eingriffe verschiedener Fachrichtungen, z.B. an endokrinen Organen, Blutgefäßen, Lymph-knoten, Augen und anderen Organen. Bei Analysen zeigten sich verschiedene Gruppen von Eingriffen mit auffälligen Kosten verbunden, die für das aG-DRG-System 2022 innerhalb der MDC 10 *Stoffwechselerkrankungen*, aber auch zum Teil MDC-übergreifend (Eingriffe an den Augen) sachgerecht neu zugeordnet werden konnten. Diese Neuordnungen sind beispielhaft in den Abbildungen 25 und 26 dargestellt. Zur veränderten Abbildung der Eingriffe an den Augen siehe auch Kapitel 3.3.2.3.

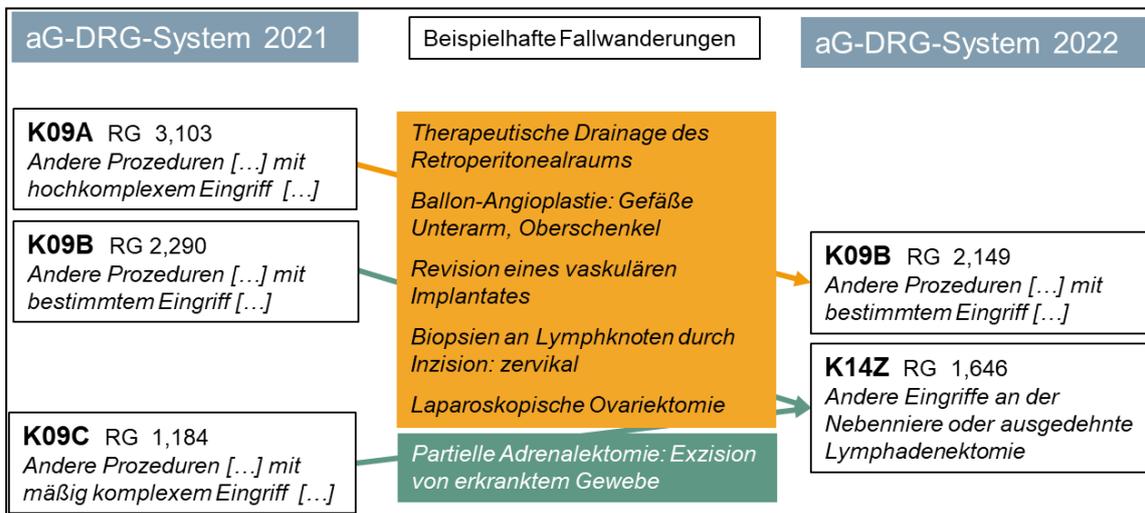


Abbildung 25: Neuordnungen in der Basis-DRG K09

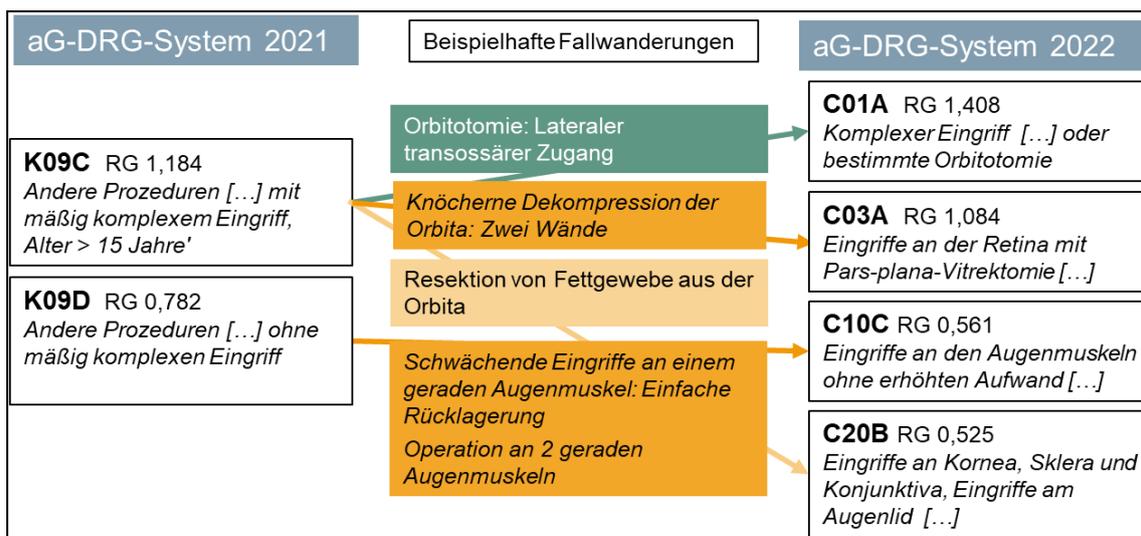


Abbildung 26: Veränderte Abbildung von Eingriffen an den Augen mit Umleitung in die MDC 02 – beispielhafte Fallwanderungen

In der DRG K33Z *Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren [...]* werden Fälle abgebildet, wenn bestimmte komplexe OR-Prozeduren, die typisch sind bei endokrinen Erkrankungen, oder bestimmte andere Eingriffe an zwei unterschiedlichen Tagen durchgeführt werden. In Analysen zeigten sich in der DRG K33Z im Vergleich zu den anderen Fällen der DRG Fälle mit z.B. *Rekonstruktion der Hirnhäute: Duraplastik, frontobasal, Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe der Hypophyse: Intrasektär, partiell* oder mit *Gastroenterostomie, vordere: Laparoskopisch* als mit deutlich geringeren Kosten verbunden. Fälle mit *Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe der Hypophyse* mit nachfolgend an einem anderen Tag durchgeführter Duraplastik waren jedoch teurer als die typische Ziel-DRG für Eingriffe an der Hypophyse *K03B Eingriffe an der Nebenniere bei BNB oder Eingriff an der Hypophyse [...]*. Daher wurden diese Fälle für das aG-DRG-System-2022 sachgerecht der DRG *K03A [...] oder bestimmte zweizeitige Eingriffe an der Hypophyse* 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 Ge-

samtvergütung u.a. auch die Bedeutung für die sachgerechte Finanzierung der Kosten- ausreißer 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.

Die pandemiebedingte begrenzte Nutzbarkeit der aktuellsten Kalkulationsdaten ließ jedoch nur eine eingeschränkte Analyse der Abbildung von Extremkostenfällen zu. Dennoch fanden sich auch auf Basis der Kalkulationsdaten des Jahres 2019 Extremkostenkonstellationen, die einer Korrektur bedurften. So wurde im Rahmen des Vorschlagsverfahrens erstmals in diesem Jahr darauf hingewiesen, dass Patienten mit hochkomplexen Tumoroperationen im HNO-Bereich mit längerer Nachbeatmung aktuell in der Basis-DRG A13 *Beatmung > 95 Stunden* unzureichend abgebildet seien. Die Analyse in den Daten des Jahres 2019 bestätigte eine relativ kleine Anzahl dieser Fälle, die jedoch mit einer erheblichen Untervergütung einhergingen. Letztlich konnte für diese hochspezialisierte Leistungserbringung auch auf Grundlage der Daten des Jahres 2019 eine deutliche Besserstellung dieser Extremkostenfälle ermöglicht werden.

3.3.2.8 Gastroenterologie

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

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. Vielfach stellen die Veränderungen die Fortsetzung oder Präzisierung von Umbauten der Vorjahre dar.

ERCP und bestimmte endoskopische Eingriffe

Im aG-DRG-System 2021 werden Behandlungsfälle der MDC 07 mit endoskopischer Sondierung oder Behandlung der Gallenwege oder des Pankreasgangs je nach Behandlungsaufwand in die fünffach 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 den DRGs H41D und H41E abgebildet.

Die sich fortsetzenden Analysen von Fällen der DRG H41D verdeutlichten, dass die endoskopische Dilatation der Gallengänge, das Einlegen oder der Wechsel einer selbstexpandierenden gecoverten Stent-Prothese oder die Steinentfernung am Pan-

kreasgang mit Körbchen oder Ballonkatheter mit geringeren Kosten verbunden war. Im aG-DRG-System 2022 werden die betroffenen Fälle der 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 (siehe Abbildung 27).

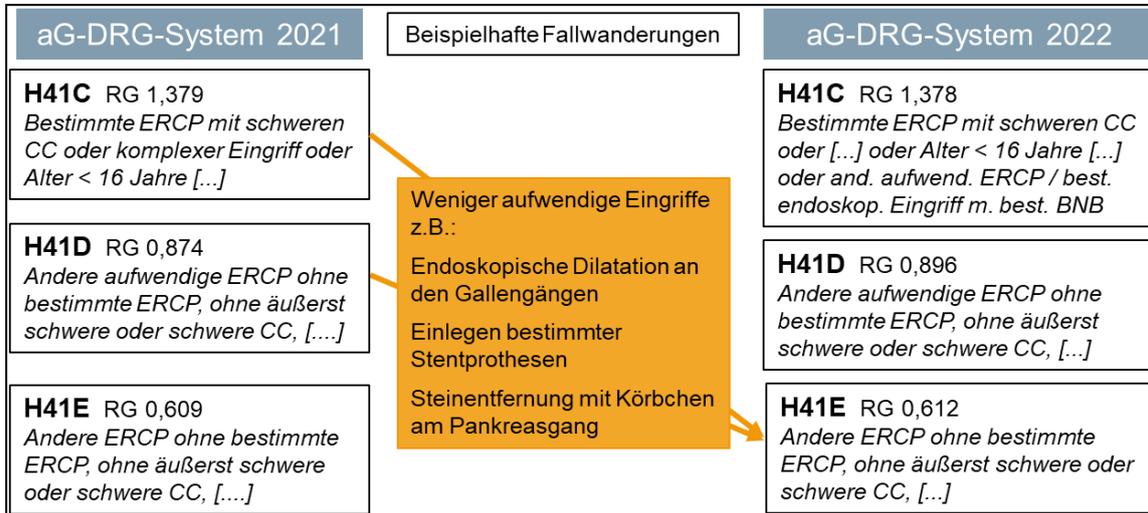


Abbildung 27: Basis-DRG H41 ERCP oder bestimmte endoskopische Eingriffe – Ergebnis der Weiterentwicklung für das aG-DRG-System 2022

Erkrankungen der Gallenwege

Konservativ behandelte Fälle mit einer Hauptdiagnose für Cholangitis, Perforation des Gallengangs, Fistel des Gallengangs oder einer biliären Zyste werden im aG-DRG-System 2021 der Basis-DRG H64Z *Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen* zugeordnet. Im Rahmen der diesjährigen Analysen zeigte sich, dass diese Fälle mit deutlich höheren Kosten verbunden waren als andere Fälle dieser Basis-DRG. Im aG-DRG-System 2022 werden die genannten Fälle der Basis-DRG H63 *Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose, bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden und bestimmte Erkrankungen der Gallenwege* zugeordnet und damit deutlich aufgewertet (siehe Abbildung 28).

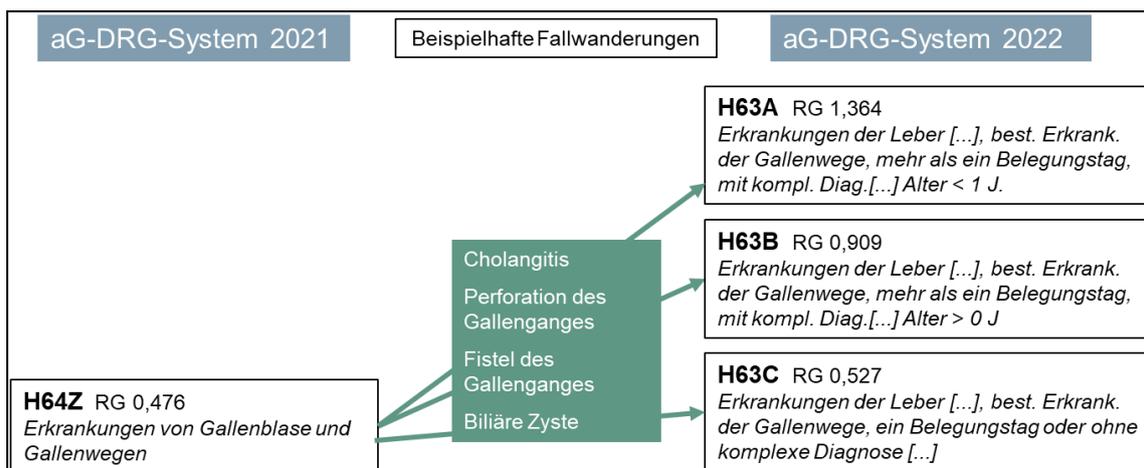


Abbildung 28: Ergebnis der Weiterentwicklung in den Basis-DRGs H64 und H63 für das aG-DRG-System 2022

Endoskopie in der MDC 06

Im Vorschlagsverfahren erreichten uns wieder zahlreiche Hinweise zur Abbildung endoskopischer Leistungen in der MDC 06. Thematisiert wurde dabei erneut die Abbildung von Fällen mit einer Hauptdiagnose für eine bösartige Neubildung der Verdauungsorgane in der Basis-DRG G60 *Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane* und mit aufwendigen therapeutischen Koloskopien. Es wurde seinerzeit das Problem beschrieben, dass diese nach Herausnahme der Pflegepersonalkosten nicht mehr sachgerecht vergütet seien. Die Verweildauer dieser Fälle sei in der Regel kürzer als die mittlere Verweildauer der DRG. Die hohen Endoskopiekosten seien zuvor durch die Mischkalkulation in der DRG gerade noch sachgerecht vergütet gewesen. Die letztjährigen Analysen konnten dies bestätigen, woraufhin für 2021 die Eingruppierung von Fällen mit bösartiger Neubildung (BNB) für bestimmte Konstellationen in den Basis-DRGs G47 *Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe* und G48 *Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC [...]* angepasst wurde. Diese Änderungen hätten laut Fachgesellschaft allerdings nur geringe Verbesserungen bewirkt, da nur ein kleiner Prozentsatz von Fällen aufgewertet worden sei. Für 2022 wurde ein leicht modifizierter Vorschlag zur Verbesserung der Abbildung von Fällen der Basis-DRG G60 mit bestimmten Eingriffen an Darm und Rektum wie z.B. einer Blutstillung, Dilatation/Bougierung oder einer Stenteinlage eingebracht. Die durchgeführten Analysen führten zu einer Aufnahme der Prozeduren für die endoskopische Einlage oder den Wechsel einer Prothese am Rektum in die Basis-DRG G47. Dadurch wurden Fälle von der DRG G60B in die DRG G47B [...], *Alter > 15 Jahre, ohne endoskopische submukosale Dissektion am Dickdarm oder mehr als ein Belegungstag* aufgewertet. Ein Teilaspekt des Vorschlags bestand in der Schaffung einer neuen DRG innerhalb der Basis-DRG G60 für die beschriebenen Fälle, was aber aufgrund der Tatsache, dass nur ca. 5% der Fälle der DRG G60B [...], *ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung* davon betroffen gewesen wären, nicht umgesetzt werden konnte.

Im Vorschlagsverfahren wurde darüber hinaus angeregt, die Abbildung von Kindern mit einer diagnostischen Ileo-Koloskopie zu untersuchen. Es wurde diesbezüglich erläutert, dass derartige Untersuchungen bei Kindern zum einen zeitaufwendiger als bei Erwachsenen seien und zum anderen höhere Vorhaltekosten durch eine teilweise eigene Infrastruktur in der Kinderklinik entstehen. Die betroffenen Fälle würden überwiegend der

Basis-DRG G67 *Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane [...]* und dort der DRG G67C [...] *ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC* zugeordnet. Es wurde demzufolge vorgeschlagen, eine Aufwertung dieser Fälle innerhalb der Basis-DRG G67 in die jeweils nächsthöhere DRG vorzunehmen. Die Analyse der Prozeduren für diagnostische Koloskopien (OPS 1-650) wurde in Abhängigkeit vom Alter vorgenommen. Umgesetzt wurde eine Aufwertung von Fällen der DRGs G67B [...] *mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC* und G67C mit partieller oder totaler Koloskopie in Verbindung mit einem Alter unter 16 Jahren in die DRG G67A, da sich gezeigt hat, dass Fälle der DRG G67C auch bei einer Aufwertung in die DRG G67B weiterhin nicht sachgerecht vergütet wären. Die Umsetzung dieses Vorschlags ging somit sogar zum Teil über den vorgeschlagenen Umfang hinaus.

Aufgrund eigener Analysen wurde die Abbildung einer sonstigen lokalen Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarms durch sonstigen Zugang angepasst. Diese Leistung wird zukünftig als „andere“ und nicht mehr als „komplexe therapeutische“ Gastroskopie in den Basis-DRGs G46, G47, G50 und G67 gewertet, auch um einen möglichen Anreiz zur unspezifischen Kodierung zu vermeiden.

Funktion Komplizierende Konstellationen in MDC 06 und MDC 07

Logische Definitionen und Ausdrücke, die an mehreren Stellen des G-DRG-Gruppierungsalgorithmus vorkommen, werden typischerweise in (globalen) „Funktionen“ zusammengefasst. Funktionen beinhalten Prozeduren und ggf. Diagnosen, die in unterschiedlichen Behandlungszusammenhängen jeweils einen höheren Ressourcenverbrauch bedingen. Ein Vorteil liegt in der Vereinfachung der logischen Ausdrücke in den Definitionen der DRGs. Wenn die Logik globaler Funktionen z.B. in manchen MDCs nicht optimal „passt“, ist ggf. die Etablierung modifizierter Funktionen erforderlich. Eine im G-DRG-System häufig genutzte Klasse von Funktionen sind die „Komplizierenden Konstellationen“ (KK). Die „Komplizierenden Konstellationen“ sind ein adäquates Mittel zur Berücksichtigung der individuellen Erkrankungsschwere an Stellen im G-DRG-Algorithmus, an denen einzelne Prozeduren und Nebendiagnosen die Unterschiede nicht mehr beschreiben können. Diese Funktionen stellen zudem ein wichtiges Instrument zur sachgerechteren Vergütung von Extremkostenfällen dar. Als „Komplizierende Konstellationen“ zählen z.B. Dialyse und vergleichbare Verfahren, Gabe von Blutprodukten und Plasma, Chemotherapie, Strahlentherapie, schwerste Gerinnungsstörungen und weitere Prozeduren und Diagnosen.

Die Analyse von Fällen der Basis-DRG H78Z *Bestimmte Komplizierende Konstellation bei best. Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* zeigte, dass folgende Codegruppen im Vergleich zu anderen mit geringeren Kosten assoziiert waren: Transfusion einer geringen Anzahl von Erythrozytenkonzentraten oder einer geringen Anzahl normalem Plasma und bestimmte kontinuierliche Hämofiltrationen, Hämodialysen und Peritonealdialysen. Im Ergebnis erfolgte für das aG-DRG-System 2022 die Etablierung einer um die genannten Faktoren reduzierten neuen Funktion „Komplizierende Konstellationen H78“.

In der MDC 06 zeigte sich in der Basis-DRG G40 *Komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* analog zur Basis-DRG H78, dass bestimmte Leistungen wie die Transfusion einer geringen Anzahl bestimmter Thrombozytenkonzentrate, die Transfusion von unter 11 Einheiten kryodepletiertes Plasma und bestimmte kontinuierliche Hämofiltrationen, Hämodiafiltrationen und Hämodialysen mit geringeren Kosten verbunden waren. Diese Prozeduren wurden aus der schon bestehenden Funktion „Komplizierende Konstellati-

onen G40“, welche die DRG G40A *Bestimmte komplizierende Konstellation [...]* definiert, gestrichen und die Fälle damit überwiegend in die DRG G40B *Andere komplizierende Konstellation [...]* aufwandsgerecht eingruppiert.

Weitere Änderungen MDC06

Hinsichtlich der Abbildung von Diagnosen erreichten uns im Vorschlagsverfahren Hinweise zu Fällen mit einer Angiodysplasie des Kolons mit Blutung (ICD-10-GM K55.22). Bei einem Großteil der Fälle werde eine koloskopische Intervention zur Blutstillung vorgenommen. Die meisten Fälle würden aber in die DRG G67B eingruppiert, wo sie nicht sachgerecht vergütet seien. Es sollte daher die Abbildung von Verfahren zur koloskopischen Blutstillung bei dieser Diagnose überprüft werden. Im Ergebnis werden Fälle mit der Hauptdiagnose K55.22 und bestimmter koloskopischer Blutstillung wie z.B. Elektrokoagulation oder Clippen ab 2022 der DRG G67A zugeordnet und damit aufgewertet. Zusätzlich wirkt die Diagnose K55.22 zukünftig als komplizierende Diagnose in der Basis-DRG G48, wodurch weitere aufwendige Fälle u.a. aus konservativen DRGs der MDC 06 – wie in der folgenden Abbildung 29 dargestellt – aufgewertet wurden:

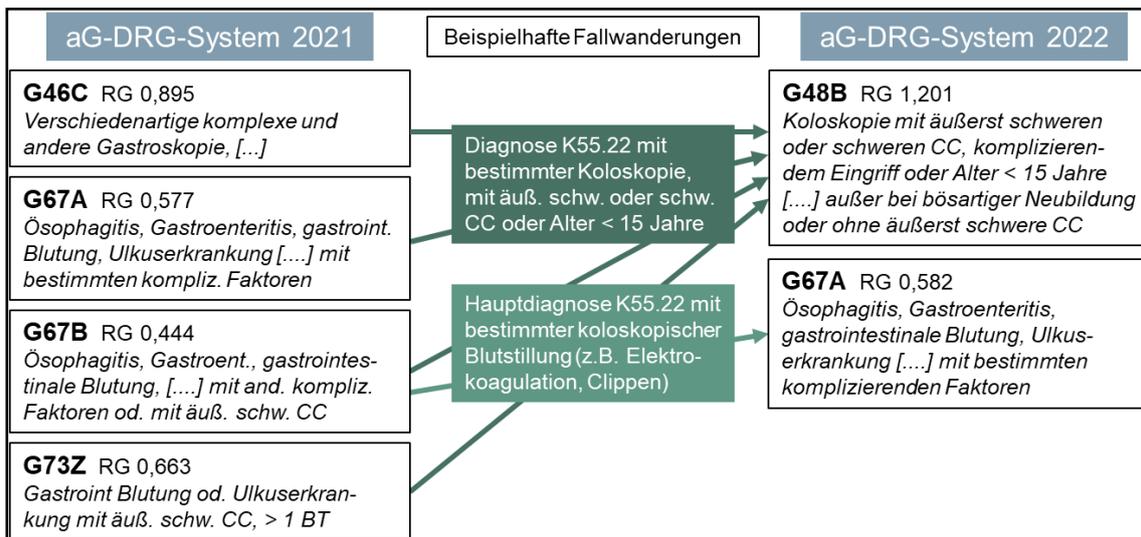


Abbildung 29: Aufwertung von Fällen mit der Diagnose K55.22 für das aG-DRG-System 2022 – beispielhafte Fallwanderungen

Darüber hinaus wurde die Abbildung von Fällen mit einem Mammakarzinom (ICD-10-GM C50.-) in der Basis-DRG G67 untersucht. Diese Diagnosen werden zukünftig aufgrund fehlender Mehrkosten nicht mehr als komplizierende Nebendiagnose in der Basis-DRG G67 gewertet. Dadurch wurden entsprechende Fälle der DRG G67A in die DRGs G67B und G67C verschoben.

3.3.2.9 Gefäßchirurgie und -interventionen / Angiologie

Neben der Behandlung von kardiologischen Erkrankungen wird auch die operative, interventionelle oder konservative Behandlung von Erkrankungen der Blutgefäße in der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* abgebildet.

Für das aG-DRG-System 2022 ergaben sich nur wenige Änderungen für diese Fachbereiche. Betroffen waren vor allem die beiden Basis-DRGs F59 *Mäßig komplexe Gefäß-*

eingriffe und F21 *Andere OR-Prozeduren bei Kreislaufkrankungen* der operativen Partition.

Operative Partition

Die Basis-DRG F59 *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe* ist eine sechsfach differenzierte DRG, in der Fälle mit eher kleineren Gefäßeingriffen und Interventionen an peripheren Gefäßen abgebildet werden.

Bis 2020 wurden dort auch Fälle, die hinsichtlich Diagnosen, Kosten und weiteren Prozeduren, vor allem bei bestimmten perkutan-transluminalen koronaren Eingriffen (PTCA) eher kardiologisch anmuteten, durch unspezifisch kodierte Leistungen wie z.B. eine *intraarterielle Spasmolyse an sonstigen Gefäßen* eingruppiert. Für das aG-DRG-System 2021 wurden diese Leistungen in Kombination mit einer PTCA aus der Basis-DRG F59 ausgeschlossen und aufwandsentsprechend einer „PTCA“-DRG zugeordnet (vor allem der DRG F58B *Perkutane Koronarangioplastie [...], ohne äußerst schwere CC*).

Im Vorschlagsverfahren für das aG-DRG-System 2022 wurde beschrieben, dass in Verbindung mit einer *intraarteriellen Spasmolyse* weiterhin eine Reihe von Fällen, die eher kardiologischen DRGs zuzuordnen wären, in die Basis-DRG F59 eingruppiert würde. Kennzeichnend für diese Fälle wären Leistungen aus dem Bereich der invasiven kardiologischen Diagnostik. Bei den Analysen bestätigte sich dies. So zeigten sich die Fälle u.a. mit geringeren Kosten verbunden als die übrigen Fälle der jeweiligen DRG und wurden für das aG-DRG-System 2022 entsprechend aus der Basis-DRG F59 ausgeschlossen. Zukünftig werden diese Fälle aufwandsgerecht in die Basis-DRG F58 *Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff* eingruppiert.

In der DRG F59B zeigten sich Fälle mit der Behandlung einer Gefäßstenose / eines Gefäßverschlusses durch eine Rotationsthrombektomie an bestimmten Lokalisationen – vor allem an Arterien des Oberschenkels – kostenauffällig. Für das aG-DRG-System 2022 wurden diese Fälle bei einer Verweildauer von mehr als einem Tag kostenentsprechend der DRG F59C *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit aufwendigem Eingriff oder Mehrfacheingriff [...]* zugeordnet. Tagesfälle mit einem entsprechenden Verfahren verbleiben jedoch weiterhin in der DRG F59B *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit aufwendiger Gefäßintervention [...]*, da eine andere Eingruppierung der Fälle, vor allem aufgrund der hohen Sachkosten, nicht aufwandsgerecht wäre.

Die Basis-DRG F21 *Andere OR-Prozeduren bei Kreislaufkrankungen* ist die operative „Reste“-DRG der MDC 05. In ihren 5 DRGs werden Fälle mit operativen Eingriffen abgebildet, die keine für diese MDC typischen Leistungen sind, z.B. eine Wundbehandlung bei Ulzerationen und Entzündungen aufgrund von Durchblutungsstörungen der Extremitäten und/oder im Rahmen des diabetischen Fußsyndroms. Fälle mit einigen dieser Leistungen zeigten sich in ihren DRGs mit geringeren Kosten verbunden als die übrigen Fälle der DRG, sodass für 2022 eine aufwandsentsprechende Neuordnung erfolgte (vgl. auch Abbildung 30).

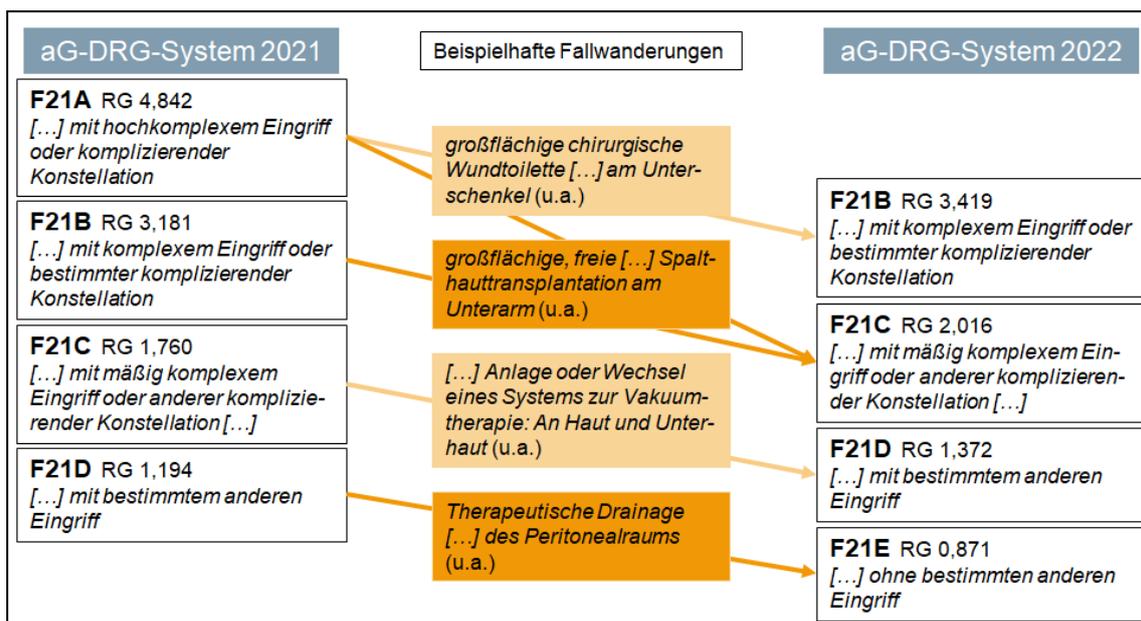


Abbildung 30: Basis-DRG F21 – beispielhafte Fallwanderungen

Medizinische Partition

Das Eingruppierungsmerkmal in der medizinischen Partition ist vor allem die Hauptdiagnose eines Falles. Bei den Analysen für 2022 zeigten sich Fälle innerhalb der MDC 05 mit einigen Hauptdiagnosen kostenauffällig, sodass diese kostenentsprechend neu zugeordnet wurden. Hiervon waren sowohl angiologische als auch kardiologische Fälle betroffen, dies ist detailliert in Kapitel 3.3.2.14 in Tabelle 12 dargestellt.

COVID-19

Vor allem in der Basis-DRG F59 zeigten sich bestimmte Fälle mit einer Nebendiagnose für COVID-19 als aufwendiger. Für das aG-DRG-System 2022 wurden derartige „COVID-Fälle“ in Kombination mit einer Komplexbehandlung bei nicht multiresistenten Erregern ab 10 Behandlungstagen der Basis-DRG F14 *Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe [...]* zugeordnet. Innerhalb der Basis-DRG F59 wurden Fälle in Kombination mit einer Komplexbehandlung bei nicht multiresistenten Erregern ab 5 Behandlungstagen aus den niedriger bewerteten DRGs (im Wesentlichen die DRGs F59D und F59E) aufgewertet und der DRG F59C *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe [...] mit aufwendigem Eingriff oder Mehrfacheingriff oder bestimmter Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag* zugeordnet. Eine umfangreiche Darstellung zu Vorgehensweise und Ergebnis zur Abbildung von COVID-19 im Entgeltsystem findet sich in Kapitel 3.3.2.1.

3.3.2.10 Globale Funktionen

Die Eingruppierung der Fälle in einzelne DRGs ist durch logische Ausdrücke definiert, die sich teilweise an mehreren Stellen des Gruppierungsalgorithmus – auch MDC-übergreifend – wiederholen. Zur Vereinfachung der Logiken insgesamt und zur leichteren Handhabung jener logischen Ausdrücke im Algorithmus werden sie in „(globalen) Funktionen“ zusammengefasst. Die „globalen Funktionen“ beinhalten Prozeduren und ggf. Diagnosen, die in unterschiedlichen Behandlungszusammenhängen jeweils einen

höheren Ressourcenverbrauch bedingen. Beispielhaft lassen sich die „Komplizierenden Konstellationen“ nennen, in denen bestimmte operativ oder intensivmedizinisch relevante Prozeduren oder Dialysen und Transfusionen in Kombination mit Diagnosen oder Beatmung im aG-DRG-System abgebildet werden, die mit einem höheren Ressourcenbedarf einhergehen. Die Definitionen der globalen Funktionen sind aufgrund ihrer spezifischen Bedeutung sowie der häufigen Anwendung in vielen DRGs jedes Jahr Gegenstand weiterer Analysen.

Wenn die Kosten der Fälle eine höhere Eingruppierung dieser Fälle nicht mehr begründen, werden Prozeduren oder Diagnosen gestrichen oder die Logik innerhalb der Funktion geändert. Die zu streichenden bzw. zu ändernden Attribute wie auch das sachgerechte Ausmaß der niedrigeren Eingruppierung werden jeweils DRG-individuell ermittelt. So kann eine sachgerechte Einordnung der verschobenen Fälle die Anwendung oder Etablierung einer neuen Funktion erfordern, denn oft ist die vollständige Streichung der Gruppierungsrelevanz nicht begründet. Daraus ergab sich auch bei der diesjährigen Weiterentwicklung eine Vielzahl von Detailumbauten innerhalb der Funktionen, die nachfolgend exemplarisch dargestellt sind.

Für das aG-DRG-System 2022 wurden Veränderungen in folgenden „Funktionsfamilien“ umgesetzt:

- Komplizierende Konstellationen
- Komplexe / bestimmte OR-Prozeduren
- Mehrzeitige / Vierzeitige komplexe OR-Prozeduren
- Komplexe Vakuumbehandlung
- Multiviszeraleingriff
- Eingriff an mehreren Lokalisationen

Die meisten Änderungen beziehen sich auf die „Funktionsfamilie „Komplizierende Konstellationen“. Neu etabliert für das Systemjahr 2022 sind die „Komplizierenden Konstellationen“ der DRGs G19A, H78Z und E77B.

Komplizierende Konstellationen und Disseminierte intravasale Gerinnung

Seit vielen Jahren waren alle Codes der Kategorie D65.- *Disseminierte intravasale Gerinnung* in Verbindung mit weiteren Attributen (Beatmung, Dialyse, Transfusion von Blutprodukten) als „Komplizierende Konstellation“ gruppierungsrelevant.

Für das aG-DRG-System 2022 wurde bei nicht mehr nachweisbaren Mehrkosten die unspezifische Diagnose *Defibrinationssyndrom, nicht näher bezeichnet* (D65.9) aus allen Funktionen „Komplizierende Konstellationen“ gestrichen. Die Diagnose für *Erworbenes Afibrinogenämie* (D65.0) wird zukünftig nur noch zusammen mit der Gabe von Fibrinogen-Konzentrat ab 10 g berücksichtigt, und dies auch nur in bestimmten Funktionen der Funktionsfamilie (mehr zum Hintergrund dieses Themas siehe Kapitel 3.3.7).

Komplizierende Konstellationen – weitere Umbauten

Bei fehlenden Mehrkosten wurden nach Analysen zudem gestrichen:

- *Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] mit Organkomplikationen* (R65.1, R65.3) aus der Funktion KK der Basis-DRG T01 (Eingriff bei Sepsis)
- *EEG-Monitoring (mindestens 2 Kanäle) für > 24 h* aus allen „Komplizierenden Konstellationen“

- *Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (5-399.5) in der Basis-DRG F43*
- *Revision von venösen Katheterverweilsystemen (5-399.6) und bestimmten Verfahren der Immunadsorption (8-821.10, 8-821.11) in der Basis-DRG F15*
- *Transfusion von Erythrozytenkonzentraten mit 11 bis 15 TE in der Basis-DRG G19*
- *Verschiedene Dialyseverfahren mit einer Dauer von bis zu 24 Stunden bzw. teilweise auch mit einer Dauer von 24 bis 72 Stunden in KK_F03-2, KK_F15, KK_G40, KK_E77, KK_F21-2, KK_G19, KK_H78, KK_T60*
- *Transfusion von verschiedenen Thrombozytenkonzentraten in geringeren Mengen (2 TE, 3-4 TE) in KK_I06, KK_T01, KK_R61, KK_G40, KK_F43, KK_E77-2, KK_G19*
- *Transfusion von Plasma und anderen Plasmapbestandteilen von 6 TE bis 11 TE, z.B. in KK_R61, KK_G19, KK_G40, KK_H78*

Komplexe OR-Prozeduren

Die Funktionsfamilie „Komplexe OR-Prozeduren“ (KOR) beschreibt rund 4000 operative Eingriffe einer gewissen Aufwandsstufe. Prozeduren dieser Funktion wurden ebenso darauf untersucht, ob sie noch weiter mit Mehrkosten verbunden sind, die eine höhere Eingruppierung begründen.

In der Basis-DRG A13 *Beatmung > 95 Stunden [...] gibt es außer der Basis-DRG-spezifischen Modifikation *Komplexe_OR_Prozeduren_A13* auch eine weitere eigenständige Funktion, die strenger definiert ist als die „Komplexe OR-Prozeduren“ bei nicht beatmeten Fällen. Aufgrund geringerer Kosten im Vergleich zu den anderen Fällen der jeweiligen DRGs werden zukünftig innerhalb der Basis DRG A13 in keiner der beiden KOR-Funktionen beispielsweise die Prozeduren *Inzision von Brustwand und Pleura: Thorakotomie/Thorakoskopie zur Hämatomausräumung, Thrombektomie: Gefäße intrakraniell, Naht von Arterien thorakal: Truncus brachiocephalicus* oder *Entfernung eines Liquorshunters (oder Hirnwasserableitung)* nicht mehr als „Komplexe OR-Prozedur“ gewertet. Des Weiteren wurde für das aG-DRG-System 2022 aufgrund der höheren Kosten der Fälle die Funktion „Komplexe_OR_Prozeduren_A13-2“ um einige aufwendige Prozeduren, wie z.B. *Knochen transplantation an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen gefäßgestielt mit mikrovaskulärer Anastomose* oder *transorale Resektion der Wange mit plastischer Rekonstruktion mit einer Kombination aus gestielten und mikrovaskulär-anastomosierten Lappen* erweitert.*

Bestimmte OR-Prozeduren

Die Funktion „Bestimmte OR Prozeduren“ (BORP) beschreibt Fälle mit operativen Eingriffen, die typischerweise mit geringerem Aufwand verbunden sind als die „Komplexen OR-Prozeduren“, aber über sehr wenig komplexe Eingriffe wie operative Wundversorgung hinausgehen. Auch diese Funktion wird ab dem Systemjahr 2022 DRG-spezifisch ausdifferenziert.

In der neu etablierten Funktion BORP-F43 wurden aufgrund geringerer Kosten z.B. Codes für *Entfernung eines herzzunterstützenden Systems, Implantation eines Einkammer-Herzschrittmachers* oder die Prozedur *Schädeleröffnung über die Kalotte: Kraniotomie Kalotte gestrichen*.

Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren

Die Funktion „Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren“ (MKOR) beschreibt Eingriffe an mehr als einem Tag und war bisher im G-DRG-System weitgehend einheitlich definiert. Da sich die aufwendigen wie auch die weniger aufwendigen Konstellationen je nach Kontext (DRG, MDC) unterscheiden, wird auch hier zukünftig stärker DRG/MDC-individuelle Logik verwendet.

In der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* wurden für das aG-DRG-System 2022 z.B. die Prozeduren *Entfernung von Knochenankern am Schädel* oder *Rekonstruktion der Hirnhäute: Duraplastik an der Konvexität* kostenentsprechend aus der Funktion MKOR gestrichen. Somit wurden Fälle aus den DRGs B01A und B01B durch Abbildung in den DRGs B20B, B20D sachgerecht abgewertet.

In der MDC 10 *Endokrine, [...] und Stoffwechselkrankheiten* werden zukünftig in der Funktion MKOR z.B. die Prozeduren wie *Rekonstruktion der Hirnhäute: Duraplastik an der Konvexität / laterobasal / frontobasal*, *Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe der Hypophyse: Intrasellär, partiell* nicht mehr als „Komplexe Prozedur“ gewertet (siehe Kapitel 3.3.2.6).

In der MDC 13 *Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* wurden z.B. *Pleurektomie, partiell, offen chirurgisch* oder *thorakoskopisch: Lokal / subtotal, offen chirurgische Übernähung eines Ulkus am Darm* und *offen chirurgische Naht (nach Verletzung) am Zwerchfell* gestrichen und somit die Fälle sachgerecht entsprechend den niedrigeren Fallkosten aus der DRG N33Z *Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren [...]* durch zukünftige Abbildung in der DRG N34Z *Große Eingriffe an Darm oder Harnblase [...]* abgewertet.

Beispielhafte weitere Änderungen

- Kodestreichung der Prozedur für *Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Brustwand: Partielle Resektion am knöchernen Thorax, Sternum* in der Funktion „Komplexe Vakuumbehandlung“ der MDCs 08 und Polytrauma
- Kodestreichung der Prozedur *anatomische (typische) Leberresektion: Segmentresektion (ein Segment)* in der Funktion „Multiviszeraleingriff“
- Kodestreichung der Prozedur *Sonstige andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang* in allen Funktionen

3.3.2.11 Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

In der MDC 03 sind die Krankheiten und Störungen des Hals-Nasen-Ohren-Bereichs bereits hochdifferenziert abgebildet. Dennoch konnte für einige Konstellationen die Abbildung der Fälle im aG-DRG-System 2022 weiter verbessert werden.

In der Basis-DRG D06 *Eingriffe an Nasennebenhöhlen [...]* werden Fälle mit Eingriffen an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen und Rachen abgebildet. Fälle mit *Dekompression oder Drainage des Saccus endolymphaticus (mit Shunt)* sowie mit *transtympanaler* oder *transmastoidaler Labyrinthektomie* haben sich in der DRG D06C mit erhöhten Kosten gezeigt. Betroffene Fälle wurden für 2022 aus der DRG D06C *Bestimmte Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr [...]* in die DRG D06B *Andere Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr [...]* aufgewertet.

In der DRG D09Z *Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC* zeigten sich einige der Fälle

mit geringeren Kosten verbunden im Vergleich zu anderen Fällen der DRG und wurden für 2022 sachgerecht neu zugeordnet:

- Fälle mit Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres oder der Trachea aus der DRG D09Z in die DRG D30A *Tonsillektomie [...] oder verschiedene Eingr. an Ohr, Nase, Mund und Hals [...], mit aufw. Eingr.[...]*
- Fälle mit *transoraler Exzision und Destruktion einer Zungengrundtonsille* aus der DRG D09Z in die DRG D30B *Tonsillektomie [...] oder verschiedene Eingr. an Ohr, Nase, Mund und Hals [...], ohne aufw. Eingr.[...]*

Fälle mit weniger komplexen Eingriffen an Kopf und Hals wurden aus der Basis-DRG D12 *Andere Eingriffe an Ohr, Nase [...]* aufwandsentsprechend der Basis-DRG D22 neu zugeordnet, wie z.B.:

- Diagnostische Arthroskopie am Kiefergelenk
- Exzision, lokal von erkranktem Gewebe des Pharynx
- Therapeutische Sondierung der Tränenwege

Fälle mit einer *Abtragung (modellierende Osteotomie) eines Gesichtsschädelknochens* wurden bei niedrigeren Kosten aus der Basis-DRG D12 *Andere Eingriffe an Ohr, Nase [...]* in die DRG D38Z *Mäßig komplexe Eingriffe [...]* verschoben.

In der Basis-DRG D30 *Tonsillektomie [...] oder versch. Eingr. [...]* wurden kostenentsprechend Fälle mit weniger aufwendigen Prozeduren aus der DRG D30B in die DRG D30C verschoben, wie z.B. Fälle mit:

- Biopsie an der Glottis durch Inzision
- Durchtrennung von Synechien mit Einnähen von Septumstützfolien
- Entfernung eines Röhrchens an den Tränenwegen
- Exzision an der äußeren Nase

In der DRG D35Z *Eingriffe an Nase [...]* werden Fälle mit Eingriffen an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen bei bösartiger Neubildung abgebildet. Bei niedrigeren Kosten wurden Fälle mit *endonasaler Exzision* und mit *Destruktion an der inneren Nase* aus der DRG D35Z gestrichen und werden zukünftig überwiegend in die DRG D38Z *Mäßig komplexe Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen [...]* eingruppiert.

In der Basis-DRG D37 *Sehr komplexe Eingriffe an der Nase* werden Fälle mit komplexen Nasenoperationen abgebildet, wie z.B. Fälle mit *Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels und Knochens mit lokalen autogenen Transplantaten*. Einige Fälle, wie z.B. Fälle mit *Submuköser Resektion und plastischer Rekonstruktion des Nasenseptums*, zeigten geringere Kosten als andere Fälle in der DRG und wurden entsprechend neu der DRG D13A *Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals [...]* zugeordnet.

In den Vorjahren wurden Fälle mit Schlafapnoe und bestimmten HNO-Eingriffen aus der DRG E07Z *Aufwendige Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom* in die MDC 03 (HNO) verschoben und dort aufwandsgerecht und differenziert abgebildet. Für das aG-DRG-System 2022 konnten in ähnlicher Weise Fälle mit Schlafapnoe und Konchotomie und Abtragung von hinteren Enden an der unteren Nasenmuschel aus der DRG E07Z in die DRGs D06C *Bestimmte Eingriffe [...]* und D38Z *Mäßig komplexe Eingriffe [...]* kostengerecht neu eingruppiert werden. In diesen Fällen zeigen die Kosten also keinen Zusammenhang mit der Hauptdiagnose (Schlafapnoe versus HNO-Erkrankung).

In der bestehenden Umleitung aus der MDC 24 *Sonstige DRGs* in die MDC 03 konnten ebenso neue Prozeduren ergänzt werden, wie z.B. die Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]: Aufrichtung des Trommelfells (bei frischer Verletzung). Im Ergebnis ist damit bei typischen Fällen mit Tympanoplastik die Eingruppierung nicht mehr von der Hauptdiagnose abhängig.

Konservative Fälle mit COVID-19 (U07.1) werden bei einer Hauptdiagnose aus dem HNO-Bereich in die MDC 03 und in die Basis-DRG D63 *Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege [...]* eingruppiert. Bei Verwendung bestimmter untypischer Hauptdiagnosen, wie z.B. *Unwohlsein und Ermüdung* (R53), *Keimträger sonstiger Infektionskrankheiten* (Z22.8) oder *Beobachtung bei sonstigen Verdachtsfällen* (Z03.8) resultiert jedoch die MDC 23 *Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens*. Nicht selten sind damit höhere Erlöse verbunden. Unabhängig von der Hauptdiagnose sollten auch bei COVID-19 Fälle mit vergleichbarem Aufwand vergleichbar eingruppiert werden. Eine solche einheitliche und sachgerechte Abbildung in der MDC 03 wurde durch Verschiebung von Fällen mit unspezifischer Diagnose erreicht:

- Fälle mit der Hauptdiagnose *Unwohlsein und Ermüdung* (R53) aus der DRG Z65Z *Beschwerden, Symptome [...]* in die DRG D63B *Otitis media oder Infektionen [...]*
- Fälle mit bestimmten unspezifischen Hauptdiagnosen, wie z.B. *Beobachtung* (Z03.-), *Untersuchung* (Z04.-), *Kontakt* (Z20.-) oder *Keimträger* (Z22.-), aus der DRG Z64 *Andere Faktoren [...]* in die Basis-DRG D63

3.3.2.12 Infektiöse und parasitäre Krankheiten

In der MDC 18B *Infektiöse und parasitäre Krankheiten* ist das Spektrum sowohl der medizinischen Inhalte und damit auch der möglichen Eingriffe oder Behandlungen als auch der Fallschwere und Fallkosten sehr breit. Fälle mit einer OR-Prozedur und einer Hauptdiagnose für infektiöse oder parasitäre Krankheiten werden in die fünffach differenzierte operative Basis-DRG T01 *OR-Prozedur [...]* eingruppiert. Diese kann aber nicht die gleiche Trennschärfe aufweisen wie die operativen DRGs der einzelnen organspezifischen MDCs und unterliegt jährlich entsprechend den aktuellen Kostendaten verschiedenen Neuordnungen von Prozeduren, um die Erlösunterschiede zur Abbildung in anderen MDCs zu vermindern.

Für das aG-DRG-System 2022 wurde anhand erneuter Analyse der Daten 2019 eine Vielzahl von Eingriffen innerhalb der Basis-DRG T01 neu zugeordnet. Statt der T01D *OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten [...]* mit *best. anderem operativen Eingriff* sind zukünftig z.B. die Prozeduren wie *Schwächende Eingriffe an einem schrägen Augenmuskel*, *Biopsie durch Inzision an Corpus ciliare*, *Explorative Laparotomie*, *Revision von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems*, *Plastische Meatotomie der Urethra: Meatusplastik* oder *Exzision von Anal-fisteln* der DRG T01E *OR-Prozedur [...]* ohne bestimmten anderen Eingriff zugeordnet. Weitere Neuordnungen von Prozeduren innerhalb der Basis-DRG T01 sind in Abbildung 31 beispielhaft dargestellt.

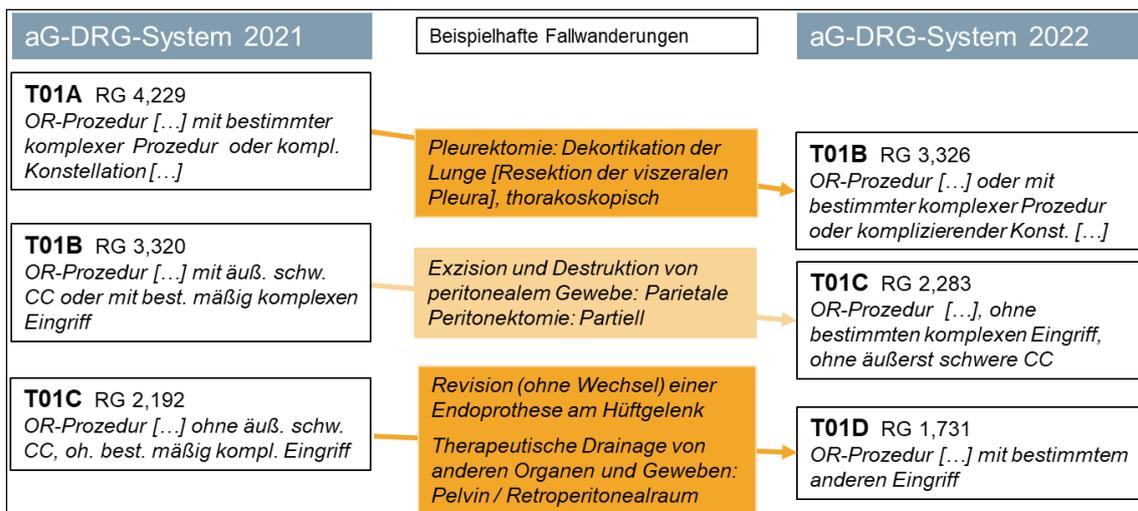


Abbildung 31: Beispielhafte Neuzuordnungen von Prozeduren innerhalb der Basis-DRG T01

Eine weitere Änderung für das aG-DRG-System 2022 innerhalb der Basis-DRG T01 bezieht sich auf die Hauptdiagnose der hier abgebildeten Fälle. Zukünftig werden Fälle mit der Hauptdiagnose *Sonstige näher bezeichnete Sepsis* oder *Sepsis, nicht näher bezeichnet* ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung ab 392/368/- Punkten nicht mehr der DRG T01A *OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer Prozedur [...]* zugeordnet, sondern den vergleichsweise geringeren Kosten entsprechend in die DRG T01B *OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer Prozedur oder komplizierender Konstellation bei sonstiger Sepsis [...]* eingruppiert.

Die Basis-DRG T60 *Sepsis* ist die fallzahl- und Case-Mix-stärkste Basis-DRG der MDC 18B. In den Vorjahren wurden innerhalb dieser Basis-DRG als Kriterien bezüglich intensivmedizinischer Behandlung nur *intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter ab 197 Aufwandspunkte* und *aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkte (SSAPS)* betrachtet. Diese Fälle sind im aG-DRG-System 2021 der DRG T60D *Sepsis [...] mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 /- Aufwandspunkte* zugeordnet. Fälle mit „nicht aufwendiger“ intensivmedizinischer Komplexbehandlung (NSAPS) waren in den Vorjahren innerhalb der Basis-DRG T60 ohne spezifische Zuordnung.

Zukünftig werden Fälle mit *intensivmedizinischer Komplexbehandlung ab 369 Aufwandspunkte (NSAPS)* sowie Fälle mit *intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter ab 196 Aufwandspunkte* oder mit *aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkte* sachgerecht mindestens in der DRG T60C *Sepsis [...] IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte* abgebildet. Beim Vorliegen einer Para-/Tetraplegie oder mit bestimmtem ERCP-Eingriff bzw. mit äußerst schweren CC werden diese Fälle im aG-DRG-System 2022 entsprechend dem höheren Aufwand der höher bewerteten DRG T60B zugeordnet.

Umbauten im Zusammenhang mit COVID-19

- Innerhalb der operativen Partition der MDC 18B Aufwertung von Fällen mit der Diagnose *COVID-19, Virus nachgewiesen* und einer *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern* bei einer Dauer von mindestens 10 Behandlungstagen durch Zuordnung dieser Fälle zur DRG T01C *OR-Prozedur [...] mit bestimmter komplexer Proze-*

dur oder komplizierender Konstellation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC

- In der medizinischen Partition Aufwertung von Fällen mit der Diagnose COVID-19, Virus nachgewiesen und einer Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern bei einer Dauer von mindestens 5 Behandlungstagen durch Zuordnung dieser Fälle zur DRG T63B *Schwere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung* > 196 / 184 / - Aufwandspunkte

3.3.2.13 Intensivmedizin

Zu Beginn des Algorithmus des G-DRG-Systems werden im Rahmen der Prä-MDC-Verarbeitung besonders aufwendige und kostenintensive Fallkonstellationen abgefragt. Die Eingruppierung erfolgt unabhängig von der Hauptdiagnose bzw. dem betroffenen Organsystem oder der Ursache der Erkrankung. Für Fälle mit einer langen Beatmungsdauer existieren hier allein sechs vielfach differenzierte Basis-DRGs:

- 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*

Eine Analyse der derzeitigen genutzten sowie neuen, potentiellen Splitkriterien führte sowohl zu Auf- als auch zu Abwertungen innerhalb einiger dieser Basis-DRGs. Während in der Basis-DRG A09 bestimmte operierte Fälle durch Aufnahme der entsprechenden Prozeduren in die DRG A09E bessergestellt konnten, wurden vergleichsweise einfache Eingriffe, wie z.B. sonstige Orbitotomien, aus den Funktionen „Komplexe OR-Prozeduren“ innerhalb der Basis-DRG A13 gestrichen.

Im Vorschlagsverfahren wurde darauf hingewiesen, dass sich nach Darstellung des Antragstellers bei Resektion von Kopf-Hals-Tumoren mit bestimmter Rekonstruktion bei einigen beatmeten Patienten Mindererlöse im Vergleich zu nicht beatmeten Patienten ergeben können. Dies bestätigten die Analysen der Kalkulationsdaten des Jahres 2019, die letztlich eine Besserstellung dieser sehr seltenen Extremkostenfälle ermöglichten. Innerhalb der Basis-DRGs A11 und A13 sind die im Vorschlag beschriebenen Einzelkonstellationen nun stets mit einer Besserstellung der Fälle verbunden.

Natürlich fokussierten die Weiterentwicklungen im Bereich der Intensivmedizin in diesem Jahr auch auf eine verbesserte Abbildung von Fällen mit einer SARS-CoV-2-Infektion. Dabei sind schwere Verläufe mit intensivmedizinischer Versorgung und längerer Beatmung in der Prä-MDC bereits in vielen hochdifferenzierten DRGs abgebildet. Trotzdem wurde bereits im Vorjahr die Basis-DRG A11 dahingehend erweitert, dass Fälle mit einer COVID-19-Erkrankung bereits ab einer Beatmungsdauer von 200 Stunden in diese DRGs eingruppiert wurden. Diese prospektiv und ohne Fallkosten getätigt

ten Umbauten galt es zunächst anhand der Daten des Jahres 2020 zu verifizieren. Während die beschriebene Erweiterung der Basis-DRG A11 unter Berücksichtigung der aktuellen Fallkosten keinen Bestand hatte, konnten innerhalb der Prä-MDC punktuell einige andere Verbesserungen der Abbildung von COVID-19-Fällen vorgenommen werden. Dabei wurden neben den COVID-19-Fällen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung insbesondere solche mit längerer Isolation bessergestellt (siehe Abbildung 32).

DRG-Bezeichnung	Aufwertung von Fällen mit...
A06A <i>Beatmung > 1799 Stunden [...]</i>	COVID-19 und intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 4600 / - P.
A07A <i>Beatmung > 999 Stunden oder [...]</i>	COVID-19 und intensivmedizinische Komplexbehandlung > 3430 / 3220 / - P.
A07E <i>Beatmung > 999 Stunden ohne [...]</i>	COVID-19 und Komplexbehandlung bei NONMRE, mindestens 15 Behandlungstage
A11G <i>Beatmung > 249 Stunden [...]</i>	COVID-19 und Komplexbehandlung bei NONMRE, mindestens 20 Behandlungstage
A13D <i>Beatmung > 95 Stunden [...]</i>	COVID-19 und Komplexbehandlung bei NONMRE, mindestens 20 Behandlungstage

Abbildung 32: Aufwertung von COVID-19-Fällen in der Prä-MDC

3.3.2.14 Kardiologie und Herzchirurgie

Für dieses Jahr ergab sich nur eine geringe Anzahl an Änderungen für die Abbildung von Fällen aus den Fachbereichen der Kardiologie und Herzchirurgie. So erfolgte für das aG-DRG-System 2022 u.a. eine Neuordnung von Fällen mit Eingriffen an Koronargefäßen und Fällen mit eher unspezifischen Hauptdiagnosen innerhalb der medizinischen Partition.

Ein großer Teil der Veränderungen innerhalb der MDC 05 für 2022 geht zurück auf die sachgerechte Abbildung von Fällen mit einer COVID-19-Erkrankung im aG-DRG-System (vgl. auch Kapitel 3.3.2.1). Innerhalb der MDC 05 zeigte sich in den Daten eine nennenswerte Anzahl an Fällen mit Nebendiagnose *COVID-19, Virus nachgewiesen* (U07.1) und für einige Konstellationen erwies sich eine Aufwertung dieser Fälle aufgrund ihrer Kosten als sachgerecht. Hiervon waren sowohl Fälle betroffen, die in kardiologischen DRGs abgebildet werden, beispielsweise in der Basis-DRG F60 *Akuter Myokardinfarkt [...]* oder der Basis-DRG F66 *Koronararteriosklerose*, als auch Fälle aus dem Bereich der Herzchirurgie, z.B. in den Basis-DRGs F06 *Koronare Bypass-Operation* und F98 *Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen [...]*. Eine genauere Darstellung der Vorgehensweise sowie eine umfassende Auflistung der entsprechenden Umbauten in Verbindung mit COVID-19 finden sich in Kapitel 3.3.2.1.

Eingriffe an Koronargefäßen

Fälle mit einer perkutanen transluminalen Koronarangioplastie (PTCA) werden in der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* ihrem typischen Aufwand entsprechend sehr differenziert in spezifischen operativen Basis-DRGs abgebildet (vgl. Tabelle 11). Neben der Komplexität der Eingriffe, wie beispielsweise Einfach- vs. Mehrfacheingriffe, wird der Aufwand und damit die Eingruppierung der Fälle in diesen DRGs auch über Hauptdiagnosen wie z.B. einen akuten transmuralen Myokardinfarkt bestimmt.

Basis-DRG	Name
F15	<i>Perkutane Koronarangioplastie mit komplizierender Konstellation [...]</i>
F24	<i>Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention [...]</i>
F52	<i>Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose oder intrakoronarer Brachytherapie [...]</i>
F56	<i>Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention [...]</i>
F58	<i>Perkutane Koronarangioplastie [...]</i>

Tabelle 11: „PTCA“-DRGs

Hierbei werden besonders aufwendige Fälle mit einem perkutan-transluminalen koronaren Gefäßeingriff, z.B. bei „Komplizierenden Konstellationen“, in die Basis-DRG F15 eingruppiert, wenig komplexe Fälle vor allem in die Basis-DRG F58.

Im Rahmen der diesjährigen Analysen zeigten sich Fälle der DRG F15Z mit bestimmten Leistungen, insbesondere der Implantation von bestimmten Koronarstents, als nicht so aufwendig wie die anderen Fälle dieser DRG, sodass eine Neuordnung dieser Fälle kostenentsprechend in andere, niedriger bewertete „PTCA“-DRGs erfolgte (vgl. Abbildung 33).

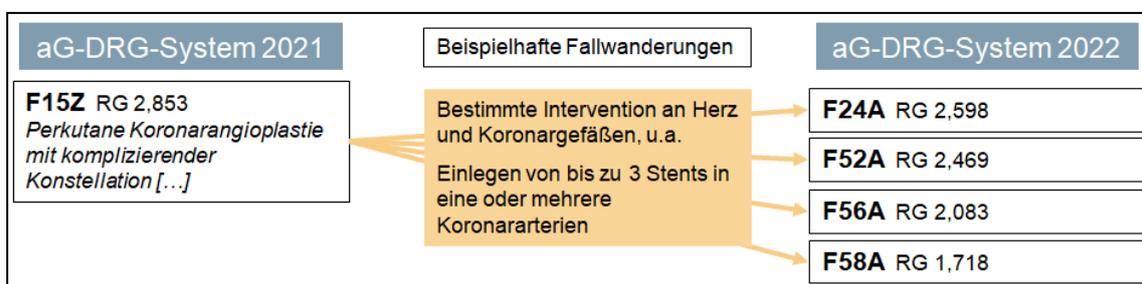


Abbildung 33: Neuordnung von Fällen der F15Z in „PTCA“-DRGs

Es gibt Konstellationen, bei denen Fälle mit der Behandlung/Diagnostik einer kardiologischen Erkrankung nicht innerhalb der MDC 05, sondern in anderen MDCs abgebildet werden. Eine solche Konstellation wurde im diesjährigen Vorschlagsverfahren thematisiert: In der MDC 23 *Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens* seien Fälle mit einer Herzkatheteruntersuchung und einer Diagnose z.B. für *Zustand nach Herz- oder nach Herz-Lungen-Transplantation* vor allem in der Basis-DRG Z64 *Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen [...]* abgebildet und dort schlechtergestellt als vergleichbare Fälle in der MDC 05. Dort werden solche Fälle vor allem innerhalb der Basis-DRG F49 *Invasive kardiologische Diagnostik [...]* abgebildet.

In den Daten zeigten sich die beschriebenen Fälle in der Altersgruppe über 17 Jahre innerhalb der MDC 23 als sachgerecht abgebildet. In der Altersgruppe unter 18 Jahren konnten diese Fälle dagegen durch Zuordnung zur MDC 05 kostenentsprechend aufgewertet werden (vgl. Abbildung 34).

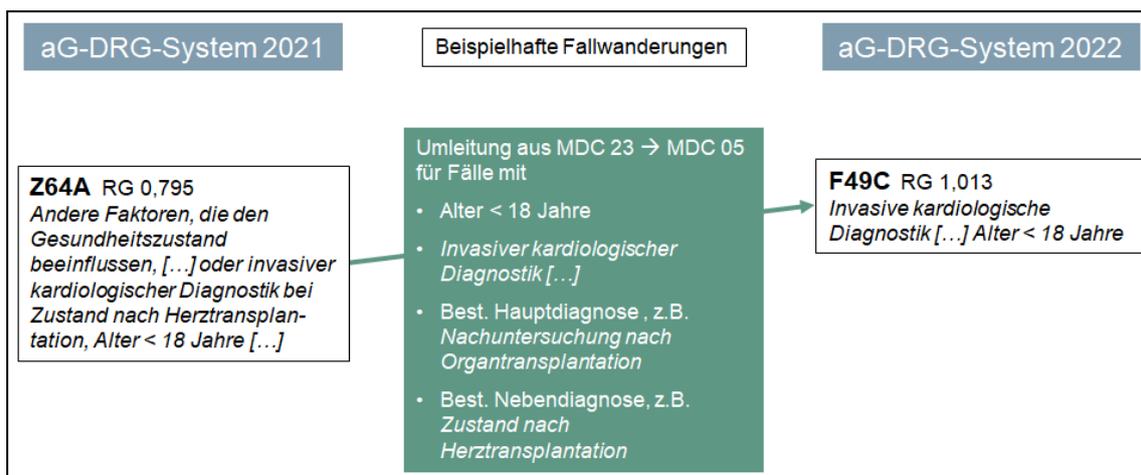


Abbildung 34: Umleitung von Fällen mit invasiver kardiologischer Diagnostik (MDC 23 → MDC 05)

Herzchirurgie

Fälle mit kardiothorakalen Eingriffen außer der typischen Herzklappen- (F03 *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine [...]*) und Bypasschirurgie (F05 *Koronare Bypass-Operation [...]*) werden innerhalb der MDC 05 in den Basis-DRGs F07 *Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine* und F09 *Andere kardiothorakale Eingriffe [...]* abgebildet. Hierbei zeigten sich bestimmte Fälle der Basis-DRG F07 z.B. mit partiellem oder totalem Vorhofseptumverschluss bei angeborenen Herzfehlern als nicht so aufwendig wie die übrigen Fälle der jeweiligen DRG. Für das aG-DRG-System 2022 erfolgte deshalb eine kostenentsprechende Zuordnung zu anderen operativen DRGs innerhalb der MDC 05, u.a. DRG F09B *Andere kardiothorakale Eingriffe [...] mit [...] bestimmtem kardiologischem Eingriff*.

Medizinische Partition MDC 05

Fälle einer MDC ohne aufwendige operative oder andere Verfahren werden in die medizinische Partition eingruppiert. Das primäre Eingruppierungsmerkmal ist dort die Hauptdiagnose der Fälle. In der MDC 05 wird dort die konservative Behandlung kardiologischer und angiologischer Fälle abgebildet (vgl. auch Kapitel 3.3.2.9).

Bei den Analysen für 2022 innerhalb der medizinischen Partition zeigten sich einige dieser Fälle bei bestimmten, häufig unspezifischen Hauptdiagnosen mit überwiegend geringeren Kosten verbunden als die übrigen Fälle der jeweiligen DRG. Andererseits wurden auch einige Hauptdiagnosen identifiziert, bei denen die Fälle typischerweise höhere Kosten aufwiesen als die übrigen Fälle der DRG.

So erwiesen sich beispielsweise Fälle der DRG F75C mit einer Hauptdiagnose für *infektiöse Myokarditis* als aufwendiger als die übrigen Fälle der DRG. Eine sachgerechte Abbildung dieser Fälle konnte erzielt werden, indem durch Split der „alten“ DRG F75C eine neue DRG etabliert wurde und entsprechende Fälle in die „neue“ DRG F75C aufgewertet wurden (vgl. Abbildung 35).

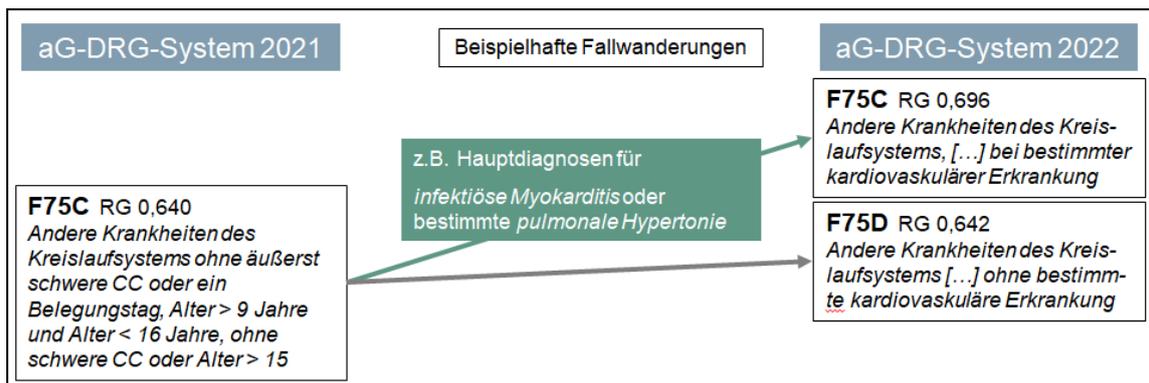


Abbildung 35: Aufwertung von Fällen der DRG F75C mit z.B. infektiöser Myokarditis

Eine Übersicht über die Neuzuordnung weiterer überwiegend unspezifischer Hauptdiagnosen zu verschiedenen Basis-DRGs der MDC 05 findet sich in Tabelle 12.

Diagnose	aG-DRG-System 2021	aG-DRG-System 2022
I83.9 <i>Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung</i> I87.00 <i>Postthrombotisches Syndrom ohne Ulzeration</i> I87.20 <i>Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) ohne Ulzeration</i>	Basis-DRG F65 <i>Periphere Gefäßkrankheiten</i>	Basis-DRG F63 <i>Venenthrombose</i>
I47.9 <i>Paroxysmale Tachykardie, nicht näher bezeichnet</i>	Basis-DRG F70 <i>Schwere Arrhythmie und Herzstillstand</i>	Basis-DRG F71 <i>Nicht schwere kardi-ale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen</i>
R00.2 <i>Palpitationen</i>	Basis-DRG F71 <i>Nicht schwere kardi-ale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen</i>	Basis-DRG F74 <i>Thoraxschmerz und sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems</i>
R58 <i>Blutung, anderenorts nicht klassifiziert</i> T80.1 <i>Gefäßkomplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken</i> T82.3 <i>Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäßtransplantate</i> T82.4 <i>Mechanische Komplikation durch Gefäßkatheter bei Dialyse</i>	Basis-DRG F75 <i>Andere Krankheiten des Kreislaufsystems</i>	Basis-DRG F65 <i>Periphere Gefäßkrankheiten</i>
I51.3 <i>Intrakardiale Thrombose, anderenorts nicht klassifiziert</i> R94.3 <i>Abnorme Ergebnisse von kardio-vaskulären Funktionsprüfungen</i> R00.3 <i>Pulslose elektrische Aktivität, anderenorts nicht klassifiziert</i>	Basis-DRG F75 <i>Andere Krankheiten des Kreislaufsystems</i>	Basis-DRG F71 <i>Nicht schwere kardi-ale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen</i>
I97.9 <i>Kreislaufkomplikation nach medizinischer Maßnahme, nicht näher bezeichnet</i>	Basis-DRG F75 <i>Andere Krankheiten des Kreislaufsystems</i>	Basis-DRG F73 <i>Synkope und Kollaps</i>
R00.8 <i>Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Herzschlages</i>	Basis-DRG F75 <i>Andere Krankheiten des Kreislaufsystems</i>	Basis-DRG F74 <i>Thoraxschmerz und sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems</i>
R03.0 <i>Erhöhter Blutdruckwert ohne Diagnose eines Bluthochdrucks</i>	Basis-DRG F75 <i>Andere Krankheiten des Kreislaufsystems</i>	Basis-DRG F67 <i>Hypertonie</i>

Tabelle 12: Neuordnung von Hauptdiagnosen in der medizinischen Partition der MDC 05

3.3.2.15 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane

Die Beteiligung am Vorschlagsverfahren war für 2022 in Bezug auf die MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* eher gering. Dennoch ergab sich eine relevante Anzahl an Detailveränderungen für das aG-DRG-System 2022: Als Ergebnis der internen Analysen erwies sich die Abbildung einer Reihe von Diagnosen und Prozeduren in einigen DRGs als nicht kostenentsprechend.

Ein eindeutiger Schwerpunkt für 2022 war die Abbildung von Fällen mit COVID-19 in der MDC 04. Eine ausführliche Darstellung von Methodik und Vorgehensweise im Rahmen der COVID-19-Umbauten findet sich in Kapitel 3.3.2.1.

Operative Partition

Von den Detailveränderungen innerhalb der MDC 04 waren vor allem die DRGs der operativen Partition betroffen, insbesondere die Basis-DRGs

- E01 *Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen [...]*
- E02 *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen*
- E05 *Andere große Eingriffe am Thorax [...]*
- E06 *Andere Lungenresektionen [...]*

In diesen DRGs werden vor allem chirurgische, aber auch interventionelle Eingriffe an der Lunge und am Thorax, u.a. bei bösartiger Neubildung der Lunge, abgebildet. Sehr aufwendige Verfahren/Konstellationen, wie beispielsweise beidseitige Lobektomien oder Revisionseingriffe/Reoperationen, werden vor allem in den beiden Basis-DRGs E01 und E05 abgebildet.

Bei den diesjährigen Analysen zeigten sich innerhalb der Basis-DRGs E01 und E05 Fälle mit einer Reihe von Leistungen weniger aufwendig als die übrigen Fälle der entsprechenden DRG. Infolgedessen erfolgte kostenentsprechend eine Neuuzuordnung von Fällen mit diesen Leistungen. So ist beispielsweise die Diagnose *Pyothorax ohne Fistel* in der DRG E01A nicht mehr gruppierungsrelevant, entsprechende Fälle werden im aG-DRG-System 2022 der DRG E01B zugeordnet. Innerhalb der Basis-DRG E05 werden z.B. Fälle mit einer *Perikarddrainage* bei äußerst schweren CC nicht mehr der DRG E05A zugeordnet (vgl. auch Abbildung 36).

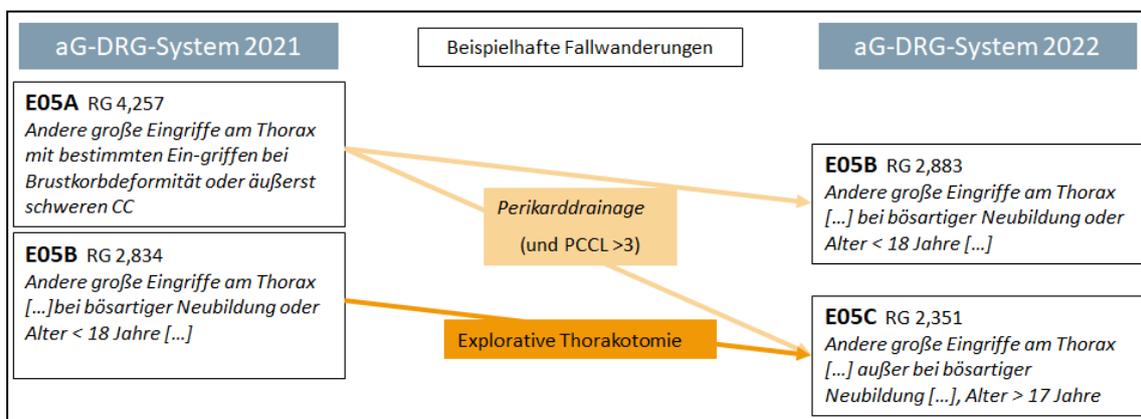


Abbildung 36: Beispielhafte Umbauten innerhalb der Basis-DRG E05

Einige Fälle der Basis-DRG E05 wurden auch anderen operativen Basis-DRGs zugeordnet. Betroffen waren u.a. Fälle mit bestimmten Eingriffen am Zwerchfell, einer Sequesterotomie an der Rippe und sonstiger anderer Operation an Lunge und Bronchien (vgl. auch Abbildung 37).

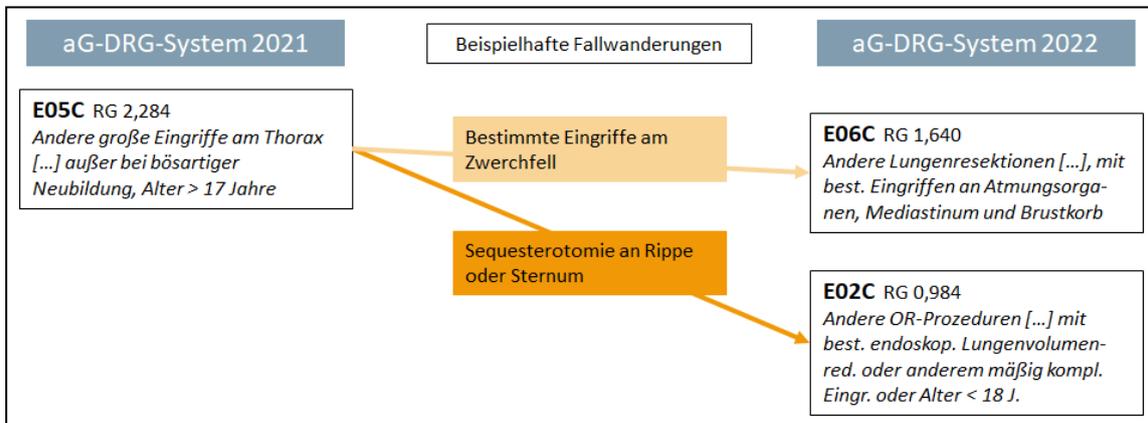


Abbildung 37: Fallwanderung aus der Basis-DRG E05

Innerhalb der Basis-DRG E06 wurden Fälle aus der DRG E06A *Andere Lungenresektionen [...], Alter < 10 Jahre oder Eingriff am Thorax mit äußerst schweren CC mit einer Biopsie am Perikard* aufwandsentsprechend der DRG E06B *Andere Lungenresektionen, [...] Alter > 9 und < 16 J. [...] oder best. Brustkorbkorr.* zugeordnet. Des Weiteren erfolgte eine Zuordnung von weniger aufwendigen Fällen der DRG E06C, z.B. mit *Exzision [...] von erkranktem Gewebe des Mediastinums [...]: Durch Mediastinoskopie*, zur Basis-DRG E02 *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen*.

In der operativen „Reste“-DRG der MDC 04, der Basis-DRG E02, zeigten sich Fälle der bisher am niedrigsten bewerteten DRG E02E *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 17 Jahre [...], ein Belegungstag* u.a. mit *Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe eines Bronchus: Durch Bronchoskopie* als weniger aufwendig, sodass für das aG-DRG-System 2022 eine neue DRG E02F *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 17 Jahre [...], ein Belegungstag ohne best. Eingriff* zur sachgerechten Abbildung dieser Fälle etabliert wurde (vgl. Abbildung 38).

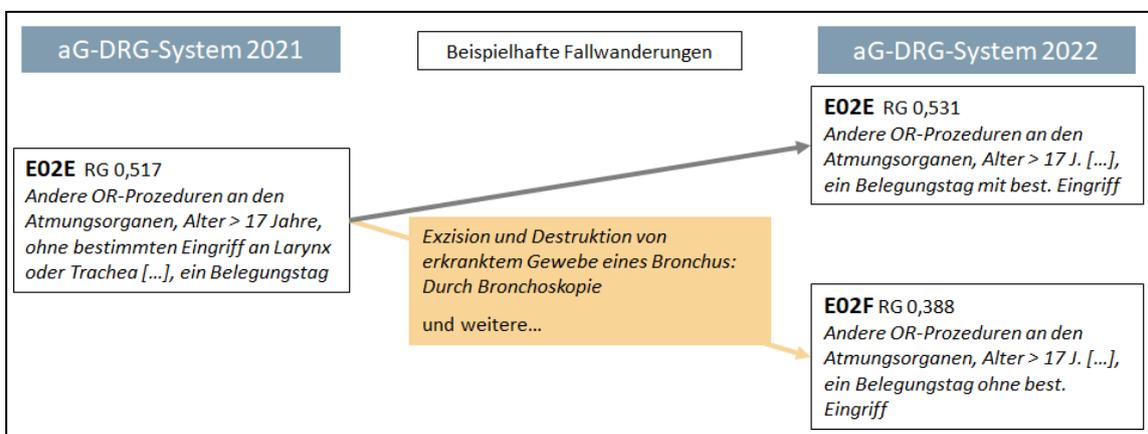


Abbildung 38: Split der DRG E02E

Medizinische Partition

Im Vorschlagsverfahren wurde eine unterschiedliche Eingruppierung von Fällen mit bestimmten RSV-Infektionen im Säuglingsalter hinterfragt. Dies betraf im Besonderen die Abbildung anhand von Diagnosen für bestimmte Erkrankungen der unteren Atemwege (vgl. auch Tabelle 13).

Hauptdiagnosen	DRG-Zuordnung 2021 vor allem
<i>Pneumonie durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren] (J12.1)</i>	Basis-DRG E79 <i>Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane</i>
<i>Akute Bronchitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren] (J20.5)</i>	Basis-DRG E69 <i>Bronchitis und Asthma bronchiale [...]</i> Basis-DRG E65 <i>Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen oder Bronchitis [...]</i>
<i>Akute Bronchiolitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren] (J21.0)</i>	Basis-DRG E70 <i>Keuchhusten und akute Bronchiolitis</i>

Tabelle 13: Abbildung von Erkrankungen der unteren Atemwege durch RSV

Auf Basis der Daten des Jahres 2019 wurde die bisherige Eingruppierung durch die Kostenunterschiede von Fällen mit diesen Diagnosen weitgehend bestätigt. Dies galt insbesondere für die Eingruppierung von Fällen mit einer RSV-Pneumonie in relativ hoch bewertete DRGs der Basis-DRG E79.

Als sachgerecht erwies es sich jedoch, Fälle im Alter von unter einem Jahr mit einer Hauptdiagnose für *akute Bronchiolitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [...]* in die Basis-DRG E65 *Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen oder Bronchitis [...]* aufzunehmen und somit dort der akuten RSV-Bronchitis weitgehend gleichzustellen (vgl. auch Abbildung 39).

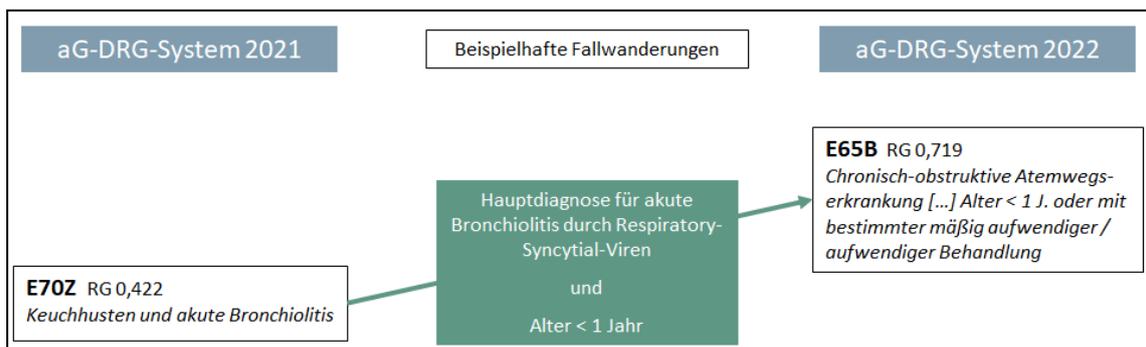


Abbildung 39: Änderung der Zugangsbedingungen zur Basis-DRG E65

COVID-19-Umbauten

SARS-CoV-2-Infektionen manifestieren sich häufig als Erkrankung der Atemwege. Auf Basis der im Jahr 2020 erfolgten unterjährigen Lieferung von Leistungsbezeichnern (z.B. OPS-Kodes) und weiteren Daten gem. § 24 KHG bzw. § 21 KHEntgG, erfolgte vor allem innerhalb der MDC 04 eine bereits umfangreiche Berücksichtigung der Nebendiagnose U07.1 COVID-19, *Virus nachgewiesen* in dem Gruppierungsalgorithmus für das aG-DRG-System 2021.

Diese Umbauten konnten dieses Jahr anhand der regulären Datenlieferungen, die jetzt auch die Kosteninformationen aus den Kalkulationskrankenhäusern enthielten, überprüft, modifiziert und ergänzt werden (siehe auch Kapitel 3.3.2.1).

Am Beispiel der Basis-DRG E65 soll dies hier exemplarisch für die MDC 04 gezeigt werden (vgl. Abbildung 40). Eine Auflistung der weiteren COVID-19-Umbauten findet sich ebenfalls in Kapitel 3.3.2.1.

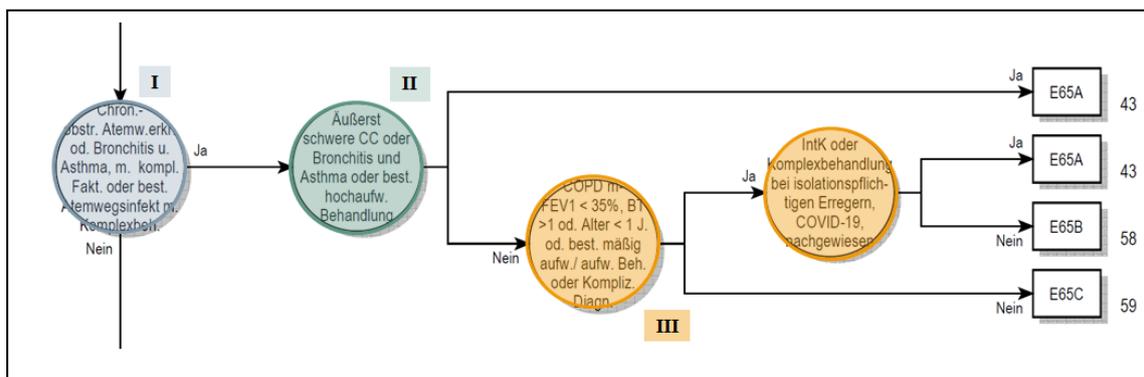


Abbildung 40: COVID-19-Umbauten in der Basis-DRG E65

Im aG-DRG-System 2021 wurden die Zugangsbedingungen zur Basis-DRG E65 für Fälle mit Nebendiagnose U07.1 und Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern mit mehr als 6 Behandlungstagen erweitert (I). Des Weiteren wurden Fälle aus der DRG E65B mit der Nebendiagnose U07.1 der DRG E65A *Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung oder bestimmte Atemwegsinfektion mit äuß. schw. CC oder best. hochaufw. Beh. oder Bronchitis und Asthma bronchiale [...]* zugeordnet. Letzteres erwies sich auf Basis der Kostendaten von 2020 als nicht vollständig sachgerecht, sodass diese Splitbedingung in diesem Jahr präzisiert wurde. Im aG-DRG-System 2022 ist jetzt für eine Eingruppierung in die DRG E65A zusätzlich eine Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern ab 14 bzw. 15 Behandlungstagen erforderlich (II). Für 2022 erwies es sich außerdem als sachgerecht, Fälle aus der DRG E65B mit einer Nebendiagnose für COVID-19 und einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung ab 197 / 185 / 185 Aufwandspunkten in die DRG E65A und Fälle aus der DRG E65C mit einer Nebendiagnose für COVID-19 und einer Diagnose für Pneumonie in die DRG E65B aufzuwerten (III).

Sonstige Umbauten

- Überarbeitung von Funktionen aus der Gruppe „Komplizierende Konstellationen“ in der Splitbedingung der DRG E77B *Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter komplizierender Konstellation [...]*: Weniger aufwendige Verfahren wurden aus der Definition dieser Funktionen gestrichen, u.a. die Gabe von Thrombozytenkonzentraten mit geringer Anzahl (vgl. auch Kapitel 3.3.2.10).
- Erweiterung der Umleitung zur MDC 03 innerhalb der Basis-DRG E07 um die Leistung *Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Konchotomie und Abtragung von hinteren Enden* (vgl. auch Kapitel 3.3.2.11).
- Präzisierung der Zugangsbedingungen zur Basis-DRG E40 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden mit komplexer Pro-*

zedur oder mehr als 2 Belegungstage oder ARDS, sodass Fälle mit intensivmedizinischer bzw. aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung erst ab 185 Aufwandspunkten der Basis-DRG E40 zugeordnet werden.

- Fälle mit *sonstiger anderer Operation an Lunge und Bronchien* zeigten sich innerhalb der Basis-DRG E08 als weniger aufwendig, sodass Fälle der DRG E08A mit dieser Leistung der DRG E08D *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane [...]* zugeordnet wurden.

3.3.2.16 Neurologie und Neurochirurgie

Im Rahmen der Stufe 1 der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems konnten auch in der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* auf Basis der Daten des Jahres 2019 einige Umbauten realisiert werden. Beispielsweise wurden Fälle mit einer Verletzung bestimmter Nerven oder Weichteilschäden innerhalb der Basis-DRG B17 *Eingriffe an peripheren Nerven [...]* aufgewertet. Des Weiteren wurden vergleichbar einfachere Operationen, wie die Entfernung von Knochenankern oder einer intrakraniellen Messsonde, bei geringeren Kosten aus der Basis-DRG B02 *Komplexe Kraniotomie [...]* in die Basis-DRG B09 *Anderer Eingriffe am Schädel* verschoben.

In der medizinischen Partition wurden die Hauptdiagnosen für bestimmte Virus-Meningitiden entsprechend den höheren Kosten der Fälle aus der DRG B73Z *Virusmeningitis [...]* in die Basis-DRG B72 *Infektion des Nervensystems [...]* verschoben und sind damit künftig bessergestellt. Dagegen wurden die unspezifischen Diagnosen für *leichte kognitive Störung und Orientierungsstörung, nicht näher bezeichnet*, innerhalb der Basis-DRG B85 *Degenerative Krankheiten des Nervensystems [...]* abgewertet.

Innerhalb einiger Funktionen – dies sind logische Definitionen, die typischerweise an mehreren Stellen des aG-DRG-Algorithmus angewendet werden – wurden im Rahmen der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems Anpassungen vorgenommen, von denen einige auch die MDC 01 betrafen. So wurden beispielsweise weniger komplexe Prozeduren wie EEG-Monitoring oder andere vergleichsweise einfache Eingriffe aus den Funktionen „Mehrzeitige Komplexe OR-Prozeduren“, „Komplizierende Konstellationen“ oder „Komplexe OR-Prozeduren“ gestrichen, was eine kostengerechte Abwertung der entsprechenden Fälle bedingt.

Die Hauptdiagnose für nicht näher bezeichnete Neuralgie und Neuritis an Beckenregion und Oberschenkel wird zukünftig statt der MDC 01 der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* zugeordnet. Dort sind diese Fälle analog zu ähnlich gelagerten Behandlungen überwiegend in der spezifischen Basis-DRG I68 *Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich [...]* abgebildet.

Auch in der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* finden sich in den Daten des Jahres 2020 viele Fälle mit der Diagnose U07.1 *COVID-19, Virus nachgewiesen*. Sowohl neurochirurgisch operierte als auch konservativ behandelte Patienten waren von der Infektion betroffen, wobei die Analysen mitunter große Aufwands- und Kostenunterschiede zu den nicht infizierten Fällen einer DRG offenbarten. Diese führten auch in der MDC 01 zu einer Reihe individuell angepasster SARS-CoV-2-assoziiierter Umbauten (vgl. dazu auch Tabelle A-6 im Anhang). Insgesamt konnte die Abbildung dieser Fälle erheblich verbessert werden.

3.3.2.17 Onkologie

Neben den umfangreichen Umbauten im Rahmen der OPS-Kodeänderung für die zytostatische Chemotherapie, die in Kapitel 3.3.27 detailliert aufgeführt sind, erfolgten weitere Anpassungen des aG-DRG-Systems in der MDC 17 in diesem Jahr hauptsächlich aufgrund interner Analysen.

Hämatologische und solide Neubildungen (MDC 17)

Die *Komplexe Diagnostik bei Leukämien* (OPS-Kodebereich: 1-941 Version 2019) dient bereits seit vielen Jahren als Kostentrenner in den Basis-DRGs R60 *Akute myeloische Leukämie* und R61 *Lymphom und nicht akute Leukämie*. In der Basis-DRG R60 zeigten Fälle mit *Komplexer Diagnostik mit HLA-Typisierung bei Leukämien* (OPS 1-941.1 Version 2019) nach bereits erfolgter Aufwertung im Vorjahr weiterhin in Analysen höhere Kosten. Für 2022 erfolgte nun die Aufwertung von Fällen mit komplexer Diagnostik bei Leukämien der DRG R60F *Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie [...]*, die zukünftig entsprechend ihren Kosten in die DRG R60E *Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie [...]* eingruppiert werden. Ebenso aus der DRG R60F in die DRG R60E aufgewertet wurden bei höheren Kosten Fälle mit einer nicht komplexen Eintages-Chemotherapie mit einem Medikament.

In die „Reste“-DRG der MDC 17, die Basis-DRG R11, werden Fälle mit *Lymphom oder Leukämie mit anderen OR-Prozeduren* eingruppiert. Analysen zeigten, dass bestimmte Eingriffe im

- HNO-Bereich,
- im Bereich der Urologie und Gynäkologie,
- an der Haut und an Gefäßen sowie
- bestimmte Osteosynthesen

in der DRG R11B *Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC [...]* im Vergleich zu den anderen Fällen mit geringeren Kosten verbunden waren. Diese Verfahren werden daher zukünftig sachgerecht in der DRG R11C *Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren [...]* abgebildet.

Zusatzentgelte für Molekulares Monitoring der Resttumorlast

Initial wurde das Verfahren des molekularen Monitoring der Resttumorlast (MRD) durch molekulargenetische Identifikation und Herstellung von patientenspezifischen Markern vorwiegend bei der Indikation akute lymphatische Leukämie (ALL) eingesetzt.

Doch inzwischen wird es auch häufig bei der Indikation akute myeloische Leukämie (AML) verwendet, weshalb ein OPS-Vorschlag für 2022 eingereicht wurde, der diese Problematik thematisiert. Im Falle einer AML werden im Gegensatz zur ALL „krankheitsspezifische Marker“ und nicht „patientenspezifische Marker“ verwendet. Die Analysen der Daten aus dem Jahr 2020 zeigten allerdings, dass die Zusatzentgelte bei einer relevanten Anzahl von Fällen bereits mit einer Hauptdiagnose für AML abgerechnet wurden. Im Ergebnis werden für 2022 zwei neue unbewertete Zusatzentgelte, die über die neuen OPS-Kodes definiert werden, etabliert (siehe Kapitel 3.4.1.3 und Tabelle 14).

Zusatzentgelt	Zusatzentgelt-Bezeichnung	OPS-Kode 2022
ZE2022-198	<i>Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Molekulargenetische Identifikation von <u>krankheitsspezifischen</u> Markern</i>	1-991.2
ZE2022-199	<i>Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: <u>Krankheitsspezifische</u> molekulargenetische Quantifizierung</i>	1-991.3

Tabelle 14: Neue unbewertete Zusatzentgelte für MRD

COVID-19 in der MDC 17

Auch in der MDC 17 *Hämatologische und solide Neubildungen* finden sich in den Daten des Jahres 2020 Fälle mit der Diagnose U07.1 *COVID-19, Virus nachgewiesen*. Die meisten Fälle finden sich in der Basis-DRG R61 *Lymphom und nicht akute Leukämie*. Bei den Analysen traten mitunter deutliche Aufwands- und Kostenunterschiede zu den nicht infizierten Fällen einer DRG zutage, die zu einer Reihe individuell angepasster SARS-CoV-2-assoziiertes Umbauten führten (siehe auch Kapitel 3.3.2.1). Je nach untersuchter Basis-DRG ergaben sich verschiedene Kombinationen, die letztlich zu einer spezifischen Abbildung der einzelnen Fallkollektive führten (siehe Tabelle 15).

DRG - Bezeichnung	Aufwertung von Fällen mit ...
R61B <i>Lymphom und nicht akute Leukämie mit Sepsis [...]</i>	COVID-19 und Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern mit mindestens 15 Behandlungstagen
R61D <i>Lymphom und nicht akute Leukämie mit Agranulozytose [...]</i>	COVID-19 und Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern mit mindestens 10 Behandlungstagen
R61G <i>Lymphom und nicht akute Leukämie [...] mit komplexer Diagnose [...]</i>	COVID-19 und Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern mit mindestens 5 Behandlungstagen
R62A <i>Anderer hämatologischer und solider Neubildungen mit komplizierter Diagnose [...]</i>	COVID-19 und Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern mit mindestens 10 Behandlungstagen

Tabelle 15: COVID-19 in der MDC 17

3.3.2.18 Operative Gynäkologie

Die diesjährige Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems in der MDC 13 *Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* stützte sich auf Anregungen des Vorschlagsverfahrens und eigene Analysen.

Im Fokus stand dabei u.a. erneut die Basis-DRG N02 *Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien [...] bei bösartiger Neubildung [...]*, die anhand des PCCL und bestimmter Eingriffe in vier Schweregrade differenziert ist. In dieser Basis-DRG werden sowohl Hysterektomien und andere Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung als auch bestimmte Darmresektionen und Enterostomaanlagen sowie rekonstruktive Eingriffe an Vagina und Vulva abgebildet. In den diesjährigen Analysen zeigten sich bestimmte Fallkonstellationen nicht sachgerecht abgebildet. Diese wurden für die aG-DRG-Version 2022 aufwandsentsprechend neu zugeordnet:

- Der offen chirurgische Verschluss einer vesikovaginalen Fistel sowie eine Konstruktion und Rekonstruktion der Vagina nach Vecchetti und mit myokutanem Transpositionsappen werden zukünftig nicht mehr als komplexer, sondern als mäßig komplexer Eingriff innerhalb der Basis-DRG N02 gewertet und der DRG N02C zugeordnet. Die betroffenen Fälle wurden damit aus der DRG N02B in die DRG N02C *Eingriffe an Uterus und Adnexen od. best. Hernien [...], ohne kompl. Eingriff, mit mäßig kompl. Eingriff* abgewertet. Ebenso nicht mehr zu den komplexen Eingriffen in der DRG N02B zählen eine partielle Vulvektomie mit Entfernung von einem Viertel bis weniger als der Hälfte der Vulva und eine nicht näher bezeichnete Vulvektomie, eine laparoskopische Zäkumresektion und bestimmte regionale Lymphadenektomien als selbständiger Eingriff (inguinal offen chirurgisch, sonstige und nicht näher bezeichnet). Fälle mit diesen Prozeduren werden ab 2022 überwiegend der DRG N02D zugeordnet.
- In der DRG N02C werden bestimmte Uterusextirpationen ohne Salpingo-ovariektomie zukünftig nicht mehr als mäßig komplexer Eingriff gewertet und damit hauptsächlich in die DRG N02D eingruppiert.

Weitere Anpassungen des Gruppierungsalgorithmus in der MDC 13 hinsichtlich einzelner Prozeduren, die zur Präzisierung der operativen DRGs in diesem Bereich beitragen, sind:

- Für Fälle der MDC 13 wurde die Definition der Funktion „Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren“ präzisiert. Zukünftig werden beispielsweise bestimmte Pleurektomien, Pleurolysen, eine Naht oder Inzision am Zwerchfell, Dünndarmresektionen, Übernähungen von Darmulcera und bestimmte atypische Leberresektionen nicht mehr im Rahmen dieser Funktion für die MDC 13 gewertet. Die betroffenen Fälle wurden damit aus der DRG N33Z *Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* hauptsächlich in die DRG N34Z *Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* abgewertet.
- In der DRG N34Z zeigte sich, dass bestimmte Prozeduren für eine partielle Harnblasenresektion sowie für eine Zystektomie mit geringeren Kosten verbunden waren. Diese Leistungen werden ab 2022 in der DRG N05A *Ovariektomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae [...]* oder *bestimmter Eingriff an der Harnblase* abgebildet.
- Bestimmte Prozeduren für die offen chirurgische und laparoskopische Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Harnblase sowie für die Adhäsio-lyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung werden zukünftig nicht mehr der DRG N08Z, sondern der N05B *Ovariektomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae [...]* oder *anderer Eingriff an der Harnblase oder Adhäsio-lyse, Alter > 15 Jahre* zugeordnet und damit abgewertet. Fälle mit diesen Leistungen und einem Alter unter 16 Jahren wurden dadurch allerdings in die DRG N14Z *[...] od. Ovariektomie u. kompl. Eingriffe an den Tubae uterinae auß. bei BNB, ohne auß. schwere od. schwere CC, Alter < 16 Jahre* aufgewertet. Dies liegt darin begründet, dass schon seit mehreren Jahren Fälle der DRG N05B bei einem Alter unter 16 Jahren in der DRG N14Z abgebildet und damit höher vergütet werden.
- Im Bereich der rekonstruktiven Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen wurden jeweils transvaginale Suspensionsoperationen und suprapubische Zügeloperationen mit alloplastischem Material sowie mit sonstigem und nicht näher bezeichnetem Material, die bisher in der DRG N23Z *Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukleation*

abgebildet wurden, aufgrund geringerer Kosten neu bewertet und in die DRG N07A [...] oder *kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, mit bestimmtem Eingriff* verschoben und damit abgewertet.

Analysen der konservativ behandelten Fälle der MDC 13 führten zu einer Anpassung in der Basis-DRG N62 *Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane*. Hier zeigten Fälle mit einer Hauptdiagnose für eine sonstige abnorme Uterus- oder Vaginalblutung, die bisher der DRG N62A [...] mit *komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre* zugeordnet wurden, geringere Kosten als die übrigen Fälle dieser DRG. Daher werden diese Diagnosen zukünftig nicht mehr als komplexe Diagnose gewertet und der DRG N62B zugeordnet.

3.3.2.19 Polytrauma

In der MDC 21A werden entsprechend der Definition Fälle mit Verletzungen mehrerer Körperregionen abgebildet, wobei mindestens eine der Verletzungen oder eine Kombination aus zwei Verletzungen lebensbedrohlich ist.

Die fortgesetzte Analyse der Kalkulationsdaten 2019 hat in dieser MDC für das aG-DRG-System 2022 zu einzelnen Neuzuordnungen in der Funktion „Eingriff an mehreren Lokalisation W02“ (EML_W02) und zur Streichung bestimmter weniger aufwendiger Prozeduren aus der Basis-DRG W01 *Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen [...]* geführt.

In der Funktion EML_W02 werden zukünftig beispielhaft folgende Prozeduren bei im Vergleich zu den anderen Fällen der DRG geringeren Kosten nicht mehr gewertet:

- *Dynamische Stabilisierung an der Wirbelsäule durch Schrauben-Stab-System, 2 Segmente (5-83b.51)*
- *Geschlossene Reposition einer Fraktur: Becken: durch Fixateur externe oder durch Schraube (5-790.6d, 5-790.0d)*
- *Offene Reposition einer Azetabulum- und Hüftkopffraktur mit Osteosynthese: Durch Platte, dorsal (5-799.4)*

Somit werden Fälle mit diesen Eingriffen, die vorher in der DRG W02A *Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen mit komplizierender Konstellation [...]* abgebildet waren, im aG-DRG-System 2022 sachgerecht durch Abbildung in der DRG W04A *Polytrauma mit anderen Eingriffen oder Beatmung > 24 Stunden, mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen* eingruppiert.

In der Basis-DRG W01 wurden, bei nicht mehr nachweisbarem Kostenunterschied, die Prozeduren für Implantation, Wechsel oder Revision einer intrakraniellen Messsonde gestrichen.

3.3.2.20 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 sechs DRGs differenziert abgebildet.

Fälle mit einer operativen Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose werden bereits seit dem ersten G-DRG-System in den mehrfach gesplitteten 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* die MDC 24 *Sonstige DRGs* bilden.

Seit dem G-DRG-System 2019 werden bestimmte Fallgruppen, bei denen lediglich die Hauptdiagnose nicht „passt“ und die hinsichtlich des operativen Eingriffs kaum Unterschiede zu den Fällen mit „passender“ Hauptdiagnose zeigen, unabhängig von der Hauptdiagnose innerhalb der MDCs mit Organbezug abgebildet und somit vergleichbar mit anderen ähnlichen Fällen eingruppiert. Die zugrunde liegenden Analysen werden jedes Jahr fortgeführt.

In diesem Sinne wurden im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems beispielsweise Fälle mit der Prozedur für *Biopsie am Augenlid durch Inzision* und Verweildauer unter 8 Tagen in die MDC 02 oder Fälle mit *lokaler Dehnungsplastik, großflächig: Leisten- und Genitalregion* in die MDC 09 umgeleitet.

Des Weiteren wurden für das aG-DRG-System 2022 innerhalb der 5-fach gesplitteten Basis-DRG 801 sowie innerhalb der 4-fach gesplitteten Basis-DRG 802 zahlreiche OR-Prozeduren aufwandsgerecht neu zugeordnet:

- Streichung der Prozeduren für Implantation, Wechsel oder Revision einer intrakraniellen Messsonde oder für bestimmte weniger komplexe Eingriffe am Schädel, am Thorax, an Leber und am Darm aus der DRG 801B und somit sachgerechte Abwertung der Fälle durch zukünftige Abbildung in der DRG 801C bzw. 801D
- Streichung zahlreicher Prozeduren z.B. für Biopsien oder für kleine Eingriffe an der Wirbelsäule, Nähte an Nerven, Muskeln und Sehnen, Prozeduren für bestimmte Eingriffe an den Augen und am Larynx, Prozeduren für kleinere urologische und abdominal-chirurgische Eingriffe oder Wundversorgungen aus der DRG 801D und sachgerechte Abwertung der Fälle durch Abbildung in der DRG 801E
- Streichung der Prozeduren für kleinere Eingriffe wie bestimmte Laryngektomien, Exzisionen von Gewebe des Mediastinums, der Mamma und des Rektums, Exzisionen einzelner Lymphknoten und Prozeduren für bestimmte Ballon-Angioplastien aus der DRG 802A. Zukünftige sachgerechte Abwertung dieser Fälle durch Abbildung in den DRGs 802B, 802C und 802D
- Streichung von weniger komplexen gynäkologischen Eingriffen, Eingriffen an Enterostoma, an Gelenken und Larynx in der Bedingung der DRG 802B. Zukünftige Abbildung dieser Fälle in der DRG 802C und somit sachgerechte Abwertung
- Streichung der Prozeduren für bestimmte Biopsien, z.B. *Arthroskopische Biopsie am Kniegelenk*, für bestimmte Exzisionen, Exploration von Nerven, Prozeduren für einfache Eingriffe bei Nabelbruch sowie kleinere plastische Operationen aus der DRG 802C und sachgerechte Abwertung der Fälle durch Abbildung in der DRG 802D

3.3.2.21 Unfallchirurgie/Orthopädie

Wie schon in den Jahren zuvor war auch in diesem Jahr insgesamt eine rege Beteiligung am Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems im Bereich der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* zu verzeichnen. Neben 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 Verbindung mit COVID-19 (siehe Kapitel 3.3.2.1). Aus den Bereichen Endoprothetik, Hand, Fuß und Sprunggelenk waren in diesem Jahr vergleichsweise wenige Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren eingereicht worden. Zahlreiche Analysen und Anpassungen im G-DRG-System hatten in den vergangenen Jahren in diesem Bereich zu einer Vielzahl von Weiterentwicklungen geführt. Dennoch konnte die Abbildung der Fälle im aG-DRG-System 2022 weiter verbessert werden. 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 aG-DRG-System 2021 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 das Alter des Patienten. Nach zahlreichen Umsetzungen in den Vorjahren gab es für das aG-DRG-System 2022 vergleichsweise weniger Anpassungen.

In der DRG I43B *Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk [...]* sind vor allem Fälle mit endoprothetischem Eingriff am Knie abgebildet, wie z.B. mit Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese in eine femoral und tibial schaftverankerte, (teil-)zementierte Prothese. Fälle mit Implantation einer femoral- und tibiaschaftverankerten zementierten Endoprothese am Kniegelenk haben sich in der DRG I43B mit niedrigeren Kosten gezeigt. Im Ergebnis wurden betroffene Fälle kostenentsprechend aus der DRG I43B *Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen [...]* in die DRG I44A *Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk mit äußerst schweren CC oder Implantation bestimmter schaftverankerter Prothese am Knie [...]* neu zugeordnet.

Auch im Bereich der Endoprothetik gab es in den Daten aus dem Jahr 2020 eine relevante Anzahl von Fällen mit der Diagnose U07.1 *COVID-19, Virus nachgewiesen*. Bei zum Teil erheblichen Aufwands- und Kostenunterschieden zu den anderen Fällen der jeweiligen DRG ergaben sich zahlreiche Änderungen für 2022, die in Abbildung 41 zusammenfassend dargestellt sind.

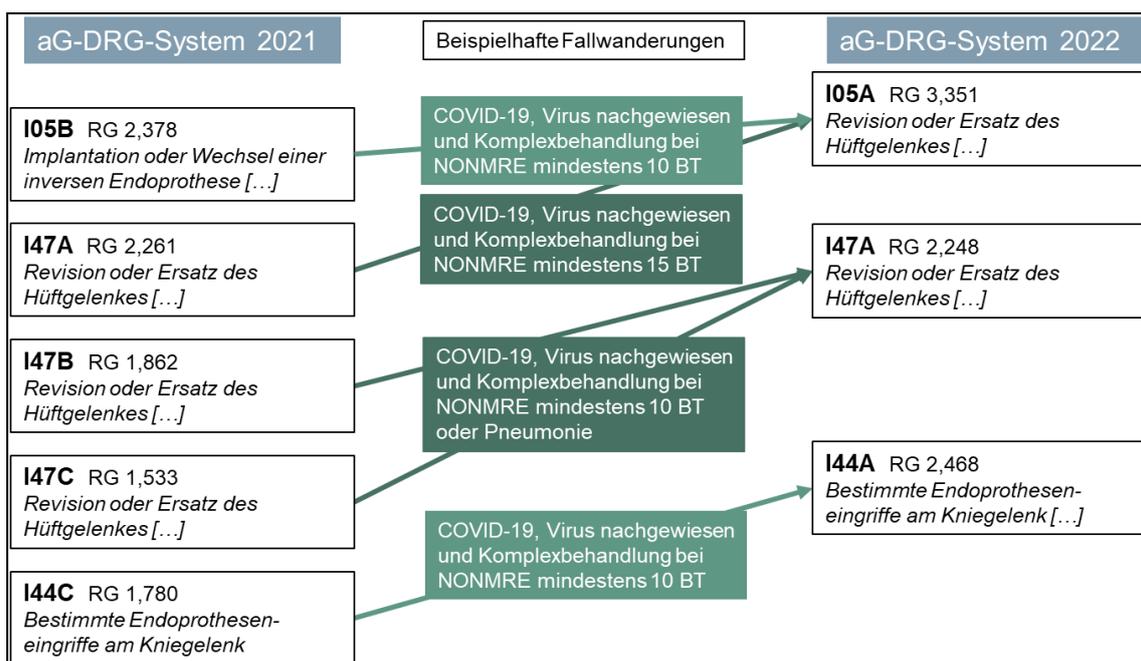


Abbildung 41: Änderungen für 2022 in Verbindung mit COVID-19 im Bereich der Endoprothetik

Eingriffe an der Hand

Die Eingriffe an Handgelenk und Hand werden hauptsächlich in der sechsfach differenzierten Basis-DRG I32 *Eingriffe an Handgelenk und Hand* abgebildet. Als Splitkriterien fungieren neben unterschiedlich komplexen, mehrzeitigen oder Mehrfacheingriffen auch komplexe Diagnosen – wie z.B. angeborene Fehlbildungen – oder das Alter. Diese bereits sehr ausdifferenzierte Abbildung der Fälle wird jährlich weiterentwickelt. Im Vorschlagsverfahren für 2022 wurden relativ wenige Vorschläge dazu eingereicht. Nach umfangreichen Änderungen in den Vorjahren ergab sich auch nach internen Analysen im aktuellen Jahr nur ein geringer Änderungsbedarf in diesem Bereich.

Innerhalb der Basis-DRG I32 wurden wesentliche Kostenunterschiede zwischen verschiedenen Fallgruppen festgestellt, die zu folgenden Neuzuordnungen führten:

- Aufwertung von aufwendigeren Eingriffen, z.B. der totalen Synovialektomie an der Hand an Beugesehnen des Langfingers oder des Daumens aus der DRG I32F *Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe [...]* in die DRG I32E *Bestimmte mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand [...]*
- Abwertung weniger aufwendiger Eingriffe wie der septischen und aseptischen Inzision am Knochen mit Debridement an Phalangen der Hand aus der DRG I32E *Bestimmte mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand [...]* in die DRG I32F *Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe [...]*

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 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* betrafen.

Basis-DRG I08 Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur [...]

In der Basis-DRG I08 sind Fälle mit Eingriffen an Hüftgelenk und Femur oder Ersatz des Hüftgelenks mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule abgebildet. Nach Analysen wurden für 2022 folgende aufwandsgerechte Neuzuordnungen umgesetzt:

- Fälle mit *Transposition von Muskeln an Leisten-/Genitalregion/Gesäß* wurden aus der DRG I08D *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplexer Diagnose oder Prozedur [...]* der DRG I08E *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Diagnose oder Prozedur [...]* kostenentsprechend neu zugeordnet.
- Fälle mit weniger aufwendigen Knocheneingriffen, wie z.B. Biopsie am Hüftgelenk durch Inzision oder Knochenbohrung am proximalen Femur, wurden aus der DRG I08I *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ein Belegungstag [...]* in die DRG I24A *Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten [...]* verschoben.

Aufgrund eines Hinweises im Vorschlagsverfahren, dass in der Basis-DRG I08 *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur [...]* die zusätzliche Kodierung von Knochenzement erlössteigernd wirken kann, aber nicht immer mit höheren Kosten verbunden sei, wurden die entsprechenden Fälle untersucht. Bei der Analyse zeigen bestimmte Fälle mit *Implantation von Knochenzement ohne Antibiotikumzusatz bzw. sonstigem alloplastischen Knochenersatz [...]* geringere Kosten. Für 2022 werden betroffene Fälle aufwandsentsprechend innerhalb der Basis-DRG I08 neu zugeordnet bzw. zum Teil auch in die Basis-DRG I28 *Andere Eingriffe am Bindegewebe [...]* eingruppiert.

Einem weiteren Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren für 2022 folgend wurden Fälle mit Entfernung von Osteosynthesematerial und gleichzeitigem Debridement an derselben Lokalisation innerhalb der Basis-DRG I08 untersucht. Fälle mit *Debridement am distalen Femur, septisch und aseptisch* zeigten geringere Kosten. Zukünftig werden diese Fälle der Basis-DRG I13 *Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten* zugeordnet und sind damit sachgerecht abgebildet.

Auch in der Basis-DRG I08 finden sich in den Daten des Jahres 2020 viele Fälle mit der Diagnose U07.1 *COVID-19, Virus nachgewiesen*. Bei zum Teil erheblichen Aufwands- und Kostenunterschieden zu den anderen Fällen der jeweiligen DRG ergaben sich zahlreiche Änderungen für 2022. Vielfach zeigten sich relevante Kostenunterschiede bei Vorliegen der Diagnose *COVID-19, Virus nachgewiesen* (U07.1) vor allem in Verbindung mit einer Behandlung unter Isolationsbedingungen (8-98g.* *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern*) ab einer bestimmten Dauer (siehe Abbildung 42).

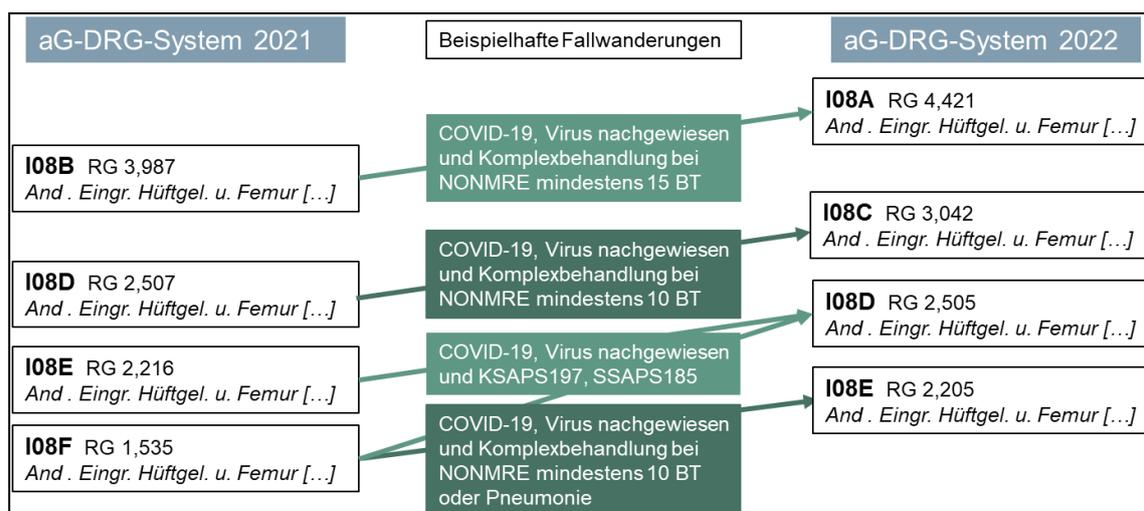


Abbildung 42: Änderungen für 2022 in Verbindung mit COVID-19 in der Basis-DRG I08

Basis-DRG I13 Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten [...]

In der Basis-DRG I13 sind Fälle mit bestimmten Eingriffen an den Extremitäten oder bei Endoprothese der oberen Extremität oder am Knie abgebildet.

Innerhalb der Basis-DRG I13 wurden relevante Kostenunterschiede einiger Fallgruppen festgestellt, die zu Neuzuordnungen führten, wie z.B.:

- Fälle mit geschlossener Reposition einer Fraktur an der Tibia durch Mark-, Fixations- oder Transfixationsnagel wurden bei erhöhten Kosten aus der DRG I13E in die DRG I13D *Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit best. Mehrfacheingr. [...]* oder bei endoprothetischem Eingriff [...] aufgewertet.
- Fälle mit Implantation von alloplastischem keramischem Knochenersatz an der proximalen Tibia wurden bei geringeren Kosten aus der DRG I13C *Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit best. Mehrfacheingriff oder kompliz. Diagnose [...]* in die DRG I13D *Best. Eingriffe an den Extremitäten mit best. Mehrfacheingr. [...]* oder bei endoprothetischem Eingriff [...] abgewertet.
- Fälle mit *Revision (ohne Wechsel) einer Endoprothese am Kniegelenk* wurden entsprechend ihren geringeren Kosten aus der DRG I13E in die DRG I13F *Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit bestimmtem Eingriff an Unterschenkel oder Humerus [...]* verschoben.

Auch in der Basis-DRG I13 gab es in den Daten aus dem Jahr 2020 eine relevante Anzahl von Fällen mit der Diagnose U07.1 *COVID-19, Virus nachgewiesen*. Bei zum Teil erheblichen Aufwands- und Kostenunterschieden zu den anderen Fällen der jeweiligen DRG ergaben sich zahlreiche Änderungen für 2022, die in Abbildung 43 zusammenfassend dargestellt sind.

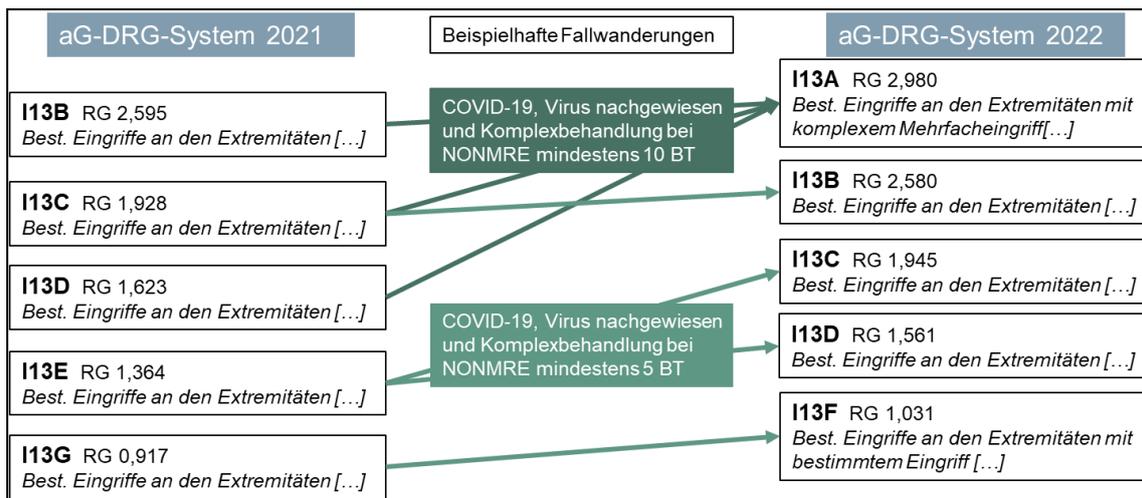


Abbildung 43: Änderungen für 2022 in Verbindung mit COVID-19 in der Basis-DRG I13

Basis-DRG I27 Eingriffe am Weichteilgewebe [...]

In der Basis-DRG I27 werden sowohl Fälle mit Eingriffen bei bösartiger Neubildung am Weichteilgewebe (Sarkome) als auch weniger aufwendige Eingriffe, z.B. an Schleimbeuteln oder Sehnen, abgebildet. Als Ergebnis der Analysen wurden für das aG-DRG-System 2022 einige Fälle mit weniger komplexen Eingriffen ihren Kosten entsprechend abgewertet, z.B.:

- Fälle mit *großflächiger Spalthauttransplantation auf granulierendes Hautareal an sonstigen Teilen des Kopfes* aus der DRG I27C in die DRG I27E *Bestimmte kleine Eingriffe am Weichteilgewebe [...]*
- Fälle mit *offen chirurgischer Zystenexstirpation am Radiokarpalgelenk* sowie mit *Refixation von Muskeln an Oberarm und Ellenbogen* aus der DRG I27D in die DRG I27E *Bestimmte kleine Eingriffe am Weichteilgewebe [...]*

Basis-DRG I28 Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe

Die Basis-DRG I28 fungiert als „Reste“-DRG für die MDC 08. Hier werden operative Fälle abgebildet, die anderen zuvor abgefragten operativen DRGs der MDC 08 nicht zugeordnet sind. Für das Jahr 2022 wurden auch hier einige Fallgruppen entsprechend ihren Kosten neu zugeordnet, wie z.B.:

- Fälle mit *schichtenübergreifendem Weichteildebridement an den Bewegungsorganen* sowie mit *großflächigem Wunddebridement am Unterschenkel* aus der DRG I28C in die DRG I28D *Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mit mäßig komplexem Eingriff [...]*
- Fälle mit *großflächigem Wunddebridement mit Einlegen eines Medikamententrägers am Fuß* aus der DRG I28D in die DRG I28E *Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, ohne bestimmte, mäßig komplexe und komplexe Eingriffe [...]*

Basis-DRG I30 Komplexe Eingriffe [...]

In der Basis-DRG I30 sind Fälle mit komplexen Eingriffen am Kniegelenk oder arthroskopischen Eingriffen am Hüftgelenk abgebildet.

In der DRG I30B *Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk [...]* oder *bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk [...]* zeigten sich einige Fallgruppen mit geringeren Kosten verbunden und werden zukünftig neu zugeordnet:

- Fälle mit *offen chirurgischer Arthrotomie am Kniegelenk* werden zukünftig der DRG I30C *Komplexe Eingriffe am Kniegelenk ohne bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk [...]* oder *bestimmte arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk [...]* zugeordnet.
- Fälle mit *offen chirurgischer Verlagerung des Patellarsehnenansatzes an der Patella und ihrem Halteapparat* werden zukünftig nicht mehr der DRG I30B, sondern der DRG I08H *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur [...]* zugeordnet.

Arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk sind aufgrund ähnlicher Kosten der Fälle bereits seit einigen Jahren ebenfalls der Basis-DRG I30 *Komplexe Eingriffe am Kniegelenk oder arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk* zugeordnet und werden dort typischerweise in die DRG I30B *Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk [...]* eingruppiert. Dort zeigten sich einige weniger komplexe Prozeduren – wie z.B. *die arthroskopische Knorpelglättung am Hüftgelenk* – mit geringeren Kosten verbunden und wurden für 2022 entsprechend der DRG I30C *Komplexe Eingriffe am Kniegelenk ohne bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, [...]*, oder *bestimmte arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk, [...]* zugeordnet.

DRGs der medizinischen Partition

In der DRG I66G *Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag [...]* sind konservativ behandelte Fälle mit verschiedenen Erkrankungen der Bindegewebe abgebildet, wie z.B. mit *Polymyalgia rheumatica* oder *Psoriasis-Arthropatie*. Fälle mit organbegrenzter Amyloidose und mit Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom] zeigten sich mit höheren Kosten verbunden als andere Fälle der DRG und werden für 2022 in die DRG I66E *Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Amyloidose oder Arthropathie [...]* aufgewertet. Fälle mit bestimmten Formen eines systemischen Lupus erythematodes zeigten sich ebenso mit erhöhten Kosten verbunden und werden für 2022 in die DRG I66F *Frakturen an Becken und Schenkelhals oder systemischer Lupus erythematodes [...]* aufgewertet.

Fälle mit konservativ versorgten Frakturen an der Wirbelsäule zeigten in der DRG I68D *Nicht operativ behandelte Erkrankung der Wirbelsäule [...]* deutlich höhere Kosten als die anderen Fälle der DRG (z.B. mit Lumboischialgien). Für 2022 erfolgte ein Split der DRG I68D anhand des Kriteriums „mit / ohne Wirbelsäulenfraktur“, sodass die Fälle mit Wirbelsäulenfraktur in der „neuen“ DRG I68D *Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, [...]*, mit *Wirbelsäulenfraktur* abgebildet werden und die restlichen Fälle in der „neuen“ DRG I68E *Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, [...]*, ohne *Wirbelsäulenfraktur* verbleiben (s. Abbildung 44). Da alle Fälle aus einer DRG mit gezielter Absenkung der Bewertungsrelationen kommen, betrifft die gezielte Absenkung 2022 beide Nachfolge-DRGs.

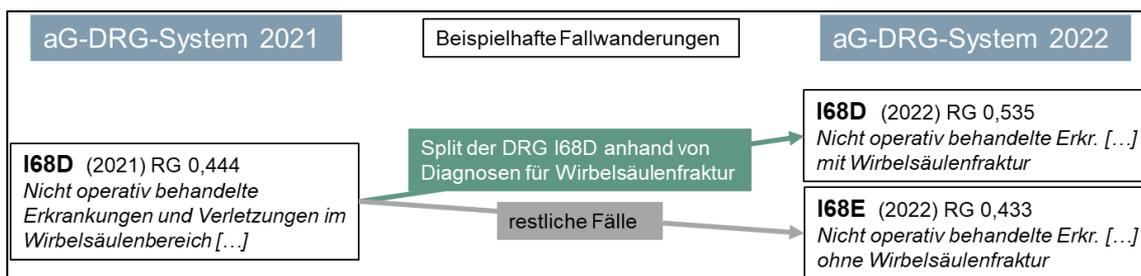


Abbildung 44: Split der DRG I68D (2021) anhand von Diagnosen für Wirbelsäulenfraktur

Die 2021 in die DRG I69B *Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathie ohne bestimmte Arthropathie, [...]* eingruppierten Fälle mit der Hauptdiagnose *Primäre Arthrose der Wirbelsäule* zeigten vergleichbare Kosten zu den Fällen mit nicht operativ behandelte Verletzung der Wirbelsäule der DRGs I68E und I68F. Für 2022 werden diese Fälle in die Basis-DRG I68 *Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich [...]* verschoben und in die DRGs I68E *Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag [...]* und I68F *Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag [...]* eingruppiert.

Die 2021 in die MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* eingruppierten Fälle mit Hauptdiagnose *Neuralgie und Neuritis an Beckenregion und Oberschenkel (inkl. Iliosakralgelenk)* zeigten bei konservativer Therapie vergleichbare Kosten zu den ebenfalls konservativ behandelten Fällen der Basis-DRG I68 *Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich [...]*. Für operativ versorgte Fälle mit dieser Hauptdiagnose erwies sich eine Abbildung in der MDC 08 ebenfalls als sachgerecht. Die MDC-übergreifende Neuuzuordnung von Fällen mit der genannten Hauptdiagnose ist zusammenfassend in Abbildung 45 dargestellt.

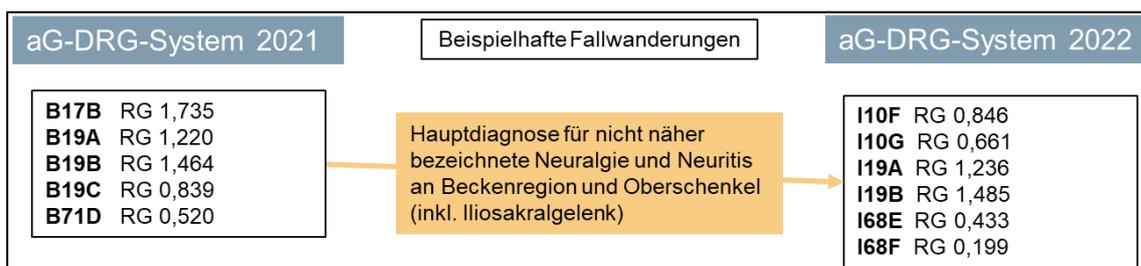


Abbildung 45: Hauptdiagnosenverschiebung aus der MDC 01 in die MDC 08

Auch in der medizinischen und anderen Partition der MDC 08 gab es in den Daten aus dem Jahr 2020 eine relevante Anzahl von Fällen mit der Diagnose U07.1 *COVID-19, Virus nachgewiesen*. Bei zum Teil erheblichen Aufwands- und Kostenunterschieden zu den anderen Fällen der jeweiligen DRG ergaben sich zahlreiche Neuuzuordnungen für das aG-DRG-System 2022 (siehe Abbildung 46).

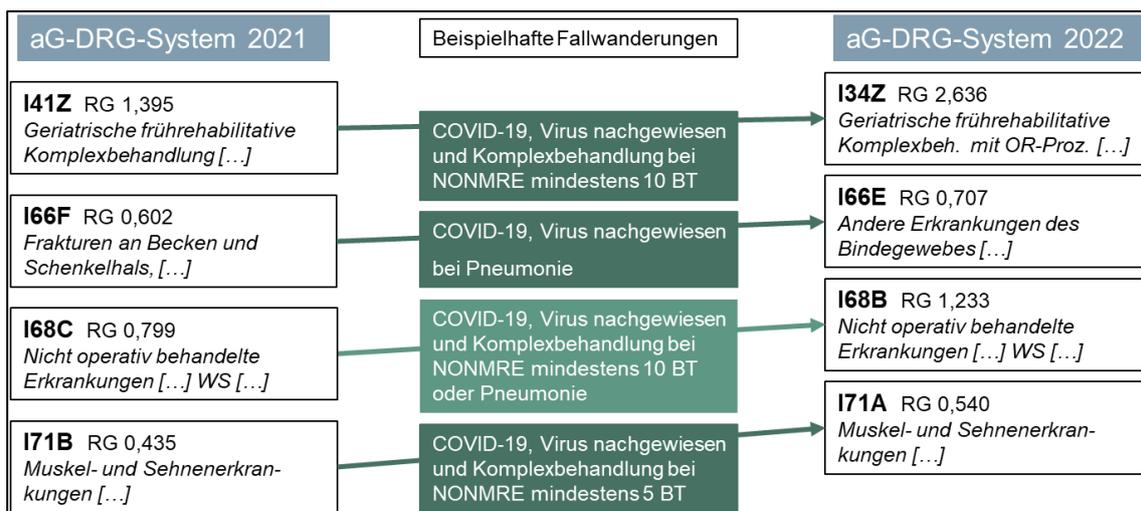


Abbildung 46: Änderungen für 2022 in Verbindung mit COVID-19 in der mediz. und anderen Partition

Darüber hinaus wurde die DRG I87Z *Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* anhand der Diagnose U07.1 *COVID-19, Virus nachgewiesen* für 2022 in die DRGs I87K *Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern [...]*, *COVID-19, Virus nachgewiesen* und I87Z *Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern [...]* differenziert.

3.3.2.22 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, welche die männlichen Geschlechtsorgane betreffen, abgebildet.

Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe

Die Basis-DRG L13 *Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung [...]* ist im aG-DRG-System 2021 in drei DRGs differenziert. Fälle mit komplexem Eingriff werden in der DRG L13A, Fälle mit anderem Eingriff in der DRG L13B abgebildet. Es zeigte sich, dass Fälle mit bestimmten Operationen am Ureter und im Retroperitonealraum wie z.B. Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe, bestimmte Ureterresektionen oder bestimmte radikale Lymphadenektomien nicht mehr sachgerecht abgebildet sind. Daraus resultiert eine Neuordnung der Fälle mit diesen Prozeduren in die DRGs L04A (mit einem Alter unter 16 Jahren), L04B (mit einem Alter über 15 Jahren), L08Z und L13C im Sinne einer Auf- bzw. Abwertung je nach Ziel-DRG (siehe Abbildung 47).

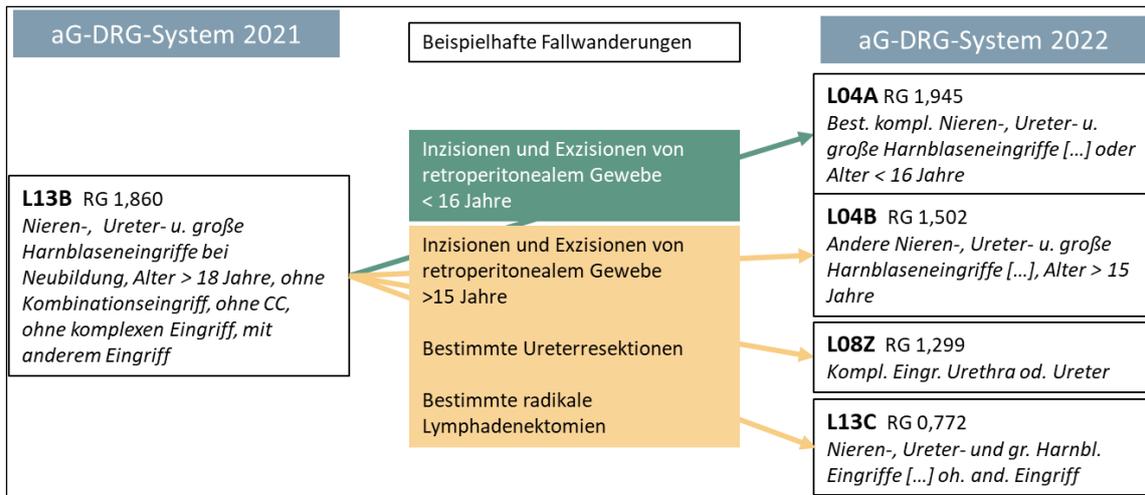


Abbildung 47: Neuuzuordnung von Fällen mit bestimmten Prozeduren aus der DRG L13B

In der Basis-DRG L06 *Kleine Eingriffe an den Harnorganen* werden Fälle mit unterschiedlichen Eingriffen wie z.B. Harninkontinenz-Operationen, Injektionsbehandlungen, kleinen offenen Operationen an der Harnblase oder Biopsien abgebildet. Die Differenzierung innerhalb der Basis-DRG in drei DRGs erfolgt anhand folgender Attribute: „äußerst schwere CC bei bestimmten Prozeduren“, „Alter < 16 Jahre“ oder „mäßig aufwendige Eingriffe an der Harnblase“. Im Zuge der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems zeigten bestimmte Prozeduren (Revision bei artifiziellem Harnblasensphinkter, Vorderwandplastik bei Urethro-Zystozele oder der Verschluss eines offenen Urachus) geringere Kosten und wurden aus der DRG L06B in die DRG L20B verschoben (siehe Abbildung 48).

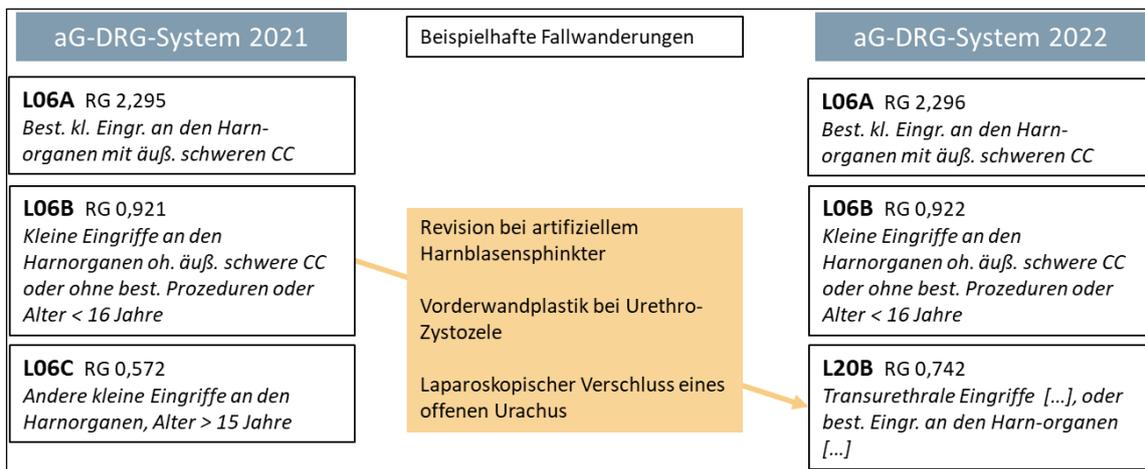


Abbildung 48: Neuuzuordnung von Fällen mit bestimmten Prozeduren aus der DRG L06B

Weitere Umbauten der MDC 11

- Im Rahmen der Weiterentwicklung fiel auf, dass Fälle mit Retroperitonealfibrose deutlich teurer waren als die anderen Fälle der DRG L64D, sodass diese kostenauffällige Diagnose innerhalb der Basis-DRG L64 *Andere Erkrankungen der Harnorgane oder Urethrozystoskopie* aufgewertet wurde.
- Kostenentsprechende Neuordnung bestimmter Eingriffe an der Urethra (plastische Rekonstruktion bei männlicher Hypospadie oder Epispadie, offen chirurgische Urethrotomie oder sonstige Rekonstruktion der Urethra) aus der DRG L08Z *Komplexe Eingriffe an der Urethra oder Ureter* in die DRG L17A *Andere Eingriffe an der Urethra [...]*.
- Aufwandsgemäß veränderte Zuordnungen von kleineren Eingriffen wie therapeutische Drainage in der operativen „Reste“-DRG L09 *Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane*.
- Aufnahme der Diagnose *Covid-19, Virus nachgewiesen* mit einer *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern* in die DRGs L60A, L60C *Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag [...]*, L63D *Infektionen der Harnorgane [...]* und L64A *Andere Erkrankungen der Harnorgane [...]*.
- Außerdem Aufnahme der Diagnose *Covid-19, Virus nachgewiesen* in Kombination mit einer Pneumonie in die Splitbedingung zur DRG L63B *Infektionen der Harnorgane [...]*.

3.3.2.23 Verbrennungen

Die MDC 22 ist die spezifische MDC für Fälle mit Verbrennungen oder Verätzungen. Operative Fälle mit verschiedenen Eingriffen werden in drei Basis-DRGs abgebildet:

- Y01 *Operative Eingriffe bei schweren Verbrennungen [...]*
- Y02 *Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation [...]*
- Y03 *Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen*

In der Basis-DRG Y02 zeigten Fälle mit einigen bisher direkt der DRG Y02A oder der DRG Y02B zugeordneten Nebendiagnosen, wie z.B. *SIRS nichtinfektiöser Genese* oder *Phlegmone an der oberen / unteren Extremität* nicht mehr die Kosten, die diese Eingruppierung begründen. Genauso zeigten sich auch Fälle mit bestimmten Amputationen, z.B. Zehen- oder Fingeramputation, die der DRG Y02B direkt zugeordnet waren, mit geringeren Kosten verbunden. Für das aG-DRG-System 2022 erfolgte eine aufwandsentsprechende Neuordnung dieser Fälle, die beispielhaft in Abbildung 49 dargestellt ist.

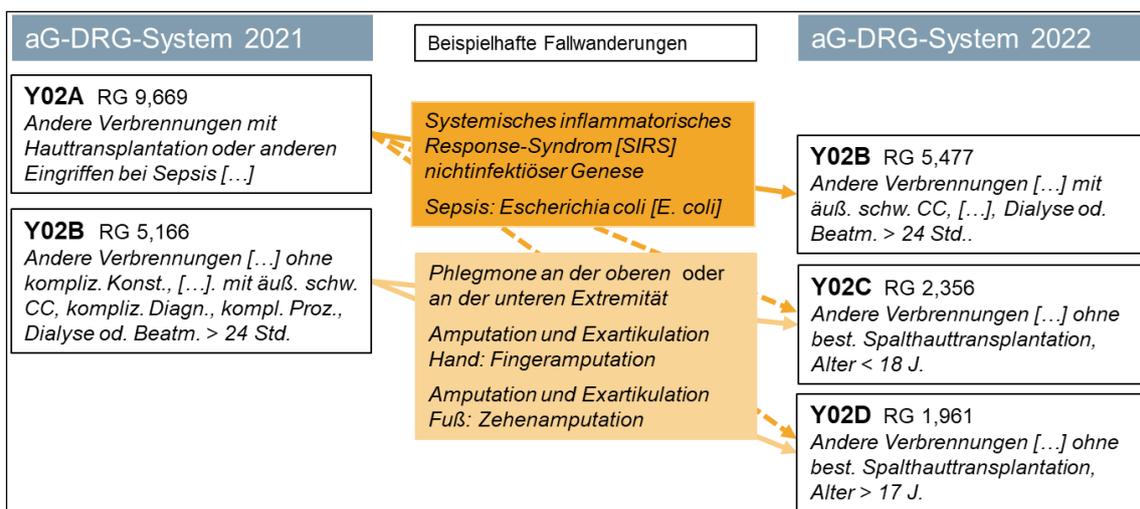


Abbildung 49: Beispielhafte Fallwanderungen in der Basis-DRG Y02

3.3.2.24 Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten

Der MDC 21B sind zahlreiche Hauptdiagnosecodes für *Verletzungen und Vergiftungen* zugeordnet, darunter auch unspezifische Codes, die z.B. nicht das betroffene Organ beschreiben, wie T81.0 *Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes [...]*. Die operativen DRGs der MDC 21B sind vergleichsweise wenig ausdifferenziert, auch weil sich oft bei den Analysen der Kalkulationsdaten für einzelne Eingriffe nur geringe Fallzahlen finden. Im Vergleich zu den organspezifischen MDCs weisen die operativen DRGs der MDC 21B für vergleichbare Eingriffe mitunter deutlich unterschiedliche Erlöse auf.

Im Vordergrund der diesjährigen Analysen der Daten des Jahres 2019 standen die Fälle der fallzahlstärksten Basis-DRGs der MDC 21B:

- X01 *Rekonstruktive Operationen bei Verletzungen*
- X06 *Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen*

Für das aG-DRG-System 2022 wurde eine relevante Anzahl von Eingriffen in beiden Basis-DRGs aufwandsentsprechend neu zugeordnet.

Innerhalb der Basis-DRG X01 wurde eine neue DRG X01C *Rekonstruktive Operation [...] mit bestimmter Nervennaht oder Hautplastik, > 1 BT* zwischen den „alten“ DRGs X01B und X01C etabliert (siehe Abbildung 50). In dieser neuen DRG X01C werden Fälle z.B. mit *epineuraler Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär: Nerven Hand / Fuß* oder mit *lokaler Dehnungsplastik, großflächig: Unterarm* abgebildet.

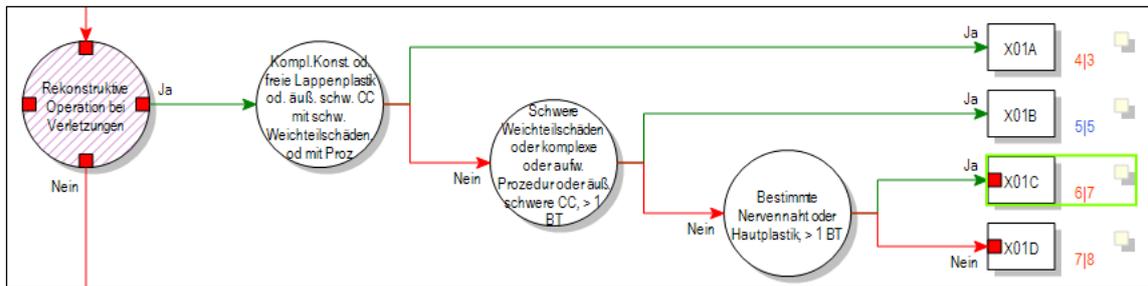


Abbildung 50: Neue DRG X01C

In der Basis-DRG X06 wurden weniger aufwendige Prozeduren der DRG X06B *Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC [...]* kostenentsprechend überwiegend der DRG X06C zugeordnet. Beispielhaft sind hier Prozeduren wie eine *Biopsie an Knochen durch Inzision / Diagnostische Arthroskopie, Neurolyse und Dekompression eines Nerven, Entfernung eines Fremdkörpers aus dem hinteren Augenabschnitt* oder *bestimmte chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut* zu nennen.

3.3.2.25 Versorgung von Kindern

In jedem Kalkulationsjahr erfolgt eine umfassende Überprüfung aller DRGs darauf, ob eine differenzierte Eingruppierung von Kindern, z.B. über die Einführung weiterer DRGs mit Gruppierungsrelevanz des Kindesalters („Kindersplits“), die sachgerechte Abbildung der Behandlung von Kindern im Entgeltsystem weiter verbessern kann. Ebenso werden existierende DRGs daraufhin geprüft, ob durch die Altersbedingung die Kinder weiterhin bessergestellt werden, um eine ungewollte Schlechterstellung von Kindern durch nicht mehr indizierte Kindersplits auszuschließen. Da die Weiterentwicklung des aG-DRG-Entgeltsystems für 2022 aufgrund der dargestellten Problematik der nicht geeigneten Kalkulationsdaten des Jahres 2020 primär auf den Daten aus dem Jahr 2019 erfolgte („Stufe 1“) und diese im Vorjahr bereits sehr weitgehend auf die Vergütungssituation der Kinder überprüft worden waren, ergaben sich für 2022 nur Änderungen in geringerem Umfang als in den Vorjahren. Diese beziehen sich zumeist auf sehr spezifische Konstellationen, die das Kindesalter in Kombination mit weiteren Attributen zur Definition der höhergruppierten Fälle verwenden.

In folgenden DRGs wurden neue Alterssplits in Kombination mit anderen Attributen eingeführt:

- Basis-DRG E65 *Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung oder Bronchitis [...]*: Erweiterung der Eingangsbedingung um Fälle im Alter unter einem Jahr mit einer Hauptdiagnose für akute Bronchiolitis durch Respiratory-Syncytial-Viren. Diese Fälle wurden im aG-DRG-System 2021 in der Basis-DRG E70 *Keuchhusten und akute Bronchiolitis* abgebildet. Mit der zukünftigen Zuordnung zur Basis-DRG E65 werden betroffene Behandlungsfälle deutlich aufgewertet (siehe Kapitel 3.3.2.15).
- DRG G67A *Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung [...]* mit bestimmten komplizierenden Faktoren: Erweiterung der Splitbedingung um Alter unter 16 Jahren in Kombination mit einer Prozedur für partielle und totale Koloskopie. Diese Fälle werden zukünftig sachgerecht in die DRG G67A eingruppiert und damit, aus der DRG G67B *Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointesti-*

nale Blutung [...] mit äußerst schweren CC und G67C Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung [...] ohne äußerst schwere CC kommend, aufgewertet (siehe Kapitel 3.3.2.8).

- DRG F49C *Invasive kardiologische Diagnostik [...] Alter < 18 Jahre*: Basierend auf Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren erfolgte eine Etablierung einer neuen Umleitung aus der MDC 23 *Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens* (DRG Z64A *Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen [...] oder invasiver kardiologischer Diagnostik bei Herz-/Herz-Lungen-Transplantation, Alter < 18 Jahre*) für Fälle im Alter unter 18 Jahren mit einer Herzkatheteruntersuchung nach Organtransplantation in die DRG F49C (MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*, siehe Kapitel 3.3.2.14).

Im Ergebnis wurde die Behandlung von Kindern in diesen DRGs aufgewertet, ohne dass zusätzliche DRGs etabliert werden mussten.

Neues unbewertetes Zusatzentgelt für Dinutuximab beta

Für das Medikament Dinutuximab beta, das seit 2017 den NUB-Status 1 hat, wurde für 2022 ein unbewertetes Zusatzentgelt etabliert. Dinutuximab beta ist ein chimärer monoklonaler Antikörper zur GD2-spezifischen Immuntherapie, der zur Behandlung eines Hochrisiko-Neuroblastoms im Alter von über 11 Monaten nach partieller Remission oder bei einem rezidivierenden bzw. refraktären Neuroblastom angewandt wird. Es wird also vor allem zur Behandlung von Kindern verwendet. Nur vereinzelt werden Patienten im Alter über 18 Jahre (~ 3 %) behandelt (siehe Kapitel 3.4.1.3 und Tabelle 16).

Neues unbewertetes Zusatzentgelt für Onasemnogen Abeparvovec (Zolgensma®)

Das Gentherapeutikum Onasemnogen Abeparvovec (Zolgensma®) ist ein Advanced Therapy Medicinal Product (ATMP) zur ursächlichen Behandlung der 5q-assoziierten spinalen Muskelatrophie (SMA), einer seltenen genetischen Erkrankung mit geringer Lebenserwartung. Die EMA-Zulassung erfolgte erst am 18. Mai 2020, sodass die Methode im zeitlich davorliegenden NUB-Verfahren für das Jahr 2020 den Status 4 erhielt. Für das Jahr 2021 folgte entsprechend der Status 1. Da die Leistung im Datenjahr 2020 nicht spezifisch kodierbar war, erfolgte die Abfrage im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung. Basierend auf den detaillierten Analysen aller verfügbaren Daten erfolgte für das aG-DRG-System 2022 für die Behandlung mit dieser neuen Gentherapie die Etablierung eines unbewerteten Zusatzentgelts (siehe Kapitel 3.4.1.3 und Tabelle 16).

Zusatzentgelt	Bezeichnung
ZE2022-191	Gabe von Dinutuximab beta, parenteral
ZE2022-193	Gabe von Onasemnogen Abeparvovec, parenteral

Tabelle 16: Neue unbewertete Zusatzentgelte

Teilstationäre Leistungen bei Kindern

Für die aG-DRG-Version 2021 wurden auf Grundlage eines Antrags der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD) zehn unbewertete teilstationäre DRGs für Diagnostik und Behandlung von Kindern in der neuen MDC 25 *Teilstationäre pädiatrische Diagnostik und Behandlung* etabliert. Diese werden einheitlich über die folgenden Attribute definiert:

- Alter < 18 Jahre (Ausnahme DRG 749Z: Alter < 10 Jahre)
- Verweildauer = 1 Tag
- Aufnahmegrund = teilstationäre Behandlung

Der DRG-spezifische medizinische Inhalt entspricht den Vorgaben der teilstationären OPS-Kodes, die zum Zweck der Definition dieser DRGs in den OPS Version 2021 aufgenommen wurden, wobei ein Teil dieser teilstationären OPS-Kodes als Zusatzcodes etabliert wurden, wie beispielsweise die Codes aus dem Bereich 9-985 *Teilstationäre pädiatrische Behandlung*. Sowohl über das Vorschlagsverfahren des InEK als auch über das Revisionsverfahren für den OPS des BfArM wurde zu zwei dieser teilstationären DRGs bzw. den zugrunde liegenden OPS-Kodes ein Änderungsbedarf vorgetragen.

In den OPS Version 2022 wurde der Code 8-01a *Teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem bei Kindern und Jugendlichen* neu aufgenommen. Der Hintergrund ist, dass in der bisherigen Definition der DRG 748Z *Bestimmte Behandlung ohne Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär* die Infusionen von Medikamenten bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen nicht abgebildet werden konnten, da der Code 9-985.0 *Teilstationäre pädiatrische Behandlung: Ohne Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit* die zusätzliche Kodierung eines (meist) substanzspezifischen OPS-Kodes für eine Infusion oder Transfusion von Arzneimitteln erfordert. Diese Codes fehlten an dieser Stelle allerdings teilweise. Der nun in den OPS aufgenommene Code 8-01a *Teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem bei Kindern und Jugendlichen* ist ein Primärkode, der keinen zusätzlichen Code für eine Infusion von Arzneimitteln erfordert. Die Definition der DRG 748Z wurde in dem Sinne angepasst, dass diese auch erfüllt ist, wenn neben den oben aufgeführten „allgemeinen“ Attributen der DRGs der MDC 25 der Code 8-01a vorliegt.

Der DRG 743Z *Bougierung des Ösophagus in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär* wurden bisher Fälle unter 18 Jahren mit teilstationärer Behandlung und einer Verweildauer von einem Tag zugeordnet, bei denen unter Sedierung oder Anästhesie (OPS 9-985.1 *Teilstationäre pädiatrische Behandlung: Mit Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit*) eine *Bougierung des Ösophagus* (OPS 5-429.8) vorgenommen wurde. Für den OPS Version 2022 wurde die Definition des Codes 9-985.1 dahingehend erweitert, dass sowohl eine Bougierung als auch eine Ballondilatation des Ösophagus in Kombination mit dem Code 9-985.1 verschlüsselt werden können. Dies wurde in der Definition der DRG 743Z entsprechend berücksichtigt, sodass nun auch teilstationäre pädiatrische Fälle mit einer Ballondilatation des Ösophagus unter Sedierung oder Anästhesie in die DRG 743Z eingruppiert werden.

Fazit: Versorgung von Kindern

Kinder werden im G-DRG-System sehr differenziert abgebildet. Im aG-DRG-System 2022 finden sich 333 „reine“ Kinder-DRGs und DRGs, in denen das Alter höhergruppierend wirkt. Zusätzlich erfolgt eine hochdifferenzierte Abbildung der Neonatologie in der eigenständigen MDC 15 *Neugeborene*. Im G-DRG-System werden Kinder durch kinderspezifische OPS-Kodes, z.B. für intensivmedizinische Komplexbehandlung, u.a. in

den Beatmungs-DRGs, die Sortierung dieser DRGs unter Berücksichtigung der höheren Tageskosten der Kinder und durch sachgerechte Langliegerzuschläge in besonderer Weise berücksichtigt. Unverändert zum Vorjahr existieren 66 Zusatzentgelte für Medikamente mit Kinderdosisklassen sowie 6 sonstige kinderspezifische Zusatzentgelte (z.B. Komplexe neuropädiatrische Diagnostik).

3.3.2.26 Wirbelsäulenchirurgie

Operative Eingriffe an der Wirbelsäule sind im aG-DRG-System hochdifferenziert abgebildet. Als Splitkriterien dienen z.B. äußerst schwere CC, Eingriff an mehreren Lokalisationen, komplizierende Konstellationen, mehrzeitige Eingriffe oder Alter. Auch weniger komplexe Fälle sind häufig mit einer Vielzahl von Prozeduren verschlüsselt, was eine regelmäßige Analyse aller Prozeduren auf Eignung als Splitkriterium für eine sachgerechte Eingruppierung der Fälle notwendig macht.

Innerhalb der Basis-DRG I09 *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule* zeigten sich bestimmte Prozeduren in einigen Splitbedingungen nicht mehr als geeignetes Splitkriterium und wurden dementsprechend in diesen Splitbedingungen gestrichen. Relevante Fälle werden zukünftig innerhalb der Basis-DRG I09 entsprechend den Fallkosten in anderen DRGs abgebildet. Die Fälle mit folgenden Eingriffen sind hiervon betroffen:

- *Dorsal und ventral kombinierte, interkorporale Spondylodese: 1 Segment:* aus der DRG I09B in die DRG I09C
- *Ventrale Spondylodese: 2 Segmente:* aus der DRG I09B in die DRG I09C
- *Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule durch Schrauben-Stab-System an einem Segment:* aus der DRG I09E, zukünftige Eingruppierung bei Diszitis in I09F, sonst in I09G

Innerhalb der Basis-DRG I10 *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule* zeigten sich auch bestimmte Prozeduren in einigen Splitbedingungen als nicht mehr geeignet. Solche Codes wurden aus einzelnen Splitbedingungen gestrichen und betroffene Fälle aus der DRG I10B *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten komplizierenden Eingriffen [...]* in die DRG I10C *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule bei Bandscheibeninfektion oder mit bestimmtem Eingriff an der Wirbelsäule* verschoben, wie z.B.:

- *Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule durch intervertebrale Cages: 2 Segmente*
- *Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule durch ventrales Schrauben-Platten-System: 1 oder 2 Segmente*
- *Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule durch Schrauben: 1 Segment*

In den Daten aus dem Jahr 2020 gab es im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie eine relevante Anzahl von Fällen mit der Diagnose U07.1 *COVID-19, Virus nachgewiesen*. Bei zum Teil erheblichen Aufwands- und Kostenunterschieden zu den anderen Fällen der jeweiligen DRG ergaben sich einige Änderungen für 2022. Eine genauere Darstellung der Vorgehensweise sowie eine umfassende Auflistung der entsprechenden Anpassungen in Verbindung mit COVID-19 finden sich in Kapitel 3.3.2.1.

3.3.2.27 Zytostatische Chemotherapie

Für den OPS Version 2022 wurde die Kodierung von zytostatischen Chemotherapien mit Codes aus dem Bereich 8-54 *Zytostatische Chemotherapie, Immuntherapie und antiretrovirale Therapie* auf Basis eines Vorschlags der zuständigen Fachgesellschaft im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Weiterentwicklung des OPS des BfArM komplex umstrukturiert. Bis einschließlich OPS Version 2021 standen für die Kodierung von zytostatischen Chemotherapien im Wesentlichen vier Codebereiche zur Verfügung, die nach den folgenden Attributen differenziert waren:

8-541 *Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren*

- Kodierung einer lokalen Chemotherapie
- Codebereich ist differenziert nach Lokalisation, z.B. „intrathekal“, „intraperitoneal“, „in die Harnblase“ etc.

8-542 *Nicht komplexe Chemotherapie*

- Kodierung einer ein- oder mehrtägigen nicht komplexen Chemotherapie
- Codebereich ist differenziert nach Anzahl der Tage und Medikamente

8-543 *Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie*

- Kodierung z.B. einer 2- bis 4-tägigen Blockchemotherapie
- Codebereich ist differenziert nach Anzahl der Tage und Medikamente

8-544 *Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie*

- Kodierung z.B. einer 5- bis 8-tägigen Blockchemotherapie
- Codebereich ist differenziert nach „ein“ bzw. „zwei“ Chemotherapieblöcke während eines Aufenthalts.

Die Codebereiche 8-542 bis 8-544 wurden zusätzlich definiert durch Beispiellisten von Chemotherapieschemata, die mit dem jeweiligen Codebereich zu verschlüsseln sind. Die hier aufgeführten Codebereiche sind vor allem in der MDC 17 *Hämatologische und solide Neubildungen* von hoher Erlösrelevanz, entsprechend sind Änderungen des OPS in diesem Bereich von großer Bedeutung für das Entgeltsystem.

Kritisiert wurde an der bisherigen Kodierung von Chemotherapien u.a., dass diese nicht mehr zeitgemäß sei, da beispielsweise die unter den Codebereichen 8-542 bis 8-544 aufgeführten Beispiellisten veraltet seien und zum Teil auch Schemata enthielten, die nach Anzahl der Tage und Medikamente falsch zugeordnet seien. Ein Versuch der Bereinigung dieser Listen war mehrfach gescheitert. Zudem sei die Zuordnung neuerer Therapien teilweise unklar und die Pflege und Aktualisierung der Beispiellisten ist insgesamt mit einem hohen Aufwand verbunden. Für die Anwender habe die bisherige Einteilung zu zahlreichen Unsicherheiten und Schwierigkeiten bei der korrekten Zuordnung zu den jeweiligen Codes geführt, wenn z.B. Medikamente in einer fixen Kombination zwei Zytostatika enthalten.

Von der Fachgesellschaft wurde bereits im Vorschlagsverfahren für den OPS Version 2021 ein Vorschlag beim BfArM zur komplexen Umstrukturierung der Kodierung von zytostatischen Chemotherapien eingereicht, der für den OPS Version 2022 noch einmal überarbeitet wurde und in der zuständigen Arbeitsgruppe des BfArM für den OPS Version 2022 konsentiert werden konnte. Ziel der Umstrukturierung der Chemotherapien war u.a. die Definition von eindeutigen Trennern zwischen den Codebereichen inklusive einer weitgehenden Streichung der Beispiellisten. Auch in den Vorjahren stand dieser Codebereich bei der Weiterentwicklung des OPS schon intensiv in der Diskussion, je-

doch ohne dass sich ein Konsens zur Veränderung erreichen ließ, wie dies für 2022 gelungen ist.

Ab 2022 werden mit dem Codebereich 8-542 weniger komplexe Eintagestherapien mit ein bzw. zwei Substanzen kodiert. Mit Codes aus 8-543 werden komplexe Eintagestherapien mit mehr als zwei Substanzen oder Multitagestherapien kodiert. Der Codebereich 8-544 ist zukünftig der Kodierung hochkomplexer Therapien vorbehalten, die aufgrund ihrer hochpotenten Wirkung in der Regel einen stationären Aufenthalt über die Tage der Applikation hinaus erfordern. Damit sind Chemotherapien gemeint, bei denen mindestens zwei Substanzen innerhalb eines Therapieblocks von mindestens fünf Tagen subkutan oder intravenös verabreicht oder spezifische Chemotherapieprotokolle angewendet werden, die diesem Codebereich zugeordnet sind. Darüber hinaus wird bei den Codebereichen 8-542 bis 8-544 zukünftig der Terminus „Substanz“ statt „Medikament“ verwendet, was dem Umstand Rechnung tragen soll, dass die heutigen Therapien bei bösartigen Erkrankungen, wie z.B. Tyrosinkinaseinhibitoren, keine klassischen Zytostatika mehr sind.

Die umfangreichen Änderungen der Kodierung für 2022 stellen eine Präzisierung und Vereinfachung mit einer gewissen Entdifferenzierung des Codebereichs dar. Zukünftig werden deutlich mehr Fälle als bisher als „hochkomplex“ und deutlich weniger Fälle als „nicht komplex“ bewertet werden, was in der folgenden Abbildung schematisch dargestellt wird:

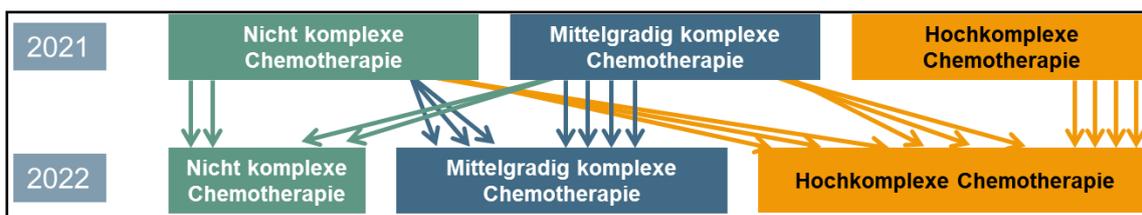


Abbildung 51: Schematische Darstellung der Änderungen bei der Kodierung von zytostatischen Chemotherapien

Die differenzierte Kodierung von Chemotherapien als „hochkomplex“, „mittelgradig komplex“ und „nicht komplex“ ist im DRG-Algorithmus insbesondere in der MDC 17 von großer Bedeutung und dient der Abbildung der Kosten unterschiedlich komplexer onkologischer Fälle, was auch über die reinen Medikamentenkosten hinausgeht. Die für die Eingruppierung der Leukämien und Lymphome mit Chemotherapie im G-DRG-System maßgeblichen Kodelisten orientieren sich genau an dieser Definition „mittelgradig komplex“ bzw. „hochkomplex“ im OPS. Wenn sich diese Definitionen für 2022 verändern, bedeutet dies, dass die DRG-Definition bzw. die Kodelisten bereits entsprechend der zukünftigen Kodierung anzupassen sind. Die daraus resultierenden Fall- und Kostenverschiebungen schlagen sich so bereits bei der Ermittlung der Bewertungsrelationen für den Fallpauschalen-Katalog für 2022 nieder, sodass eine Kongruenz zwischen Kalkulation und zukünftiger Abrechnung wieder besteht.

Die Auswirkungen der geänderten Kodierung von Chemotherapien auf die Eingruppierung von Fällen wurden ausführlich analysiert. Eine unproblematische 1:1-Überleitung der Codes von 2021 auf 2022 ist bei unverändertem G-DRG-System nicht möglich, da dann bei zukünftig veränderter Kodierung die Kalkulation für 2022 nicht mehr kongruent zur Abrechnung in 2022 wäre. Eine Ablehnung der für den OPS Version 2022 in diesem Bereich geplanten Änderungen aufgrund von (bei bezüglich der Chemotherapien un-

verändertem G-DRG-System) drohenden finanziellen Verschiebungen im Entgeltsystem ist jedoch nicht zweckmäßig, da medizinisch sinnvolle und konsentrierte Weiterentwicklungen der Klassifikationen nicht durch technische Schwierigkeiten bei der Überleitung des OPS verhindert werden sollten. Es ist jedoch möglich, die Änderungen der Kodierung durch eine vorbereitende Anpassung des Gruppierungsalgorithmus an die Kodierung im Jahr 2022 durch einen entsprechenden Umbau vorwegzunehmen. Ein Verzicht auf vorbereitende Anpassungen des G-DRG-Algorithmus würde durch die Veränderung der Kodierung im Jahr 2022 zu unbegründet hohen oder auch niedrigen Erlösen führen. Massive Unterschiede zwischen der DRG-Kalkulation und der Abrechnung ab dem kommenden Jahr wären damit unvermeidbar. Auch eine Streichung der Gruppierungsrelevanz der Prozeduren für Chemotherapie kam als Lösung der Probleme bei der Überleitung des Codebereichs nicht in Frage, da sich die Art der Chemotherapie in den letzten Jahren als gut geeigneter Kostentrenner und bedeutendes Definitivkriterium im G-DRG-System gezeigt hat.

Aus diesem Grund erfolgte eine Anpassung der Eingruppierung von Chemotherapien im Sinne einer Vorwegnahme der zukünftigen Kodierung. Dies erforderte hauptsächlich in der MDC 17 einen sehr umfangreichen Umbau, durch den aber die durch die OPS-Änderung bedingte Unschärfe bei der zukünftigen Abrechnung der betroffenen Fälle so gering wie möglich gehalten werden kann. Im Rahmen dieses Umbaus in der MDC 17 wurden z.B. Prozeduren für „nicht komplexe“ und „mittelgradig komplexe“ Chemotherapien mit mindestens zwei Medikamenten an mindestens fünf Tagen den Codes für „hochkomplexe“ Chemotherapie gleichgestellt, da sie ab 2022 mit dem gleichen Code zu verschlüsseln sind. „Nicht komplexe“ Chemotherapien mit einem Medikament an zwei bis sieben Tagen wurden den entsprechenden Codes für „mittelgradig komplexe“ Chemotherapien gleichgestellt.

Wie oben schon dargestellt, führen die Änderungen insgesamt zu einer gewissen Erweiterung vor allem des Splitkriteriums „hochkomplexe Chemotherapie“, da nach OPS Version 2022 mehr Fälle mit diesem Code verschlüsselt werden als nach Definition gemäß OPS Version 2021 und im Mittel daraus ein geringerer Kostenunterschied resultiert. Es kommt demnach bei den betroffenen DRGs zu einer gewissen „Kompression“ des Systems, was die folgende Abbildung am Beispiel der DRGs R16Z und R66Z verdeutlicht. Dabei kommt es bei beiden DRGs zu einem Absinken der Bewertungsrelationen für 2022 bei gleichzeitiger Zunahme der Fallzahl in diesen DRGs:

DRG	Bewertungsrelation		Fallzahl (Kalk-Daten, Datenjahr 2019)	
	2021	2022	2021	2022
R16Z Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff [...]	5,851	4,759↓	124	157↑
R66Z Akute myeloische Leukämie oder [...] mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter < 18 Jahre	10,180	9,088↓	39	44↑

Abbildung 52: Veränderung der Bewertungsrelationen und Fallzahlen der DRGs R16Z und R66Z aufgrund der Anpassung der Eingruppierung der Chemotherapien

Durch die dargestellten Änderungen ist damit eine Lösung für das nächste Jahr gelungen, welche die Abbildung der Chemotherapien nach den im OPS Version 2022 vorgegebenen Definitionen ermöglicht und die Kongruenz zwischen Kalkulation und Abrechnung im Jahr 2022 sicherstellt. Aufgrund der nach Darstellung der Anwender erheblichen praktischen Schwierigkeiten bei der Verschlüsselung der „alten“ Codes und der

daraus resultierenden Kodierungsunsicherheiten mit möglichem Streitpotential stellt die Anpassung zudem einen Beitrag zur Vermeidung von Abrechnungstreitigkeiten und letztlich eine Vereinfachung des Entgeltsystems dar.

3.3.3 Integration neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2022 ist es erneut gelungen, Leistungen, die in den vergangenen Jahren als noch nicht sachgerecht vergütet identifiziert wurden (NUB-Status 1), in Form von Zusatzentgelten in das G-DRG-System zu integrieren. NUB-Leistungen, die als Zusatzentgelte abgebildet werden konnten, sind in Tabelle 17 aufgeführt.

NUB-Verfahren	Status 2021	Zusatzentgelt	Bezeichnung Zusatzentgelt
Dinutuximab	1	ZE2022-191	Gabe von Dinutuximab beta, parenteral
Midostaurin	1	ZE2022-192	Gabe von Midostaurin, oral
Onasemnogen Abeparvovec	1	ZE2022-193	Gabe von Onasemnogen Abeparvovec, parenteral

Tabelle 17: Leistungen mit NUB-Status 1, die ab dem aG-DRG-System 2022 als Zusatzentgelt abgebildet werden

Die frühe Integration der Leistung „Gabe von Onasemnogen Abeparvovec, parenteral“ ist dabei besonders zu erwähnen. Onasemnogen Abeparvovec (Zolgensma®) ist eine neuartige Gentherapie, die eine ursächliche Behandlung der 5q-assoziierten spinalen Muskelatrophie (SMA), einer seltenen genetischen Erkrankung mit geringer Lebenserwartung, ermöglicht. Im Mai 2020 erfolgte die Zulassung von Onasemnogen Abeparvovec bei der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA). Im NUB-Verfahren für 2020 erhielt das Verfahren den Status 4, was bedeutet, dass die mit den NUB-Anfragen gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG übermittelten Informationen die Kriterien der NUB-Vereinbarung zur Bewertung der angefragten Methode/Leistung im Sinne des Verfahrens nicht ausreichend dargestellt hatten (Stand Januar 2020). Dem Status 4 entsprechend konnten, gemäß den Verfahrenseckpunkten zum NUB-Verfahren, 2020 in begründeten Einzelfällen krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart werden. Da ein spezifischer Leistungsbezeichner für 2020 fehlte, wurde die Leistung bei den Kalkulationskrankenhäusern im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung abgefragt. Außerdem waren Behandlungsfälle mit Gabe von Onasemnogen Abeparvovec für das InEK in den Daten des Jahres 2020 zum Teil anhand der Entgeltdaten (individuell vereinbarte Entgelte) erkennbar. Sowohl die in der ergänzenden Datenbereitstellung übermittelten Kosten als auch die individuell vereinbarten Entgelte lagen einheitlich in einer Höhe von 2,2 bis 2,3 Mio. € pro Behandlungsfall. Im Rahmen der Kalkulation erfolgte für diese Fälle eine Bereinigung der Kosten auf Grundlage der übermittelten Daten. Im Rahmen der Extremkostenanalysen konnten darüber hinaus weitere Fälle mit einer Hauptdiagnose für spinale Muskeldystrophie und typischen Kosten für Onasemnogen Abeparvovec identifiziert werden. In den Kalkulationskrankenhäusern wurden den Daten des Jahres 2020 entsprechend insgesamt 49 Kinder mit Onasemnogen Abeparvovec behandelt. Für die erstmalige Kostenbereinigung des Zusatzentgelts *Gabe von Onasemnogen Abeparvovec, parenteral* wurden bei der Bezugsgröße dementsprechend insgesamt 31.676 Case-Mix-Punkte berücksichtigt.

Bei 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. klassifikatorisch im G-DRG-System oder als Zusatzentgelt abgebildet werden. Zum anderen kann die Objektivierung der im NUB-Verfahren beschriebenen Kosten anhand der Kalkulationsdaten die Beurteilung mit NUB-Status 2 weiter fundieren.

Das NUB-Verfahren hat somit eine große Bedeutung für das G-DRG-System. Einerseits kann über die Vereinbarung sonstiger Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG eine potentielle Finanzierungslücke für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden geschlossen werden. Andererseits dient es als Informationsquelle zur Ermöglichung einer raschen Integration medizinischer Innovationen in das G-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. Die Vorgehensweise der Sortierung entsprach weitgehend der Vorgehensweise der Vorjahre. Die reduzierte Anzahl der Umbauten im Vergleich zum Vorjahr führte jedoch zu einem geringeren Sortierbedarf. Grundsätzlich erfolgte auch für das aG-DRG-System 2022 eine konsequente Sortierung aller DRGs innerhalb der operativen und der anderen Partitionen absteigend nach Bewertungsrelation, wohingegen in der medizinischen Partition in der Regel auf eine Sortierung verzichtet werden konnte, da diese DRGs über Hauptdiagnosen definiert und damit disjunkt (überschneidungsfrei) sind. Weiterhin gelten auch die MDC-spezifischen Besonderheiten:

- 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. Seit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten – erstmalig im aG-DRG-System 2020 – wird gemäß den mittleren Inlierkosten ohne die Kosten der Pflege am Bett sortiert.

Neben den mittleren Inlierkosten wird zur Vermeidung einer nicht sachgerechten Vergütung in einigen Konstellationen auch die mittlere Verweildauer (mVWD) und somit auch die untere und obere Grenzverweildauer (UGV, OGV) der Fälle betroffener DRGs berücksichtigt. Exemplarisch soll dies anhand der Sortierung innerhalb der Basis-DRG F49 erläutert werden. Die DRG F49C *Invasive kardiologische Diagnostik [...] Alter < 18 Jahre* steht an Abfrageposition 117 und hat mit 1,013 ein niedrigeres Relativgewicht als die direkt danach abgefragte DRG F49D *Invasive kardiologische Diagnostik [...] Alter > 17 Jahre [...]* mit Rang 118 und einem Relativgewicht von 1,490. In der DRG F49C werden Fälle mit einem Alter unter 18 Jahren abgebildet. Kinder bleiben bei vergleichbaren Diagnosen und Prozeduren typischerweise im Mittel kürzer im Krankenhaus als Erwachsene, d.h. sie haben eine kürzere Verweildauer. Dies zeigt auch der Vergleich der DRG F49C (mVWD 2,5) mit der DRG F49D (mVWD 13,2). Dies bedeutet aber auch, dass die Fälle der DRG F49C sowohl eine niedrigere UGV als auch eine deutlich niedrigere OGV als die Fälle der DRG F49D besitzen. Wenn man beide DRGs zusammenlegen würde, d.h. die „Kinder“-DRG entfällt, würde dies bedeuten, dass ein Teil der Inlier-Fälle der jetzigen F49C einen Kurzlieger-Abschlag bekommen und ein Teil der Langlieger-Fälle erst ab einer VWD von 26 Tagen im Vergleich zu jetzt ab 6 Tagen einen Zuschlag bekäme. Bei einem relevanten Anteil von vor allem Kurz-, aber auch Langliegern innerhalb der DRG F49C sowie zusätzlich einer hohen Anzahl an Fällen, die in der DRG F49C Inlier sind, aber in einer kondensierten DRG Abschläge erhielten, würde dies zu einer erheblichen Schlechterstellung von Kindern führen (siehe auch Tabelle 18).

Rang Sortierung	DRG	Parti-tion	Bezeichnung	Bew ertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweildauer	UGV		OGV	
						Erster Tag mit Abschlag	Erster Tag zus. Entgelt		
117	F49C	A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufw andspunkte, Alter < 18 Jahre	1,013	2,5	1	6		
118	F49D	A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufw andspunkte, Alter > 17 Jahre, mit schweren CC, mehr als ein Belegungstag	1,490	13,2	3	26		

Tabelle 18: Auszug aus der DRG-EKV 2022: DRGs F49C und F49D

Ein weiteres Beispiel betrifft die nicht nach Alter, aber nach unterschiedlichen Behandlungsformen differenzierte Basis-DRG K15 *Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag*. In dieser Basis-DRG wurden gleich zweimal DRGs von Fällen mit kurzer Verweildauer, aber niedrigerem Relativgewicht vor DRGs mit höherem Relativgewicht und längerer Verweildauer sortiert (siehe Tabelle 19). Hier würde ein Zusammenlegen von Fällen u.a. zu einer nicht sachgemäßen Benachteiligung von bestimmten Behandlungsformen führen.

Rang Sortierung	DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweil- dauer	UGV		OGV	
						Erster Tag mit Abschlag	Erster Tag zus. Entgelt		
16	K15A	O	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffw echselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Radiojodtherapie	0,913	3,1		6		
17	K15B	O	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffw echselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Radiojodtherapie	1,381	12,3	3	27		
19	K15C	O	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffw echselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmter nuklearmedizinischer Therapie	0,719	3,3		6		
20	K15D	O	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffw echselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmte nuklearmedizinische Therapie	0,741	6,2		13		
21	K15E	O	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffw echselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie	0,449	3,2		7		

Tabelle 19: Auszug aus der DRG-EKV 2022: Basis-DRG K15

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 2022 gültige ICD-10-GM Version 2022 enthält insgesamt 14.177 terminale Codes und somit 377 Codes mehr als die ICD-10-GM Version 2021 (13.800). Die Mehrzahl dieser Codes (13.739, 97%) unterscheidet sich weder hinsichtlich des Codes noch hinsichtlich des dazugehörigen Textes gegenüber dem Vorjahr.

Der OPS Version 2022 enthält insgesamt 33.138 terminale Codes. Das sind 430 Codes mehr als im OPS Version 2021 (32.753). Die Mehrzahl der Codes (32.131, 97%) 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 Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), das in seinem jährlichen Revisionsverfahren auch Änderungsvorschläge annimmt. Die im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2022 beim InEK eingegangenen Vorschläge zur Umformulierung bestehender Codes bzw. zur Etablierung neuer Codes wurden an die zuständigen Stellen beim BfArM weitergeleitet.

Über die im Vorschlagsverfahren für das Jahr 2022 angeregten Änderungen hinaus wurde im Zuge der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems die Notwendigkeit weiterer neuer Codes deutlich. Dies betrifft beispielsweise die neuen OPS-Codes zur Abbildung von Medikamenten und Dosisklassen, die ab 2022 im OPS zu finden sind, wie z.B. Codes aus 6-009.b- *Applikation von Medikamenten, Liste 9: Dinutuximab beta, parenteral* zur Definition der Dosisklassen beim Zusatzentgelt ZE2021-191 *Gabe von Dinutuximab beta, parenteral*.

Darüber hinaus wurden neue Codes zur Abbildung von Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG in den OPS Version 2022 aufge-

nommen. 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 des neuen Codes 5-310.21 *Larynxverengende Eingriffe: Thyroplastik: Mit sekundär adjustierbarem alloplastischen Implantat*. Der neue Code ermöglicht zukünftig die spezifische Abbildung und Analyse der NUB-Leistung „Thyroplastikimplantat mit postoperativer Adjustierungsmöglichkeit der Stimmlippenstellung“.

Entsprechend der Vorgehensweise in den Vorjahren wurden auch für 2022 bestehende ICD-Kodes differenziert bzw. neue ICD-Kodes etabliert, um Unterschiede in Aufwand und Ablauf von Behandlungen darstellbar zu machen. So wurde ein neuer 5-Steller zur spezifischen Kodierung einer *Cholangitis* (K83.0) für die Zwecke des aG-DRG-Systems eingeführt: K83.00 *Primär sklerosierende Cholangitis*, K83.01 *Sekundär sklerosierende Cholangitis*, K83.08 *Sonstige Cholangitis* und K83.09 *Cholangitis, nicht näher bezeichnet*. Auf diese Weise besteht zukünftig die Möglichkeit, Fälle mit der Diagnose K83.0.–*Cholangitis* aufwandsentsprechend abzubilden.

Auf die bedeutsamen Veränderungen der OPS-Kodes aus 8-54 *Zytostatische Chemotherapie, Immuntherapie und antiretrovirale Therapie* für 2022 geht Kapitel 3.3.2.27 im Detail ein.

3.3.5.2 Überleitung auf die ab 1. Januar 2022 gültigen Versionen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen

Im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems werden typischerweise drei verschiedene Versionen des G-DRG-Systems erstellt, die sich dadurch unterscheiden, dass sie den für das jeweilige Jahr gültigen G-DRG-Algorithmus mit unterschiedlichen Versionen der ICD-10-GM und des OPS darstellen. Diese Vorgehensweise ist darin begründet, dass die für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems zur Verfügung stehenden medizinischen Daten in der Regel zwei Jahre älter sind als das System, das auf Basis dieser Daten entwickelt wird.

Wie in Kapitel 3.3.2.5 dargestellt, war die Vorgehensweise in diesem Jahr pandemiebedingt deutlich verändert. Auf Basis der zunächst verwendeten Daten der Kalkulationskrankenhäuser des Jahres 2019 (Stufe 1) wurde ein Grouper „2019/2022“ entwickelt, der nach Abschluss der Stufe 1 auf die Codes der ICD-10-GM und des OPS des Jahres 2020 überzuleiten war. Dabei kam die in den Vorjahren für die Überleitung 2019 auf 2020 erarbeitete Vorgehensweise zum Einsatz. Der daraus resultierende Grouper „2020/2022.1“ war dann, wie dargestellt, die Grundlage der Abbildung der COVID-19-Fälle im System (Stufe 2).

Nach Abschluss der Weiterentwicklung für das Jahr 2022 stand dann die aG-DRG-Version 2020/2022.2 zur Verfügung. Diese Version stellt die erste Übergangsversion dar, die den G-DRG-Algorithmus des Jahres 2022 anhand der im Datenjahr 2020 gültigen Diagnose- und Prozedurenkodes definiert. Zur Nutzung des aG-DRG-Systems 2022 für die Gruppierung im Jahr 2022 mit den dann gültigen Leistungsbezeichnern waren zwei Überleitungen des Systems notwendig.

In einem ersten Schritt wurde das aG-DRG-System 2020/2022 auf das aG-DRG-System 2021/2022 übergeleitet. Die für diesen Zweck notwendige Überleitung der Diagnose- und Prozedurenkodes wurde ausgehend von den Überleitungstabellen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zur Verfügung gestellt wurden, durchgeführt. Anhand dieser Informationen konnte jedem der im Jahr 2021

gültigen Diagnosen- oder Prozedurenkodes eine Funktion im Gruppierungsalgorithmus zugewiesen werden, typischerweise die, die sein „Vorgängerkode“ in der Version 2020 der ICD- bzw. OPS-Klassifikationen im Rahmen der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für 2022 erhalten hatte. Dabei wurden textliche, inhaltliche und formale Änderungen der Codes sowie Änderungen der Kodierrichtlinien berücksichtigt. Auf diese Weise entstand die aG-DRG-Version 2021/2022. Die umfangreichen Änderungen und Anpassungen, die für diese Version notwendig waren, entsprechen weitestgehend den Änderungen, die bei der Überleitung der Übergangsversion 2020/2021 auf die aG-DRG-Version 2021 vorgenommen wurden. Diese sind auch im Abschlussbericht für das Jahr 2021 dargestellt.

Im zweiten Schritt wurde, analog zu diesem Vorgehen, die aG-DRG-Version 2021/2022 auf die aG-DRG-Version 2022 übergeleitet. Erneut dienten die vom BfArM zur Verfügung gestellten Überleitungstabellen als Basis.

Die beiden Übergangsversionen sollen es den Vertragspartnern auf Ortsebene ermöglichen, Budgetverhandlungen für das Jahr 2022 auf Basis der Leistungsdaten der Jahre 2020 bzw. 2021 zu führen. Zu diesem Zweck erfolgt eine möglichst frühzeitige Grupper-Zertifizierung, und die entsprechenden Definitionshandbücher werden bereits vor Veröffentlichung der aG-DRG-Version 2022 auf der Homepage des InEK zur Verfügung gestellt. Dabei sollten die für diesen Zweck ebenfalls auf der Internetseite des InEK veröffentlichten „Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung“ berücksichtigt werden.

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

3.3.5.3 Behandlung nicht identischer Codes mit „Vorgängerkode“

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

- Klassifikatorische Überleitung
- Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

Diese Varianten werden im Folgenden anhand von Beispielen erläutert.

Klassifikatorische Überleitung

Im Rahmen der klassifikatorischen Überleitung wird den Codes, die im Jahr 2022 Gültigkeit erhalten, die Funktion zugewiesen, die ihr „Vorgängerkode“ in der Version 2021/2022 hatte. Typischerweise kommt dies bei einer Ausdifferenzierung von Codes vor.

So wird beispielsweise den für das Jahr 2022 neu etablierten fünfstelligen Codes für *Pylorusstenose beim Erwachsenen* K31.1- die Funktion des im Jahr 2021 gültigen vierstelligen Codes K31.1 *Hypertrophische Pylorusstenose beim Erwachsenen* zugewiesen (siehe Tabelle 20).

Alter Kode (ICD-10-GM Version 2021)	Neue Kodes (ICD-10-GM Version 2022)
K31.1 <i>Hypertrophische Pylorusstenose beim Erwachsenen</i>	K31.10 <i>Hypertrophische Pylorusstenose beim Erwachsenen</i> K31.11 <i>Entzündliche Pylorusstenose beim Erwachsenen</i> K31.12 <i>Pylorusstenose beim Erwachsenen durch Kompression und Infiltration</i> K31.18 <i>Sonstige und nicht näher bezeichnete Magenausgangsstenose beim Erwachsenen</i>

Tabelle 20: Differenzierung des ICD-Kodes K31.1 Hypertrophische Pylorusstenose beim Erwachsenen

Die neuen Kodes wurden gemäß der Überleitungstabelle des BfArM auf den Vorgängerkode K31.1 übergeleitet. Konkret bedeutet dies für das aG-DRG-System 2022:

In jeder Tabelle des aG-DRG-Systems 2021/2022, in welcher der alte ICD-10-Kode K31.1 verzeichnet ist, wurden für das aG-DRG-System 2022 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*
- Tabelle „Schwere Krankheiten der Verdauungsorgane“ der Basis-DRGs G46 und G47
- Tabelle „Ulkerkrankung ohne Blutung, Perforation, bestimmte gastrointestinale Blutung“ der Basis-DRGs G67 und G73
- Tabelle „Bestimmte Erkrankungen am Gastrointestinaltrakt, Koagulopathie“ der DRGs G67A und G67B

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

Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

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

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 2022 wurde ein Kode für *Larynxverengende Eingriffe: Arytänoidadduktion* (5-310.3) neu etabliert. Laut klassifikatorischer Überleitung des BfArM sollte dieser neue OPS-Kode auf den unspezifischen Kode („Sonstige“) für *Larynxverengende Eingriffe: 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 der hier neu aufgenommenen Kodes beschreiben, wurde von der klassifikatorischen Überleitung des BfArM abgewichen. Im Ergebnis wurde der

neue Kode 5-310.3 auf den Kode 5-315.0 *Rekonstruktion des Larynx: Naht (nach Verletzung)* übergeleitet und wird damit in der aG-DRG-Version 2022 bei bestimmten Fallkonstellationen in einer operativen Basis-DRG der MDC 03 abgebildet.

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 aG-DRG-Version 2022 bestand nicht die Notwendigkeit einer Anpassung des Algorithmus nach der Überleitung auf die ICD-10-GM bzw. den OPS Version 2022. Daher wird diese Konstellation unverändert anhand von folgendem Beispiel erläutert:

Im OPS Version 2021 wurde der Kode für die *Komplexe Diagnostik bei Leukämien: Komplexe Diagnostik mit HLA-Typisierung* (1-941.1) gestrichen. Gleichzeitig wurde ein neuer Codebereich für die *Hochauflösende HLA-Typisierung [Zweifeldauflösung] mit Bestimmung von HLA-A, HLA-B, HLA-C, HLA-DR und HLA-DQ* (1-941.3) etabliert, der danach unterscheidet, ob die Untersuchung beim Patienten selber oder bei einem oder mehreren Verwandten vorgenommen wird. In der aG-DRG-Version 2020/2021 ist der Kode 1-941.1 in Abhängigkeit vom Alter in den DRGs R60A *Akute myeloische Leukämie [...]* bzw. R60B sowie in der DRG R60C gruppierungsrelevant. Ab 2021 ist diese Leistung mit zwei Codes zu verschlüsseln. Um eine geänderte Gruppierung durch Änderung der Kodierung einer komplexen Diagnostik bei Leukämie mit HLA-Typisierung zu vermeiden, wurde nach der Überleitung die Definition der DRGs R60A bzw. R60B und R60C in der Weise angepasst, dass die Kombination der beiden Codes 1-941.0 *Komplexe Diagnostik bei myeloischen und lymphatischen Neoplasien: Komplexe Diagnostik* und 1-941.30 *Hochauflösende HLA-Typisierung [Zweifeldauflösung] mit Bestimmung von HLA-A, HLA-B, HLA-C, HLA-DR und HLA-DQ: Beim Patienten* analog der Eingruppierung in der aG-DRG-Version 2020/2021 in die DRGs R60A bzw. R60B und R60C führt. Innerhalb der MDC 17 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 BfArM vorlag, bestanden verschiedene Varianten der Berücksichtigung im aG-DRG-System 2022:

- 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 2022 neu aufgenommenen Codes für *DNA-methylierungsspezifische Hochdurchsatzverfahren (Array- oder NGS-basiert) zur Analyse epigenetischer Veränderungen bei/in soliden bösartigen Neubildungen (1-997*)*. Diese Codes sind im aG-DRG-System 2022 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 2022 neue Code für die Kodierung eines *Akut-auf-chronisches Leberversagen, anderenorts nicht klassifiziert (K72.10)*. Dieser neue Code wurde auf den Diagnosekode *Akutes und subakutes Leberversagen (K72.0)* übergeleitet und damit den Hauptdiagnosen der MDC 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* zugeordnet. Die gewählte Überleitung orientiert sich dabei an der sachgerechten Eingruppierung im G-DRG-System und stellt keine inhaltliche Zuordnung dar.

Die Codes werden anhand ergänzender Informationen einzelnen DRGs zugeordnet

In den Jahren 2021 oder 2022 neu etablierte ICD-10- und OPS-Codes sind in den regulären Kalkulationsdaten, die dem InEK bei der Entwicklung des aG-DRG-Systems 2022 vorliegen, nicht vorhanden. Es ist in bestimmten Fällen jedoch möglich, diese über eine zusätzliche Datenerhebung oder mittels Hilfskonstrukten auf Basis verfügbarer Codes im Rahmen der Kalkulation zu untersuchen und ggf. dennoch eine Zuordnung zu einer DRG zu erreichen. Bei der Entwicklung des Systems 2022 wurde keine Zuordnung im Gruppierungsalgorithmus allein aufgrund dieser zusätzlich erhobenen Informationen umgesetzt.

Die Codes werden inhalts- oder aufwandsähnlichen alten Codes zugeordnet

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

Generell ist die hier beschriebene Konstellation eher selten und im Rahmen der Überleitung auf die aG-DRG-Version 2022 tritt diese auch nicht auf. Für den Fall, dass die klassifikatorische Überleitung des BfArM dazu führen würde, dass beispielsweise eine operative Leistung nicht als OR-Prozedur gewertet wird, kann prinzipiell von der klassi-

fikatorischen Überleitung abgewichen werden (siehe auch Absatz „Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung“).

Bei neu in den OPS aufgenommenen Zusatzcodes wird bei der klassifikatorischen Überleitung des BfArM standardmäßig kein Vorgängerkode definiert. Diese Codes werden im G-DRG-System in der Form übergeleitet, dass sie gültige Prozeduren ohne Gruppierungsrelevanz sind. In der Regel werden diese Codes 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 (DKR) wurde eine weitere Konsolidierung im Sinne von Klarstellungen vorgenommen. Bereits für die Version 2021 der Deutschen Kodierrichtlinien wurde der Anhang C etabliert. Darin wurden Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen nach § 19 KHG zitiert, die bis zum 19. August 2020 auf den Internetseiten des Schlichtungsausschusses veröffentlicht wurden. Für das Jahr 2022 werden alle vom Schlichtungsausschuss getroffenen Entscheidungen, die bis zum 21. Juli 2021 veröffentlicht wurden, entweder in den bereits bestehenden Kodierrichtlinien oder im Anhang C zitiert. In einem neu etablierten Verzeichnis (SAB-Entscheidungsverzeichnis) wird für jede Entscheidung des Schlichtungsausschusses dargestellt, an welcher Stelle in den Deutschen Kodierrichtlinien sie zitiert wird. Insgesamt werden im Anhang C 22 Entscheidungen zitiert. In den DKR werden 48 Entscheidungen zitiert, optisch sind diese – analog zu Beispielen in den DKR – grau unterlegt und anhand der jeweiligen Überschrift „Entscheidung des Schlichtungsausschusses zu [...]“ eindeutig als Entscheidung des Schlichtungsausschusses erkennbar. Neben den Entscheidungen gem. § 19 Abs. 5 KHG zu den 69 bis zum 31. Dezember 2019 zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste (SEG 4) und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (FoKA) als strittig festgestellten Kodierempfehlungen (KDE) findet sich in der Kodierrichtlinie 0306 *Erworbenener Fibrinogenmangel* auch eine Entscheidung des Schlichtungsausschusses zu einem Antrag gem. § 19 Abs. 3 KHG. Sowohl die Positionierungen der SEG 4 und des FoKA zu den Fragen, die den Kodierempfehlungen zugrunde liegen, als auch die Anträge, die einer Entscheidung des Schlichtungsausschusses zu einer konkreten Verfahrensnummer zugrunde liegen, stehen auf der [Internetseite des Schlichtungsausschusses](#) zur Verfügung. Weitere Informationen zum Schlichtungsausschuss enthält Kapitel 3.3.7.

Im Folgenden einige Beispiele für Änderungen/Klarstellungen:

- DKR 0103u: In Tabelle 1 (Sepsis-Kodes) dieser Kodierrichtlinie wurden die Diagnosen für Pestsepsis, Milzbrandsepsis, Erysipelothrix-Sepsis und Aktinomykotische Sepsis ergänzt. Zusätzlich wurde die Vorgabe zur Kodierung des Kodes R65.0! *Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese ohne Organkomplikationen* vor dem Hintergrund der neuen Sepsis-Definition (Sepsis-3) in dem Absatz „Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]“ angepasst. Demnach ist der Code R65.0! nicht mehr mit der auslösenden Grundkrankheit Sepsis (u.a. Kodes aus Tabelle 1) zu kombinieren.

- DKR 1001u: In dem Absatz „Kodierung“ wurde die Anmerkung unter Ziffer 6 an die aktuelle Gesetzeslage und die Vorgaben zur Erfassung des Beatmungsstatus gemäß der „Vereinbarung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 8 KHEntgG über das Nähere von Abschlägen bei Nichteinschätzung des Beatmungsstatus/Beatmungsentwöhnungspotentials und fehlender Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung“ (B-BEP-Abschlagsvereinbarung) angepasst.

In Anhang B der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2022 sind ausführliche Informationen zu den durchgeführten Änderungen zusammengestellt.

3.3.7 Schlichtungsausschuss

Mit Inkrafttreten des MDK-Reformgesetzes am 1. Januar 2020 wurde § 19 „Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen“ in das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz) aufgenommen. Demnach bilden der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft einen Schlichtungsausschuss auf Bundesebene. Die Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses wird vom InEK geführt.

Der Schlichtungsausschuss kann nach § 19 Abs. 3 KHG vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, vom Verband der Privaten Krankenversicherung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, den Landeskrankhausgesellschaften, den Krankenkassen, den Krankenhäusern, den Medizinischen Diensten, den mit Kodierung von Krankenhausleistungen befassten Fachgesellschaften, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem unparteiischen Vorsitzenden angerufen werden.

Gem. § 19 Abs. 5 KHG hat der Schlichtungsausschuss bis zum 31. Dezember 2020 über die 69 zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling bis zum 31. Dezember 2019 als strittig festgestellten Kodierempfehlungen (KDE) entschieden. Die Entscheidungen zu den 69 Kodierempfehlungen wurden auf der [Internetseite des Schlichtungsausschusses](#) veröffentlicht. Zusätzlich wurden Entscheidungen, die bis einschließlich 19. August 2020 veröffentlicht wurden, in einen neu etablierten Anhang C der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2021 aufgenommen.

Für die Deutschen Kodierrichtlinien Version 2022 werden alle vom Schlichtungsausschuss getroffenen Entscheidungen, die bis zum 21. Juli 2021 veröffentlicht wurden, entweder in den bereits bestehenden Kodierrichtlinien oder im Anhang C zitiert. Weitere Informationen dazu finden sich in Kapitel 3.3.6.

Gem. § 19 Abs. 6 KHG gelten Entscheidungen des Schlichtungsausschusses als Kodierregeln. Ebenso können sie die bisher praktizierte Kodierung von Fällen und damit auch deren Eingruppierung beeinflussen. Daher wurden die Auswirkungen einer Entscheidung auf die Kodierung und auf die Eingruppierung der betroffenen Fälle im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für 2022 geprüft. Dabei wird auch geprüft, ob die aktuelle Eingruppierung der betroffenen Diagnosen/Prozeduren noch gerechtfertigt ist.

Entscheidung zur KDE 430 Prothesenwechsel, Mamma, prophylaktisch

Bei dieser Kodierempfehlung war die Frage strittig, was als Hauptdiagnose bei Fällen zu kodieren ist, bei denen nach erfolgtem Brustaufbau nach Ablatio mammae wegen Mammakarzinom aufgrund einer fehlerhaft hergestellten Mammaprothese zu einer Entfernung des Implantats geraten wird und eine Reoperation mit Prothesenwechsel erfolgt und der histologische Befund des periprothetischen Gewebes eine Fremdkörperreaktion ohne Hinweis auf einen Prothesendefekt zeigt. Mit der Entscheidung hat der Schlichtungsausschuss festgelegt, dass bei der beschriebenen Fallkonstellation der Code Z40.8 *Sonstige prophylaktische Operation* als Hauptdiagnose angegeben wird. Fälle mit der Hauptdiagnose Z40.8 und prophylaktischer Operation an der Mamma wurden bisher in die MDC 23 *Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens* eingruppiert, in der allerdings – anders als in der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* – in der einzigen operativen Basis-DRG Z01 *OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen* dieser MDC keine differenzierte Abbildung von Eingriffen an der Mamma besteht. Ab 2022 werden daher Fälle mit einer Hauptdiagnose für eine prophylaktische Operation oder bei einer bösartigen Neubildung der Genitalorgane in der Familienanamnese in Kombination mit einer Operation an der Mamma über eine entsprechende Umleitung differenzierter in der MDC 09 abgebildet. Wie in der folgenden Abbildung 53 dargestellt, ist dort die Zuordnung zu verschiedenen operativen DRGs möglich:

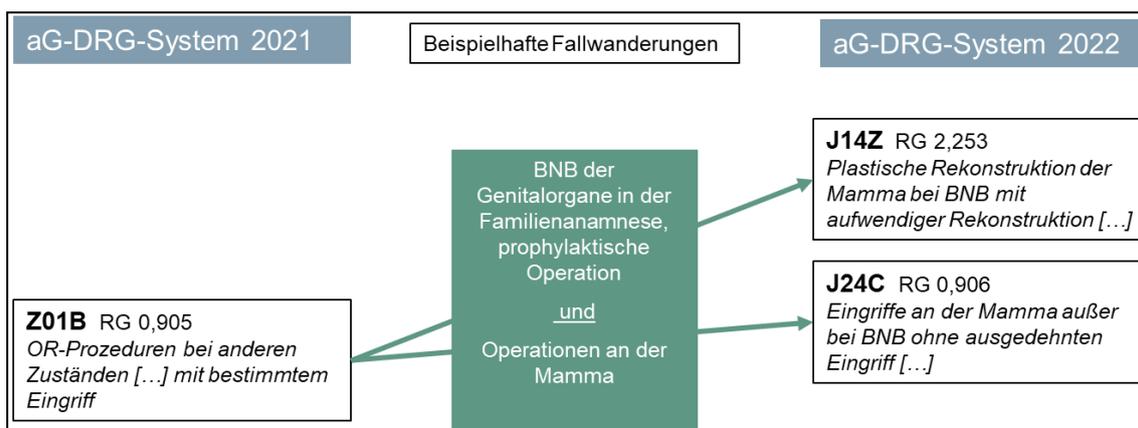


Abbildung 53: Umleitung von Fällen mit prophylaktischer Operation an der Mamma für das aG-DRG-System 2022 – beispielhafte Fallwanderungen

Entscheidung zum Verfahren S20210005 Kodierung des Fibrinogenmangels

Mit der am 21. Juli 2021 veröffentlichten Entscheidung hat der Schlichtungsausschuss festgelegt, dass auch ein erworbener Mangel an Fibrinogen mit dem Code D65.0 *Erworbenes Afibrinogenämie* zu kodieren ist. Die Kodierung eines erworbenen Fibrinogenmangels wurde zuvor als strittig beschrieben, wobei teilweise auch der Code D68.8 *Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien* als zutreffend angesehen wurde.

Im aG-DRG-System 2021 war dieser Code wie auch andere Codes aus D65.- *Disseminierte intravasale Gerinnung* in Verbindung mit weiteren Attributen (Beatmung, Dialyse, Transfusion von Blutprodukten) als „Komplizierende Konstellation“ gruppierungsrelevant. Auf den Code D68.8 traf dies hingegen nicht zu. Für das aG-DRG-System 2022 wurde die Vergütungsrelevanz und die Datenlage des Codes D65.0 analysiert. Dabei zeigte sich zum einen eine mindestens seit 2016 deutlich steigende Fallzahl und zum

anderen, dass die hohe Eingruppierung aufgrund der Nebendiagnose D65.0 nicht mehr durchgängig durch die Kosten der Fälle begründbar war, wobei sich jedoch weiterhin auch Fälle mit der Nebendiagnose D65.0 und sehr hohen Kosten fanden. Eine Differenzierung in schwerste Gerinnungsstörungen und leichtere Formen des Fibrinogenmangels ist allein anhand der Diagnose D65.0 aktuell nicht möglich. Bei besonders aufwendigen Fällen fanden sich in einigen DRGs aber über die OPS-Kodierung detektierbare hohe Dosen von Fibrinogen, was eine differenzierte Abbildung möglich machte. Die durchgeführten Analysen führten in den Funktionen für komplizierende Konstellationen (KK) zu Anpassungen in der Form, dass die Diagnose D65.0 *Erworbene Afibrinogenämie* weiterhin in acht Funktionen „KK“ gruppierungsrelevant ist, allerdings in Kombination mit einem OPS-Kode aus 8-810.j- *Transfusion von Fibrinogenkonzentrat* ab einer Gesamtdosis von 10 g. Damit konnte die Entscheidung des Schlichtungsausschusses zur Kodierung des erworbenen Fibrinogenmangels differenziert und präzise berücksichtigt werden, ohne aufwendige Fälle pauschal abzuwerten. Bei nicht mehr nachweisbaren Mehrkosten wurde in diesem Zusammenhang zusätzlich die unspezifische Diagnose D65.9 *Defibrinationssyndrom, nicht näher bezeichnet* aus allen Funktionen für komplizierende Konstellationen gestrichen.

3.4 Statistische Kennzahlen

3.4.1 Wesentliche Ergebnisse und Änderungen zum Vorjahr

3.4.1.1 Erweiterung und Umbau der Fallgruppen

Das aG-DRG-System 2022 umfasst insgesamt 1.292 DRGs. Einen Überblick über die Veränderungen im Vergleich zum aG-DRG-System 2021 gibt Tabelle 21:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
aG-DRG-System 2022	1.292	+ 7
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.235	+ 7
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	42	± 0
davon rein teilstationäre DRGs	15	± 0
davon bewertet (Anlage 1c)	2	± 0
davon explizite Ein-Belegungstag-DRGs	24	+ 1
davon implizite Ein-Belegungstag-DRGs	381	- 3

Tabelle 21: Überblick über das aG-DRG-System 2022

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

Im Zusatzentgelte-Katalog (Anlage 2 DRG-EKV 2022) werden 79 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 81) aufgeführt. Die Anzahl der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 DRG-EKV 2022) liegt bei 151 (Vorjahr: 145).

3.4.1.2 Nicht bewertete DRGs

Für das aG-DRG-System 2022 wurden in Stufe 1 der diesjährigen Weiterentwicklung die 42 in Anlage 3a der DRG-EKV 2022 als „nicht pauschalierbar“ aufgeführten DRGs aus dem Vorjahr unverändert übernommen.

3.4.1.3 Zusatzentgelte

Die Weiterentwicklung der Zusatzentgelte für 2022 wurde unterschiedlich stark von den Besonderheiten des Datenjahres 2020 beeinflusst.

So erfolgt die Kalkulation und Bewertung der Zusatzentgelte für die Gabe von Blutprodukten und Medikamenten vor allem über die Absolutwerte von Sachkosten, unterstützt durch die ergänzenden Datenlieferungen. Die zugrunde liegenden Daten zu Leistungen und Kosten zeigten sich hier weitgehend vergleichbar zu den Vorjahren, sodass die

Kalkulation dieser Zusatzentgelte für 2022 auf Grundlage der Sachkosten aus 2020 erfolgen konnte.

Die Kalkulation und Bewertung von Dialysen und verwandten Verfahren und der operativen und interventionellen Verfahren erfolgt im Allgemeinen unter Betrachtung von Fallkosten- und Modulkostendifferenzen. Auch für diese Leistungen wurden die Kostendaten des Jahres 2020 umfassend analysiert und plausibilisiert. Jedoch waren Kostenveränderungen für diese Zusatzentgelte vor allem auf den Einfluss der Pandemie zurückzuführen (vgl. auch Abschnitt 3.2.5). Deshalb erfolgte für die meisten dieser Zusatzentgelte für 2022 eine Übernahme der Werte aus der Fallpauschalenvereinbarung 2021. Nur für das Zusatzentgelt ZE101 *Medikamente-freisetzende Koronarstents* war bei sehr hohen Fallzahlen und guter Datenqualität eine Neukalkulation auf Grundlage der Sachkosten für 2022 möglich (vgl. auch Abbildung 54).

Bewertete Zusatzentgelte auf Grundlage von	
▪ Absolutwerten von Sachkosten (Beispiel Medikamente, Blutprodukte)	Neukalkulation auf Grundlage der Sachkosten 2020
▪ Fallkostendifferenzen	Übernahme aus Katalog 2021
▪ Modulkostendifferenzen (Beispiel Implantatmehrkosten im Vergleich zu Fällen ohne ZE-Leistung)	Übernahme aus Katalog 2021 Für ZE101 <i>Medikamente-freisetzende Koronarstents</i> Neukalkulation auf Grundlage der Sachkosten 2020
Unbewertete Zusatzentgelte	Übernahme aus Katalog 2021

Abbildung 54: Übersicht über Zusatzentgelte auf Basis der Daten aus dem COVID-19-Jahr 2020

Bei der diesjährigen Weiterentwicklung wurden über 200 spezielle und hochaufwendige Leistungen auf die Möglichkeit einer sachgerechten Abbildung als Zusatzentgelt im aG-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 auch in diesem Jahr die angefragten Methoden/Leistungen auf eine mögliche Abbildung im Zusatzentgelte-Katalog analysiert.

Die Untersuchungsmethodik blieb gegenüber dem Vorjahr unverändert. Die von den Kalkulationskrankenhäusern bereitgestellten Kostendaten und ergänzenden Fallinformationen bildeten die Grundlage für die Definition und Bewertung der Zusatzentgeltleistungen. Die Anzahl der Zusatzentgelte des aG-DRG-Systems 2022 im Vergleich zum aG-DRG-System 2021 ist in Tabelle 22 dargestellt.

	aG-DRG-System 2021	aG-DRG-System 2022
Mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte		
Operative, interventionelle und diagnostische Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	38	37
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	39	38
Besondere Behandlungsformen	4	4
Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG		
Operative, interventionelle und diagnostische Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	47	50
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	92	95
Besondere Behandlungsformen	6	6
Gesamt	226	230

Tabelle 22: Vergleich der Anzahl der Zusatzentgelte im aG-DRG-System 2021 und 2022

Zu den besonderen Behandlungsformen zählen die *Palliativmedizinische Komplexbehandlung* (ZE60), die *Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung* (ZE145), *Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten* (Anhang 1 Tabelle 1 DRG-EKV 2022) (ZE162), *Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten* (Anhang 1 Tabelle 2 DRG-EKV 2022) (ZE163) (jeweils mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte) sowie die *Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung* (ZE2022-26), die *Versorgung von Schwerstbehinderten* (ZE2022-36), die *Naturheilkundliche Komplexbehandlung* (ZE2022-40), die *Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst* (ZE2022-133), die *Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen externen Palliativdienst* (ZE2022-134) und die *Längerfristige Beatmungsentwöhnung* (ZE2022-190) (jeweils Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG).

Bei der Bewertung einiger Leistungen aus den Anlagen 2 und 5 DRG-EKV 2022 wurden in der Vergangenheit auch die Kosten für die Pflege berücksichtigt. Aufgrund der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem aG-DRG-System erfolgte auch für 2022 die Kalkulation für diese bewerteten Zusatzentgelte ohne Berücksichtigung der Pflegepersonalkosten. Hiervon betroffen sind u.a. einige Leistungen aus dem Bereich der besonderen Behandlungsformen, wie beispielsweise für die Zusatzentgelte für palliativmedizinische Komplexbehandlung (ZE60) oder erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (ZE162 und ZE163).

Zusatzentgelte Pflegebedürftigkeit ZE162 und ZE163

Die Berechnung der Entgeltbeträge der beiden bewerteten Zusatzentgelte ZE162 und ZE163 für erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten stützt sich vor allem auf die Analysen des Kostenunterschieds von Fällen mit Pflegebedürftigkeit und Fällen ohne erhöhte Pflegebedürftigkeit in vier Modulen: dem Pflegedienst auf Normalstation (Modul 1_2), dem Pflegedienst in der Patientenaufnahme (Modul 13_2) sowie den allgemeinen Sachkosten (Modul 1_4a) und Kosten für medizinischen Sachbedarf (Modul 1_6a) auf Normalstation. Wie auch bei den bewerteten Zusatzentgelten aus dem Be-

reich der Verfahren – siehe auch obige Erläuterungen – erlaubte der Einfluss der Pandemie auf die Daten keine Neuberechnung der Entgeltbeträge. Entsprechend wurden die Entgeltbeträge der beiden bewerteten Zusatzentgelte ZE162 und ZE163 aus der Fallpauschalenvereinbarung 2021 übernommen.

Verfahren

In diesem Jahr wurden zwei neue unbewertete Zusatzentgelte für *Molekulares Monitoring der Resttumorlast* im Bereich Verfahren aufgenommen (vgl. Tabelle 23). Die beiden die Zusatzentgelte definierenden OPS-Kodes für *Molekulargenetische Identifikation von krankheitsspezifischen Markern für die Bestimmung der Resttumorlast (Minimal Residual Diseases (MRD) (1-999.2) und Krankheitsspezifische molekulargenetische Quantifizierung der Resttumorlast (MRD-Monitoring) (1-999.3)* wurden für 2022 neu in den OPS aufgenommen.

Zusatzentgelt	Bezeichnung
ZE2022-198	<i>Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Molekular-genetische Identifikation von krankheitsspezifischen Markern</i>
ZE2022-199	<i>Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Krankheitsspezifische molekulargenetische Quantifizierung</i>

Tabelle 23: Verfahren, die ab dem aG-DRG-System 2022 neu als Zusatzentgelt abgebildet werden

Für den OPS Version 2022 wurde zudem der Codebereich für die Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretreiver-Systems zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung (8-83b.8*) überarbeitet. Von den Änderungen waren insbesondere die definierenden Codes für das Zusatzentgelt ZE133 Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Mikrodrahtretriever-Systems betroffen: Die Codes für die Verwendung eines Mikrodrahtretriever-[...] Systems [...], differenziert nach Anzahl der verwendeten Mikrodrahtretriever-Systeme (8-83b.80/82/83), wurden gestrichen und an ihrer Stelle neue OPS-Kodes für die Verwendung eines Instruments zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung differenziert nach der Anzahl der verwendeten Thrombektomie-Aspirationskatheter (8-83b.87/88/89) etabliert. Auf diesen Codebereich wurde ebenfalls der bisher nicht zusatzentgeltrelevante Code für die Verwendung von flexiblen intrakraniellen Aspirationsmikrokathetersystemen (8-83b.d) übergeleitet und selbiger für 2022 gestrichen. Eine Abschätzung der Auswirkungen dieser Änderungen auf Fallebene ist anhand der verfügbaren Daten nicht zuverlässig möglich, da die beiden Codebereiche in der Vergangenheit nicht überschneidungsfrei verwendet wurden. Deswegen wurde für das aG-DRG-System 2022 das bisherige bewertete Zusatzentgelt ZE 133 in das unbewertete Zusatzentgelt ZE2022-197 Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Thrombektomie-Aspirationskatheters überführt.

Wie in den Vorjahren erfolgte bei Differenzierungen bzw. Entdifferenzierungen ZE-definierender OPS-Kodes die Zuordnung neuer OPS-Kodes entsprechend der Überleitung des BfArM (siehe dazu auch Kapitel 2.3).

Medikamente

In die Liste der unbewerteten Zusatzentgelte wurden insgesamt drei neue Zusatzentgelte für Medikamente aufgenommen, die für das Jahr 2021 den NUB-Status 1 erhalten hatten (siehe Tabelle 24). 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 Dinutuximab beta, parenteral</i>	ZE2022-191
<i>Gabe von Midostaurin, oral</i>	ZE2022-192
<i>Gabe von Onasemnogen Apeparvovec, parenteral</i>	ZE2022-193

Tabelle 24: 2021 mit Status 1 bewertete Leistungen, die ins aG-DRG-System 2022 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 wurde das Zusatzentgelt Gabe von Micafungin, parenteral (ZE2022-196) für das Jahr 2022 in die Liste der krankenspezifisch individuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG überführt.

Für Zusatzentgelte, die bereits für den Katalog 2021 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 Absatz 2 Satz 3 FPV 2022 ist für dieses Zusatzentgelt das bisher krankenspezifisch individuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2022 weiter zu erheben. Bei fehlender Budgetvereinbarung 2021 ist für dieses Zusatzentgelt das bewertete Zusatzentgelt ZE [...] in Höhe von 70 Prozent der im DRG-Katalog 2020 bewerteten Höhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2021 weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.“ Von dieser Regelung betroffen ist das Zusatzentgelt ZE2022-180 Gabe von Azacytidin, parenteral.

Wie in jedem Jahr erfolgte auch im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung, u.a. auch aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren, eine eingehende Analyse der ergänzenden Daten von Behandlungsfällen mit einer Medikamentendosierung in der obersten Dosisklasse der entsprechenden Zusatzentgelte. Bei einigen Leistungen zeigten sich dabei deutliche Unterschiede zwischen dem Betrag der oberen Dosisklasse und den mittleren plausiblen Kosten der betroffenen Fälle in dieser Klasse. Für die Zusatzentgelte ZE52 Gabe von Liposomalem Doxorubicin, parenteral, ZE172 Gabe von Pegyliertem liposomalem Doxorubicin, parenteral, ZE116 Gabe von Panitumumab, parenteral, ZE2022-147 Gabe von Bortezomib, parenteral, ZE2022-151 Gabe von Rituximab, intravenös und ZE2022-180 Gabe von Azacytidin, parenteral erfolgte auf Basis

dieser Ergebnisse eine Erweiterung der Dosisklassen einschließlich Etablierung entsprechender OPS-Kodes.

Im Vorschlagsverfahren wurde die Differenzierung von drei Zusatzentgelten vorgeschlagen, da für die entsprechenden Arzneimittel in den letzten Jahren neben intravenösen neue subkutane Applikationsformen verfügbar geworden sind. Die Vorschläge betrafen die Zusatzentgelte für die *Gabe von Infliximab, parenteral*, die *Gabe von Vedolizumab, parenteral* und die *Gabe von Ustekinumab, parenteral*. Bereits im NUB-Verfahren für 2021 waren der Sachverhalt und die fehlende Abrechnungsmöglichkeit bei Dosierung unterhalb der Einstiegsschwelle des OPS thematisiert worden. Für Gaben unterhalb der Einstiegsschwelle des OPS erhielten diese Medikamente im NUB-Verfahren für 2021 den Status 1. Aufgrund fehlender spezifischer Daten konnten die Zusatzentgelte für *Infliximab, parenteral* und *Vedolizumab, parenteral* allerdings nicht differenziert werden. Um eine Abrechnung einer typischen subkutanen Gabe dieser Arzneimittel über das bestehende Zusatzentgelt zu ermöglichen, wurde die Einstiegsschwelle für die parenterale Gabe abgesenkt. Die subkutane Gabe der beiden Arzneimittel bei Erwachsenen kann 2022 kodiert und damit über die bestehenden Zusatzentgelte abgerechnet werden. Aufgrund einer ausreichenden Datengrundlage basierend auf der ergänzenden Datenbereitstellung erfolgte dagegen eine Differenzierung des Zusatzentgelts für die *Gabe von Ustekinumab* (siehe Abbildung 55), womit für 2022 eine verbesserte Abrechnungsmöglichkeit bei Behandlungsfällen mit intravenöser und subkutaner Gabe innerhalb eines stationären Aufenthalts geschaffen werden konnte.

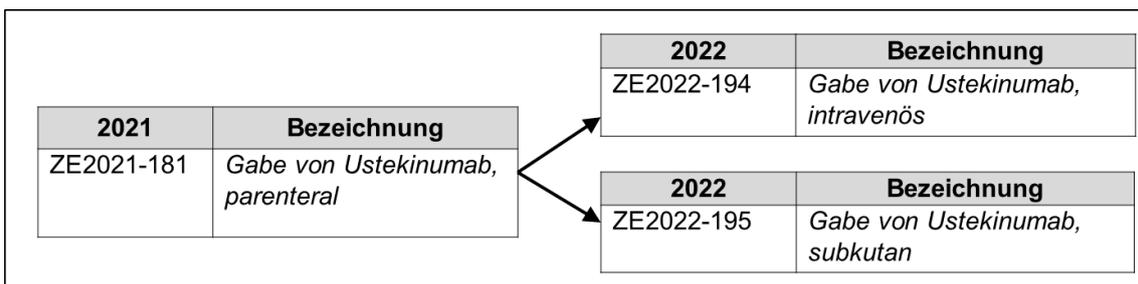


Abbildung 55: Differenzierung des Zusatzentgelts für die Gabe von Ustekinumab, parenteral

Im Rahmen der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems wurden für 2022 zwei Zusatzentgelte für Medikamente gestrichen. Das Zusatzentgelt ZE20xx-64 *Gabe von Eptotermin alfa, Implantation am Knochen* wurde gestrichen, da die Zulassung des Arzneimittels nach Kenntnis des InEK bereits 2016 zurückgezogen wurde und auch in den Kalkulationsdaten seit mehreren Jahren kein entsprechender Behandlungsfall identifiziert werden konnte. Des Weiteren ist das Zusatzentgelt für die *Gabe von Ofatumumab, parenteral* nicht mehr in den Anlagen des Fallpauschalen-Katalogs gelistet, da das Zusatzentgelt und die entsprechenden Dosisklassen 2010 auf Grundlage der Gabe des Arzneimittels bei der Indikation chronische lymphatische Leukämie (CLL) etabliert worden waren. Die Zulassung für die genannte Indikation wurde allerdings zurückgezogen. Stattdessen erfolgte Anfang 2021 eine Zulassung für die Indikation Multiple Sklerose (MS), bei der das Arzneimittel allerdings in deutlich geringerer Dosierung eingesetzt wird. Für 2022 erfolgte deshalb die Streichung des bestehenden Zusatzentgelts.

Gabe von Blutprodukten

Bei weiterhin unterschiedlichen Kosten für Thrombozytenkonzentrate und Apherese-Thrombozytenkonzentrate enthält der Fallpauschalen-Katalog 2022 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 hat sich in den letzten drei Jahren (aG-DRG-Systeme 2020, 2021 und 2022) von 1.292 über 1.285 auf 1.292 verändert. Parallel dazu verläuft die Entwicklung der Anzahl bewerteter DRGs von 1.245 über 1.228 auf 1.235.

Auf Basis der Daten gem. § 21 Abs. 1 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 Abs. 1 KHEntgG des Datenjahres 2020, dass die Anzahl der Krankenhäuser, die während eines gesamten Jahres z.B. mehr als 400 verschiedene DRG-Fallpauschalen abrechnen, im Vergleich der aG-DRG-Systeme nur leicht angestiegen ist. Rund 61% der dem KHEntgG unterliegenden Krankenhäuser rechnen höchstens 400 verschiedene DRG-Fallpauschalen ab (siehe Abbildung 56).

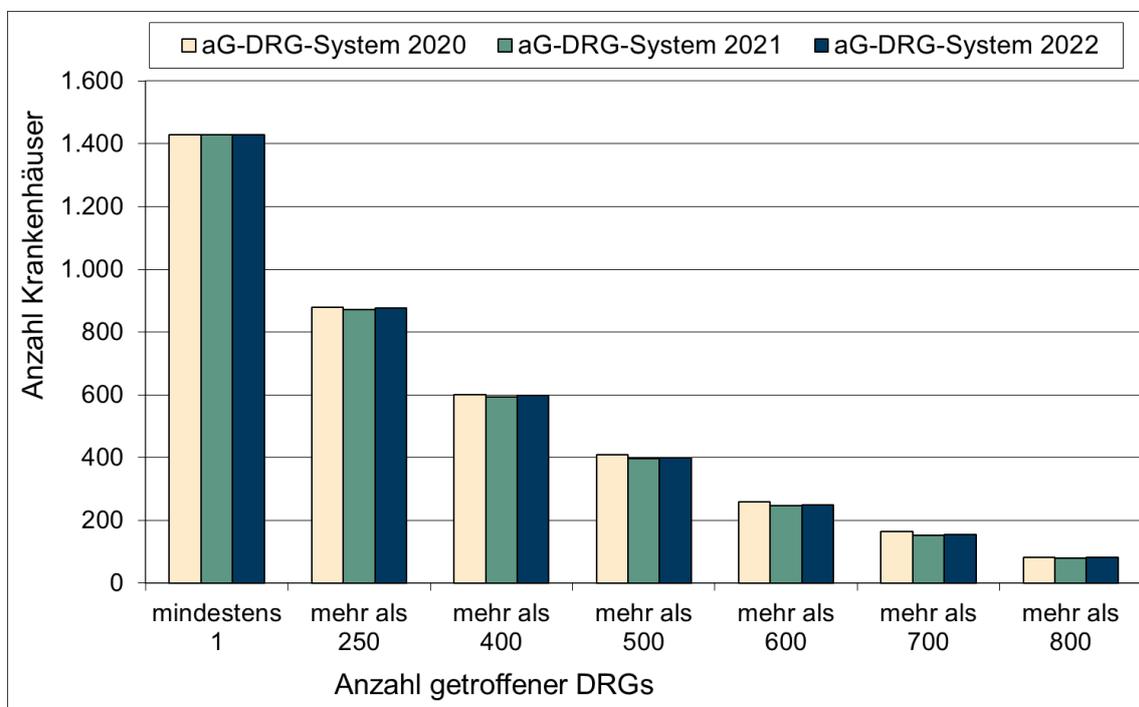


Abbildung 56: Anzahl getroffener DRGs pro Krankenhaus für aG-DRG-Systeme 2020, 2021 und 2022 (Basis: Vollstationäre Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG, Datenjahr 2020)

Analyse des Fallanteils in den am häufigsten getroffenen DRGs

Die Abbildung der 200 fallzahlstärksten DRGs in einer Sättigungskurve zeigt, dass das aG-DRG-System einen hohen Grad der Pauschalierung erreicht hat. Bereits die 200 fallzahlstärksten Fallpauschalen bilden rund 74% aller abrechenbaren vollstationären Fälle ab. Der Grad der Pauschalierung ist im Vergleich der drei untersuchten aG-DRG-Systeme in etwa gleich (siehe Abbildung 57).

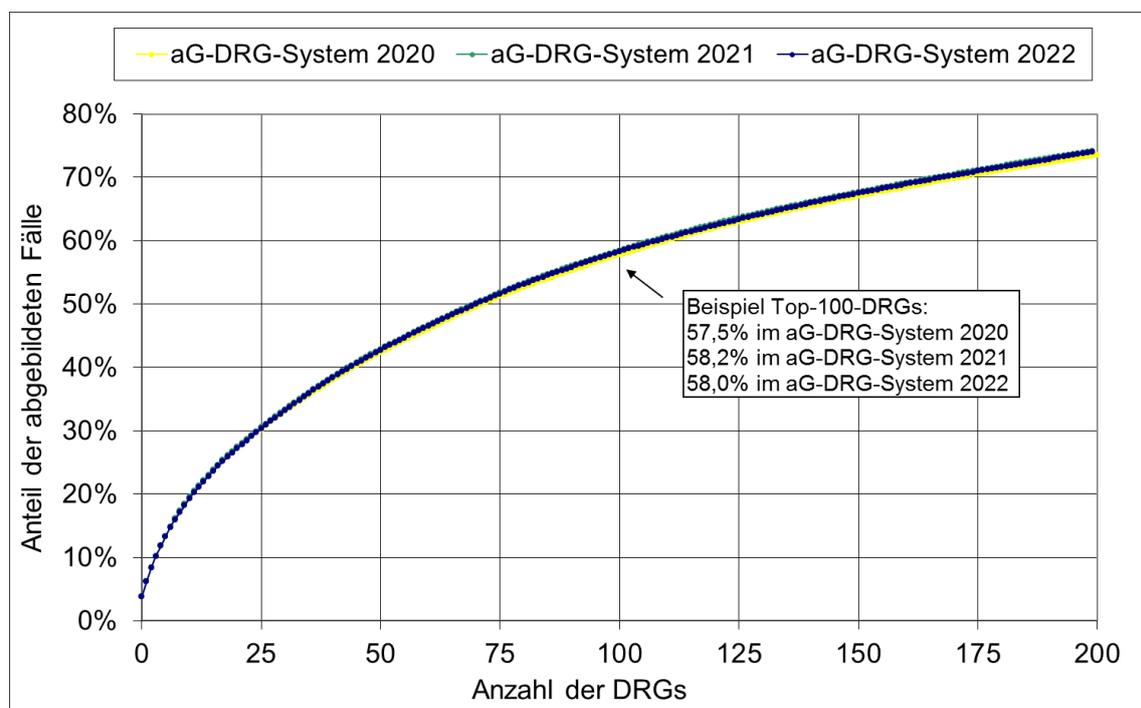


Abbildung 57: Anteil der vollstationären Fälle in den 200 fallzahlstärksten DRGs, aG-DRG-Systeme 2020, 2021 und 2022 (Basis: Vollstationäre Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG, Datenjahr 2020)

In Abbildung 58 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.

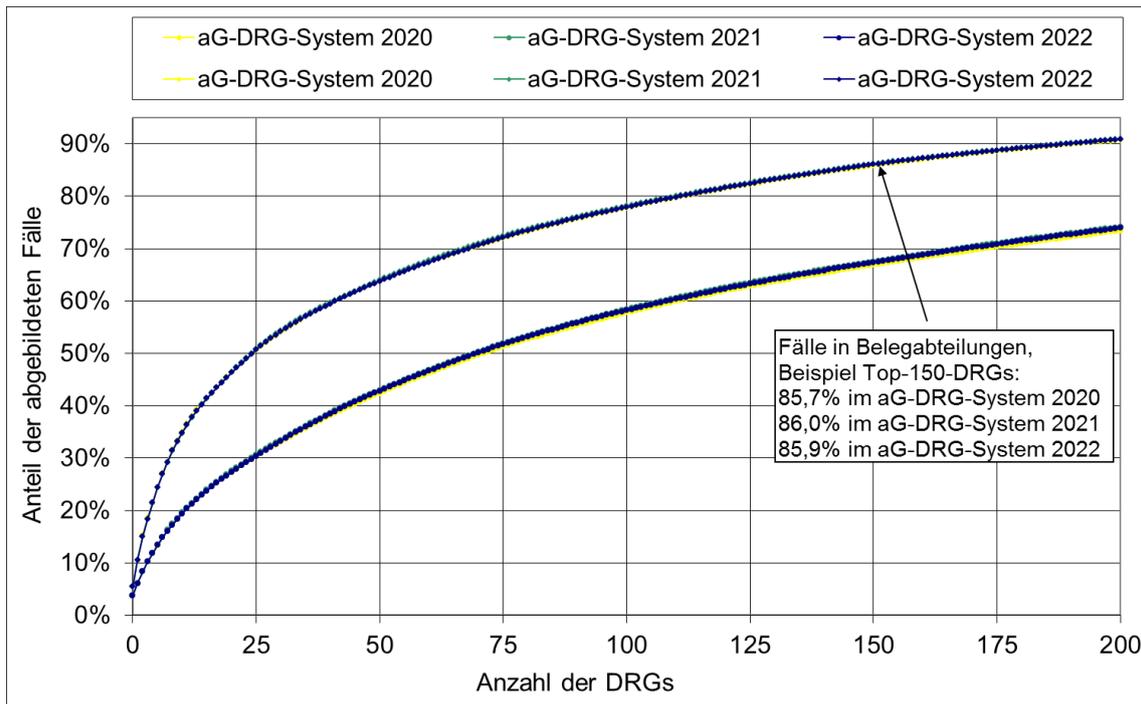


Abbildung 58: Anteil der Fälle in Haupt- und Belegabteilungen in den 200 fallzahlstärksten DRGs, aG-DRG-Systeme 2020, 2021 und 2022 (Basis: Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG, Datenjahr 2020)

Dieses Ergebnis konnte erwartet werden, nachdem die 72 eigenständig kalkulierten Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung insgesamt rund 65% der abrechenbaren Fälle in belegärztlicher Versorgung darstellen (siehe Kapitel 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 aG-DRG-Systems wurde mit den folgenden Kostenstreuungsmaßen bewertet:

- dem R²-Wert als Maß für die Varianzreduktion,
- dem Homogenitätskoeffizienten der Fallkosten sowie
- dem Konfidenzintervall um den Fallkosten-Mittelwert der Inlier.

Der Analyse lag die nach Prüfungen und Bereinigungen vorliegende Fallmenge der in Hauptabteilungen versorgten Fälle des Datenjahrs 2019 zugrunde. Diese wurden sowohl nach dem aG-DRG-System 2021 als auch nach dem aG-DRG-System 2022 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 DRG-EKV 2022) blieben unberücksichtigt. Außerdem wurden die expliziten Ein-Belegungstag-DRGs der beiden aG-DRG-Systeme aus der Analyse ausgeschlossen, da deren Festlegung nicht ausschließlich aus Gründen der Kostenhomogenität erfolgte.

In der Analyse unberücksichtigt blieben auch die drei kostenorientiert in Stufe 2 der diesjährigen Weiterentwicklung neu etablierten „K-DRGs“ E42K, F77K und I87K (vgl. Kapitel 3.3.2.1).

Entsprechend wurden 1.202 DRGs im aG-DRG-System 2021 bzw. 1.205 DRGs im aG-DRG-System 2022 für die Analyse verwendet.

Analyse der Varianzreduktion

Zur Bewertung des aG-DRG-Systems 2022 im Vergleich zum aG-DRG-System 2021 wurde der R^2 -Wert als Maß für die Varianzreduktion herangezogen. Dieses statistische Maß zeigt den durch die Klassifikation erklärten Anteil der Kostenstreuung an. Je geringer der Anteil der erklärten Streuung in den Klassen im Vergleich zur Streuung zwischen den Klassen ist, desto höher ist die Güte des Systems.

In beiden Versionen wurden die R^2 -Werte auf Basis der Daten des Jahres 2019 – für alle Fälle und für Inlier – berechnet und einander gegenübergestellt (siehe Tabelle 25).

	aG-DRG-System 2021	aG-DRG-System 2022 Stufe 1	Verbesserung (in %)
R ² -Wert auf Basis aller Fälle	0,7711	0,7726	+0,2
R ² -Wert auf Basis der Inlier	0,8486	0,8494	+0,1

Tabelle 25: Vergleich der Varianzreduktion R^2 im aG-DRG-System 2021 und 2022 (Basis: Datenjahr 2019)

Bezogen auf alle Fälle konnte die Varianzreduktion um 0,2% verbessert werden. Für Inlier wurde ein R^2 -Wert von 0,8494 erreicht.

Neben der Betrachtung des gesamten aG-DRG-Systems kann die Varianzreduktion auch für jede einzelne MDC berechnet werden. In Abbildung 59 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 aG-DRG-System 2022 (linke Skala). Der Index gibt das Verhältnis zwischen der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das aG-DRG-System 2022 und der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das aG-DRG-System 2021 wieder. Eine Referenzlinie für den Indexwert 100 (rechte Skala) erleichtert den Vergleich.

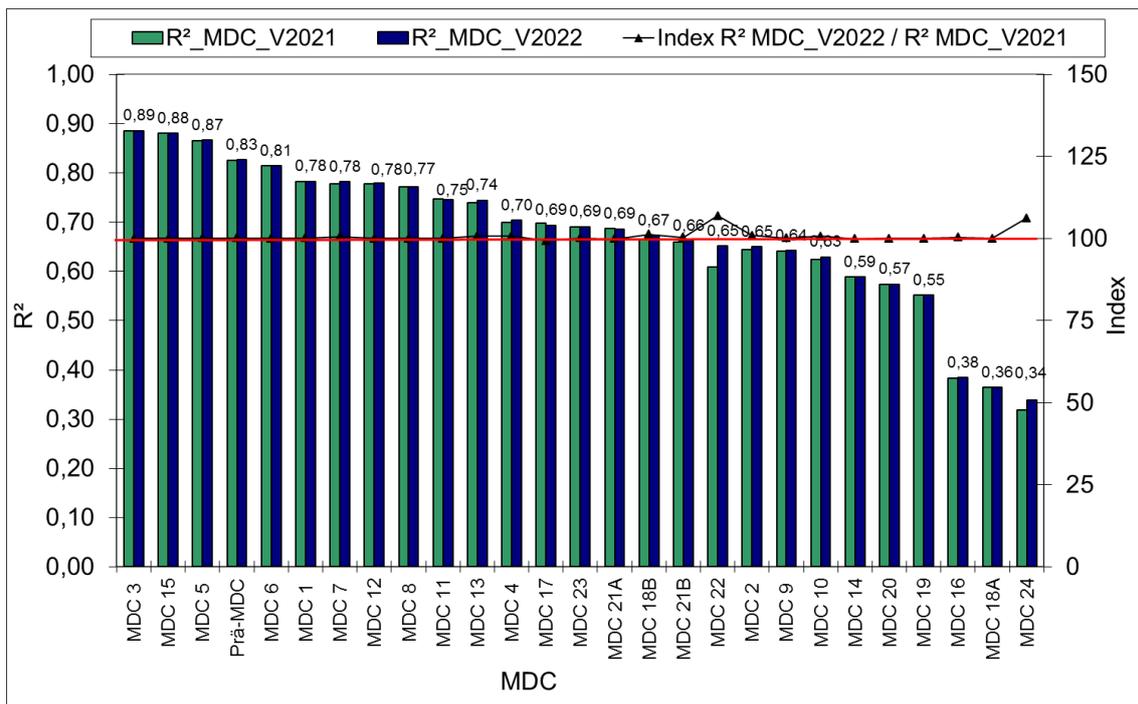


Abbildung 59: R²-Wert je MDC im aG-DRG-System 2021 und 2022 (Basis: Inlier (Sortierung nach R²-Wert für das aG-DRG-System 2022), Datenjahr 2019)

Die Darstellung zeigt die Unterschiede in der Varianzreduktion zwischen den MDCs. In der überwiegenden Zahl der MDCs ist eine gleichbleibende oder verbesserte Varianzreduktion im Vergleich des aG-DRG-Systems 2022 mit dem G-DRG-System 2021 zu verzeichnen.

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

- MDC 22 *Verbrennungen* (Index 106,9)
- MDC 24 *Sonstige DRGs* (Index 106,3)
- MDC 18B *Infektiöse und parasitäre Krankheiten* (Index 101,3)
- MDC 02 *Krankheiten und Störungen des Auges* (Index 100,9)

Die Varianzreduktion in den MDCs, die in beiden Versionen des aG-DRG-Systems knapp die Hälfte der analysierten Fälle stellen (49,2%), hat sich wie folgt verändert:

- MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*: von 0,7818 auf 0,7829 (Index 100,1)
- MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*: von 0,8656 auf 0,8667 (Index 100,1)
- MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*: von 0,8146 auf 0,8149 (Index 100,0)
- MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*: von 0,7713 auf 0,7718 (Index 100,1)

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 (Datenjahr 2019, Stufe 1) für die analysierten DRGs – folgende Situation (siehe Tabelle 26):

Homogenitätskoeffizient Kosten	aG-DRG-System 2021		aG-DRG-System 2022 Stufe 1		Veränderung des Anteils
	Anzahl	Anteil (in %)	Anzahl	Anteil (in %)	
<i>Bereich</i>					<i>Veränderung (in %)</i>
unter 60%	21	1,7	21	1,7	– 0,2
60 bis unter 65%	95	7,9	92	7,6	– 3,4
65 bis unter 70%	363	30,2	358	29,7	– 1,6
70 bis unter 75%	392	32,6	401	33,3	+ 2,0
75% und mehr	331	27,5	333	27,6	+ 0,4
Gesamt	1.202		1.205		

Tabelle 26: Vergleich Homogenitätskoeffizient der Kosten im aG-DRG-System 2021 und 2022 (Basis: Inlier, Datenjahr 2019)

In den beiden Klassen mit der höchsten Homogenität („70% bis unter 75%“ sowie „75% und mehr“) ist ein Anstieg von 2,0% bzw. 0,4% festzustellen.

Analyse des Konfidenzintervalls der Fallkosten

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

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

Die analysierten DRGs wurden in Klassen eingeteilt, die den beschriebenen Anteil widerspiegeln. Abbildung 60 zeigt den DRG-Anteil in den verschiedenen Klassen für die aG-DRG-Systeme 2021 und 2022.

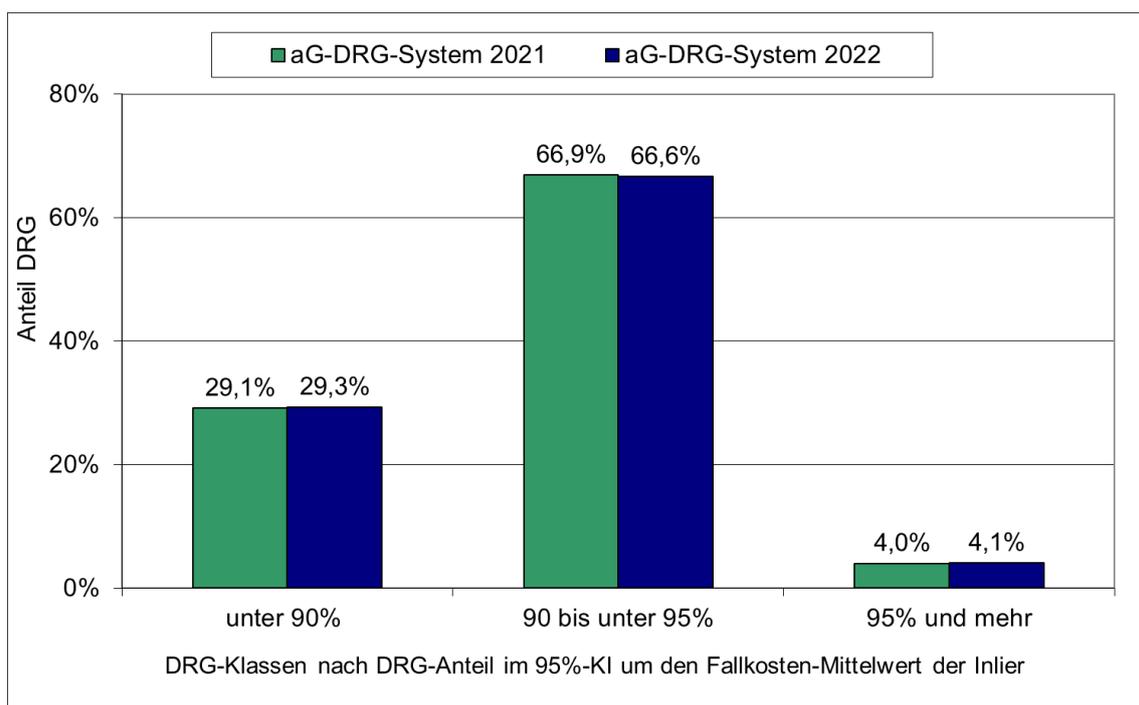


Abbildung 60: Vergleich der DRG-Klassen im 95%-Konfidenzintervall um den Fallkosten-Mittelwert der Inlier im aG-DRG-System 2021 und 2022 bezüglich Fallanteil (Basis: Datenjahr 2019)

Der Vergleich des aG-DRG-Systems 2022 mit dem aG-DRG-System 2021 zeigt eine recht ähnliche Klasseneinteilung.

Die Resultate unterstreichen insgesamt die Kostenhomogenität des aG-DRG-Systems 2022.

3.4.4 Analyse der Verweildauer

3.4.4.1 Verweildauervergleich der Datenjahre 2018, 2019 und 2020

Vor der Analyse auf Repräsentativität der Verweildauer wurde die Verweildauer in den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG untersucht. Als Analysebasis dienten die aus den drei Datenjahren 2018, 2019 und 2020 jeweils gemäß aG-DRG-Version 2020 gruppierten Fälle in Hauptabteilungen ohne Fälle in nicht bewerteten DRGs (Anlage 3a). Der Analyse lagen rund 18,2 bzw. 18,3 bzw. 15,9 Mio. Fälle zugrunde.

Im Durchschnitt ergab sich in den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG ein Verweildauer-rückgang von 1,3% vom Datenjahr 2018 zum Datenjahr 2019 sowie ein Rückgang von 0,1% vom Datenjahr 2019 zum Datenjahr 2020 (siehe Tabelle 27).

Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG Hauptabteilung	Verweildauer-Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)
Datenjahr 2018	6,01		
Datenjahr 2019	5,93	– 0,08	– 1,3
Datenjahr 2020	5,92	– 0,01	– 0,1

Tabelle 27: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG (Basis: Datenjahre 2018 bis 2020, Hauptabteilung, gruppiert nach aG-DRG-Version 2020)

Betrachtet man nur die Datenjahre 2019 und 2020, ergibt sich bei den 20 häufigsten DRGs, die 27,0% der Fälle in den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG des Jahres 2020 repräsentieren, ein Rückgang des Verweildauer-Mittelwerts von 0,11 Tagen bzw. 2,6%.

Das Ergebnis 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 28 dargestellt.

Nach dieser DRG-Filterung ist ein Verweildauerrückgang vom Datenjahr 2019 zum Datenjahr 2020 von 2,5% für Fälle in Hauptabteilungen bzw. 2,3% für Fälle in belegärztlicher Versorgung zu verzeichnen.

Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG	VWD Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)	VWD Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)
	Hauptabteilung			Belegabteilung		
Datenjahr 2018	4,95			3,63		
Datenjahr 2019	4,81	– 0,14	– 2,8	3,48	– 0,15	– 4,1
Datenjahr 2020	4,69	– 0,12	– 2,5	3,40	– 0,08	– 2,3

Tabelle 28: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG (Basis: Datenjahre 2018 bis 2020, DRGs mit Fallzahl > 20 in Haupt- und Belegabteilung)

Im Vergleich zur Gesamtbetrachtung (siehe Tabelle 27) beträgt der Mittelwert der Verweildauer für das aktuell vorliegende Datenjahr 2020 für Fälle in Hauptabteilungen nun statt 5,92 nur noch 4,69 Tage. Der Verweildauerrückgang ist mit 2,5% im Vergleich zu 0,1% stärker.

Im Folgenden wird die Entwicklung des Anteils der vollstationären Fälle mit einer Verweildauer von einem Belegungstag an allen vollstationären Fällen (siehe Abbildung 61) betrachtet.

Insgesamt – und auch getrennt nach Haupt- und Belegabteilung – ist ein Rückgang des Anteils der Ein-Belegungstag-Fälle im Datenjahr 2020 im Vergleich zum Datenjahr 2019 festzustellen.

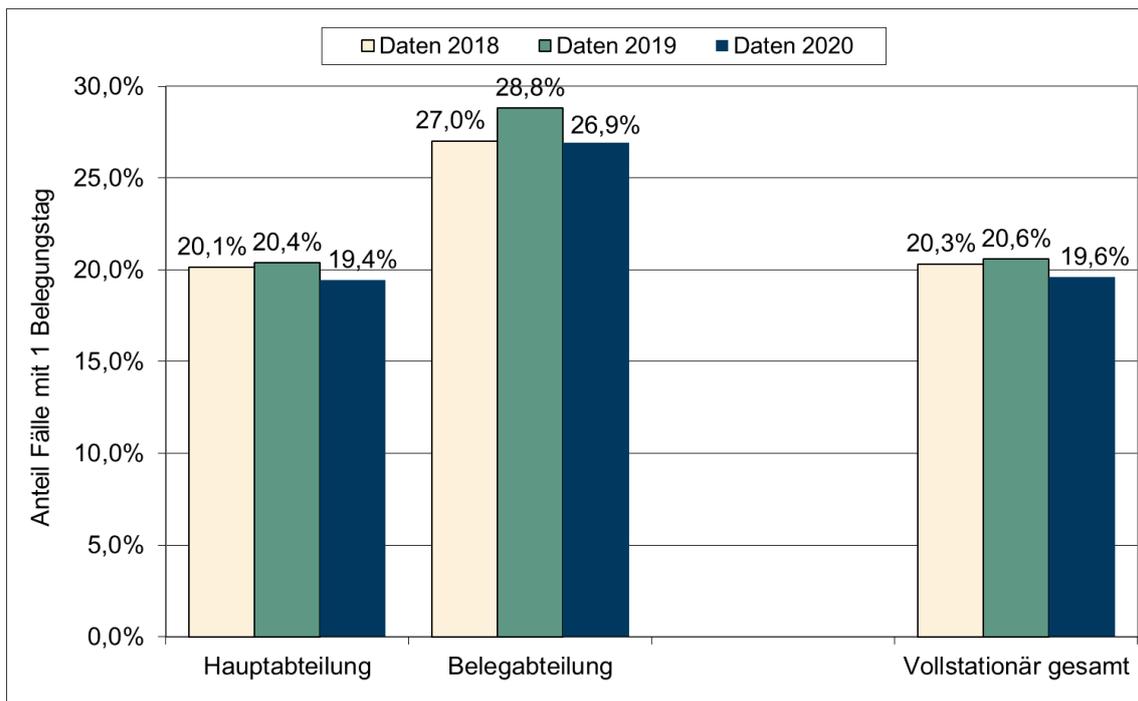


Abbildung 61: Entwicklung des Anteils der Ein-Belegungstag-Fälle an allen vollstationären Fällen (Basis: Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG, Datenjahre 2018 bis 2020)

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 Abs. 1 KHEntgG verglichen. In beiden Datengesamtheiten wurden die durch die Grenzverweildauern des aG-DRG-Systems 2022 definierten Inlier in Hauptabteilungen betrachtet. Dabei wurden aufnahme- und/oder entlassverlegte Fälle entsprechend der DRG-Zuordnung (siehe Kapitel 3.3.1.5) berücksichtigt.

Für die Daten der Kalkulationskrankenhäuser wurde durch die differenzierten Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen (siehe Kapitel 3.3.1.1) und dazugehörige Einzelnachfragen ein hoher Detaillierungsgrad der Plausibilisierung erreicht. Für die rund 19,2 Mio. Datensätze gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG wurden medizinische Plausibilitätsprüfungen durchgeführt (vgl. dazu auch Kapitel 2.1 und 2.2).

Unter der Zielvorgabe einer möglichst großen Kostenhomogenität der aG-DRG-Klassifikation müsste die Überprüfung der Repräsentativität in beiden Datengesamtheiten mit Hilfe von Kostendaten durchgeführt werden. Wegen fehlender Kostenangaben in den Daten gem. § 21 Abs. 1 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 Abs. 1 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
- 15 rein teilstationäre DRGs
- 52 DRGs mit weniger als 30 Fällen

Diese Einschränkungen schlossen insgesamt 91 DRGs aus der Analyse aus. Der Analyse lagen somit 1.201 DRGs zugrunde.

Analyse der Differenz der Verweildauer-Mittelwerte

Die Differenz der Verweildauer-Mittelwerte (Daten der Kalkulationskrankenhäuser – Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG) fällt für die meisten DRGs nur sehr gering aus (siehe Abbildung 62): Für 988 der 1.201 analysierten DRGs (82%) ist diese geringer als +/- 0,5 Tage, 1.130 DRGs (94%) unterscheiden sich um höchstens +/- 1 Tag und für 1.185 DRGs (99%) beträgt diese gerundet höchstens +/- 2 Tage.

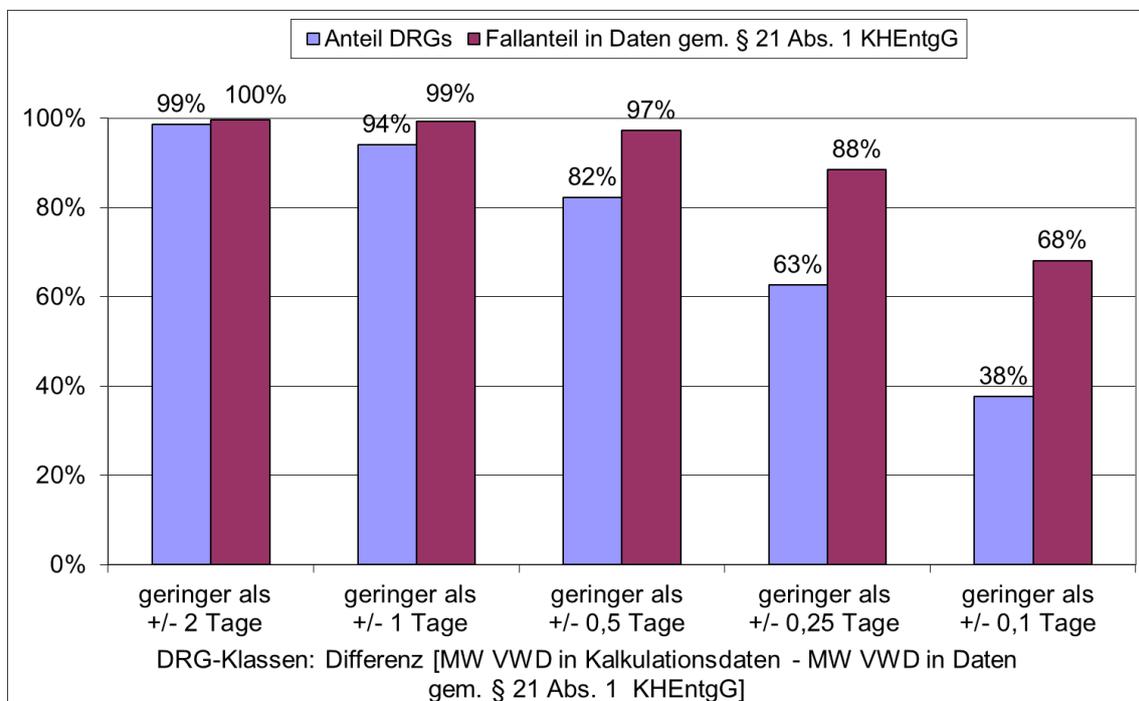


Abbildung 62: Häufigkeitsverteilung Differenzen der Verweildauer-Mittelwerte (Daten der Kalkulationskrankenhäuser – Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG), getrennt nach DRG- und Fallanteil (Basis: Inlier, Datenjahr 2020)

Im Hinblick auf die Fallanteile in den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG wird in der Analyse deutlich, dass 88% aller analysierten Fälle in DRGs liegen, deren Verweildauer-Mittelwerte sich um höchstens 0,25 Tage unterscheiden. Bei einer Abweichung von höchstens +/-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 Abs. 1 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 63 dargestellte empirische Häufigkeitsverteilung der Homogenitätsklassen. Die Häufigkeitsverteilungen der Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und der Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG unterscheiden sich nur geringfügig.

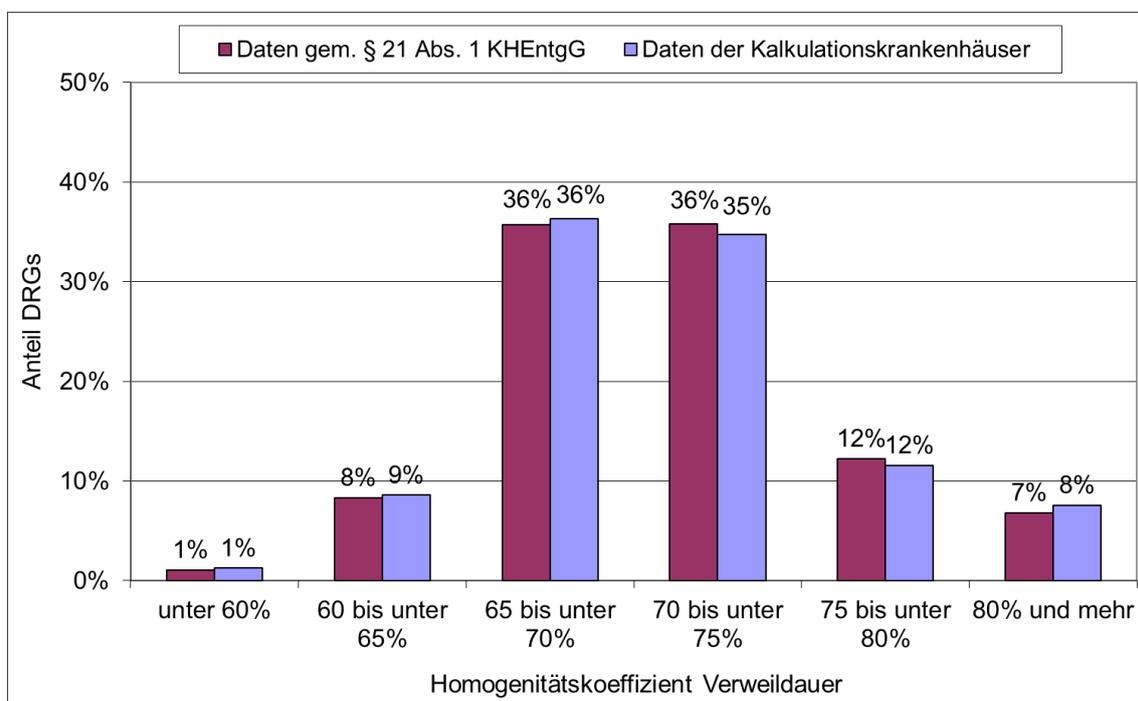


Abbildung 63: Häufigkeitsverteilung der Verweildauer-Homogenitätskoeffizientenklassen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG (Basis: Inlier, Datenjahr 2020)

Analysiert man die Relation der Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Kalkulationskrankenhäuser und der Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG mit Hilfe eines Index, ergibt sich folgendes Bild:

Für 1.189 von 1.201 DRGs (99%) liegt der Index zwischen 95 und 105, d.h. die relative Abweichung zwischen den Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und der Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG beträgt höchstens +/- 5%. Eine Abweichung von höchstens +/- 2,5% liegt bei 1.122 DRGs (93% von 1.201 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 1.201 DRGs eine vernachlässigbare Differenz zwischen den Mittelwerten der Verweildauern in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 Abs. 1 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 Abs. 1 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 Abs. 1 KHEntgG sein konnten.

Das auf Basis der Daten der Kalkulationskrankenhäuser weiterentwickelte aG-DRG-System 2022 bildet somit die Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG im Hinblick auf die Kosten- und Verweildauerhomogenität gut ab.

4 Perspektiven der Weiterentwicklung

Der Erkenntnisgewinn durch den aktiven Einsatz des Fallpauschalensystems wird im Sinne eines lernenden Systems konstruktiv für die Weiterentwicklung eingesetzt. Bereits jetzt bekannte Anhaltspunkte für die zukünftige Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems werden im Folgenden kurz angesprochen.

Corona-Pandemie

Die Corona-Pandemie führte zu deutlichen Auswirkungen auf die Leistungs- und Kostendaten des Datenjahres 2020. Gleichzeitig erfolgte die Datenzusammenstellung und -übermittlung der Kalkulationsteilnehmer an das InEK erneut unter „Corona-Bedingungen“. Vor dem Hintergrund der sehr unterschiedlichen Betroffenheit durch die Pandemie war der Umfang des gezeigten Einsatzes der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern weder selbstverständlich noch erwartbar. Insofern möchten wir uns auch an dieser Stelle nochmals ganz besonders herzlich für das Engagement bedanken, mit dem die Kolleginnen und Kollegen in den Kalkulationskrankenhäusern in diesem Jahr zu einem Gelingen der Weiterentwicklung des Entgeltsystems beigetragen haben.

Auch das Datenjahr 2021 wird durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie in den Leistungs- und Kostendaten geprägt sein. Einerseits ist aufgrund der pandemischen Lage nicht zu erwarten, dass die Krankenhäuser auf der Leistungsseite im Jahresdurchschnitt 2021 wieder in einen vorpandemischen „Regelbetrieb“ zurückgekehrt sind, andererseits werden die immer noch durchgeführten pandemiebedingten Maßnahmen innerhalb der Krankenhäuser ihre „Spuren“ in den Kostendaten hinterlassen. Die Kostendatenerhebung im kommenden Jahr muss daher unter dem Fokus stehen, die bestmöglichen Informationen zusammenzutragen, um die Erkenntnisse des Jahres 2021 in die Weiterentwicklung des Entgeltsystems für 2023 einfließen lassen zu können. Gleichzeitig ist der Umgang mit durch die Pandemie beeinflussten Kostendaten sorgfältig zu eruieren; eine an die pandemiebedingte Datenlage adaptierte Vorgehensweise erscheint auch für die Weiterentwicklung im kommenden Jahr angezeigt zu sein. Dabei ist zu prüfen, inwieweit die diesjährige zweistufige Vorgehensweise an die neue Daten-situation angepasst werden muss.

Datenerhebung/Plausibilitätsprüfungen

Vor dem Hintergrund der zu erwartenden Auswirkungen der Corona-Pandemie auch im Bereich der Kostendatenerhebung wird die Weiterentwicklung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen nur sehr begrenzt durchgeführt werden. Neben Anpassungen an die aktuellen OPS- und ICD-Kodes sollen die Streichung nicht mehr benötigter Prüfungen, die Integration von Rückmeldungen der Krankenhäuser zu einzelnen Prüfungen sowie die Konsolidierung im Übrigen im Vordergrund stehen. Die Datenerhebung selbst wird grundsätzlich nach dem bisherigen Verfahren ablaufen. Aktualisierte Hinweise zur Durchführung der Kalkulation im Jahr 2022 (Datenjahr 2021) werden den Kalkulationsteilnehmern in gewohnter Weise zu Beginn des Jahres 2022 zur Verfügung gestellt.

Bei gesetzlichen Änderungen oder Änderungen der Vorgaben der Vertragsparteien auf Bundesebene wird geprüft, ob und in welchem Umfang sich dadurch Notwendigkeiten zur Anpassung bzw. Weiterentwicklung von Plausibilitätsprüfungen ergeben sollten.

Anhang

Übersicht

Tabelle A-1:

DRGs, bei denen für die Berechnung der zusätzlichen Entgelte bei Überschreitung der OGV die modifizierte Form der analytischen Ableitung oder der Median der Tageskosten der Langlieger herangezogen wurde (siehe Kapitel 2.4)

Tabelle A-2:

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

Tabelle A-3:

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

Tabelle A-4-1:

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

Tabelle A-4-2:

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

Tabelle A-5:

Gegenüberstellung der DRGs je MDC (siehe Kapitel 3.4.1.1)

Tabelle A-6:

DRGs mit spezifischen Aufwertungen von COVID-19-Fällen im aG-DRG-System 2022

Tabelle A-1:

326 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 Kapitel 2.4)

DRG	DRG-Text
801A	Ausgedehnte OR-Proz. oh. Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter kompl. Konst. oder Strahlenth. oder endovaskulärer Impl. von Stent-Proth. an der Aorta oder intensivmediz. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandsp. od. Alter < 18 J. mit kompl. Faktoren
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation
A01B	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtranspl. mit Beatmung > 59 und < 180 Std. od. mit Transplantatabstoßung od. mit komb. Nierentranspl. od. m. kombinierter Pankreastranspl. od. Alter < 6 J. oder od. m. intensivm. Komplexbeh. > 980 / 828 / - P.
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne komb. Nierentranspl., ohne kombinierte Pankreastranspl., Alter > 5 Jahre, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 980 / 828 / - P.
A02Z	Transplantation von Niere und Pankreas
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden
A04B	Knochenmarktranspl. / Stammzelltransf., allogene, außer bei Plasmozytom oder mit Graft-versus-Host-Krankheit Grad III und IV, mit Gabe best. Stammzellen od. Alt. < 18 J., mit best. Entnahme od. Stammzellboost od. intensivmed. Komplexbeh. > 2058 / - / - P.
A04C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, < 18 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
A05Z	Herztransplantation
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 P., mit komplexer OR-Prozedur und ECMO ab 384 Stunden oder mit Polytrauma oder Alter < 16 J. oder intensivmed. Komplexbeh. > - / 3220 / - P.
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 / 2760 Punkte
A09A	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit IntK > 2352 / 1932 / 2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer OR-Prozedur, 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 Punkte, mit angeb. Fehlbild. oder Tumorerkr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / - P., Alter < 16 J.
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. Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre oder komplizierende Konstellation
A11D	Beatmung > 249 h oder > 95 h mit IntK > 1764 / 1656 / 1656 P. mit best. OR-Prozeduren u. kompliz. Konstell. oder EHEC oder generalisierte Mukositis ohne IntK > 1764 / 1656 / 1932 P. oder mit kompl. Diagnose u. Alter < 3 J. oder IntK > 980 / 1104 / - P.
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 komplexer OR-Prozedur, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Konstellation od. 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 < 18 Jahre oder bestimmte Entnahme oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte
A15C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte Entnahme oder bei Plasmozytom, mit bestimmter Entnahme oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte
A15D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom, ohne bestimmte Entnahme
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 mit bestimmter akuter Graft-versus-Host-Krankheit, 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, mit komplizierender Konstellation oder Alter < 18 Jahre
B01B	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 17 Jahre
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation bei Neubildung des Nervensystems oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Punkte, Alter < 6 Jahre mit Eingriff bei BNB oder Alter < 16 Jahre und mehrzeitige komplexe OR-Prozedur
B02B	Komplexe Kraniotomie oder WS-OP, Bestr. an mind. 9 T. od. best. Ingr. bei BNB mit intraop. Monit., Alt. < 18 J. od. b. BNB od. IntK > 392 / 368 / - P., mit schwersten CC, Alt. > 15 J. od. oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. Alt. > 5 J. od. oh. Ingr. bei BNB
B02C	Komplexe Kraniotomie oder WS-OP, mehr als 8 Bestr., Alter > 17 J. oder ohne best. Ingr. bei BNB mit intraop. Monit. od. bei NB des Nervensystems oder IntK > 392 / 368 / - P., Alter > 15 J. od. oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. Alt. > 5 J., oh. schwerste CC
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

DRG	DRG-Text
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
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 oder mit komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre
B20B	Kraniotomie oder große WS-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 17 Jahre oder ohne bestimmte komplexe Prozedur, mit komplizierenden Faktoren, Alter > 15 Jahre
B20C	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation, Alter < 3 J. oder intervent. Eingriff oder Alter < 18 J. mit großem intrakraniellen Eingriff oder mit kompl. Diagnose oder best. Eingriffe bei Trigeminusneuralgie, Alter < 16 J. od. bei bösartiger Neubildung
B20D	Kraniotomie oder große WS-OP mit komplexer Prozedur oder ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigeminusneuralgie oder mit bestimmter Prozedur oder bei bösartiger Neubildung
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigeminusneuralgie, ohne bestimmte Prozedur, außer bei bösartiger Neubildung
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

DRG	DRG-Text
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
B72A	Infektion des Nervensystems, Alter < 16 Jahre
B76C	Anfälle, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mehr als ein Belegungstag, mit schweren CC, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder EEG, Alter < 1 Jahr, mehr als ein Belegungstag oder mit bestimmter Diagnose, ohne komplexe Diagnose
C01A	Komplexer Eingriff bei penetrierenden Augenverletzungen oder bestimmte Orbitotomie
C02Z	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder Amnionmembrantransplantation oder komplexem Eingriff oder Pars-plana-Vitrektomie oder Alter < 16 Jahre
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, ohne komplexen Eingriff, ohne Pars-plana-Vitrektomie, Alter > 15 Jahre
C10B	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, mit komplexem Eingriff oder 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 mit Hartgaumenplastik oder bestimmte Knochentransplantation an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen oder Alter < 2 Jahre
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

DRG	DRG-Text
D20A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
D20B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder mit Eingriff an den oberen Atemwegen mit äußerst schweren CC oder Strahlentherapie mit operativem Eingriff
D25C	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder mit Eingriff an den oberen Atemwegen, ohne Laryngektomie, ohne äußerst schw. CC, ohne Bestrahlungssim., Konstr. und Anpas. von Fix.-/Behandlungshilf. bei Strahlenth. mit op. Eingr.
D28Z	Andere Eingriffe an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen oder totale Auflagerungsplastik der Maxilla
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
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

DRG	DRG-Text
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 J., IntK > 196 / 184 / - P. und IntK < 393 / 369 / - P., mit Zweifacheingriff od. bei angeborenem Herzfehler, mit kompl. Eingr. od. best. Herzklappeneingriff oder andere komplizierende Konstellation
F03D	Herzklappeneingriff mit HLM, Alter > 0 J., IntK < 197 / 185 / - P., mit Zweifacheingr. od. bei angeb. Herzfehler, oh. kompl. Eingr. oder Alter < 16 J. od. oh. Zweifacheingr., auß. bei angeb. Herzfehler, Alter > 15 J. mit Impl. klappentr. Gefäßprothese
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne Eingr. in tiefer Hypoth., IntK < 197 / 185 / - P., ohne Zweifacheingr., auß. bei Endokarditis, auß. b. angeb. Herzfehler, 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 komplizierender 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. Konstellation od. kompl. Operation oder IntK > - / 368 / - P. oder Alter < 18 Jahre mit Reop. Herz od. Perikard oder and. kompliz. Konstellation, mit best. kompl. Eingriffen
F07B	And. Eingr. mit HLM, Alter < 1 J. od. mit best. kompl. Konst. od. IntK > -/368 / - P., oh. best. kompl. Eingr. od. Alter > 0 J., IntK < -/369/ - P., m. and. kompl. Eingr. mit Reop. Herz od. Perik. od. mit best. and. kompliz. Konst. od. mit best. Aortklers.
F07C	Andere Eingr. mit HLM, Alter > 0 J., IntK < - / 369/ - P. oder Alter > 17 J. od. ohne Reop. od. ohne and. kompliz. Konst., ohne and. kompl. Eingriffe od. ohne Reop. an Herz od. Perikard od. ohne best. and. kompliz. Konst. od. ohne best. Aortklers.
F09A	Andere kardiothorakale Eingriffe, Alter < 16 Jahre, mit komplizierender Konstellation oder Exzision am Vorhof

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
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 oder > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen d. Kreislaufsystem. m. kompliz. Fakt., > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. m. best. OR-Proz., ohne aufwend. Eingr. od. > - / 552 / 552 P. m. best. Aortenstent od. minimalinv. Eingr. an mehrer. Herzkkl.
F36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > - / 552 / 552 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne bestimmten Aortenstent oder bestimmter mehrzeitiger komplexer Eingriff
F42Z	Operation b. kompl. angeb. Herzfehler, Hybridchirurgie, best. Herzklappeneingriffe od. and. Eingriffe m. Herz-Lungen-Maschine m. invas. kardiolog. Diagnostik bei Kindern od. best. rekonstruktive Gefäßeingriffe oh. Herz-Lungen-Maschine m. kompl. Eingriff
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder best. Impl. herzunterst. System
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 oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC
G01Z	Eviszeration des kleinen Beckens
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplexer Prozedur mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandsp.
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, mit äußerst schweren CC
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
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 oder mit endoskopischer submukosaler Dissektion am Dickdarm, ein Belegungstag
G70A	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 18 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.
H09A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit bestimmtem Eingriff mit äußerst schweren CC oder aufwendiger Eingriff am Dünndarm mit bestimmten komplizierenden Faktoren
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

DRG	DRG-Text
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 828 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 und < 981 / 829 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
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 oder Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
H78Z	Bestimmte komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I02A	Großflächige Gewebe- / Hauttransplantation außer an der Hand, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit schwerem Weichteilschaden, mit äußerst schweren CC und komplexer OR-Prozedur
I06B	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals mit sehr komplexem Eingriff bei schwerer entzündlicher Erkrankung oder bestimmte bösartige Neubildung am Knochen oder Alter < 19 Jahre
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula, Alter < 16 Jahre
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe oder hochaufwendiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe- / Hauttransplantation
I27A	Eingriffe am Weichteilgew. od. kleinfl. Gewebe-Tx m. best. Diagn. u. best. Eingr. od. m. äuß. schw. CC od. b. BNB m. schw. CC, m. best. Diagn. u. kompl. Eingr. od. Nephrekt. od. best. BNB m. best. Eingr. Abdomen od. Thorax od. Tx e. Zehe als Fingerersatz
I28A	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit bestimmter offen chirurgischer Stabilisierung der Thoraxwand oder bestimmtem Eingriff am Zwerchfell oder Alter < 18 Jahre bei bösartiger Neubildung
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. Fehlb. d. Hand, Alter < 16 J.

DRG	DRG-Text
I37Z	Resezierender Eingriff am Becken bei bösartiger Neubildung des Beckens oder Mehretageneingriffe an der unteren Extremität
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
I54B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, bei bösartiger Neubildung, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, Alter > 17 Jahre
I64A	Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre
I65A	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit hochkomplexer Chemotherapie oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie, Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I95A	Implantation einer Tumorendoprothese mit Implantation oder Wechsel einer bestimmten Endoprothese oder Knochentotalersatz am Femur oder Alter < 18 Jahre
I95B	Implantation einer Tumorendoprothese ohne Implantation oder Wechsel einer bestimmten Endoprothese, ohne Knochentotalersatz am Femur, Alter > 17 Jahre
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 oder bestimmte zweizeitige Eingriffe an der Hypophyse
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte zweizeitige Eingriffe an der Hypophyse

DRG	DRG-Text
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 oder mit bestimmter nuklearmedizinischer Therapie
K15D	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmte nuklearmedizinische Therapie
K15E	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen
K60B	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre und multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K64A	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K64B	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
L03Z	Bestimmte Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder bestimmter Kombinationseingriff, ohne großen 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
L17A	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, mit bestimmten Eingriffen an der Urethra oder 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 oder Alter < 16 Jahre ohne schwere CC
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 totale Amputation des Penis oder Amputation des Penis mit bestimmter Lymphadenektomie
M03B	Bestimmte Eingriffe am Penis, Alter > 5 J. oder aufwendige plastische Rekonstruktion des Penis, Alter > 17 J., ohne totale Amputation des Penis, ohne Amputation des Penis mit best. Lymphadenektomie, mit mäßig komplexen Eingriffen am Penis, Alter < 18 J.
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
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 Multiviszerealeingriff
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
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Konstellation

DRG	DRG-Text
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe mit Beatmung > 480 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen mit Beatmung > 899 Stunden
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 180 und < 481 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen, Beatmung > 180 und < 900 Stunden oder Eingriff bei univentrikulärem Herzen, Beatmung < 481 Stunden
P02C	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Eingriff bei univentrikulärem Herzen oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen, ohne Beatmung > 180 Stunden
P03A	Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g, mehrere schwere Probleme mit signifikanter OR-Prozedur oder mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit Beatmung > 479 Stunden oder mehrere schwere Probleme ohne signifikante OR-Prozedur mit Beatmung > 599 Stunden
P03B	Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beat. > 120 Std., oh. Beat. > 599 Std. oder oh. mehrere schwere Probleme, oh. Beat. > 479 Std. oder oh. mehrere schwere Probleme oder oh. sig. OR-Prozedur oder oh. mehrzeitige komplexe OR-Prozedur
P04A	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g, mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Prozedur oder mehrz. kompl. OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Std. oder mehrere schwere Probleme mit Beatmung > 320 Std. oder temporärer Verschluss eines Bauchwanddefektes
P04B	Aufnahmegew. 1500 - 1999 g, sig. OR-Proz. od. Beat. > 120 Std., oh. meh. schw. Probl. od. oh. Beat. > 320 Std., oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. oh. Beat. > 240 Std., oh. sig. OR-Proz. od. oh. Beat. > 240 Std., oh. temp. Verschluss BW-Defekt
P05A	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, mit Beatmung > 275 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren
P05B	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, ohne Beatmung > 275 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P05C	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, sig. OR-Proz. oder Beatmung > 95 Std., mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Proz. oder mit Beatmung > 120 Std. oder best. aufwendige OR-Proz., mit Beatmung > 240 Std. oder mehrz. kompl. OR-Proz. oder Dialyse
P06B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g, sig. OR-Proz. od. Beatmung > 95 Std., mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Proz. od. mit Beatmung > 120 Std. od. best. aufwendige OR-Proz., ohne Beatmung > 240 Std., ohne mehrz. kompl. OR-Proz., ohne Dialyse

DRG	DRG-Text
P06C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme oder ohne sig. OR-Prozedur oder ohne Beatmung > 120 Std., 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, Aufnahmegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61E	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P62A	Aufnahmegewicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur
P62B	Aufnahmegewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62C	Aufnahmegewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62D	Aufnahmegewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P63Z	Aufnahmegewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden
P64Z	Aufnahmegewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden
P65A	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder Beatmung > 95 Stunden
P65B	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem
P65C	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, mit anderem Problem
P66A	Neugeborenes ohne sign. OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., Aufnahmegeg. 2000 - 2499 g mit mehr. schw. Probl. oder Krampfanfall mit best. diag. Maßnahmen oder Beatmung > 48 Std. od. Aufnahmegeg. > 2499 g, m. mehr. schw. Probl., m. Hypothermiebehandlung
P66B	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	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem

DRG	DRG-Text
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 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, Aufnahmegegew. > 2499 g mit schw. Prob., oh. Hypothermiebeh., oh. Krampfanfall mit best. diag. Maßnah., oh. Beatmung > 24 Std. od. mit anderem Prob., mehr als ein Belegungstag, neugeb. Mehrling od. mit bestimmter aufwendiger Prozedur
Q02B	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe u. des Immunsystems oh. äußerst schwere CC, Alter < 6 J. od. best. Exzisionen u. Resektionen Mediastinum od. Thymus od. mit best. mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung
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 kompl. Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, oh. Milzverletzung, oh. Granulozytenstörung, Alter < 1 Jahr oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren CC
Q63A	Aplastische Anämie, Alter < 16 Jahre
R01A	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur
R01B	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur oder ohne äußerst schwere CC, mit aufwendigem Eingriff an der Wirbelsäule
R01C	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur, ohne aufwendigen Eingriff an der Wirbelsäule
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R03Z	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC oder mit bestimmter OR-Prozedur mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Bestrahlungen an mindestens 7 Tagen

DRG	DRG-Text
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC, Bestrahlungen an weniger als 7 Tagen
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R13A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation
R13B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R60A	Akute myeloische Leukämie m. hochkomplexer Chemoth., Alter > 17 J. od. m. int. Chemoth. m. kompliz. Diagnose od. Dialyse od. Portimpl. od. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P. od. schwerste CC od. best. kompl. Diagnostik bei Leuk., Alter < 16 J.
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose od. Dialyse od. Portimplantation od. intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte od. schwerste CC od. best. kompl. Diagnostik bei Leuk., Alter > 15 J.
R60C	Akute myel. Leukämie m. int. Chemo, äuß. schw. CC od. kompl. Diagnostik b. Leuk. od. Port od. m. mäß. kompl. Chemo m. best. kompliz. Fakt. od. m. äuß. schw. CC m. kompl. Diagnost. od. KomplBeh. isolat.pfl. Erreg. m. Dial. od. äuß. schw. 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 Chemoth., ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimpl., ohne äußerst schwere CC od. mit lokaler Chemoth. od. mit Komplexbeh. bei multi-resistenten Erregern od. mit kompl. Diagnostik bei Leukämie
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
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

DRG	DRG-Text
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation oder Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, Alter < 16 Jahre
R61D	Lymphom u. nicht akute Leukämie m. Agranuloz., Portimpl., Komplbeh. b. isolat.pfl. Erregern od. kompl. Diag. b. Leuk., > 15 J., m. intens. Chemo od. < 18 J. od. m. äuß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndr. od. Blastenkr., oh. kompl. Diag. b. Leuk., oh. schw. CC
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose od. Portimpl. od. Komplbeh. b. isolat.pfl. Erregern od. komplexe Diagnostik b. Leukämie, oh. äußerst schw. CC, Alter > 17 J., oh. intensive Chemoth.
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, mit kompl. Diagnose od. kompliz. Prozedur, Alter < 16 J. od. best. Lymphom mit best. Chemotherapie od. kompl. Diagnose od. andere Komplexbeh. b. isolationspfl. Erregern
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie oh. best. kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, Alter < 16 J. od. mit kompl. Diag. od. kompliz. Prozedur, Alter > 15 J., oh. best. Lymphom m. best. Chemoth., oh. kompl. Diagnose, oh. and. Komplbeh. b. isolat.pfl. Erregern
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 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
R63C	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre
R63D	Andere akute Leukämie mit intens. Chemoth. mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranuloz. od. Portimpl. od. mit äuß. schw. CC od. mit kompliz. Konstell. od. mit mäßig komplexer Chemoth., mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranuloz. od. Portimpl., Alter < 16 J.
R63E	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer oder lokaler Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder komplizierender Konstellation oder mit äußerst schweren CC
R63F	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit mäßig komplexer od. lokaler Chemoth., mit äußerst schweren CC oder ohne Chemoth. mit Dialyse od. Sepsis od. Agranulozyt. od. Portimpl. od. äußerst schw. CC
R63G	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R63H	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
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 Prozedur oder komplizierender Konstellation, außer bei sonstiger Sepsis
T36Z	Intensivmedizinische Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandsp. bei infektiösen und parasitären Krankheiten oder OR-Prozedur bei inf. u. parasitären Krankh. mit best. komplexer Prozedur oder kompliz. Konstellation mit IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
T60B	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Z. n. Organtransplantation oder mit komplexer Diagnose oder äuß. schw. CC, Alter < 18 J. oder mit Para- / Tetraplegie oder mit bestimmter ERCP oder mit schwersten CC oder mit IntK > 196 / 184 / 368 Punkte
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
T64A	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit bestimmter komplexer Diagnose, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
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

DRG	DRG-Text
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. Haut-Tx. od. and. Eingr. oh. äuß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn., oh. komplexe Proz., oh. Dialyse, oh. Beat. > 24 Std., oh. kompliz. Konst., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., oh. best. Spalthauttranspl., Alter < 18 J.
Z03Z	Nierenspende (Lebendspende)

Tabelle A-2:

72 DRGs mit eigenständig berechneten Bewertungsrelationen für belegärztliche Versorgung (siehe Kapitel 3.3.1.2)

DRG	DRG-Text
C03A	Eingriffe Retina m. PPV, m. ECCE od. b. BNB Auge, m. best. Eingr. Retina od. Entf. Augapf. m. Impl. od. Endopht. od. Eingr. Orbita b. BNB Auge od. best. Eingr. Retina od. ECCE od. kompl. Eingr. od. BNB, Alter < 16 od. Eukl. u. Eingr. Orbita auß. b. BNB
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, Alter > 15 Jahre
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, ohne Pars-plana-Vitrektomie, 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, Alter > 5 Jahre
C08B	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse oder bestimmte Eingriffe am Auge
C14Z	Andere Eingriffe am Auge
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre, ohne beidseitige Eingriffe an Augen und Tränenwegen, außer bei bösartiger Neubildung am Auge
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien
D06B	Andere Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder Alter > 15 Jahre, mit komplexer Prozedur oder Diagnose, ohne Resektion am Felsenbein, ohne intrakraniellen Eingriff bei BNB
D06C	Bestimmte Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung oder Eingriffe an Hals und Kopf, ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik, ohne komplexe Eingriffe am Kopf
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
D28Z	Andere Eingriffe an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen oder totale Auflagerungsplastik der Maxilla
D30A	Tonsillektomie außer bei BNB od. versch. Eingriffe Ohr, Nase, Mund, Hals oh. äuß. schw. CC, m. aufw. Eingr. od. Eingr. Mundh., Mund, Alter < 3 J. od. m. kompl. Diag. od. Alter < 16 J. m. äuß. schw. od. schw. CC od. m. Eingr. Ohr, Trachea m. äuß. schw. CC
D30B	Tonsillektomie außer bei BNB oder versch. Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals oh. äußerst schw. CC, oh. aufw. Eingriff, oh. kompl. Diagnose, Alter > 15 od. oh. äuß. schw. od. schw. CC, Alter < 12 J. od. Alter > 11 J. b. BNB od. oh. Eingr. Hals, Trachea
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 Nase, Nasennebenhöhlen, Gesichtsschädelknochen
D63B	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege oder Blutung aus Nase und Rachen ohne äußerst schwere CC
G11B	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter außer bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 5 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 oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 15 Jahre, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, ohne kleinen Eingriff am Rektum
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, ohne bestimmten anderen Eingriff an der Wirbelsäule
I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne Diszitis, ohne Bandscheibeninfektion, mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als 1 Belegungstag, Alter < 18 Jahre
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, Schulter und Ellenbogen

DRG	DRG-Text
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, Schulter und Oberarm
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 Knochentransplantation oder schwerem Weichteilschaden oder bestimmtem Eingriff am Fuß oder Implantation einer Vorfuß- oder Zehenen-doprothese oder Kalkaneusfraktur
I20E	Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritits oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe oder komplizierende Faktoren, Alter > 15 Jahre
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	Andere kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen mit bestimmten kleinen Eingriffen an Knochen und Weichteilen, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I24B	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre
I27D	Bestimmte andere Eingriffe am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag
I28E	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, ohne bestimmte, mäßig komplexe und komplexe Eingriffe, Alter > 9 Jahre oder ein Belegungstag
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
I30B	Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk, Alter > 15 Jahre oder bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
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 angefertigten Endoprothese am Kniegelenk
I44D	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk oder Einbringen einer Entlastungsfeder am Kniegelenk

DRG	DRG-Text
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne best. kompliz. Faktoren, ohne komplexe Diagnose an Becken/OS, ohne best. endoproth. Eingriff, ohne gelenkpl. Eingriff am Hüftgelenk, ohne Impl. oder Wechsel einer Radiuskopfprothese, ohne Entf. Osteosynthesemat.
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh., oh. Wirbelsäulenfraktur
J09B	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre
L06B	Kleine Eingriffe an den Harnorganen ohne äußerst schwere CC oder ohne bestimmte Prozeduren oder Alter < 16 Jahre
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, ohne bestimmte Eingriffe an der Urethra, Alter > 15 Jahre
L20B	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre oder Alter > 89 Jahre
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter > 15 Jahre oder Alter < 90 Jahre
L63E	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne best. mäßig aufw. / aufw. / hochaufw. Behandlung, ohne Komplexbeh. b. isolationspfl. Erregern, ohne best. schw. 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, ohne bestimmte Eingriffe am Ureter, 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 bestimmten Eingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff oder Alter > 2 Jahre, ohne schwere CC oder ohne beidseitigen Hodenhochstand oder Alter > 13 Jahre
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane
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	Hysterektomie auß. bei BNB m. Beckenbodenpl. od. Brachytherapie b. Krankh./Stör. weibl. Geschlechtsorg., > 1 BT, m. auß. schw. CC od. Ovariectomie u. kompl. Eingriffe an den Tubae uterinae auß. bei BNB, ohne auß. schwere od. schwere CC, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
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 Myomenuklation, mit aufwendigem Eingriff
N25Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose oder andere kleine Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
O01E	Primäre Sectio caesarea ohne äuß. schwere CC, mit komplizierender oder komplexer Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen (SSW) oder sekundäre Sectio caesarea, ohne komplexe Diagnose, Schwangerschaftsdauer > 33 vollendete Wochen
O01F	Primäre Sectio caesarea ohne komplexe Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW)
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, Aufnahmegeg. > 2499 g oh. sig. OR-Proz., oh. Beatmung > 95 Std., ohne schw. Prob., anderes Problem und mehr als ein Belegungstag oder nicht signifikante OR-Prozedur, ohne Mehrling, ohne bestimmte aufwendige Prozeduren
P67E	Neugeborener Einling, Aufnahmegeg. > 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 aG-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](#) zu finden.

ICD 2019*	ICD-Text 2019*	Kategorie
A04.70	Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen	Abwertung
A04.79	Enterokolitis durch Clostridium difficile, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A15.0	Lungentuberkulose, durch mikroskopische Untersuchung des Sputums gesichert, mit oder ohne Nachweis durch Kultur oder molekularbiologische Verfahren	Abwertung
A15.9	Nicht näher bezeichnete Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert	Abwertung
A16.2	Lungentuberkulose ohne Angabe einer bakteriologischen, molekularbiologischen oder histologischen Sicherung	Abwertung
A16.9	Nicht näher bezeichnete Tuberkulose der Atmungsorgane ohne Angabe einer bakteriologischen, molekularbiologischen oder histologischen Sicherung	Abwertung
A40.3	Sepsis durch Streptococcus pneumoniae	Abwertung
A40.8	Sonstige Sepsis durch Streptokokken	Abwertung
A40.9	Sepsis durch Streptokokken, nicht näher bezeichnet	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
A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A49.0	Staphylokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	Abwertung
B00.1	Dermatitis vesicularis durch Herpesviren	Abwertung
B23.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheitszustände infolge HIV-Krankheit	Abwertung
B37.0	Candida-Stomatitis	Abwertung
B37.88	Kandidose an sonstigen Lokalisationen	Abwertung
B44.1	Sonstige Aspergillose der Lunge	Abwertung
B44.9	Aspergillose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
B95.48	Sonstige näher bezeichnete Streptokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung

ICD 2019*	ICD-Text 2019*	Kategorie
B95.6	Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.7	Sonstige Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
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
C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	Abwertung
C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	Abwertung
C18.4	Bösartige Neubildung: Colon transversum	Abwertung
C18.6	Bösartige Neubildung: Colon descendens	Abwertung
C19	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang	Abwertung
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	Abwertung
C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	Abwertung
C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	Abwertung
C40.2	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität	Abwertung
C71.9	Bösartige Neubildung: Gehirn, nicht näher bezeichnet	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
C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge	Abwertung
C78.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura	Abwertung
C78.3	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Atmungsorgane	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
C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	Abwertung
C79.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Nebenniere	Abwertung
C79.9	Sekundäre bösartige Neubildung nicht näher bezeichneter Lokalisation	Abwertung
C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	Abwertung
D56.3	Thalassämie-Erbanlage	Abwertung
D56.9	Thalassämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D68.33	Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)	Abwertung
D68.34	Hämorrhagische Diathese durch Heparine	Abwertung

ICD 2019*	ICD-Text 2019*	Kategorie
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
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
D69.9	Hämorrhagische Diathese, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D70.10	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase unter 4 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
D80.8	Sonstige Immundefekte mit vorherrschendem Antikörpermangel	Abwertung
D80.9	Immundefekt mit vorherrschendem Antikörpermangel, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D86.0	Sarkoidose der Lunge	Abwertung
D86.9	Sarkoidose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
E11.60	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E21.1	Sekundärer Hyperparathyreoidismus, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
E21.3	Hyperparathyreoidismus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
E27.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Nebennierenrindeninsuffizienz	Abwertung
E56.1	Vitamin-K-Mangel	Abwertung
E66.02	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter	Abwertung
E87.6	Hypokaliämie	Abwertung
F10.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch	Abwertung
F14.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Schädlicher Gebrauch	Abwertung
F14.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	Abwertung
F31.1	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome	Abwertung

ICD 2019*	ICD-Text 2019*	Kategorie
F31.2	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen	Abwertung
G20.10	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	Abwertung
G80.9	Infantile Zerebralparese, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I08.1	Krankheiten der Mitral- und Trikuspidalklappe, kombiniert	Abwertung
I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	Abwertung
I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	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
I36.1	Nichtreumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz	Abwertung
I37.1	Pulmonalklappeninsuffizienz	Abwertung
I42.7	Kardiomyopathie durch Arzneimittel oder sonstige exogene Substanzen	Abwertung
I42.9	Kardiomyopathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I44.1	Atrioventrikulärer Block 2. Grades	Abwertung
I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	Abwertung
I46.0	Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung	Abwertung
I50.00	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	Abwertung
I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	Abwertung
I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	Abwertung
I63.9	Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	Abwertung
I71.02	Dissektion der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	Abwertung
I74.5	Embolie und Thrombose der A. iliaca	Abwertung
I82.2	Embolie und Thrombose der V. cava	Abwertung
J15.1	Pneumonie durch Pseudomonas	Abwertung
J15.4	Pneumonie durch sonstige Streptokokken	Abwertung
J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J17.2	Pneumonie bei Mykosen	Abwertung
J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J18.2	Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J43.2	Zentrilobuläres Emphysem	Abwertung
J44.12	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 50 % und $<$ 70 % des Sollwertes	Abwertung

ICD 2019*	ICD-Text 2019*	Kategorie
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
J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	Abwertung
J84.1	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose	Abwertung
J84.9	Interstitielle Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J85.0	Gangrän und Nekrose der Lunge	Abwertung
J85.2	Abszess der Lunge ohne Pneumonie	Abwertung
J86.0	Pyothorax mit Fistel	Abwertung
J86.9	Pyothorax ohne Fistel	Abwertung
J93.1	Sonstiger Spontanpneumothorax	Abwertung
J93.9	Pneumothorax, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J94.0	Chylöser (Pleura-) Erguss	Abwertung
J94.1	Fibrothorax	Abwertung
J95.2	Akute pulmonale Insuffizienz nach nicht am Thorax vorgenommener Operation	Abwertung
J95.3	Chronische pulmonale Insuffizienz nach Operation	Abwertung
J96.09	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet	Abwertung
J96.10	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	Abwertung
J96.19	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet	Abwertung
J98.2	Interstitielles Emphysem	Abwertung
J99.1	Krankheiten der Atemwege bei sonstigen diffusen Bindegewebskrankheiten	Abwertung
J99.8	Krankheiten der Atemwege bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
K26.0	Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung	Abwertung
K26.4	Ulcus duodeni: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung	Abwertung
K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	Abwertung
K52.1	Toxische Gastroenteritis und Kolitis	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
K65.0	Akute Peritonitis	Abwertung
K65.9	Peritonitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	Abwertung
K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	Abwertung
K86.1	Sonstige chronische Pankreatitis	Abwertung
K86.2	Pankreaszyste	Abwertung
K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2019*	ICD-Text 2019*	Kategorie
L89.19	Dekubitus 2. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
M31.3	Wegener-Granulomatose	Abwertung
M31.9	Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
N12	Tubulointerstitielle Nephritis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	Abwertung
N17.81	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 1	Abwertung
N17.82	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 2	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
N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4	Abwertung
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	Abwertung
N32.2	Harnblasenfistel, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
Q25.0	Offener Ductus arteriosus	Abwertung
Q33.0	Angeborene Zystenlunge	Abwertung
Q33.2	Lungensequestration (angeboren)	Abwertung
Q44.6	Zystische Leberkrankheit [Zystenleber]	Abwertung
Q61.2	Polyzystische Niere, autosomal-dominant	Abwertung
Q87.1	Angeborene Fehlbildungssyndrome, die vorwiegend mit Kleinwuchs einhergehen	Abwertung
R04.2	Hämoptye	Abwertung
R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	Abwertung
R40.2	Koma, nicht näher bezeichnet	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
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
S25.4	Verletzung von Pulmonalgefäßen	Abwertung
S26.0	Traumatisches Hämoperikard	Abwertung

ICD 2019*	ICD-Text 2019*	Kategorie
S26.9	Verletzung des Herzens, nicht näher bezeichnet	Abwertung
S27.0	Traumatischer Pneumothorax	Abwertung
S32.89	Fraktur: Sonstige und nicht näher bezeichnete Teile des Beckens	Abwertung
S36.10	Verletzung der Leber, nicht näher bezeichnet	Abwertung
S36.11	Prellung und Hämatom der Leber	Abwertung
S72.3	Fraktur des Femurschaftes	Abwertung
S72.40	Distale Fraktur des Femurs: Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
S72.41	Distale Fraktur des Femurs: Condylus (lateralis) (medialis)	Abwertung
T79.3	Posttraumatische Wundinfektion, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T79.4	Traumatischer Schock	Abwertung
T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät	Abwertung
T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate 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
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
U07.1	COVID-19, Virus nachgewiesen	Auf- und Abwertung
U81.20	Escherichia coli mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.22	Klebsiella oxytoca mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
Z94.88	Zustand nach sonstiger Organ- oder Gewebetransplantation	Abwertung

* Bei der Diagnose U07.1 *COVID-19, Virus nachgewiesen* handelt es sich um einen Kode der Version 2020 des ICD-10-GM

Tabelle A-4-1:

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

DRG	DRG-Text
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden
A04C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, < 18 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.
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 äußerst schwere CC
A13G	Beatmung > 95 Stunden, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation, mit äußerst schweren CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Proz., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne kompliz. Diagnose od. Prozedur, mit auß. schw. CC
A13H	Beatmung > 95 Stunden mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation, ohne äußerst schwere CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Proz., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne kompliz. Diagnose oder Proz., ohne auß. schw. CC
A15B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter < 18 Jahre oder bestimmte Entnahme oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte
A15C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte Entnahme oder bei Plasmozytom, mit bestimmter Entnahme oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte
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
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
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
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber-, Dünndarm- oder Nieren-Pankreas-Transplantation

DRG	DRG-Text
B01A	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation oder Alter < 18 Jahre
B05Z	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom oder kleine Eingriffe an den Nerven
B18D	Mäßig komplexe Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems außer bei bösartiger Neubildung
B68A	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
B70G	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme
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
B72A	Infektion des Nervensystems, Alter < 16 Jahre
B86Z	Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet und Krankheit des Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet
C01A	Komplexer Eingriff bei penetrierenden Augenverletzungen oder bestimmte Orbitotomie
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom
C08A	Beidseitige extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) oder extrakapsuläre Extraktion der Linse oder bestimmte andere Eingriffe am Auge bei angeborener Fehlbildung der Linse
C10C	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, ohne komplexen Eingriff, Alter > 5 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
C64Z	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides
D01B	Kochleaimplantation, unilateral
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D13A	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals mit komplizierender Diagnose oder Rekonstruktion des Nasenseptums oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr
D15B	Tracheostomie ohne äußerst schwere CC, ohne radikale zervikale Lymphadenektomie
D20B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
D22A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung, mit Mundboden- oder Vestibulumplastik oder komplexe Eingriffe am Kopf

DRG	DRG-Text
D30B	Tonsillektomie außer bei BNB oder versch. Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals oh. äußerst schw. CC, oh. aufw. Eingriff, oh. kompl. Diagnose, Alter > 15 od. oh. äuß. schw. od. schw. CC, Alter < 12 J. od. Alter > 11 J. b. BNB od. oh. Ingr. Hals, Trachea
D39Z	Andere Eingriffe an der Nase
E02D	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 17 Jahre, mehr als 1 BT, ohne bestimmten Eingriff an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwendigen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne endoskop. Lungenvolumenred., ohne anderen mäßig kompl. Eingriff
E08A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC
E70Z	Keuchhusten und akute Bronchiolitis
F01B	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation mit komplizierenden Faktoren oder neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mehr als 24 Stunden mit komplizierenden Faktoren
F01F	Impl. Kardioverter / Defibrillator (AICD), Einkammer-Stimulation, ohne zusätzl. Herz- od. Gefäßeingriff, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne äuß. schw. CC, ohne aufw. Sondenentf., ohne Impl. Drucksens. in Pulmonalart., ohne Impl. Pulsgen., Alter > 17 J.
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
F08F	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne komplexen Aorteneingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Aorteneingriff, mit bestimmtem Eingriff
F12A	Implantation eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem mit äuß. 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
F17A	Wechsel eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem oder Alter < 16 Jahre
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
F20Z	Beidseitige Unterbindung und Stripping von Venen mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC
F42Z	Operation b. kompl. angeb. Herzfehler, Hybridchirurgie, best. Herzklappeneingriffe od. and. Eingriffe m. Herz-Lungen-Maschine m. invas. kardiolog. Diagnostik bei Kindern od. best. rekonstruktive Gefäßeingriffe oh. Herz-Lungen-Maschine m. kompl. Eingriff
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

DRG	DRG-Text
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
F50B	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen ohne hochkomplexe Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, mit komplexer Ablation, Alter > 15 Jahre
F75D	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre und Alter < 16 Jahre, ohne schwere CC oder Alter > 15, ohne bestimmte kardiovaskuläre Erkrankung
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplexer Prozedur mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandsp.
G16A	Komplexe Rektumresektion od. and. Rektumres. m. best. Eingr. od. kompl. Diagnose od. mehrz. Enterostomaanlage und -rückverlagerung, m. kompliz. Konstell. od. plast. Rekonstruktion m. myokut. Lappen od. IntK > 196/ 368/ - P. od. endorektale Vakuumtherapie
G22A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung
G26A	Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter < 16 Jahre oder bei bestimmter bösartiger Neubildung oder mit kleinem Eingriff am Rektum
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, mit äußerst schweren CC
G40A	Bestimmte komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G40B	Andere komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G64B	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre oder ohne schwere CC
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane
H06A	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit aufwendigem Eingriff und bestimmten komplizierenden Faktoren
H12B	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff
H41B	Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, ohne Zugang durch retrograde Endoskopie
H61B	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose, Alter < 17 Jahre

DRG	DRG-Text
H62C	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, ohne akute Pankreatitis, ohne Leberzirrhose, ohne bestimmte nichtinfektiöse Hepatitis, Alter > 15 Jahre
H64Z	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen
H78Z	Bestimmte komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I03B	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, ohne äuß. schw. CC, ohne mehrzeit. Wechsel, ohne Eingr. an mehr. Lok.
I05A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesen, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC
I08I	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten anderen Eingriff, Alter > 11 Jahre, ohne Eingriff an der unteren Extremität
I12B	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, mit Revision des Kniegelenkes oder Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre
I14Z	Revision eines Amputationsstumpfes
I17B	Operationen am Gesichtsschädel ohne aufwendige Operationen, Alter > 15 Jahre
I20C	Eingriffe am Fuß ohne mehrere komplexe Eingriffe, ohne hochkomplexen Eingriff, mit bestimmten komplizierenden Faktoren
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe oder komplizierende Faktoren, Alter > 15 Jahre
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
I42B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 14 Tage
I43A	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk oder Entfernung bestimmter Endoprothesen am Kniegelenk, mit äußerst schweren CC
I46B	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, mit periprothetischer Fraktur
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
I64C	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere oder 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

DRG	DRG-Text
I66B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte oder anderen komplizierenden Konstellationen
I66D	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, > 1 Bel.-Tag, Alter > 0 Jahre, mit kinder- und jugendrheumatologischer Komplexbehandlung 7 bis 13 Behandlungstage oder Alter < 16 Jahre mit bestimmten Vaskulitiden oder systemischen rheumatologischen Erkrankungen
I72Z	Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit äußerst schweren oder schweren CC oder Frakturen am Femurschaft
I95A	Implantation einer Tumorendoprothese mit Implantation oder Wechsel einer bestimmten Endoprothese oder Knochentotalersatz am Femur oder Alter < 18 Jahre
J07A	Kleine Eingr. an der Mamma m. best. Lymphkn.-Exz. od. äuß. schw. od. schw. CC b. BNB od. große Eingr. an der Mamma b. BNB oh. kompl. od. best. Eingr. an weibl. Geschl.-Org. b. BNB mit beids. Eingr. od. best. Eingr. Ovar/Plexus brachialis od. an Lymphgef.
J08B	Bestimmte Hauttransplantation oder Debridement ohne Eingriff an Kopf und Hals, ohne bestimmten Eingriff an Haut und Unterhaut oder ohne äußerst schwere CC
J10B	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff
J24B	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, ohne Prothesenimplantation, ohne bestimmte Mammareduktionsplastik
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
J67A	Bestimmte Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder moderate Hauterkrankungen
J68B	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre
K03A	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre oder bestimmte zweizeitige Eingriffe an der Hypophyse
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
K60F	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose
K64B	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
L04A	Bestimmte komplexe Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff oder bestimmte Harnblaseneingriffe oder Alter < 16 Jahre
L08Z	Komplexe Eingriffe an der Urethra oder Ureter

DRG	DRG-Text
L09C	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane auß. Anlage Dialyseshunt, ohne Kalziphylaxie, ohne best. Laparotomie, ohne best. Eingriff an Präputium od. Nebenschilddrüse, Alter < 2 J. od. mit auß. schw. CC, ohne kompl. OR-Proz., ohne kompl. Eingriff
L12A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
L13C	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff oder ohne CC, ohne komplexen Eingriff, ohne anderen Eingriff
L16A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators
L18B	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale / andere retroperitoneale Eingriffe oh. ESWL, oh. äußerst schwere CC od. best. Eingriffe Niere od. transurethrale Eingriffe auß. Prostatares. u. kompl. Ureterorenoskop., b. Para-/Tetrapl., m. auß. schw. CC
L19Z	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC oder perkutane Thermoablation der Niere
L20A	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, mit äußerst schweren CC
L20B	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre oder Alter > 89 Jahre
L36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / - / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L37Z	Multiviszeraleingriff 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
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre ohne schwere CC
L63D	Infektionen der Harnorgane oh. auß. schwere CC, oh. best. mäßig aufwendige / aufwendige / hochaufw. Behandl., oh. Komplexbeh. b. isolationspfl. Erregern, oh. best. schw. Infektionen, Alter > 2 J. u. < 6 J. od. Alter < 18 J. mit schw. CC od. Alter > 89 J.
L69A	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
L74Z	Bestimmte Krankheiten und Störungen der Harnorgane bei Para- / Tetraplegie
M01A	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC
M01B	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
M06Z	Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen oder Stanzbiopsie an der Prostata, ein Belegungstag
M09B	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne BNB des Penis
M38Z	Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane
N01C	Beckeneviszeration bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit schweren CC
N02B	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei BNB oder bestimmte Eingriffe am Darm oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva, ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff
N05B	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder anderer Eingriff an der Harnblase oder Adhäsiolyse, Alter > 15 Jahre
N07B	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, ohne bestimmten Eingriff
N09B	Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, kleine Eingriffe an Blase, Uterus, Bauchwand und Peritoneum
N23Z	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukleation
N60A	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC
O01B	Sectio caesarea, 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
O04A	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma mit komplexem Eingriff
O05B	Cerclage und Muttermundverschluss oder komplexe OR-Prozedur oder bestimmte intrauterine Operation am Feten, mehr als ein Belegungstag
O65A	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexer Diagnose oder komplizierendem Eingriff oder ein Belegungstag
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 180 und < 481 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen, Beatmung > 180 und < 900 Stunden oder Eingriff bei univentrikulärem Herzen, Beatmung < 481 Stunden
P03B	Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beat. > 120 Std., oh. Beat. > 599 Std. oder oh. mehrere schwere Probleme, oh. Beat. > 479 Std. oder oh. mehrere schwere Probleme oder oh. sig. OR-Prozedur oder oh. mehrzeitige komplexe OR-Prozedur

DRG	DRG-Text
P04B	Aufnahmegew. 1500 - 1999 g, sig. OR-Proz. od. Beat. > 120 Std., oh. meh. schw. Probl. od. oh. Beat. > 320 Std., oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. oh. Beat. > 240 Std., oh. sig. OR-Proz. od. oh. Beat. > 240 Std., oh. temp. Verschluss BW-Defekt
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur
P61D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62B	Aufnahmegewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62C	Aufnahmegewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62D	Aufnahmegewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P63Z	Aufnahmegewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden
P64Z	Aufnahmegewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden
P65B	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem
P65C	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, mit anderem Problem
P66C	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem
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
Q02A	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems mit äußerst schweren CC oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung
Q60B	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit kompl. Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, oh. Milzverletzung, oh. Granulozytenstörung, Alter < 1 Jahr oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren CC
Q60D	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC
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
R01C	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur, ohne aufwendigen Eingriff an der Wirbelsäule
R01D	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Bestrahlungen an mindestens 7 Tagen

DRG	DRG-Text
R11A	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
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 m. hochkomplexer Chemoth., Alter > 17 J. od. m. int. Chemoth. m. kompliz. Diagnose od. Dialyse od. Portimpl. od. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P. od. schwerste CC od. best. kompl. Diagnostik bei Leuk., Alter < 16 J.
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose od. Dialyse od. Portimplantation od. intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte od. schwerste CC od. best. kompl. Diagnostik bei Leuk., Alter > 15 J.
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation oder Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, Alter < 16 Jahre
R61D	Lymphom u. nicht akute Leukämie m. Agranuloz., Portimpl., Komplexbeh. b. isolat.pfl. Erregern od. kompl. Diag. b. Leuk., > 15 J., m. intens. Chemo od. < 18 J. od. m. äuß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndr. od. Blastenkr., oh. kompl. Diag. b. Leuk., oh. schw. CC
R63A	Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter > 17 Jahre
R63H	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R66Z	Akute myeloische Leukämie oder andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter < 18 Jahre
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, außer bei chronisch ischämischer Herzkrankheit, ohne äußerst schwere CC
T60F	Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196/ 184 / - Aufwandspunkte
T61Z	Postoperative und posttraumatische Infektionen
T62A	Fieber unbekannter Ursache mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
T63B	Schwere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
U42B	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter > 18 Jahre, mindestens 14 Behandlungstage
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen
X05B	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff

DRG	DRG-Text
X07B	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation eines Fingers oder einer Zehe
Y02C	Andere Verbrenn. m. Haut-Tx. od. and. Eingr. oh. äuß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn., oh. komplexe Proz., oh. Dialyse, oh. Beat. > 24 Std., oh. kompliz. Konst., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., oh. best. Spalthauttranspl., Alter < 18 J.
Z64B	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung mit bestimmter Radiojoddiagnostik, mit bestimmtem Kontak Anlass

Tabelle A-4-2:

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

DRG	DRG-Text
802C	Andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne mäßig komplexe OR-Prozedur
802D	Wenig komplexe nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose
863Z	Neonatale Diagnose ohne Bezug zu Alter oder Gewicht
A07B	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 P., mit komplexer OR-Prozedur und ECMO ab 384 Stunden oder mit Polytrauma oder Alter < 16 J. oder intensivmed. Komplexbeh. > - / 3220 / - P.
A07D	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1176 / 1380 / 2484 und < 2353 / 1933 / 2761 Aufwandspunkte, mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation
A09A	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit IntK > 2352 / 1932 / 2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre, mit IntK > 1764 / 1932 / - Punkten oder mit sehr komplexem Eingriff und IntK > - / 2208 / - Punkten
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
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
A09F	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1380 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur
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
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

DRG	DRG-Text
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
A13C	Beatmung > 95 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Konstellation od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / - / 1104 Punkte od. Alter < 16 J., außer bei Lymphom und Leukämie, ohne kompliz. Konstellation
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre oder ABO-inkompatible Transplantation oder schwerste CC
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
B02B	Komplexe Kraniotomie oder WS-OP, Bestr. an mind. 9 T. od. best. Eingr. bei BNB mit intraop. Monit., Alt. < 18 J. od. b. BNB od. IntK > 392 / 368 / - P., mit schwersten CC, Alt. > 15 J. od. oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. Alt. > 5 J. od. oh. Eingr. bei BNB
B04A	Interventionelle oder beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC
B04B	Beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC oder mehrzeitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen oder äußerst schwere CC
B07Z	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC oder komplizierender Diagnose
B17E	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, ohne komplexe oder bestimmte Diagnose, ohne mäßig komplexen oder komplexen Eingriff
B19A	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigeminusneuralgie, ohne bestimmte Prozedur, außer bei bösartiger Neubildung
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur oder Alter < 10 Jahre 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
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 auß. schw. CC

DRG	DRG-Text
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
B70C	Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std., mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolyse oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Std.
B70D	Apoplexie ohne komplexen 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
B71A	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose oder Komplexbehandlung der Hand, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren oder schweren CC
B80Z	Andere Kopfverletzungen
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
C07B	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne komplexen Eingriff am Auge, ohne bestimmte Eingriffe bei Glaukom, Alter > 5 Jahre
C08B	Extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse oder bestimmte Eingriffe am Auge
C12Z	Andere Rekonstruktionen der Augenlider
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina
C62Z	Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D03B	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf ohne Hartgaumenplastik, ohne bestimmte Knochentransplantation an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen, 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
D06C	Bestimmte Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
D13B	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals ohne komplizierende Diagnose, ohne Rekonstruktion des Nasenseptums, Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre
D15A	Tracheostomie mit äußerst schweren CC oder mit radikaler zervikaler Lymphadenektomie oder Implantation einer Kiefergelenkendoprothese
D24B	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC
E01B	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose
E05B	Andere große Eingriffe am Thorax ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung oder Alter < 18 Jahre oder bestimmter Eingriff an der Pulmonalarterie oder Perikarddrainage mit auß. schw. CC
E05C	Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Revisionseingriffe ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmten Eingriff an der Pulmonalarterie, Alter > 17 Jahre
E06A	Andere Lungenresektionen, bestimmte Eingriffe an Thoraxorganen, Thoraxwand, Gefäßsystem oder Mediastinum, Alter < 10 Jahre oder Eingriff am Thorax mit äußerst schweren CC
E07Z	Aufwendige Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
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
E76C	Tuberkulose bis 14 Belegungstag, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Pneumothorax
E77A	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
F02B	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Einkammer-Stimulation
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit bestimmter komplizierender Konstellation oder bestimmtem Zweifacheingriff
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit komplizierender 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

DRG	DRG-Text
F09A	Andere kardiothorakale Eingriffe, Alter < 16 Jahre, mit komplizierender Konstellation oder Exzision am Vorhof
F12E	Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem oder Implantation eines Ereignisrekorders, Alter > 15 Jahre, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen
F28C	Bestimmte Amputation bei Kreislauferkrankungen an unterer Extremität, ohne zusätzlichen Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere oder schwere CC
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen d. Kreislaufsystems m. kompliz. Fakt., > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. m. best. OR-Proz., ohne aufwend. Ingr. od. > - / 552 / 552 P. m. best. Aortenstent od. minimalinv. Ingr. an mehrer. Herzkl.
F41A	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt mit äußerst schweren CC
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder best. Impl. herzunterst. System
F43C	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 15 ., ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, ohne best. OR-Prozedur, ohne best. Impl. herzunterst. System
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
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC
F58A	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC
F60A	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC
F64Z	Hautulkus bei Kreislauferkrankungen
F66B	Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC
F67B	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige / mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter < 18 Jahre
F73A	Synkope und Kollaps, Alter < 14 Jahre, ein Belegungstag
F74Z	Thoraxschmerz und sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems
F77K	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, COVID-19, Virus nachgewiesen
F77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
F95A	Interventioneller Septumverschluss, Alter < 18 Jahre oder Vorhofohrverschluss
F95B	Interventioneller Septumverschluss, Alter > 17 Jahre, ohne Vorhofohrverschluss

DRG	DRG-Text
G03B	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum oder bestimmte Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplexer Prozedur ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspkt., mit komplexem Eingriff
G07B	Appendekt. od. laparoskop. Adhäsioolyse bei Peritonitis mit äuß. 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. Adhäsioolyse od. Rektopexie
G08B	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, ohne äußerst schwere CC
G17A	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre
G17B	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre
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
G36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G37Z	Multiviszeraleingriff 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
G60A	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC oder bestimmte hochaufwendige Behandlung
G66Z	Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 55 Jahre und mit CC
G70B	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre
H02B	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen, Alter > 13 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmte biliodigestive Anastomose
H09A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit bestimmtem Eingriff mit äußerst schweren CC oder aufwendiger Eingriff am Dünn-darm mit bestimmten komplizierenden Faktoren
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
H16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen

DRG	DRG-Text
H38B	Andere komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H40A	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung mit äußerst schweren CC
H61A	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Pfortaderthrombose
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung oder Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
I02A	Großflächige Gewebe- / Hauttransplantation außer an der Hand, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit schwerem Weichteilschaden, mit äußerst schweren CC und komplexer OR-Prozedur
I06B	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals mit sehr komplexem Eingriff bei schwerer entzündlicher Erkrankung oder bestimmte bösartige Neubildung am Knochen oder Alter < 19 Jahre
I06C	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals, Alter > 18 Jahre, ohne Para- / Tetraplegie oder ohne äußerst schwere CC, ohne bösartige Neubildung am Knochen, mit bestimmtem Eingriff ohne schwere entzündliche Erkrankung oder ohne bestimmten Eingriff
I07B	Bestimmte Amputation am Fuß
I08G	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexem Eingriff
I09D	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit best. kompl. Faktoren, bei Frakturen der Halswirbelsäule oder sek. bösartiger Neub. des Knochens oder mit anderen mehrz. kompl. Eingriffen ohne aufwendige intensmed. Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten
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	Best. Eingriffe an der Wirbelsäule, best. kompl. Faktoren od. Alter < 16 J., oh. best. Eingriffe WS, oh. Diszitis oder knöcherne Dekompression Spinalkanal >3 Segm. oder Impl. e. Schrauben-Band-Systems od. Schrauben-Stab-Systems, 1 Segment, bei Diszitis
I10B	Andere Eingriffe WS m. best. kompl. Eingriffen od. Para- / Tetrapl. od. Wirbelfraktur m. best. Eingriffen oh. äuß. schw. CC od. best. andere Operationen WS m. äuß. schw. CC u. > 1 BT od. mäßig kompl. Eingriffe u. Diszitis od. Exzision spin. Tumorgewebe
I13F	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit bestimmtem Eingriff an Unterschenkel und Humerus oder bei bösartiger Neubildung oder kleiner Eingriff bei Knochen- und Gelenkinfektion oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
I18A	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff oder mit beidseitigem Eingriff am Kniegelenk
I20D	Eingriffe am Fuß ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit Knochentransplantation oder schwerem Weichteilschaden oder bestimmtem Eingriff am Fuß oder Implantation einer Vorfuß- oder Zehenen-doprothese oder Kalkaneusfraktur
I24B	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre
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
I44B	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere CC, mit bestimmtem Wechsel von Endoprothesen oder Implantation einer patientenindividuell angefertigten Endoprothese am Kniegelenk ohne Defekt oder Deformität der Knochen
I44C	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Wechsel von Endoprothesen oder Prothesenkomponenten, ohne Implantation einer patientenindividuell angefertigten Endoprothese am Kniegelenk
I44D	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk oder Einbringen einer Entlastungsfeder am Kniegelenk
I45A	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, mehr als ein Segment
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne best. kompliz. Faktoren, ohne komplexe Diagnose an Becken/OS, ohne best. endoproth. Eingriff, ohne gelenkpl. Eingriff am Hüftgelenk, ohne Impl. oder Wechsel einer Radiuskopfprothese, ohne Entf. Osteosynthesemat.
I59Z	Anderer Eingriffe an den Extremitäten oder am Gesichtsschädel
I64B	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC
I66C	Frakturen Becken und Schenkelhals, > 1 Bel.-Tag, mit äußerst schweren CC oder int.-med. Komplexbeh. > 196 / 184 / - AP oder Alter < 1 J. mit kinder- und jugendrheumatol. Kompl.-beh. 7 bis 13 Beh.-Tage oder mit best. syst. rheumatologischen Erkrankungen
I66H	Anderer Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, ein Belegungstag, ohne bestimmte Biopsie am Herzen
I68F	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag oder Prellung am Oberschenkel
I71A	Muskel- und Sehnenkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, mit Zerebralparese oder Kontraktur
J09B	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre
J64A	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
J65A	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als 1 Belegungstag
J65B	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, ein Belegungstag
K07A	Andere Eingriffe bei Adipositas mit bestimmten größeren Eingriffen am Magen oder Darm
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
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Radiojodtherapie
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 6 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K60C	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 17 Jahre oder ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder schwersten Ernährungsstörungen oder äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag
K63C	Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag
K77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen
L03Z	Bestimmte Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder bestimmter Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm
L04B	Andere Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, ohne bestimmte Harnblaseneingriffe oder Exzision und Resektion von retroperitonealem Gewebe, Alter > 15 Jahre
L06C	Andere kleine Eingriffe an den Harnorganen, Alter > 15 Jahre
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 bestimmtem Eingriff mit CC oder mit komplexem Eingriff
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, ohne bestimmte Eingriffe an der Urethra, Alter > 15 Jahre
L18A	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit äußerst schweren CC
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L62A	Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC
L63A	Infektionen der Harnorgane mit bestimmter hochaufwendiger Behandlung oder mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern

DRG	DRG-Text
L63C	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandl., Alter < 3 Jahre oder best. schwere Infektionen oder best. mäßig aufwendige Behandlung
L64D	Andere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Eingriffe am Ureter, Alter > 15 Jahre
M04D	Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff oder Alter > 2 Jahre, ohne schwere CC oder ohne beidseitigen Hodenhochstand oder Alter > 13 Jahre
M09A	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder BNB des Penis
M11Z	Transurethrale Laserdestruktion und -resektion der Prostata
M60A	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC
N01A	Beckeneviszeration bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraleingriff
N01D	Beckeneviszeration bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC
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
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder bestimmte Embolisation an viszeralen und anderen abdominalen Gefäßen außer bei bösartiger Neubildung
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation und kleine Eingriffe an Vagina und Vulva
N34Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N38Z	Komplizierende Konstellation mit best. op. Eingriff bei Krankheiten u. Störungen der weibl. Geschlechtsorg. od. Beckenevisz. bei der Frau u. radikale Vulvektomie od. best. Lymphadenekt. mit äuß. schw. CC, mit kompl. Eingriff od. kompliz. Konstellation
O01C	Sectio caesarea mit mehreren kompliz. Diag., Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 SSW, oh. best. kompliz. Faktoren od. mit kompliz. Diag., bis 25 SSW od. mit Tamponade einer Blutung od. Thromboembolie in Gestationsperiode m. OR-Proz., oh. auß. schw. CC
O02A	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierende Konstellation oder bestimmtem Eingriff oder komplizierender Diagnose oder mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
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
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
O61Z	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Prozedur, ohne bestimmten Eingriff an der Mamma
Q01Z	Eingriffe an der Milz
Q03A	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter < 10 Jahre
Q61B	Anderer Erkrankungen der Erythrozyten, ohne äußerst schwere CC
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R63F	Anderer akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit mäßig komplexer od. lokaler Chemoth., mit äußerst schweren CC oder ohne Chemoth. mit Dialyse od. Sepsis od. Agranulozyt. od. Portimpl. od. äußerst schw. CC
V63Z	Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit
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
W02B	Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
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
W61A	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender Diagnose oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte oder Alter < 12 Jahre
X64Z	Anderer Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung

Tabelle A-4-3:

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

DRG	DRG-Text
801A	Ausgedehnte OR-Proz. oh. Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter kompl. Konst. oder Strahlenth. oder endovaskulärer Impl. von Stent-Proth. an der Aorta oder intensivmediz. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandsp. od. Alter < 18 J. mit kompl. Faktoren
801B	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit hochkomplexer OR-Prozedur oder mit komplizierender Konstellation, Alter > 17 Jahre oder ohne komplizierende Faktoren
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. auß. schw. CC
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
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation
A01B	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtranspl. mit Beatmung > 59 und < 180 Std. od. mit Transplantatabstoßung od. mit komb. Nierentranspl. od. m. kombinierter Pankreastranspl. od. Alter < 6 J. oder od. m. intensivm. Komplexbeh. > 980 / 828 / - P.
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne komb. Nierentranspl., ohne kombinierte Pankreastranspl., Alter > 5 Jahre, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 980 / 828 / - P.
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A04D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit Graft-versus-Host-Krankheit Grad III und IV oder außer bei Plasmozytom, HLA-verschieden oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
A04E	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom
A05Z	Herztransplantation
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.
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
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 Punkte, mit angeb. Fehlbild. oder Tumorerkr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / - P., Alter < 16 J.
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
A11G	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 5 Jahre, mit kompl. Diagnose oder Prozedur oder Alter < 16 J. oder äußerst schwere CC
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
A15D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom, ohne bestimmte Entnahme
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
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
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
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation
A69Z	Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste
B01B	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 17 Jahre
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation bei Neubildung des Nervensystems oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Punkte, Alter < 6 Jahre mit Eingriff bei BNB oder Alter < 16 Jahre und mehrzeitige komplexe OR-Prozedur
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
B04C	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, ohne mehrzeitige Eingriffe, ohne beidseitige Eingriffe, ohne äußerst schwere CC
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 auß. schw. oder schw. CC
B17D	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit mäßig komplexem Eingriff oder best. Eingriff und Alter < 19 J. oder schw. CC oder best. Diagnose

DRG	DRG-Text
B18A	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
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
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 18 Jahre oder mit komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre
B20B	Kraniotomie oder große WS-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 17 Jahre oder ohne bestimmte komplexe Prozedur, mit komplizierenden Faktoren, Alter > 15 Jahre
B20C	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation, Alter < 3 J. oder intervent. Eingriff oder Alter < 18 J. mit großem intrakraniellen Eingriff oder mit kompl. Diagnose oder best. Eingriffe bei Trigeminusneuralgie, Alter < 16 J. od. bei bösartiger Neubildung
B20D	Kraniotomie oder große WS-OP mit komplexer Prozedur oder ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigeminusneuralgie oder mit bestimmter Prozedur oder bei bösartiger Neubildung
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation
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 neurologischer Komplexbehandlung oder anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls bei schwerer motorischer Funktionseinschränkung
B44B	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder schwerer motorischer Funktionseinschränkung

DRG	DRG-Text
B44C	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne schwere motorische Funktionseinschränkung
B45Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B47A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mindestens 14 Behandlungstage
B47B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, weniger als 14 Behandlungstage
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen
B60A	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag
B60B	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, ein Belegungstag
B61A	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt
B63Z	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion
B66D	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
B67A	Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung
B67B	Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
B68D	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B69A	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden
B69B	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, mit äußerst schweren CC
B70A	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit komplizierender Diagnose
B70B	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierende Diagnose oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
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
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

DRG	DRG-Text
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC
B72B	Infektion des Nervensystems, 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, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC oder Alter < 3 Jahre oder komplexer Diagnose oder EEG, Alter < 1 Jahr, mehr als ein Belegungstag oder mit bestimmter Diagnose, mit komplexer Diagnose
B76C	Anfälle, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mehr als ein Belegungstag, mit schweren CC, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder EEG, Alter < 1 Jahr, mehr als ein Belegungstag oder mit bestimmter Diagnose, ohne komplexe Diagnose
B76D	Anfälle, Alter < 6 Jahre oder komplizierende Diagnose oder EEG, mehr als ein Belegungstag
B76E	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 < 6 Jahre oder mit komplizierender Diagnose
B78B	Intrakranielle Verletzung, Alter > 5 Jahre, ohne komplizierende Diagnose
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor
B81A	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose oder bestimmter aufwendiger / hochaufwendiger Behandlung
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung
B82Z	Andere Erkrankungen an peripheren Nerven
B84Z	Vaskuläre Myelopathien
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
B85C	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, zerebrale Lähmungen oder Delirium
B85D	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose
C01B	Andere Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen oder Amnionmembrantransplantation oder bestimmte Biopsie
C02Z	Eukleationen und Eingriffe an der Orbita oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung

DRG	DRG-Text
C03A	Eingriffe Retina m. PPV, m. ECCE od. b. BNB Auge, m. best. Eingr. Retina od. Entf. Augapf. m. Impl. od. Endopht. od. Eingr. Orbita b. BNB Auge od. best. Eingr. Retina od. ECCE od. kompl. Eingr. od. BNB, Alter < 16 od. Eukl. u. Eingr. Orbita auß. b. BNB
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, Alter > 15 Jahre
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, ohne Pars-plana-Vitrektomie, Alter > 15 Jahre
C14Z	Andere Eingriffe am Auge
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre, ohne beidseitige Eingriffe an Augen und Tränenwegen, außer bei bösartiger Neubildung am Auge
C60Z	Akute und schwere Augeninfektionen
C61Z	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges
C63Z	Andere Erkrankungen des Auges oder Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D06A	Komplexe Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter < 6 Jahre oder Alter > 15 Jahre mit komplexer Prozedur oder Diagnose, mit Resektion des Felsenbeins oder mit intrakraniellm Eingriff bei bösartiger Neubildung
D06B	Andere Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder Alter > 15 Jahre, mit komplexer Prozedur oder Diagnose, ohne Resektion am Felsenbein, ohne intrakraniellen Eingriff bei BNB
D12A	Andere aufwendige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
D20A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung oder Eingriffe an Hals und Kopf, ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik, ohne komplexe Eingriffe am Kopf
D24A	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC oder mit Kombinationseingriff ohne äußerst schwere CC
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
D28Z	Andere Eingriffe an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen oder totale Auflagerungsplastik der Maxilla
D29Z	Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung
D30A	Tonsillektomie außer bei BNB od. versch. Eingriffe Ohr, Nase, Mund, Hals oh. äuß. schw. CC, m. aufw. Ingr. od. Ingr. Mundh., Mund, Alter < 3 J. od. m. kompl. Diag. od. Alter < 16 J. m. äuß. schw. od. schw. CC od. m. Ingr. Ohr, Trachea m. äuß. schw. CC
D61Z	Gleichgewichtsstörung, Hörverlust und Tinnitus
D63A	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege oder Blutung aus Nase und Rachen mit äußerst schweren CC
D63B	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege oder Blutung aus Nase und Rachen ohne äußerst schwere CC
D64Z	Laryngotracheitis, Laryngospasmus und Epiglottitis
D65Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals oder Verletzung und Deformität der Nase
D67Z	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle
E01A	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose
E02A	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen mit aufwendigem Eingriff oder schwersten CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte oder Alter < 10 Jahre
E02C	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 9 J., mehr als 1 BT, ohne best. Ingr. an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwend. Ingr., ohne äuß. schw. CC, mit best. endoskop. Lungenvolumenred. oder anderem mäßig kompl. Ingr. oder Alter < 18 J.
E02E	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 17 J., ohne best. Ingr. an Larynx od. Trachea, ohne mäßig aufwend. Ingr., ohne äuß. schwere CC, ohne endoskop. Lungenvolumenred., ohne andere mäßig kompl. Ingr., ein Belegungstag mit best. Eingriff
E02F	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 17 J., ohne best. Ingr. an Larynx od. Trachea, ohne mäßig aufwend. Ingr., ohne äuß. schwere CC, ohne endoskop. Lungenvolumenred., ohne andere mäßig kompl. Ingr., ein Belegungstag ohne best. Eingriff
E06C	Andere Lungenresektionen, bestimmte Eingriffe an Thoraxorganen, Thoraxwand, Gefäßsystem oder Mediastinum, Alter > 15 Jahre, ohne offen chirurgische Pleurolyse mit Ingr. an Lunge/Pleura, mit best. Eingriffen an Atmungsorganen, Mediastinum und Brustkorb
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

DRG	DRG-Text
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
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
E42K	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, mit Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern, COVID-19, Virus nachgewiesen
E42Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC
E63B	Schlafapnoesyndrom oder Polysomnographie oder kardiorespiratorische 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
E64D	Respiratorische Insuffizienz, ein Belegungstag
E65A	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung oder bestimmte Atemwegsinfektion mit äuß. schw. CC oder best. hochaufw. Beh. oder Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äuß. schw. oder schw. CC, Alter < 1 Jahr, mit RS-Virus-Infektion
E65B	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung oder best. Atemwegsinfektion ohne äußerst schwere CC, mit komplizierender Diagnose oder mit FEV1 < 35% und mehr als ein Belegungstag oder Alter < 1 J. 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
E66A	Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose
E66B	Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose
E69B	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als 1 BT u. Alter > 55 J. od. mit äuß. schw. od. schw. CC, Alt. > 0 J. od. 1 BT od. oh. äuß. schw. od. schw. CC, Alt. < 1 J. od. flex. Bronchoskopie, Alt. < 16 J. od. best. mäßig aufw. Beh., m. RS-Virus-Infekt.

DRG	DRG-Text
E69C	Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag oder ohne äuß. schw. oder schw. CC oder Alter < 56 Jahre oder Beschwerden und Symptome der Atmung oder Störungen der Atmung mit Ursache in der Neonatalperiode, ohne bestimmte aufw./hochaufw. Behandlung
E71A	Neubildungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
E71B	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, mit Ösophagusprothese oder endoskopischer Stufenbiopsie oder endoskopischer Biopsie am Respirationstrakt mit Chemotherapie
E71C	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne Ösophagusproth., ohne Stufenbiop., ohne Chemotherapie od. ohne endoskop. Biop. am Respir.-Trakt, mit Bronchoskop. mit starrem Instr. oder perkut. Biop. am Respir.-Trakt
E71D	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag od. ohne äußerst schwere CC, ohne Ösophagusproth., ohne Stufenbiopsie, ohne Chemoth. od. ohne endoskop. Biop. am Respir.-Trakt, ohne Bronchoskopie mit starrem Instr., ohne perkut. Biopsie am Respir.-Trakt
E73A	Pleuraerguss mit äußerst schweren CC
E73B	Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC
E74Z	Interstitielle Lungenerkrankung
E75B	Anderer Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
E75C	Anderer 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
E77C	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane m. and. kompliz. Konst. od. schwersten CC od. kompl. Diagn. m. äuß. schw. CC od. bei Z.n. Tx od. m. Komplexbeh. MRE od. best. hochaufwend. Beh. od. angeb. Fehlbildungssynd. od. Alter < 10 J.
E77D	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane, Alter > 9 Jahre
E78Z	Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung, bis 2 Belegungstage
E79A	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit äußerst schweren CC mit bestimmten Infektionen oder Entzündungen
E79B	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, bei Para- / Tetraplegie oder mit bestimmter mäßig aufwendiger Behandlung oder mit bestimmter Pneumonie, mehr als ein Belegungstag
E79C	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne bestimmte mäßig aufwendige Behandlung

DRG	DRG-Text
F01A	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stim. od. Defibrillator mit subk. Elektrode od. intrak. Pulsgen. mit kompliz. Fakt. od. myokardstim. Sys. od. aufwendige Sondenentf. mit kompliz. Fakt. od. Zweikammer-Stim. mit kompliz. Fakt.
F01C	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode oder intrakardialer Pulsgenerator, ohne komplizierende Faktoren oder Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie
F01D	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei- oder Einkammer-Stim. mit äußerst schweren CC oder Einkammer-Stim. mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder mit IntK > 392 / 368 / - AP oder best. Sondenentfernung oder Alter < 18 Jahre
F01E	Impl. Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation od. aufwendige Sondenentfernung od. Aggregatwechsel S-ICD ohne Änderung der Sonde, ohne Impl. Drucksens. in Pulmonalarterie, ohne Impl. eines intrakardialen Pulsgenerators, Alter > 17 J.
F02A	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Dreikammer-Stimulation
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 J., IntK > 196 / 184 / - P. und IntK < 393 / 369 / - P., mit Zweifacheingriff od. bei angeborenem Herzfehler, mit kompl. Eingr. od. best. Herzklappeneingriff oder andere komplizierende Konstellation
F03D	Herzklappeneingriff mit HLM, Alter > 0 J., IntK < 197 / 185 / - P., mit Zweifacheingr. od. bei angeb. Herzfehler, oh. kompl. Eingr. oder Alter < 16 J. od. oh. Zweifacheingr., auß. bei angeb. Herzfehler, Alter > 15 J. mit Impl. klappentr. Gefäßprothese
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne Eingr. in tiefer Hypoth., IntK < 197 / 185 / - P., ohne Zweifacheingr., auß. bei Endokarditis, auß. b. angeb. Herzfehler, 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
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. Konstellation od. kompl. Operation oder IntK > - / 368 / - P. oder Alter < 18 Jahre mit Reop. Herz od. Perikard oder and. kompliz. Konstellation, mit best. kompl. Eingriffen

DRG	DRG-Text
F07B	And. Eingr. mit HLM, Alter < 1 J. od. mit best. kompl. Konst. od. IntK > -/368 /- P., oh. best. kompl. Eingr. od. Alter > 0 J., IntK < -/369/- P., m. and. kompl. Eingr. mit Reop. Herz od. Perik. od. mit best. and. kompliz. Konst. od. mit best. Aortklers.
F07C	Andere Eingr. mit HLM, Alter > 0 J., IntK < - / 369/- P. oder Alter > 17 J. od. ohne Reop. od. ohne and. kompliz. Konst., ohne and. kompl. Eingriffe od. ohne Reop. an Herz od. Perikard od. ohne best. and. kompliz. Konst. od. ohne best. Aortklers.
F08A	Rekonstruktive Gefäßeingriffe mit komplizierender Konstellation oder komplexe Vakuumbehandlung oder komplexer Aorteneingriff
F08B	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellationen, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne komplexen Aorteneingriff, mit komplexem Eingriff mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Re-OP oder bestimmten Bypassen, mit äußerst schweren CC
F08C	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne kompl. Aorteneingriff, mit kompl. Eingriff ohne Mehretagen- od. Aorteneingriff, ohne Reop., ohne bestimmten Bypass, mit äußerst schweren CC oder mit bestimmtem Aorteneingriff
F08D	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompl. Konst., ohne kompl. Aorteneingriff, mit kompl. Eingr. mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Reop. oder best. Byp., ohne äuß. schw. CC, ohne best. Aorteneingriff oder bestimmter Bypass mit äußerst schweren CC
F08E	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne kompl. Aorteneingriff, mit komplex. Eingriff, ohne Mehretagen- oder Aorteneingriff, ohne Reop., ohne bestimmten Bypass, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Aorteneingriff
F12B	Implantation eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem ohne äußerst schwere CC, ohne ablative Maßnahme, ohne PTCA oder Implantation eines Herzschrittmachers ohne aufwendige Sondenentfernung mit komplizierenden Faktoren
F12C	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, mit komplexem Eingriff oder Alter < 16 Jahre
F12D	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
F12F	Impl. HSM, Zweikammersys., oh. äuß. schwere CC, oh. isol. offen chir. Sondenimpl., oh. aufw. Sondenentf., oh. mäßig kompl. PTCA od. Impl. HSM, Einkammersys. od. Impl. Ereignisrekorder, oh. invasive kardiolog. Diagnostik bei best. Eingriffen, Alter > 15 J.
F13A	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer oder unterer Extremität oder Revisionseingriff mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen
F13B	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer oder unterer Extremität oder Revisionseingriff mit äußerst schweren CC, ohne mehrzeitige Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe
F13C	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer oder unterer Extremität oder Revisionseingriff ohne äußerst schwere CC
F14A	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
F14B	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe, ohne äußerst schwere CC
F17B	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammer- oder Zweikammersystem, Alter > 15 Jahre
F18A	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder mit aufwendiger Sondenentfernung
F18D	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, ohne komplexen Eingriff
F19B	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC
F21A	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation
F21B	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne hochkomplexen Eingriff, mit komplexem Eingriff oder bestimmter komplizierender Konstellation
F21C	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, mit mäßig komplexem Eingriff oder anderer komplizierender Konstellation oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte
F21D	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmtem anderen Eingriff
F21E	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten anderen Eingriff
F24A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC
F27A	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit äußerst schweren CC oder Gefäßeingriff oder bestimmter Amputation oder komplexer Arthrodese des Fußes oder komplexem Hauteingriff oder Ringfixateur
F27B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne äußerst schwere CC, ohne Gefäßeingriff, ohne bestimmte Amputation, ohne komplexe Arthrodese des Fußes, ohne komplexen Hauteingriff, ohne Rngfixateur, mit mäßig komplexem Eingriff
F27C	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne äußerst schwere CC, ohne Gefäßeingriff, ohne best. Amputation, ohne komplexe Arthrodese des Fußes, ohne Ringfixateur, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmtem aufwendigen Eingriff
F28A	Bestimmte Amputation bei Kreislauferkrankungen an unterer Extremität mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder mit Hauttransplantation mit äußerst schweren oder schweren CC
F28B	Bestimmte Amputation bei Kreislauferkrankungen an unterer Extremität ohne zusätzlichen Gefäßeingriff, ohne Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC

DRG	DRG-Text
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff
F36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > - / 552 / 552 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne bestimmten Aortenstent oder bestimmter mehrzeitiger komplexer Eingriff
F39B	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC
F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems oh. IntK > 392 / 552 / 552 Pkte, Alter > 5 J. und Alter < 16 J. od. mit kompl. Konstell. od. best. OR-Prozedur od. IntK > - / 368 / - Punkte, ohne best. Impl. herunterst. System
F48Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre
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
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. Eingr.
F50A	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit hochkomplexer Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen oder Implantation eines Ereignisrekorders oder Alter < 16 Jahre
F50C	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen ohne hochkomplexe Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne komplexe Ablation, Alter > 15 Jahre
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination
F51B	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal, ohne bestimmte Aortenprothesenkombination
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie
F58B	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC
F59A	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit äußerst schweren CC
F59B	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit aufwendiger Gefäßintervention, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
F59C	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, mit aufwendigem Eingriff oder Mehrfacheingriff oder bestimmter Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag
F59D	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, 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 äußerst schwere CC, ohne aufwend. Gefäßinterv., mit best. anderen Eingriff oder best. Mehrfacheingriff oder PTA, mehr als ein Belegungstag, ohne aufwendigen oder bestimmten Eingr., Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag
F59F	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, ohne aufwendigen, bestimmten oder bestimmten anderen Eingriff, ohne Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag
F62A	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder komplizierender Diagnose oder mit bestimmter hochaufwendiger Behandlung mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Punkte oder komplizierender Konstellation
F62B	Herzinsuff. und Schock mit auß. schw. CC, mit Dialyse oder kompliz. Diag. od. mit best. hochaufw. Beh. od. ohne kompliz. Konst., ohne best. hochaufw. Beh., mehr als 1 BT bei best. akuten Nierenvers. mit auß. schw. CC od. Komplexbeh. des akut. Schlaganf.
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne auß. schw. CC od. ohne Dialyse, ohne kompliz. Diagnose, ohne kompliz. Konst., ohne best. hochaufw. Beh., mehr als 1 Belegungstag, ohne best. akut. Nierenvers. od. ohne auß. schw. CC. ohne Komplexbeh. des akut. Schlaganf.
F63A	Venenthrombose mit äußerst schweren CC
F65A	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte
F65B	Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte
F66A	Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC
F67A	Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter hochaufwendiger / mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung
F67C	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige / mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter > 17 Jahre
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
F69A	Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC
F69B	Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere CC
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
F71A	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit kathetergestützter elektrophysiologischer Untersuchung des Herzens oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung
F72A	Angina pectoris mit äußerst schweren CC
F72B	Angina pectoris ohne äußerst schwere CC
F73B	Synkope und Kollaps, Alter > 13 Jahre oder mehr als ein Belegungstag
F75A	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC
F75C	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre und Alter < 16 Jahre, ohne schwere CC oder Alter > 15, bei bestimmter kardiovaskulärer Erkrankung
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
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 oder bestimmte Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplexer Prozedur ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspkt., ohne komplexen Eingriff

DRG	DRG-Text
G04Z	Adhäsiolyse 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
G07A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis mit äuß. schw. od. schw. CC od. kl. Eingr. an Dünn- / Dickdarm od. an abdom. Gefäßen, oh. äuß. schw. CC od. best. Anorektoplastik, Alter < 3 Jahre od. mit best. Eingr. an abdominalen Gefäßen
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 Adhäsiolyse, ohne Rektopexie
G08A	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, mit äußerst schweren CC
G10Z	Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz
G11A	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter außer bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter < 6 Jahre
G12A	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur oder mit mäßig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
G12B	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
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 oder bei bösartiger Neubildung der Verdauungsorgane
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, außer bei bösartiger Neubildung der Verdauungsorgane
G14Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff
G16B	Komplexe Rektumresektion od. andere Rektumres. mit best. Eingr. od. kompl. Diag. od. mehrz. Enterostomaanlage u. -rückverlagerung, ohne kompliz. Konstell. od. plast. Rekonstruktion m. myokut. Lappen od. IntK > 196/ 368/ - P. ohne endorekt. Vakuumtherapie
G18A	Best. Eingr. an Dünn-/Dickdarm od. Anlegen Stoma od. andere Eingr. am Darm m. äuß. schw. CC od. Leberkeilexz. m. hochkompl. Eingr. od. kompliz. Diag. od. m. sehr kompl. Eingr. od. aufw. Eingr. m. äuß. schw. CC, m. Komplexbeh. MRE od. m. endorekt. Vak.th.
G18B	Bestimmte Eingriffe an Dünn-/ Dickdarm od. Anlegen Enterostoma od. andere Eingr. am Darm m. äußerst schweren CC od. Leberkeilexzision m. sehr komplexem Eingr. od. aufwendigem Eingr. m. äußerst schweren CC, oh. Komplexbeh. MRE, oh. endorektale Vakuumth.

DRG	DRG-Text
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, ohne endorektale Vakuumtherapie
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 ohne bestimmte Operationen an Pharynx oder Magenband
G19B	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff
G19C	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff
G21A	Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 J., ohne äußerst schw. oder schw. CC od. andere Eingriffe an Darm u. Enterostoma od. best. Eingriffe am Pharynx od. Verschluss Darmfistel m. äußerst schw. CC od. aufw. Eingriff am Darm oder Alter < 16 Jahre
G21B	Andere Eingriffe an Darm und Enterostoma oder bestimmte Eingriffe am Pharynx oder Verschluss Darmfistel ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff am Darm, Alter > 15 Jahre
G22B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 9 Jahre, mit laparoskopischer Adhäsiolyse oder Alter < 16 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung
G22C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung
G23A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis oder Exzision erkranktes Gewebe Dickdarm ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung
G23B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis oder Exzision erkranktes Gewebe Dickdarm ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung
G24A	Eingriffe bei Hernien mit plastischer Rekonstruktion der Bauchwand
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 oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 15 Jahre, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, ohne kleinen Eingriff am Rektum
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
G29A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
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
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 mit äuß. schw. CC, bei schw. Krankh. der Verd.organe, Alter > 14 J., mehr als 1 BT od. best. Gastroskopie, Alter < 15 J. od. mit kompliz. Faktoren od. ERCP mit and. endoskop. Eingr.
G46C	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsorgane und äuß. schw. oder schw. CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit kompliz. Faktoren, ohne ERCP mit and. endoskop. Eingr.
G47B	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, Alter > 15 Jahre, ohne endoskopische submukosale Dissektion am Dickdarm oder mehr als ein Belegungstag
G48A	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, mit schwerer Darminfektion oder bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
G48B	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, ohne schwere Darminfektion, außer bei bösartiger Neubildung oder ohne äußerst schwere CC
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 oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit bestimmten komplizierenden Faktoren
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC
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
G77A	Bestimmte Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G77B	Andere Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie 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.
H05Z	Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen
H06B	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit bestimmtem Eingriff und komplexer Diagnose, Dialyse, komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation
H06C	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation
H07A	Cholezystektomie und wenig komplexe Eingriffe an Gallenblase, Gallenwegen, Leber mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation
H07B	Cholezystektomie und wenig komplexe Eingriffe an Gallenblase, Gallenwegen, Leber 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, Alter < 12 Jahre oder mit laparoskopischer Steinentfernung
H08C	Laparoskopische Cholezystektomie ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 11 Jahre, ohne laparoskopische Steinentfernung
H09B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, ohne bestimmten Eingriff oder ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff am Dünndarm mit bestimmten komplizierenden Faktoren
H12A	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen mit äußerst schweren CC
H29Z	Bestimmte selektive Embolisation oder SIRT

DRG	DRG-Text
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
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
H40B	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung ohne äußerst schwere CC
H41A	Bestimmte ERCP mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Proze- dur, mit Zugang durch retrograde Endoskopie
H41C	Best. ERCP mit schw. CC od. kompl. Eingriff oder Alter < 16 J., oh. kompl. Proz. od. and. ERCP, oh. auß. schw. od. schw. CC, oh. kompl. Eingriff, mit Radiofrequenzabl. und endoskop. Stentimpl. od. and. auf- wend. ERCP / best. endoskop. Eingr. m. best. BNB
H41E	Andere ERCP ohne bestimmte ERCP, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff, ohne Radio- frequenzablation mit endoskopischer Stentimplantation
H44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H60Z	Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC oder komplizierende Konstellation bei bestimmten 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 He- patitis, Alter > 15 Jahre
H63A	Erkrankungen der Leber auß. bösart. Neubild., Leberzirr. u. best. nichtinfekt. Hepatitiden u. best. Erkrank. der Gallenwege, mehr als ein Belegungstag, mit kompl. Diag. u. auß. schw. o. schw. CC od. kompl. Diag. od. auß. schw. od. schw. CC, Alter < 1 J.
H63B	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden und best. Erkrankungen der Gallenwege, 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 und bestimmte Erkrankun- gen der Gallenwege, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose und ohne äußerst schwere oder schwere CC
H77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I01Z	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose

DRG	DRG-Text
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. Vakuumbeh. 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. Arthrodese od. Alter < 16 Jahre oder beidseitige od. mehrere gr. Eingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, mit äuß. schw. CC oder mehrzeitigem Wechsel oder Eingr. an mehr. Lok.
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
I05B	Implantation oder Wechsel einer inversen Endoprothese am Schultergelenk oder Implantation einer Sprunggelenkendoprothese
I07A	Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I08A	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit hochkomplexem Eingriff bei Beckenfraktur, mit bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren CC oder mit weiteren komplizierenden Faktoren
I08B	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit sehr komplexem Eingriff bei komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule mit bestimmten komplizierenden Faktoren
I08C	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Einbringen von Abstandshaltern oder and. komplexen Eingriffen bei kompl. Diagnose od. äuß. schw. CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule ohne best. kompliz. Faktoren
I08D	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplexer Diagnose oder Prozedur oder äußerst schweren CC
I08E	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC, mit bestimmten Eingriffen an Becken und Femur oder mit bestimmten komplizierenden Diagnosen
I08F	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag, mit bestimmten anderen Eingriffen an Hüftgelenk und Femur
I08H	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmtem anderen Eingriff oder Alter < 12 Jahre oder Eingriff an der unteren Extremität
I09A	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit sehr komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC oder aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung ab 369 Punkten
I09B	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten expandierbaren Implantaten oder mehrzeitigen komplexen Eingriffen

DRG	DRG-Text
I09C	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit best. kompl. Faktoren, mit Wirbelkörperersatz oder komplexer Spondylodese oder andere mehrzeitige komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit aufwendiger intens-med. Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten
I09G	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten anderen kompliz. Faktoren oder mit anderen kompl. Faktoren und Frakturen Halswirbelsäule oder BNB der Wirbelsäule mit Kyphoplastie, mit Radiofrequenzablation oder komplexer Eingriff an der Wirbelsäule
I09H	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten anderen kompliz. Faktoren oder mit anderen kompliz. Faktoren, ohne Frakturen HWS, ohne BNB der Wirbelsäule oder ohne Kyphoplastie od. ohne Radiofrequenzabl., ohne komplexen Eingriff an der Wirbelsäule
I09I	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne komplizierende Faktoren
I10A	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Rückenmark, Spinalkanal, Wirbelsäule, Rumpf mit äußerst schweren CC
I10C	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule bei Bandscheibeninfektion oder mit bestimmtem Eingriff an der Wirbelsäule
I10D	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, ohne bestimmten anderen Eingriff an der Wirbelsäule
I10E	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne Diszitis, ohne Bandscheibeninfektion, mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als 1 Belegungstag, Alter < 18 Jahre
I10F	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre
I10G	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne wenig komplexen Eingriff oder ein Belegungstag, 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 den Extremitäten mit komplexem Mehrfacheingriff, mit komplizierendem Eingriff an Humerus und Tibia oder aufwendiger Osteosynthese
I13B	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit best. Mehrfacheingriff oder kompliz. Diagnose oder bei Endoprothese der oberen Extremität oder mit Fixateur ext., mit best. BNB od. mit Einbringen von Abstandshalt od. Alter < 18 J. mit auß. schw. od. schw. CC
I13C	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit best. Mehrfacheingr. od. kompliz. Diag. od. bei Endopr. der oberen Extremität od. m. Fix. ext., m. kompl. Eingr. od. schw. Weichteilsch., m. best. kompl. Osteot. od. BNB od. Alter < 18 J. m. auß. schw. od. schw. CC

DRG	DRG-Text
I13D	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit bestimmtem anderen Mehrfacheingriff oder komplizierender Diagnose oder bei endoprothetischem Eingriff an der oberen Extremität oder mit Fixateur externe oder bestimmte geschlossene Reposition an der Tibia
I13E	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten od. bei Endoproth. am Knie m. kompl. Ingr. od. schw. Weichteilsch. od. Pseudarthrose od. best. Osteotom. od. best. Ingr. Knieproth. od. Epiphyseodese od. bei BNB od. Alter > 17 J. od. ohne äuß. schw. od. schw. CC
I13G	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten ohne bestimmten Eingriff an Unterschenkel und Humerus, außer bei bösartiger Neubildung, ohne kleinen Eingriff bei Knochen- und Gelenkinfektion oder Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I15B	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, ohne bestimmten intrakraniellen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an der Mandibula oder Alter > 15 Jahre
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, Schulter und Ellenbogen
I17A	Aufwendige Operationen am Gesichtsschädel oder Alter < 16 Jahre
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk
I20A	Eingriffe am Fuß mit mehreren hochkomplexen Eingriffen oder Teilwechsel Endoprothese des unteren Sprunggelenks, mit hochkomplexem Eingriff und komplexer Diagnose oder bestimmter Arthrodesese
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	Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritits oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre
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
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelettsystem und Bindegewebe oder hochaufwendiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe- / Hauttransplantation

DRG	DRG-Text
I27A	Eingriffe am Weichteilgew. od. kleinfl. Gewebe-Tx m. best. Diagn. u. best. Eingr. od. m. äuß. schw. CC od. b. BNB m. schw. CC, m. best. Diagn. u. kompl. Eingr. od. Nephrekt. od. best. BNB m. best. Eingr. Abdomen od. Thorax od. Tx e. Zehe als Fingerersatz
I27B	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebe-Tx mit äußerst schweren CC oder bei BNB mit schweren CC oder mit kompliz. Faktoren, mit schweren CC oder bei BNB oder mit best. Eingr. am Weichteilgewebe, > 1 Belegungstag oder best. Eingriff
I27C	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen mit schweren CC oder bei BNB oder mit bestimmtem Eingriff am Weichteilgewebe, mehr als ein Belegungstag oder bestimmter Eingriff ohne komplizierende Faktoren
I27D	Bestimmte andere Eingriffe am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag
I27E	Bestimmte kleine Eingriffe am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag
I28A	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit bestimmter offen chirurgischer Stabilisierung der Thoraxwand oder bestimmtem Eingriff am Zwerchfell oder Alter < 18 Jahre bei bösartiger Neubildung
I28B	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit komplexem Eingriff an Thorax und Abdomen oder Implantation/Wechsel best. Medikamentenpumpen oder Eingriff bei bösartiger Neubildung an Knochen und Gelenken, mehr als ein Belegungstag
I28C	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit bestimmtem Eingriff an Knochen, Weichteilen oder Bindegewebe, mehr als ein Belegungstag oder Alter < 10 Jahre
I28D	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit mäßig komplexem Eingriff, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre
I28E	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, ohne bestimmte, mäßig komplexe und komplexe Eingriffe, Alter > 9 Jahre oder ein Belegungstag
I29A	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, bei komplizierender Diagnose oder Eingriff an mehreren Lokalisationen
I30B	Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk, Alter > 15 Jahre oder bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I31A	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, mit aufwendigen Eingriffen am Unterarm
I31B	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand oder bestimmte Eingriffe bei Mehrfragmentfraktur der Patella, mit bestimmten komplexen Eingriffen am Unterarm
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

DRG	DRG-Text
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
I32C	Eingr. an Handgel. und Hand oh. mehrz. Eingr., oh. Komplexb. Hand, mit kompl. Eingr. od. bei angeb. Anomalie d. Hand od. Pseudarthr., Alter > 5 J. od. mit hochkompl. Eingr. bei angeb. Fehlb. d. Hand, Alter < 16 J. oder mit best. Eingr. 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
I32E	Bestimmte mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, mehr als ein Belegungstag oder Mehrfacheingriff an 3 Strahlen oder Alter < 6 Jahre
I32F	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe oder ohne bestimmtem mäßig komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I36Z	Beidseitige oder kombinierte Implantation oder Wechsel einer Endoprothese an Hüft-, Kniegelenk und/oder an der oberen Extremität
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, mindestens 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
I44A	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk mit äußerst schweren CC oder Implantation bestimmter schaftverankerten Prothese am Knie oder Korrektur einer Brustkorbdeformität
I44E	Andere Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente
I46A	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC oder Eingriff an mehreren Lokalisationen
I46C	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne periprothetische Fraktur
I47A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesse, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne best. kompliz. Faktoren, mit kompl. Diagnose an Becken/Oberschenkel, mit best. endoproth. oder gelenkplast. Eingr. od. m. Impl. od. Wechsel Radiuskopfproth. od. m. kompl. Erstimpl. od. m. Entf. Osteosynthesemat.
I54A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, bei bösartiger Neubildung, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder Alter < 18 Jahre

DRG	DRG-Text
I54B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, bei bösartiger Neubildung, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, Alter > 17 Jahre
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie, Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I66E	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Amyloidose oder Arthropathie, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag
I66F	Frakturen an Becken und Schenkelhals oder systemischer Lupus erythematodes, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
I66G	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, oh. Amyloidose, oh. best. Vaskulitiden, oh. best. syst. Erkr., oh. äußerst schwere CC, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Aufwandsp., oh. kinder- und jugendrheumat. Komplexbeh.
I68C	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 BT od. and. Femurfraktur, bei Para- / Tetraplegie od. mit äuß. schw. CC od. schw. CC od. Alter > 65 J., oh. kompl. Diagn. od. Kreuzbeinfraktur od. best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh.
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh., mit Wirbelsäulenfraktur
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh., oh. Wirbelsäulenfraktur
I69A	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathie mit bestimmter Arthropathie oder Muskel- / Sehnenenerkrankung bei Para- / Tetraplegie
I69B	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathie ohne bestimmte Arthropathie, ohne Muskel- / Sehnenenerkrankung bei Para- / Tetraplegie
I71B	Muskel- und Sehnenenerkrankungen 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 oder leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit äußerst schweren oder schweren CC oder unspezifische Arthropathien
I74C	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß oder leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk 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

DRG	DRG-Text
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
I79Z	Fibromyalgie
I87K	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, COVID-19, Virus nachgewiesen
I87Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J02A	Hauttransplantation oder bestimmte Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion oder ausgedehnte Lymphadenektomie oder Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomose, mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff
J02C	Hauttransplantation oder bestimmte Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion oder ausgedehnte Lymphadenektomie, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
J03Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung
J06Z	Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation bei bösartiger Neubildung oder komplexe Prothesenimplantation
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
J10A	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff
J11A	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit komplexem Eingriff bei komplizierender Diagnose oder bei Para- / Tetraplegie oder selektive Embolisation bei Hämangiom
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. Proz. od. Diagn., Alter > 17 J. od. ohne äuß. schw. oder schw. CC, mit best. Eingr. od. mit Hidradenitis suppurativa od. bei BNB/Pemphigoid od. mit kl. Eingr. an d. Haut
J11D	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne kompliz. Diag., ohne mäßig kompl. Proz. od. Diagn., Alter > 17 J. od. ohne äuß. schw. oder schw. CC, ohne best. Eingr., ohne Hidradenitis suppurativa, auß. b. BNB od. Pemphigoid, oh. kl. Eingr. an d. Haut
J16A	Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung

DRG	DRG-Text
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
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein 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.
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	Bestimmte Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC oder Alter < 6 Jahre
J64C	Andere Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut, Alter > 5 Jahre
J67B	Andere Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte Hauterkrankungen
J68A	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre
J77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte zweizeitige Eingriffe an der Hypophyse
K04Z	Große Eingriffe bei Adipositas
K06B	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, bei BNB oder mit auß. schw. oder schw. CC oder Ingr. an der Schilddrüse außer kl. Ingr., mit Thyreoidektomie durch Sternotomie oder Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
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
K06D	Kleine Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC
K09A	Anderer Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit hochkomplexem Eingriff oder mit bestimmtem Eingriff, mit äußerst schweren CC oder Alter < 7 Jahre
K09C	Anderer Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit mäßig komplexem Eingriff, Alter > 15 Jahre
K14Z	Anderer Eingriffe an der Nebenniere oder ausgedehnte Lymphadenektomie
K15E	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie
K25Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit bestimmter OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen
K44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen
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
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
K63B	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K64C	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre oder mit bestimmter komplexer Diagnose oder mit invasiver endokrinologischer Diagnostik oder Alter < 18 Jahre bei bösartiger Neubildung

DRG	DRG-Text
K64D	Endokrinopathien ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne invasive endokrinologische Diagnostik, Alter > 17 Jahre oder außer bei bösartiger Neubildung
L02B	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse
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 oder bestimmte Zystektomien, ohne großen Eingriff am Darm
L09A	And. Eingr. bei Erkr. der Harnorg. mit Anl. Dialyseshunt bei akut. Nierenins. od. bei chron. Nierenins. mit Dialyse od. auß. Anl. Dialyseshunt, m. Kalziphylaxie od. best. Laparotomie od. m. kompl. OR-Proz. od. kompl. Eingr., Alt. < 2 J. od. auß. schw. CC
L09B	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane mit Anlage Dialyseshunt bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse od. außer Anlage Dialyseshunt, m. Kalziphylaxie od. best. Laparotomie, Alter > 1 Jahr, ohne auß. schw. CC
L09D	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne best. Laparotomie, mit best. anderen Eingriff od. Alter < 18 Jahre
L09E	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz oder bei chron. Niereninsuff. mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne best. Laparotomie, ohne bestimmten anderen Eingriff, Alter > 17 Jahre
L10Z	Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung ohne Multiviszeraler Eingriff oder Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, mit großem Eingriff am Darm
L13B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC, ohne komplexen Eingriff, mit anderem Eingriff
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter > 15 Jahre oder Alter < 90 Jahre
L40Z	Diagnostische Ureterorenoskopie
L44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
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

DRG	DRG-Text
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
L62C	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
L63B	Infektionen der Harnorgane ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung, mit best. aufwendiger Behandlung od. mit äußerst schweren CC, ohne Komplexbeh. bei isolationspfl. Erregern oder mit Komplexbeh. bei isolationspfl. Erregern, ohne äußerst schwere CC
L63E	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne best. mäßig aufw. / aufw. / hochaufw. Behandlung, ohne Komplexbeh. b. isolationspfl. Erregern, ohne best. schw. 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, bestimmte Eingriffe am Ureter oder Retroperitonealfibrose oder Alter < 16 Jahre
L68A	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 16 Jahre
L68B	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 15 Jahre
L69B	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
L71Z	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse
M02A	Transurethrale Prostataresektion oder bestimmte andere Operationen an der Prostata mit äußerst schweren CC
M02B	Transurethrale Prostataresektion oder bestimmte andere Operationen an der Prostata ohne äußerst schwere CC
M04B	Eingriffe am Hoden mit bestimmtem Eingriff bei Orchitis mit Abszess oder bösartiger Neubildung oder bestimmte Eingriffe am Hoden oder bestimmte Eingriffe an Urethra und Prostata bei bösartiger Neubildung
M05A	Zirkumzision oder bestimmte andere Eingriffe am Penis oder bestimmte großflächige Ablationen der Haut
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
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
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
N01B	Beckeneviszeration bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszeraeingriff
N02C	Eingriffe an Uterus und Adnexen od. best. Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei BNB od. best. Eingriffe am Darm od. Rekonstruktion von Vagina und Vulva, ohne auß. schw. CC, ohne kompl. Eingriff, mit mäßig kompl. Eingriff
N02D	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff
N05A	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Eingriff an der Harnblase
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
N11A	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose mit äußerst schweren CC
N11B	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder äußerst schwere CC
N13A	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva auß. bei BNB oder kl. Eingriffe an Vagina/Douglasraum oder best. Eingriff an der Harnblase, Alter > 80 Jahre od. auß. schw. od. schw. CC od. best. Embolisation an viszeralen und and. abdominalen Gefäßen bei BNB
N14Z	Hysterektomie auß. bei BNB m. Beckenbodenpl. od. Brachytherapie b. Krankh./Stör. weibl. Geschlechtsorg., > 1 BT, m. auß. schw. CC od. Ovariectomie u. kompl. Eingriffe an den Tubae uterinae auß. bei BNB, ohne auß. schwere od. schwere CC, Alter < 16 Jahre
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
N16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
N16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen oder Brachytherapie
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N60B	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
N61Z	Infektion und Entzündung der weiblichen Geschlechtsorgane
N62A	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre
N62B	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
O04B	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma, ohne komplexen Eingriff
O04C	Stationäre Aufnahme nach Entbindung mit kleinem Eingriff an Uterus, Vagina, Perianalregion und Bauchwand oder Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie oder bestimmte Amnionpunktion
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
O60B	Vaginale Entbindung mit mehr. kompliz. Diag., mind. eine schwer, > 33 vollend. SSW, ohne kompliz. Konstell. od. Tamp. einer Blutung od. Thromboemb. während der Gestationsp. oh. OR-Proz. od. schwere od. mäßig schwere kompliz. Diag. bis 33 vollend. SSW
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen
O63Z	Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie
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 mit Beatmung > 480 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen mit Beatmung > 899 Stunden
P03A	Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g, mehrere schwere Probleme mit signifikanter OR-Prozedur oder mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit Beatmung > 479 Stunden oder mehrere schwere Probleme ohne signifikante OR-Prozedur mit Beatmung > 599 Stunden
P04A	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g, mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Prozedur oder mehrz. kompl. OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Std. oder mehrere schwere Probleme mit Beatmung > 320 Std. oder temporärer Verschluss eines Bauchwanddefektes
P05A	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, mit Beatmung > 275 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren
P05B	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, ohne Beatmung > 275 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P05C	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, sig. OR-Proz. oder Beatmung > 95 Std., mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Proz. oder mit Beatmung > 120 Std. oder best. aufwendige OR-Proz., mit Beatmung > 240 Std. oder mehrz. kompl. OR-Proz. oder Dialyse

DRG	DRG-Text
P06B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g, sig. OR-Proz. od. Beatmung > 95 Std., mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Proz. od. mit Beatmung > 120 Std. od. best. aufwendige OR-Proz., ohne Beatmung > 240 Std., ohne mehrz. kompl. OR-Proz., ohne Dialyse
P06C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme oder ohne sig. OR-Prozedur oder ohne Beatmung > 120 Std., ohne bestimmte aufwendige OR-Prozeduren
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden
P60C	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt, ohne Beatmung > 24 Stunden (Mindestverweildauer 24 Stunden für das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfindet)
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur
P65A	Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder Beatmung > 95 Stunden
P65D	Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne Problem
P66D	Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 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, Aufnahmegegew. > 2499 g mit schw. Prob., oh. Hypothermiebeh., oh. Krampfanfall mit best. diag. Maßnah., oh. Beatmung > 24 Std. od. mit anderem Prob., mehr als ein Belegungstag, neugeb. Mehrling od. mit bestimmter aufwendiger Prozedur
P67C	Neugeborenes, Aufnahmegegew. > 2499 g oh. sig. OR-Proz., oh. Beatmung > 95 Std., ohne schw. Prob., anderes Problem und mehr als ein Belegungstag oder nicht signifikante OR-Prozedur, ohne Mehrling, ohne bestimmte aufwendige Prozeduren
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
Q02C	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe u. des Immunsystems oh. äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre, oh. bestimmte Exzisionen u. Resektionen Mediastinum od. Thymus, oh. best. aufwendige / hochaufwendige Behandlung
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 oder ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
Q61A	Andere Erkrankungen der Erythrozyten mit äußerst schweren CC
Q62Z	Andere Anämie
R01B	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur oder ohne äußerst schwere CC, mit aufwendigem Eingriff an der Wirbelsäule
R03Z	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC oder mit bestimmter OR-Prozedur mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
R04A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC
R04B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderer OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, 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
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
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
R60C	Akute myel. Leukämie m. int. Chemo, äuß. schw. CC od. kompl. Diagnostik b. Leuk. od. Port od. m. mäß. kompl. Chemo m. best. kompliz. Fakt. od. m. äuß. schw. CC m. kompl. Diagnost. od. KomplBeh. isolat.pfl. Erreg. m. Dial. od. äuß. schw. 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 Chemoth., ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimpl., ohne äußerst schwere CC od. mit lokaler Chemoth. od. mit Komplexbeh. bei multiresistenten Erregern od. mit kompl. Diagnostik bei Leukämie
R60F	Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie
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
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

DRG	DRG-Text
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose od. Portimpl. od. Komplbeh. b. isolat.pflicht. Erregern od. komplexe Diagnostik b. Leukämie, oh. äußerst schw. CC, Alter > 17 J., oh. intensive Chemoth.
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, mit kompl. Diagnose od. kompliz. Prozedur, Alter < 16 J. od. best. Lymphom mit best. Chemotherapie od. kompl. Diagnose od. andere Komplexbeh. b. isolationspfl. Erregern
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie oh. best. kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, Alter < 16 J. od. mit kompl. Diag. od. kompliz. Prozedur, Alter > 15 J., oh. best. Lymphom m. best. Chemoth., oh. kompl. Diagnose, oh. and. Komplbeh. b. isolat.pfl. Erregern
R61H	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Prozedur, Alter > 15 Jahre
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
R63C	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre
R63D	Andere akute Leukämie mit intens. Chemoth. mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranuloz. od. Portimpl. od. mit äuß. schw. CC od. mit kompliz. Konstell. od. mit mäßig komplexer Chemoth., mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranuloz. od. Portimpl., Alter < 16 J.
R63E	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer oder lokaler Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder komplizierender Konstellation oder mit äußerst schweren CC
R63G	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei bestimmten hämatologischen und soliden Neubildungen
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit

DRG	DRG-Text
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
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer Prozedur oder komplizierender Konstellation, außer bei sonstiger Sepsis
T01B	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer Prozedur oder komplizierender Konstellation bei sonstiger Sepsis oder mit bestimmtem komplexen Eingriff oder mit äußerst schweren CC
T01C	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer Prozedur oder komplizierender Konstellation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC
T01D	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne bestimmte komplexe Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC mit bestimmtem anderen Eingriff
T01E	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne bestimmte komplexe Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten anderen Eingriff
T36Z	Intensivmedizinische Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandsp. bei infektiösen und parasitären Krankheiten oder OR-Prozedur bei inf. u. parasitären Krankh. mit best. komplexer Prozedur oder kompliz. Konstellation mit IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
T44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei infektiösen und parasitären Krankheiten
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
T60B	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Z. n. Organtransplantation oder mit komplexer Diagnose oder äuß. schw. CC, Alter < 18 J. oder mit Para- / Tetraplegie oder mit bestimmter ERCP oder mit schwersten CC oder mit IntK > 196 / 184 / 368 Punkte
T60C	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Z. n. Organtransplantation oder mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter > 17 Jahre, ohne Para- / Tetraplegie, ohne bestimmte ERCP, ohne schwerste CC oder mit IntK > 196 / 184 / 368 Punkte
T60D	Sepsis mit anderer komplizierender Konstellation, außer bei Z. n. Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte oder Alter < 10 Jahre
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

DRG	DRG-Text
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
T62B	Fieber unbekannter Ursache ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 6 Jahre
T63C	Mäßig schwere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
T63D	Andere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
T64A	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit bestimmter komplexer Diagnose, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
T64B	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
T64C	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
T77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen
U61Z	Schizophrene, wahnhaft und akut psychotische Störungen
U63Z	Schwere affektive Störungen
U66Z	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen oder psychische Störungen in der Kindheit
V40Z	Qualifizierter Entzug
V60A	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom oder HIV-Krankheit
V60B	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, ohne HIV-Krankheit
V61Z	Drogenintoxikation und -entzug
V64Z	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit
W02A	Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
W04A	Polytrauma mit anderen Eingriffen oder Beatmung > 24 Stunden, mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen

DRG	DRG-Text
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
X01A	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen mit komplizierender Konstellation oder freier Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder mit schweren Weichteilschäden oder komplexer OR-Prozedur oder best. komplexem Eingriff, mit auß. schweren CC
X01B	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne kompliz. Konstellation, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, mit schweren Weichteilschäden oder komplex. OR-Prozedur oder best. mäßig kompl. Eingriff oder äußerst schw. CC, mehr als 1 BT
X01C	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne kompliz. Konstellation, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, ohne schwere Weichteilschäden, ohne kompl. OR-Prozedur, ohne auß. schw. CC, mit best. Nervennaht oder Hautplastik, > 1 BT
X01D	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne kompliz. Konstellation, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, ohne schwere Weichteilschäden, ohne kompl. OR-Prozedur, ohne auß. schw. CC, ohne best. Nervennaht oder Hautplastik oder 1 BT
X04Z	Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität
X05A	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, mit komplexem Eingriff
X06A	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerst schweren CC
X06B	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder Alter > 65 Jahre mit bestimmtem Eingriff oder mit schweren CC
X06C	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, Alter < 66 Jahre oder ohne bestimmten Eingriff
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten
X60Z	Verletzungen und allergische Reaktionen
X62Z	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung oder bestimmte Erfrierungen und andere Traumata
Y02A	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation oder anderen Eingriffen bei Sepsis oder mit kompliz. Konst., hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte
Y02B	Andere Verbrenn. m. Haut-Tx. od. and. Ingr. auß. b. Sep., oh. kompliz. Konst., oh. hochkompl. Ingr., oh. vierz. best. OR-Proz., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., m. auß. schw. CC, kompliz. Diagn., kompl. Proz., Dialyse od. Beatm. > 24 Std.
Y02D	Andere Verbrenn. m. Hauttr. od. and. Ingr. 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 > 17 J.
Y03Z	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen
Y62Z	Andere Verbrennungen

DRG	DRG-Text
Y63Z	Verbrennungen, ein Belegungstag
Z01B	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit bestimmtem Eingriff
Z64C	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, ohne bestimmten Kontak Anlass oder allergologische Provokationstestung bis 2 Belegungstage
Z65Z	Beschwerden, Symptome, andere Anomalien und Nachbehandlung

Tabelle A-5:

Gegenüberstellung der DRGs je MDC (siehe Kapitel 3.4.1.1)

MDC	Bezeichnung	Anzahl DRGs 2021	Anzahl DRGs 2022	Veränderung (in %)
00	Prä-MDC	74	74	0
01	MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	112	112	0
02	MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges	30	30	0
03	MDC 03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	56	56	0
04	MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	64	66	3,1
05	MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	147	149	1,4
06	MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	89	89	0
07	MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	49	49	0
08	MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	175	177	1,1
09	MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	52	52	0
10	MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	42	42	0
11	MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	72	72	0
12	MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	28	28	0
13	MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	39	39	0
14	MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	24	24	0
15	MDC 15 Neugeborene	41	41	0
16	MDC 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	15	15	0
17	MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen	50	50	0

MDC	Bezeichnung	Anzahl DRGs 2021	Anzahl DRGs 2022	Veränderung (in %)
18A	MDC 18A HIV	7	7	0
18B	MDC 18B Infektiöse und parasitäre Erkrankungen	25	25	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	14	14	0
21B	MDC 21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	15	16	6,7
22	MDC 22 Verbrennungen	9	9	0
23	MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	14	14	0
24	MDC 24 Sonstige DRGs	10	10	0
25	MDC 25 Teilstationäre pädiatrische Diagnostik und Behandlung	10	10	0
-1	Fehler-DRGs und sonstige DRGs	3	3	0
Gesamt		1.285	1.292	0,5

Tabelle A-6:

Insgesamt 87 DRGs mit spezifischen Aufwertungen von COVID-19-Fällen im aG-DRG-System 2022.

Ziel-DRG aG-DRG 2022	Definitionskriterium der aufgewerteten Fälle
801B	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 20 Behandlungstage
A06A	COVID-19, Virus nachgewiesen und intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 4600 / - Aufwandspunkte
A07A	COVID-19, Virus nachgewiesen und intensivmedizinische Komplexbehandlung > 3430 / 3220 / - Aufwandspunkte
A07E	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 15 Behandlungstage
A11G	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 20 Behandlungstage
A13D	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 20 Behandlungstage
B02C	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 15 Behandlungstage
B18A	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Behandlungstage
B20A	COVID-19, Virus nachgewiesen und intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Behandlungstage
B44A	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Behandlungstage
B67A	Covid-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 5 Behandlungstage

Ziel-DRG aG-DRG 2022	Definitionskriterium der aufgewerteten Fälle
B69C	Covid-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 5 Behandlungstage
B70A	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Behandlungstage oder Pneumonie
B70C	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 5 Behandlungstage
B74Z	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 15 Behandlungstage
B76B	COVID-19, Virus nachgewiesen und Pneumonie
B76D	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 5 Behandlungstage
B79Z	COVID-19, Virus nachgewiesen
B81A	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 5 Behandlungstage
D63B	COVID-19, Virus nachgewiesen
E01A	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 15 Behandlungstage oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 /368 / 368 Aufwandspunkte
E01B	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 15 Behandlungstage oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 /368 / 368 Aufwandspunkte
E02A	COVID-19, Virus nachgewiesen und Pneumonie
E40B	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Behandlungstage
E42K	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Behandlungstage

Ziel-DRG aG-DRG 2022	Definitionskriterium der aufgewerteten Fälle
E65A	COVID-19, Virus nachgewiesen und intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 15 Behandlungstage
E65B	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Behandlungstage oder Pneumonie
E69B	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 5 Behandlungstage
E75B	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Behandlungstage
E77A	COVID-19, Virus nachgewiesen und intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
E77B	COVID-19, Virus nachgewiesen und intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte oder Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 20 Behandlungstage
E77C	COVID-19, Virus nachgewiesen und intensivmedizinische Komplexbehandlung > 0 / 184 / 184 Aufwandspunkte oder Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Behandlungstage
E79A	COVID-19, Virus nachgewiesen und intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte
F06D	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 5 Behandlungstage
F12E	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 5 Behandlungstage
F14A	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Behandlungstage
F36B	COVID-19, Virus nachgewiesen und intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 552 / - Aufwandspunkte

Ziel-DRG aG-DRG 2022	Definitionskriterium der aufgewerteten Fälle
F49B	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Behandlungstage und PCCL > 2
F52A	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Behandlungstage
F59C	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 5 Behandlungstage
F60A	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Behandlungstage
F62B	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Behandlungstage oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 184 / 368 Aufwandspunkte
F66A	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Behandlungstage
F71A	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Behandlungstage
F77K	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 15 Behandlungstage
F98A	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 5 Behandlungstage oder Pneumonie
I05A	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Behandlungstage
I08A	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 15 Behandlungstage
I08C	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Behandlungstage

Ziel-DRG aG-DRG 2022	Definitionskriterium der aufgewerteten Fälle
I08D	COVID-19, Virus nachgewiesen und intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
I08E	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Behandlungstage oder Pneumonie
I09C	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Behandlungstage
I09E	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Behandlungstage
I13A	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Behandlungstage
I13B	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 5 Behandlungstage
I13C	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 5 Behandlungstage
I13D	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 5 Behandlungstage
I13F	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 5 Behandlungstage
I34Z	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Behandlungstage
I44A	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Behandlungstage
I47A	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Behandlungstage oder Pneumonie
I66E	COVID-19, Virus nachgewiesen und Pneumonie

Ziel-DRG aG-DRG 2022	Definitionskriterium der aufgewerteten Fälle
I68B	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Behandlungstage oder Pneumonie
I71A	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 5 Behandlungstage
I87K	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 15 Behandlungstage
K62A	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Behandlungstage
L60A	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 15 Behandlungstage
L60C	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Behandlungstage
L63B	COVID-19, Virus nachgewiesen und Pneumonie
L63D	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 5 Behandlungstage
L64A	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 5 Behandlungstage
O01D	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 5 Behandlungstage
O01E	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 5 Behandlungstage
O60A	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Behandlungstage
O60B	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 5 Behandlungstage

Ziel-DRG aG-DRG 2022	Definitionskriterium der aufgewerteten Fälle
O60C	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 5 Behandlungstage
O65A	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 5 Behandlungstage
P65C	COVID-19, Virus nachgewiesen
P66C	COVID-19, Virus nachgewiesen
P67C	COVID-19, Virus nachgewiesen
R61B	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 15 Behandlungstage
R61D	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Behandlungstage
R61G	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 5 Behandlungstage
R62A	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Behandlungstage
R63A	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 15 Behandlungstage
T01C	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Behandlungstage
T63B	COVID-19, Virus nachgewiesen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 5 Behandlungstage