

# InEK

## Abschlussbericht

Weiterentwicklung des  
G-DRG-Systems  
für das Jahr  
2013

Klassifikation, Katalog und  
Bewertungsrelationen

Teil I: Projektbericht

Siegburg, den 19. Dezember 2012

Institut für das  
Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH  
Auf dem Seidenberg 3  
53721 Siegburg

Telefon 0 22 41 - 93 82 - 0  
Fax 0 22 41 - 93 82 - 36

## Inhaltsverzeichnis

	<b>Seite</b>
<b>VORWORT</b>	<b>1</b>
<b>1 EINFÜHRUNG</b>	<b>2</b>
<b>2 METHODIK DER WEITERENTWICKLUNG</b>	<b>3</b>
2.1 Datenerhebung und Datenprüfung	3
2.2 Datenaufbereitung	4
2.3 Ableitung der Klassifikation	5
2.4 Berechnung der Bewertungsrelationen	6
2.5 Zusatzentgelte	7
2.6 Versionsüberleitung der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	8
<b>3 G-DRG-SYSTEM 2013</b>	<b>9</b>
3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	9
3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung	12
3.2.1 Datenbasis	12
3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung	12
3.2.1.2 Ergänzende Datenbereitstellung	16
3.2.2 Vorschlagsverfahren	18
3.2.2.1 Grundzüge des Verfahrens	18
3.2.2.2 Beteiligung	19
3.2.2.3 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge	20
3.3 Schwerpunkte der Weiterentwicklung	22
3.3.1 Anpassung der Methodik	22
3.3.1.1 Erweiterung der Plausibilitätsprüfungen	22
3.3.1.2 Berechnung der Bewertungsrelationen für Belegversorgung	26
3.3.1.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen	28
3.3.1.4 Überarbeitung der CCL-Matrix	30
3.3.1.5 Einbeziehung von verlegten Fällen und Überliegern	34
3.3.1.6 Berechnung der Bezugsgröße	35
3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation	36
3.3.2.1 Abdominalchirurgie	36
3.3.2.2 Eingriffe bei Adipositas	37
3.3.2.3 Erkrankungen an Haut, Unterhaut und Mamma	38
3.3.2.4 Extremkosten	39
3.3.2.5 Frührehabilitation	40
3.3.2.6 Ganzkörperszintigraphie mit Radiojod zur Nachuntersuchung von Tumorpatienten	40

3.3.2.7	Gastroenterologie	41
3.3.2.8	Geburtshilfe	43
3.3.2.9	Gefäßchirurgie und -interventionen	43
3.3.2.10	Geriatrie	46
3.3.2.11	Handchirurgie	46
3.3.2.12	Hochaufwendige Pflege von Patienten	47
3.3.2.13	Infektionsmedizin	48
3.3.2.14	Intensivmedizin	48
3.3.2.15	Kardiologie und Herzchirurgie	49
3.3.2.16	Komplizierende Konstellationen	50
3.3.2.17	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	51
3.3.2.18	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	51
3.3.2.19	Onkologie	53
3.3.2.20	Operative „Reste-DRGs“	54
3.3.2.21	Ophthalmologie	55
3.3.2.22	Palliativmedizin	56
3.3.2.23	Polytrauma	57
3.3.2.24	Schlaganfall	58
3.3.2.25	Unfallchirurgie/Orthopädie	58
3.3.2.26	Versorgung von Kindern	59
3.3.2.27	Wirbelsäulenchirurgie	61
3.3.3	Bewertung bisher unbewerteter Leistungen	64
3.3.4	Integration von NUB-Leistungen in das G-DRG-System	64
3.3.5	Sortierung	66
3.3.6	Streichung von DRGs	67
3.3.7	Erstellung der G-DRG-Versionen aufgrund von ICD- und OPS-Anpassungen	68
3.3.7.1	Anpassungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	68
3.3.7.2	Überleitung auf die ab 1. Januar 2013 gültigen Versionen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen	69
3.3.7.3	Behandlung nicht identischer Codes mit „Vorgängerkode“	69
3.3.7.4	Behandlung nicht identischer Codes ohne „Vorgängerkode“ (neue Codes)	71
3.3.7.5	Hinweise zur Leistungsplanung und Budgetverhandlung	72
3.3.8	Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien	73
<b>3.4</b>	<b>Statistische Kennzahlen</b>	<b>74</b>
3.4.1	Wesentliche Ergebnisse und Änderungen zum Vorjahr	74
3.4.1.1	Erweiterung und Umbau der Fallgruppen	74
3.4.1.2	Nicht bewertete DRGs	74
3.4.1.3	Zusatzentgelte	75
3.4.2	Analyse des Pauschalierungsgrades	78
3.4.3	Statistische Güte der Klassifikation	80
3.4.4	Analyse der Verweildauer	84
3.4.4.1	Verweildauervergleich der Datenjahre 2009, 2010 und 2011	84
3.4.4.2	Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer	86
<b>4</b>	<b>KALKULATION DER AUSBILDUNGSKOSTEN</b>	<b>90</b>
<b>5</b>	<b>PERSPEKTIVEN DER WEITERENTWICKLUNG</b>	<b>94</b>
	<b>ANHANG</b>	<b>95</b>

## Abkürzungen

Abs.	Absatz
AICD	Automatic Implantable Cardioverter Defibrillator; Automatischer implantierbarer Kardioverter/Defibrillator
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BA	Belegabteilung
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
BR	Bewertungsrelation
bzw.	beziehungsweise
CC	Complication or Comorbidity; Komplikation oder Komorbidität
CCL	Complication or Comorbidity Level; Schweregrad einer Komplikation oder Komorbidität
CT	Computertomographie
d.h.	das heißt
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien
DRG	Diagnosis Related Group; Diagnosebezogene Fallgruppe
ECCE	Extrakapsuläre Extraktion der Linse
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EEG	Elektroenzephalographie
EHEC	Enterohämorrhagische Escherichia coli
EKG	Elektrokardiogramm
ERCP	Endoskopisch retrograde Cholangio-Pankreatikographie
etc.	et cetera
FAB	Fachabteilungssegment
FEV <sub>1</sub>	Forced Expiratory Volume (Einsekundenausatem-Kapazität)
FPV	Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2012 bzw. 2013 (Fallpauschalenvereinbarung 2012 bzw. 2013)
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
ggf.	gegebenenfalls
gem.	gemäß
GM	German Modification (ICD-10-GM)
HA	Hauptabteilung
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus

HK	Homogenitätskoeffizient (der Kosten)
HWS	Halswirbelsäule
IBLV	Innerbetriebliche Leistungsverrechnung
ICD	International Classification of Diseases; Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Ausgabe für die Zwecke des SGB V
i.d.R.	in der Regel
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
ISS	Injury Severity Score
Kap.	Kapitel
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KI	Konfidenzintervall
KMT	Knochenmarktransplantation
KVM	Klinisches Verteilungsmodell
LDL	Low-Density-Lipoprotein
MDC	Major Diagnostic Category; Hauptdiagnosegruppe
med.	medizinisch
med.-techn.	medizinisch-technisch
Mio.	Millionen
MS	Multiple Sklerose
mVWD	mittlere Verweildauer
MW	Mittelwert
n	Anzahl der Fälle
Nr.	Nummer
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
o.g.	oben genannte
OGV	Obere Grenzverweildauer
OP	Operation
OPS	Operationenschlüssel nach § 301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
OR	Operating Room; operativ
PCCL	Patient Clinical Complexity Level; Patientenbezogener Gesamtschweregrad
PKMS	Pflegekomplexmaßnahmen-Score
PPR	Pflegepersonalregelung

Prä-MDC	den MDCs vorgeschaltete Hauptdiagnosegruppe
PTCA	Perkutane Koronarangioplastie
Qu.	Quantil
R <sup>2</sup>	Varianzreduktion
SAPS	Simplified Acute Physiology Score
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
SZT	Stammzelltransfusion
Tab.	Tabelle
TIA	Transitorische ischämische Attacke
TISS	Therapeutic Intervention Scoring System
u.a.	unter anderem
UGV	Untere Grenzverweildauer
V	Version
vgl.	vergleiche
vs.	versus, gegenüber
VWD	Verweildauer
z.B.	zum Beispiel
ZE	Zusatzentgelt

## Vorwort

Mit dem vorliegenden Bericht legt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) nähere Einzelheiten zur Vorgehensweise bei der Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems sowie zu den Kosten- und Leistungsprofilen der einzelnen DRG-Fallpauschalen offen. Damit werden sowohl Besonderheiten bei der diesjährigen Überarbeitung des DRG-Fallpauschalen-Katalogs transparent gemacht als auch den Nutzern die Möglichkeit geboten, eigene Detailanalysen zu besonderen Fragestellungen und für einzelne medizinische Fachgebiete durchzuführen.

Der bisher eingeschlagene Weg, die Abbildungsgenauigkeit der Besonderheiten in den Versorgungsstrukturen und Behandlungsweisen in Deutschland im Fallpauschalen-Katalog weiter zu erhöhen, wurde auch in diesem Jahr konsequent beschritten. Ein weiterer Schwerpunkt wurde auf klassifikatorische Änderungen gelegt, die auf die Reduzierung bzw. Beseitigung von Abrechnungs- und/oder Kodierkonflikten fokussieren.

Den 244 Krankenhäusern sowie den 99 Ausbildungsstätten, die freiwillig Kostendaten für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems bzw. für die Ermittlung der Ausbildungskosten im Rahmen der Kalkulation zur Verfügung gestellt haben, sei an dieser Stelle für ihr großes Engagement gedankt.

Einen weiteren wichtigen Baustein für die Weiterentwicklung lieferten die Fachgesellschaften, Verbände, Experten und Einzelpersonen aus Krankenhäusern und Krankenkassen, die sich konstruktiv am Vorschlagsverfahren zur Verbesserung der DRG-Klassifikation („Strukturierter Dialog“) beteiligt haben.

Zu wünschen bleibt, dass Krankenhäuser und Krankenkassen weiterhin durch ihre aktive Mitarbeit zur Weiterentwicklung und Kalkulation des DRG-Fallpauschalensystems beitragen. Dies gilt insbesondere auch für die Krankenhäuser, die besondere Patientengruppen behandeln und deshalb auf notwendige Änderungen hinweisen. Medizinische Fachgesellschaften sind weiterhin aufgerufen, durch Teilnahme am Vorschlagsverfahren fachliche Impulse für die Weiterentwicklung zu geben.

## 1 Einführung

Grundlagen, Verfahrensweisen und Ergebnisse der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2013 sind Schwerpunkt dieses sich an die interessierte Fachöffentlichkeit wendenden Berichts. Das InEK leistet damit einen Beitrag zur Transparenz über die der Weiterentwicklung zugrunde liegende Vorgehensweise sowie zur Förderung des Verständnisses über Zusammenhänge im G-DRG-System.

Das „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2013 (Vorschlagsverfahren 2013)“ unterstützte die Pflege des G-DRG-Systems. Durch zahlreiche Vorschläge der Medizinischen Fachgesellschaften, der Verbandsorganisationen der Krankenhäuser und Krankenkassen sowie weiterer Institutionen flossen Erfahrungen der klinischen Praxis und medizinisches Expertenwissen in die Weiterentwicklung ein. Damit erweist sich das G-DRG-System im besten Sinne als „lernendes System“.

Die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wäre ohne die freiwillige Teilnahme von Krankenhäusern an der Kalkulation nicht möglich. Von den Voraussetzungen zur erfolgreichen Teilnahme an der Kostenkalkulation unbeeindruckt haben die 244 Kalkulationskrankenhäuser wieder eine Stichprobe mit guter Datenqualität abgeliefert.

Für 2013 wurde erneut eine Kalkulation der Ausbildungskosten gem. § 17a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) durchgeführt. Auf Basis der Ausbildungskostenkalkulation sollten Richtwerte als Zielwert für die Angleichung der krankenhausesindividuellen Finanzierungsbeträge nach § 17a Abs. 3 Satz 6 KHG vereinbart werden. An der Ausbildungskostenkalkulation beteiligten sich 99 Ausbildungsstätten. Die Vertragsparteien auf Bundesebene konnten in den vergangenen drei Jahren keine Richtwert-Vereinbarung konsentieren. Daher wurde vereinbart, die Ausbildungskostenkalkulation gem. § 17a KHG ab dem Jahr 2013 (Datenjahr 2012) für unbestimmte Zeit auszusetzen.

Die an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser und Ausbildungsstätten erhalten für ihr Engagement eine gesetzlich verankerte, pauschalierte Vergütung. Mit dem Systemzuschlag 2012 wurde ein Zuschlagsanteil „Kalkulation“ in Höhe von 0,97 € erhoben. Damit zahlte das InEK den an der Kostenkalkulation teilnehmenden Krankenhäusern und Ausbildungsstätten 2012 eine pauschalierte Vergütung mit einem Gesamtvolumen von rund 11,5 Mio. €.

Das InEK legte den Selbstverwaltungspartnern (GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) am 28. August 2012 den Entwurf des G-DRG-Systems für 2013 vor. Nach ausführlicher Beratung der Fach- und Entscheidungsgremien konnten der G-DRG-Fallpauschalen-Katalog für 2013 und die dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen am 19. Oktober 2012 inhaltlich konsentiert werden. Der vorliegende Bericht stellt die Methodik und die wichtigsten Ergebnisse unter Verzicht auf die ausführliche Darstellung seit Jahren unveränderter Methoden vor. Im Report-Browser werden die aufbereiteten detaillierten Kalkulationsergebnisse je DRG-Fallpauschale zur Verfügung gestellt.

Für die Mitarbeiter der InEK GmbH

Dr. Frank Heimig  
Geschäftsführer

Christian Jacobs  
Abteilungsleiter  
Medizin

Dr. Michael Rabenschlag  
Abteilungsleiter  
Ökonomie

Mathias Rusert  
Abteilungsleiter  
EDV & Statistik

Siegburg, im Dezember 2012



## 2 Methodik der Weiterentwicklung

Dieses Kapitel beschreibt in zusammengefasster Form die wesentlichen im Regelwerk für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems niedergelegten methodischen Schritte. Die für die Weiterentwicklung für das Jahr 2013 erforderlichen Anpassungen der Methodik werden in Kapitel 3.3.1 im Einzelnen beschrieben. Analoge Darstellungen der Vorgehensweise finden sich in älteren Projektberichten zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems. Diese stehen auf unserer Internetseite ([www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)) zum Herunterladen zur Verfügung.

### 2.1 Datenerhebung und Datenprüfung

#### *Datenerhebung*

Alle dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) unterliegenden Krankenhäuser sind verpflichtet, krankenhausbezogene Strukturdaten und fallbezogene Leistungsdaten bereitzustellen (im Folgenden als „Daten gem. § 21 KHEntgG“ bezeichnet). Inhalt und Format des entsprechenden Datensatzes werden durch die Anlage der von den Selbstverwaltungspartnern geschlossenen „Vereinbarung über die Übermittlung von DRG-Daten nach § 21 Abs. 4 und Abs. 5 KHEntgG“ definiert.

Auf Basis der „Vereinbarung über die Teilnahme an der Kalkulation für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems“ liefern die Kalkulationskrankenhäuser die um fallbezogene Kostendaten ergänzten Daten gem. § 21 KHEntgG. Neben der Lieferung von Kostendaten verpflichtet das InEK die Kalkulationskrankenhäuser zur Bereitstellung ergänzender Fallinformationen. Diese beziehen sich auf

- 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.

Für die erhobenen Daten sind umfangreiche Datenschutzmaßnahmen etabliert, die durch einen unabhängigen externen Datenschutzbeauftragten regelmäßig unter organisatorischen und technischen Aspekten überprüft werden.

#### *Datenprüfung*

Die von den Krankenhäusern übermittelten Daten wurden einer technischen Datenprüfung („Fehlerverfahren“) und einer inhaltlichen Datenprüfung unterzogen. Die nach technischer Prüfung fehlerfreien Daten durchliefen Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen auf drei Ebenen:

- Die ökonomischen Prüfungen erstreckten sich auf die von den Kalkulationskrankenhäusern gelieferten Kostendaten. Auf verschiedenen Analyseebenen wurden die Kosten auf formale und inhaltliche Konformität untersucht.

- Die medizinischen Prüfungen bezogen sich auf die medizinischen Fallinformationen, insbesondere auf die kodierten Diagnosen und Prozeduren. Diese wurden auf Konformität mit den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) und den Regelungen in den Katalogen ICD und OPS geprüft, wobei eine Konzentration auf gruppierungsrelevante Merkmale erfolgte.
- Die medizinisch-ökonomischen Prüfungen nahmen Zusammenhangsprüfungen zwischen den medizinischen und ökonomischen Falldaten vor. Im Rahmen von feldübergreifenden Prüfungen wurden Abhängigkeitsbeziehungen untersucht, die z.B. das Vorliegen und die Höhe von Kostendaten bei bestimmten Diagnose- bzw. Prozedurenkonstellationen betrafen.

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 aus ungleichen Voraussetzungen der Krankenhäuser auszugleichen und einen einheitlichen Periodenbezug herzustellen:

- Fallzusammenführung: Die DRG-Abrechnungsbestimmungen sehen unter bestimmten Bedingungen die Zusammenführung mehrerer Aufenthalte eines Patienten in einem Krankenhaus zu einem gemeinsamen Aufenthalt vor. Unter Berücksichtigung der Datenfelder „Fallzusammenführung“ und „Fallzusammenführungsgrund“ wurden die Datensätze analysiert und ggf. nach den Regeln zur Fallzusammenführung zu einem Fall zusammengeführt.
- Bereinigung bei fehlender DRG-Relevanz: Das DRG-System gilt nicht für die Leistungen der in § 1 Abs. 2 der Psychiatrie-Personalverordnung genannten Einrichtungen und der Einrichtungen für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. Die entsprechenden Fälle besitzen keine DRG-Relevanz und wurden in eine separate Datenhaltung überführt.
- Überliegerbereinigung: Als Überlieger galten Behandlungsfälle, die vor dem 01.01.2011 aufgenommen, aber erst 2011 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 definiert, die ergänzend zu den Fallpauschalen abrechenbar sind. Alle Falldatensätze mit entsprechenden Leistungen wurden um die darauf entfallenden Kostenanteile korrigiert.

## 2.3 Ableitung der Klassifikation

### ***Berechnung der Verweildauergrößen***

Die Fallpauschalenvergütung bezieht sich grundsätzlich auf eine innerhalb einer Regelverweildauer erbrachte Behandlung. Die Regelverweildauer wird durch die untere Grenzverweildauer (UGV) und die obere Grenzverweildauer (OGV) begrenzt. Durch die Festlegung der unteren und oberen Grenzverweildauern wird die für die Weiterentwicklung relevante Datengrundgesamtheit der Inlier definiert.

Die UGV beträgt ein Drittel des arithmetischen Mittelwerts der Verweildauer, mindestens aber zwei Tage. Für explizite Ein-Belegungstag-DRGs wird keine UGV berechnet.

Die OGV wird als Summe aus der mittleren Verweildauer und der zweifachen Standardabweichung berechnet. Übersteigt die zweifache Standardabweichung einen fest gewählten Maximalabstand, wird die OGV abweichend als die Summe aus mittlerer Verweildauer und Maximalabstand berechnet.

Für explizite Ein-Belegungstag-DRGs wird keine OGV berechnet.

### ***Berechnung der Fallkosten***

Für jede DRG werden die Fälle aller Kalkulationskrankenhäuser in einer Datei zusammengefasst (sogenannte „Ein-Haus-Methode“). Der auf dieser Basis berechnete arithmetische Mittelwert der Fallkosten der Inlier bildet die zentrale Grundlage für die Ableitung der Klassifikation.

### ***Berechnung und Bewertung von Klassifikationsänderungen***

Den Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation bilden die im Rahmen des Vorschlagsverfahrens eingegangenen Hinweise und die Ergebnisse InEK-eigener Varianzanalysen.

Die sich aus den Vorschlägen ergebenden unterschiedlichen Änderungsalternativen werden simuliert und das Ergebnis der Simulation in erster Linie im Hinblick auf das erzielte Ausmaß der Varianzreduktion  $R^2$  bewertet.  $R^2$  misst den Anteil der Kostenstreuung, der durch die Klassifikation erklärt wird. Je geringer der Anteil der erklärten Streuung in den Klassen im Vergleich zur Streuung zwischen den Klassen ist, desto größer ist die Gesamtgüte des Klassensystems.

Eine ergänzende Analyse untersucht die Auswirkung einer Klassifikationsänderung auf die Zusammensetzung neu gebildeter bzw. veränderter Fallgruppen mit Hilfe des Homogenitätskoeffizienten (HK) der Kosten.

Bei der Analyse der Änderungsvorschläge werden unter Verwendung eines Standard-Splitsets (siehe Tab. 1) verschiedene Alternativen simuliert, bis durch eine weitere Differenzierung der Fallgruppen keine weitere Verbesserung der Varianzreduktion mehr erzielt werden kann, keine weiteren signifikanten Splitkriterien aufgefunden werden und alle eingegangenen rechenbaren Vorschläge – teilweise auch mehrfach – simuliert und bewertet sind.

Die Berechnungsergebnisse werden mittels der erzielten Varianzreduktion, der veränderten Kostenhomogenitäten, der Kostendifferenz zu benachbarten oder verwandten DRGs sowie der in der Fallgruppe zusammengefassten Fallzahl bewertet. In die Würdigung werden auch auf andere DRGs ausstrahlende Wirkungen einbezogen, die nicht immer, z.B. hinsichtlich der Kostenhomogenität, in allen betroffenen DRGs gleichermaßen positiv ausfallen. Letztlich wird diejenige Änderungsalternative umgesetzt, die in

einer Gesamtwürdigung des Ergebnisses den höchsten Beitrag zur Verbesserung der Güte des G-DRG-Systems leistet.

Splitkriterium	Trennung	Trennwerte
Alter	jeweils <	1, 3, 6, 10, 16, 18, 30, 40, 50, 55, 60, 65, 70, 75, 80 Jahre
PCCL	jeweils <	1, 2, 3, 4
Beatmungsstunden	jeweils <	24, 48, 72 Stunden
Entlassungsgrund	jeweils =	079 Tod, 099 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung, 109/119 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung/Hospiz
Therapie	jeweils =	Strahlentherapie, Chemotherapie, Strahlen- oder Chemotherapie*
Bösartige Neubildungen	jeweils =	Bösartige Neubildungen*

\* Die Splits wurden anhand einer Prozeduren- bzw. Diagnosenliste durchgeführt

Tabelle 1: Splitkriterien des Standard-Splitsets

Mit Hilfe dieses Verfahrens wird sowohl die Umsetzung der Vorschläge mit dem stärksten Beitrag zur Güteverbesserung des G-DRG-Systems als auch eine Annäherung an die maximal erreichbare Homogenität unter Wahrung einer handhabbaren Komplexität des G-DRG-Systems gewährleistet.

## 2.4 Berechnung der Bewertungsrelationen

Zur Berechnung der dimensionslosen Bewertungsrelationen ist der arithmetische Kostenmittelwert der Fallgruppen durch eine einheitliche, in Euro gemessene Bezugsgröße zu dividieren. Die mittleren Kosten der Fallgruppen resultieren aus den von den Kalkulationskrankenhäusern übermittelten Daten, die eine Teilmenge aller in Deutschland behandelten DRG-Fälle repräsentieren. Demgegenüber liegt aus der Datenübermittlung gem. § 21 KHEntgG ein annähernd vollständiges Bild des stationären Versorgungsgeschehens in Deutschland vor.

Zur Kompensation abweichender Häufigkeitsverteilungen der DRGs in den betrachteten Fallgesamtheiten wurde die Bezugsgröße zur Ableitung der Bewertungsrelationen auf Basis der tatsächlichen in den Daten gem. § 21 KHEntgG vorliegenden Fallzahl bestimmt. Das Verfahren zur Bestimmung der Bezugsgröße wird in Kapitel 3.3.1.6 erläutert.

Unter Verwendung der Bezugsgröße und des arithmetischen Kostenmittelwerts je Fallgruppe wird die Bewertungsrelation je DRG für die verschiedenen Versorgungsformen wie folgt berechnet:

- Bei Versorgung durch Hauptabteilungen errechnet sich die Bewertungsrelation durch Division des arithmetischen Kostenmittelwerts der entsprechenden Fallmenge in Hauptabteilungen durch die Bezugsgröße. Diese Bewertungsrelation bildet gleichzeitig die Basis für die analytische Ableitung der Bewertungsrelationen der verschiedenen weiteren Versorgungsformen.

Für die DRGs der MDC 14 *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* werden die Bewertungsrelationen für die Versorgung durch Hauptabteilungen bei Betreuung durch Beleghebammen um die Kosten des Kostenmoduls 6.3 pauschal korrigiert.

- Bei belegärztlicher Versorgung errechnet sich unter Beachtung der Kalkulationsbedingungen die Bewertungsrelation durch Division des arithmetischen Kostenmittelwerts der entsprechenden Fallmenge mit belegärztlicher Versorgung durch die Bezugsgröße. Im Übrigen leiten sich die Bewertungsrelationen nach einem analytischen Verfahren aus den Bewertungsrelationen für Hauptabteilungen ab.

Die Bewertungsrelationen werden für die einzelnen Konstellationen der belegärztlichen Versorgung jeweils separat berechnet.

Die Berechnung der zusätzlichen Entgelte für Langlieger (Verweildauer oberhalb der OGV) bzw. der Abschläge bei Verlegungen und Kurzliegern (Verweildauer unterhalb der UGV) erfolgt auf Basis der mittleren Kosten der Fallpauschale ohne Berücksichtigung der durchschnittlichen Kosten der Hauptleistung.

Für den Kurzliegerabschlag wird eine tagesbezogene Bewertungsrelation auf Basis der UGV berechnet. Zur sachgerechten Abbildung der Kurzlieger in DRGs mit einer UGV von zwei Tagen werden hier die Kosten der Fälle mit einem Belegungstag zugrunde gelegt, sodass sich dadurch „implizite“ Ein-Belegungstag-DRGs ergeben.

Der Berechnung der zusätzlichen Entgelte nach Überschreiten der OGV geht eine Analyse der Kostensituation der Langlieger im Vergleich zur Kostensituation der Inlier voraus. Je nach DRG-spezifischer Kostenverteilung wird die tagesbezogene Bewertungsrelation auf analytischem Weg unter Verwendung eines Grenzkostenfaktors in Höhe von 70%, ohne Berücksichtigung des Grenzkostenfaktors oder mit Hilfe des Medians der Langlieger-Tageskosten berechnet. Tabelle A-1 im Anhang enthält die DRGs, bei denen im G-DRG-System 2013 für die Berechnung der zusätzlichen Entgelte der Grenzkostenfaktor nicht berücksichtigt oder der Median der Langlieger-Tageskosten herangezogen wurde.

## 2.5 Zusatzentgelte

Im Rahmen der Regelungen des § 17b Abs. 1 Satz 12 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) werden Leistungen auf eine Vergütung über Zusatzentgelte untersucht, wenn bestimmte Voraussetzungen vorliegen.

Die Auswahl der zu untersuchenden Leistungen erfolgt auf der Grundlage von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren, InEK-eigenen Erkenntnissen und bereits in die Anlagen 2 bzw. 4 der FPV aufgenommenen Leistungen.

Für eine ausreichend differenzierte Analyse der potentiell zusatzentgeltrelevanten Leistungen werden ergänzende Informationen aus den Kalkulationskrankenhäusern benötigt, deren Umfang durch das InEK vorgegeben wird. Die ergänzende Datenbereitstellung enthält Fallbezeichnungen mit ergänzenden Leistungsdaten (z.B. Anzahl der Leis-

tungen, verabreichte Dosis bei Medikamentengabe) und Kostendaten, die in der modularen Kostendarstellung nicht leistungsbezogen erkennbar sind. Die ergänzend übermittelten Daten werden spezifischen inhaltlichen Datenprüfungen unterzogen.

## 2.6 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 DRG-Systems ein Versionswechsel bei den anzuwendenden ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen eingetreten ist.

Für identische Codes ergibt sich keine Notwendigkeit einer Überleitung.

Bei nicht identischen Codes besteht die Überleitung zumeist in einer an der Überleitungstabelle des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) orientierten klassifikatorischen Überleitung. Teilweise muss hiervon allerdings abgewichen werden. Insofern lassen sich zwei Varianten festhalten:

- Klassifikatorische Überleitung
- Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

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

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

Eine detaillierte Erläuterung des Verfahrens findet sich in Kapitel 3.3.6.

### 3 G-DRG-System 2013

#### 3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Das G-DRG-System 2013 umfasst insgesamt 1.187 DRGs. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Veränderungen zur Vorjahresversion:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
G-DRG-System 2013	1.187	- 6
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.142	- 6
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	40	± 0
davon rein teilstationäre DRGs	5	± 0
davon bewertet (Anlage 1c)	1	± 0

Tabelle 2: Überblick über das G-DRG-System 2013

Im Zusatzentgelte-Katalog (Anlage 2 FPV 2013) befinden sich 90 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 86). Die Anzahl der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 FPV 2013) liegt bei 66 (Vorjahr: 64).

Für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG Angaben zu ca. 20,1 Mio. Fällen (des Entgeltbereichs DRG) aus 1.609 Krankenhäusern übermittelt.

Die Zahl der Kalkulationskrankenhäuser liegt mit 244 um fünf niedriger als im Vorjahr. Die auswertbare Fallmenge (nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen) aus den Kalkulationskrankenhäusern betrug ca. 3,3 Mio. Fälle. Im vollstationären Bereich ist die auswertbare Fallmenge aus den Kalkulationskrankenhäusern (ca. 3,2 Mio. Fälle) im Vergleich zum Vorjahr leicht um 1% gesunken.

Die Schwerpunkte der klassifikatorischen Überarbeitung für 2013 bezogen sich vor allem auf folgende Themengebiete:

- Abbildung des Erkrankungsschweregrads / Umbau CCL-Matrix

Zur Überprüfung der CC-Relevanz einzelner Diagnosecodes wurden in diesem Jahr ca. 110 Diagnosen aus dem Vorschlags- und Anfrageverfahren 2013 sowie über 900 Diagnosecodes im Rahmen eigener Analysen hinsichtlich ihrer Abbildung in der CCL-Matrix untersucht. Die bisherige Methodik wurde erheblich verfeinert und ergänzt um eine systematische Prüfung auf DRG-spezifische Neubewertungen von Nebendiagnosen. Im Ergebnis wurden

- 602 spezifische Neubewertungen
- 15 Zeilenverschiebungen
- 2 Kodeaufnahmen
- 5 Kodestreichungen

- 7 Änderungen der Exklusionslisten

umgesetzt.

Insbesondere durch die wesentlich verfeinerte Methodik bei der Weiterentwicklung der CCL-Matrix konnte eine erhebliche Adjustierung und Schärfung des CC-Systems zur Abbildung des Erkrankungsschweregrads erreicht werden.

- Eingriffe an der Wirbelsäule

Bei der Weiterentwicklung zur G-DRG-Version 2013 wurde eine Vielzahl von Analysen zur aufwandsgerechten Abbildung von Wirbelsäulenoperationen durchgeführt und auch eine große Zahl von Veränderungen umgesetzt. Neben einer weiter verbesserten Eingruppierung besonders aufwendiger Konstellationen, etwa langstreckigen Eingriffen oder Operationen bei angeborenen Skoliosen, stand dabei im Vordergrund, eine Beeinflussung der sachgerechten Abbildung durch Kodierbesonderheiten möglichst weitgehend zu vermindern.

- Gefäßoperationen und Gefäßinterventionen

Dieser Bereich war einer der Schwerpunkte des Vorschlagsverfahrens, insbesondere zu zahlreichen Innovationen der letzten Jahre erreichten das InEK viele Vorschläge. An Veränderungen für 2013 sind in erster Linie die aufwandsgerechte Neueinteilung der gefäßchirurgischen Basis-DRGs F14 / F54 / F59 mit einer Vielzahl von Modifikationen sowie das vollständig neu etablierte Zusatzentgelt für den Einsatz Medikamente-freisetzungender Ballonkatheter an peripheren Gefäßen zu nennen.

- Eingriffe an Haut und Unterhaut / Wunddebridement

In den letzten Jahren hat sich immer stärker gezeigt, dass neben einer Verbesserung der Abbildung hochkomplexer Fälle auch die Abgrenzung und korrekte Zuordnung wenig aufwendiger Prozeduren von größter Bedeutung für die Leistungsgerechtigkeit des G-DRG-Vergütungssystems ist. Vielfach wurde in den Vorjahren die fehlende Unterscheidbarkeit aufwendiger und weniger aufwendiger „Wunddebridements“ als Problem beschrieben. Mit den bis 2011 zu verschlüsselnden Codes konnten sowohl ein aufwendiger Eingriff in Narkose als auch im Extremfall eine kleine Prozedur im Rahmen eines Verbandwechsels auf Station bezeichnet werden. Entsprechend den geringeren Kosten der in den Kalkulationsdaten 2011 erstmals spezifisch erkennbaren kleineren Eingriffe werden diese in G-DRG 2013 nicht mehr in operative DRGs eingruppiert. Gemessen an der Zahl der verschobenen Fälle und der Verbesserung der Systemgüte war dies einer der bedeutsamsten einzelnen Umbauten des G-DRG-Systems für 2013.

- Abdominalchirurgie

Im Gebiet der Abdominalchirurgie gelang es – auch aufgrund zahlreicher Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren –, verschiedene Fallkonstellationen besser abzubilden. So konnten einerseits bestimmte aufwendige Eingriffe am Dickdarm, andererseits auch Fälle mit komplizierenden Diagnosen deutlich aufgewertet werden.



- Integration von Innovationen

Erneut konnten mehrere innovative Verfahren, die teilweise zuvor mit einem NUB-Status 1 bewertet waren, in die G-DRG-Klassifikation integriert und sachgerecht abgebildet werden. Für 2013 sind in erster Linie die minimalinvasiven Mitralklappenrekonstruktionen sowie die Radiofrequenzablation an den Nierenarterien als neue Behandlungsform der Hypertonie zu nennen.

- Hochaufwendige Pflege von Patienten

Nach der erstmaligen Etablierung eines Zusatzentgelts für hochaufwendige Pflegeleistungen konnte für 2013 bereits eine weitere Differenzierung anhand der Summe der Aufwandspunkte umgesetzt werden, obwohl im Datenjahr 2011 noch keine Erlösrelevanz des Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) bestand und daher von einer vollständigen Erfassung noch nicht sicher ausgegangen werden konnte. Der PKMS hat sich somit erneut als gut geeigneter Kostentrenner gezeigt, die für 2012 begonnene Abbildung der hochaufwendigen Pflege konnte weiter verbessert werden.

- Streitbefangene Konstellationen

Eine uneinheitliche Eingruppierung sehr ähnlicher Fälle bietet häufig Streitpotential. Als prinzipielle Lösungsmöglichkeiten kommen die Präzisierung der Kodiervorschriften in den Deutschen Kodierrichtlinien bzw. der Verschlüsselungshinweise in der ICD bzw. dem OPS in Frage oder die Prüfung durch das InEK, ob die Gruppierungsunterschiede gerechtfertigt sind, mit ggf. nachfolgender Verminderung bzw. Beseitigung der unterschiedlichen DRG-Eingruppierung. Sowohl bei den Analysen operativer Prozeduren als auch von Nebendiagnosen bildeten die „streitbefangenen Konstellationen“ auch für 2013 einen Schwerpunkt der Weiterentwicklung.

Die durch den  $R^2$ -Wert als Maß für die Varianzreduktion ausgedrückte statistische Güte der Klassifikation hat sich im Vergleich zur Vorjahresversion nochmals leicht erhöht (siehe Tab. 3).

	G-DRG-System 2012	G-DRG-System 2013	Verbesserung (in %)
R <sup>2</sup> -Wert auf Basis aller Fälle	0,7591	0,7608	0,2
R <sup>2</sup> -Wert auf Basis der Inlier	0,8452	0,8488	0,4

Tabelle 3: Vergleich der Varianzreduktion  $R^2$  im G-DRG-System 2012 und im G-DRG-System 2013  
(Datenbasis: Datenjahr 2011)

## 3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung

### 3.2.1 Datenbasis

#### 3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung

Im Datenjahr 2011 wurden im Datenfeld „Entgeltbereich“ die Ausprägungen „DRG“, „PSY“ und „PIA“ übermittelt:

- „DRG“: Entgelt nach KHEntgG, i.d.R. DRG-Fallpauschale (KHEntgG-Entgeltbereich)
- „PSY“: Entgelt nach Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gem. § 17d Abs. 1 KHG (BPfIV-Entgeltbereich)
- „PIA“: Entgelt nach § 120 SGB V für psychiatrische Institutsambulanzen gem. § 118 SGB V (PIA-Entgeltbereich)

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

Den Umfang der regulären Datenlieferungen in den beiden Erhebungen für das Datenjahr 2011 gibt Tabelle 4 wieder. Die Zahlen der Erhebung von Kostendaten sind „davon“-Angaben der Datenerhebung. Die Angaben in Tabelle 4 geben den Stand nach erfolgten Fehlerprüfungen in der Datenstelle und vor Durchführung von Datenprüfungen durch das InEK wieder.

Kriterium	Erhebung von Daten gem. § 21 KHEntgG	Erhebung von Kostendaten
Anzahl Krankenhäuser	1.609	244
Anzahl Betten	439.425	97.231
Anzahl Fälle	20.545.811	4.075.155

Tabelle 4: Umfang der Datenlieferungen, Entgeltbereich „DRG“, Datenerhebung 2011 (Stand: 31. Mai 2012)

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

Die Datensätze aus der Erhebung von Kostendaten bildeten nach Durchführung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen die Grundlage für die Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation.

### Zusammensetzung der Datenlieferungen

Alle Darstellungen zur Zusammensetzung der Datenlieferungen beziehen sich auf den in Tabelle 4 dokumentierten Umfang von 1.609 Krankenhäusern bzw. 244 Kalkulationskrankenhäusern. Abbildung 1 zeigt die regionale Zusammensetzung der Erhebungen nach dem Bundesland der einbezogenen Krankenhäuser auf.

Die in die Erhebung von Daten gem. § 21 KHEntgG einbezogenen Krankenhäuser spiegeln die akutstationären Versorgungsstrukturen der jeweiligen Bundesländer wider. Für die Erhebung der Kostendaten konnte dieses Ergebnis aufgrund der Freiwilligkeit der Teilnahme nicht erwartet werden. Übereinstimmend stellen jedoch in beiden Erhebungen die Bundesländer Bayern und Nordrhein-Westfalen die größten Anteile einbezogener Krankenhäuser. Erstmals ist ein Bundesland (Thüringen) ohne Kalkulationskrankenhäuser vertreten.

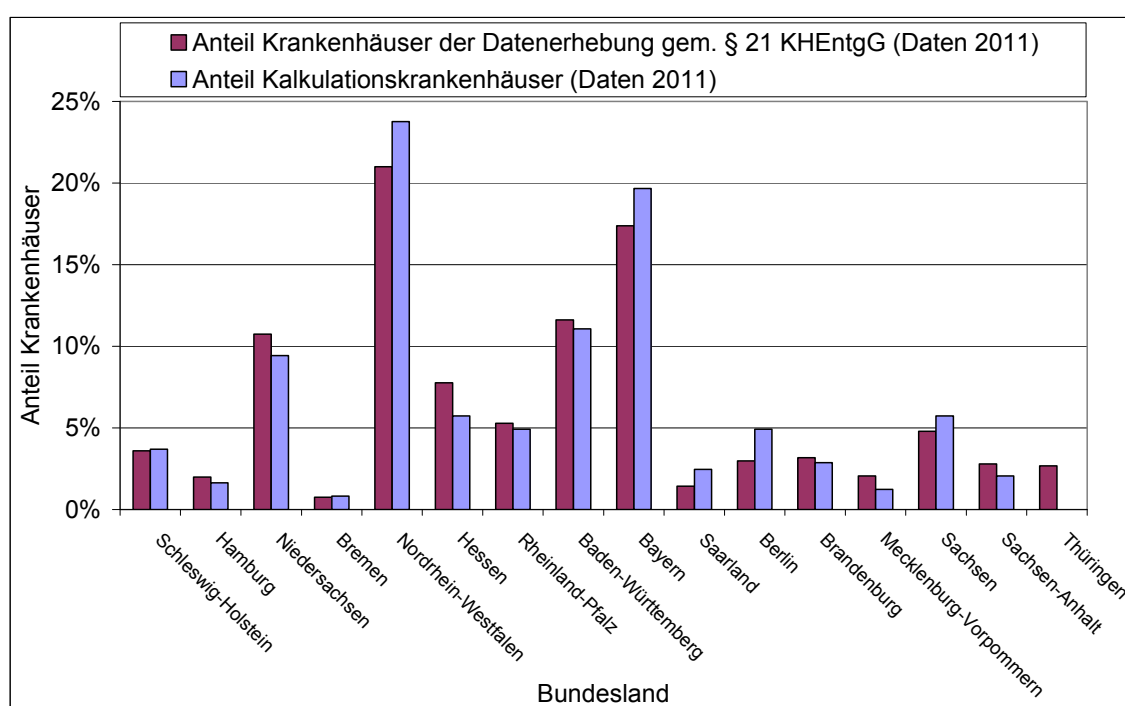


Abbildung 1: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser

Die Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser zeigt die folgende Abbildung 2. Wie schon im vergangenen Jahr wird aus der Gegenüberstellung der Kalkulationskrankenhäuser mit Krankenhäusern der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG bei den Kalkulationskrankenhäusern ein Übergewicht der Krankenhäuser ab einer Größe von mehr als 300 Betten erkennbar. Andererseits sind bei den Kalkulationskrankenhäusern kleine Krankenhäuser mit bis zu 300 Betten mit einem geringeren Anteil als ihrem Anteil in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG vertreten. Gleichzeitig stellt die höhere Beteiligung großer Krankenhäuser (häufig Krankenhäuser der Maximalversorgung und zehn Universitätskliniken) die Abdeckung des gesamten Leistungsspektrums mit ausreichenden Fallzahlen sicher.

In allen Bettengrößenklassen sind im Vergleich zum Vorjahr keine wesentlichen Veränderungen in den Anteilen der Kalkulationskrankenhäuser zu verzeichnen.

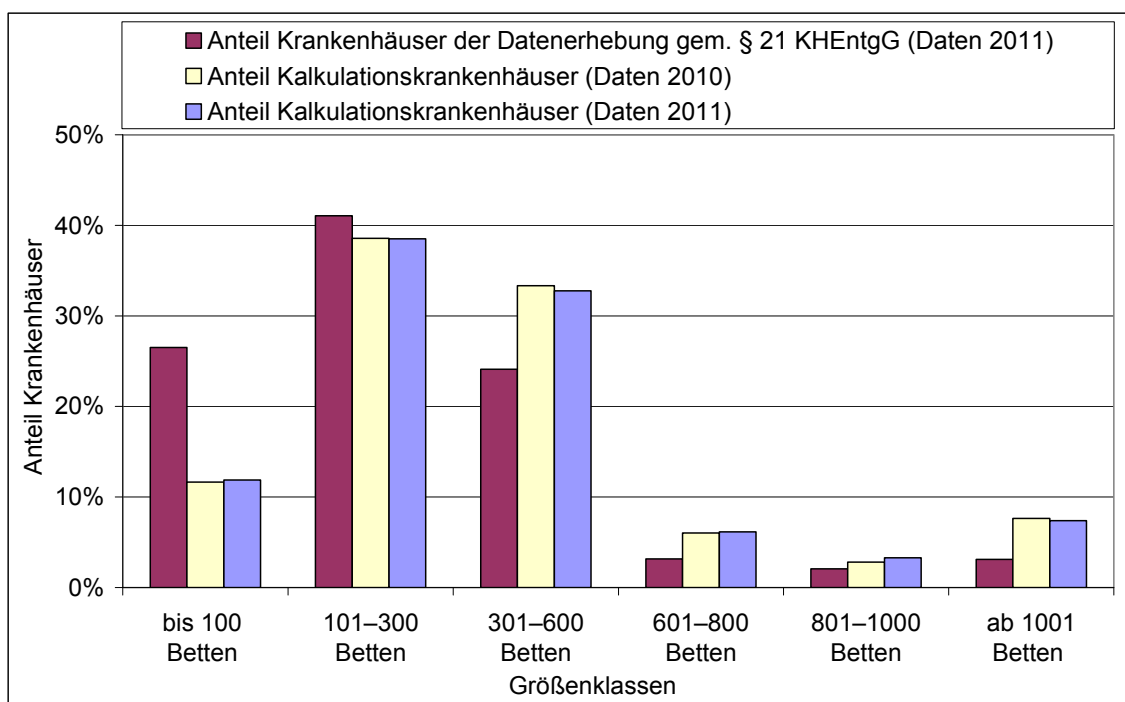


Abbildung 2: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser

Die folgende Abbildung 3 zeigt die Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser. Auch hier sind im Vergleich der beiden Datenjahre 2010 und 2011 keine wesentlichen Veränderungen in den Anteilen der Kalkulationskrankenhäuser erkennbar.

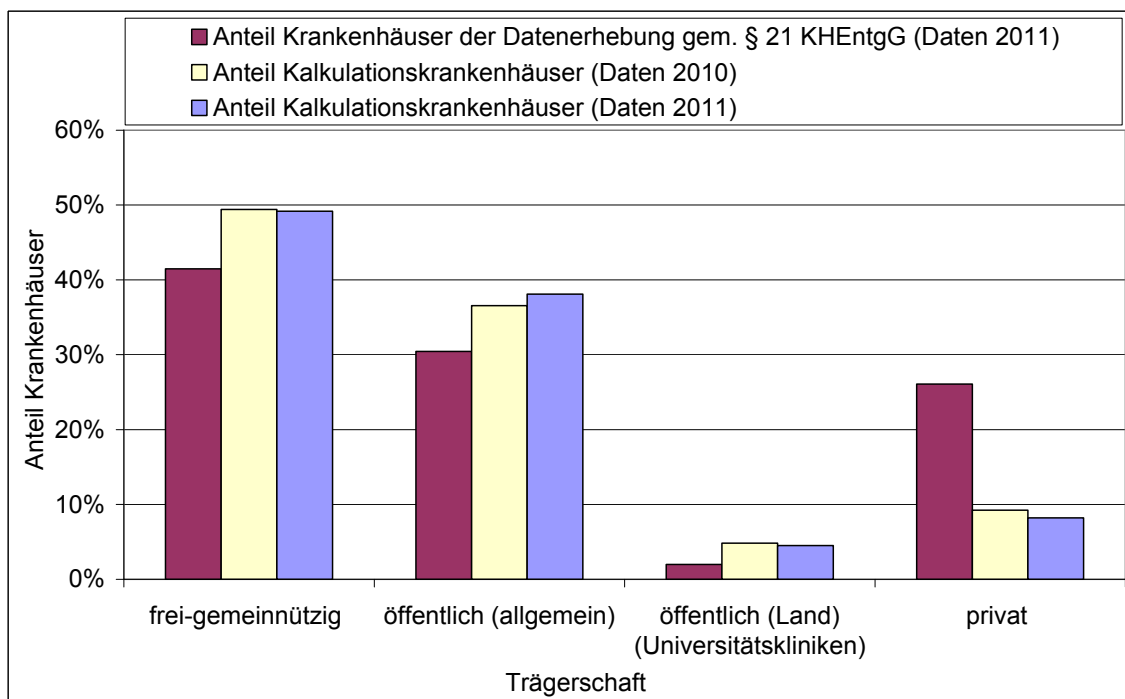


Abbildung 3: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser

### **Umfang der Datenlieferungen**

Der Anteil fehlerhafter Datensätze an den übermittelten Daten gem. § 21 KHEntgG betrug nach Angaben der Datenstelle 0,2%. Damit ist die Fehlerquote erneut auf sehr niedrigem Niveau und im Vergleich zum Vorjahr (0,8%) nochmals verbessert worden.

Insgesamt stellten die Kalkulationskrankenhäuser 4.689.562 Fälle bereit.

Diese wurden um alle nicht matchbaren Datensätze (Leistungsdaten ohne Kostendaten sowie Kostendaten ohne Leistungsdaten) bereinigt. Fälle ohne DRG-Relevanz (vorstationäre Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung sowie Begleitpersonen) wurden in eine separate Datenhaltung überführt. Die Prozentangaben beziehen sich auf die insgesamt bereitgestellten Fälle für den Entgeltbereich „DRG“.

Jeder Fall wies im Durchschnitt 3,1 Prozeduren und 4,5 Nebendiagnosen auf. Die Kostendaten wiesen je Fall im Durchschnitt 24,7 verschiedene Kostenmodule aus.

Nach Ausschluss der vom Matchingproblem betroffenen und der nicht DRG-relevanten Datensätze standen 4.075.155 Fälle mit Kosten- und Leistungsdaten zur Verfügung (siehe Tab. 4).

### **Bereinigungen und Korrekturen**

Tabelle 5 zeigt die von den verschiedenen Bereinigungs- und Korrekturmaßnahmen (siehe Kap. 2.2) betroffenen Fallmengen. Die Prozentangaben beziehen sich auf die 4.075.155 geprüften Datensätze.

<b>Bereinigung/Korrektur</b>	<b>Anteil Datensätze (in %)</b>	<b>Maßnahme</b>
Fallzusammenführung	0,3	Herausnahme der durch Zusammenfassung wegfallenden Fälle aus der Datenbasis
Korrektur Zusatzentgelte: Dialysekosten	0,9	Bereinigung Dialysekosten
Korrektur Zusatzentgelte: Kosten für Faktorpräparate bei Bluterbehandlung	0,1	Kostenseparation
Korrektur sonstige Zusatzentgelte: Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	1,6	Bereinigung Sachkosten Arzneimittel (Einzelkostenzuordnung)
Korrektur sonstige Zusatzentgelte: Operative und interventionelle Verfahren	1,5	Bereinigung Sachkosten bzw. Herausnahme aus der Datenbasis
Überliegerbereinigung	0,5	Herausnahme aus der Datenbasis

*Tabelle 5: Ergebnis der Datenbereinigungen und -korrekturen (bezogen auf 4.075.155 Datensätze, Entgeltbereich „DRG“), Basis: Datenjahr 2011*

### **Datenumfang nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen**

Nach den Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie den Bereinigungen und Korrekturen (siehe Kap. 2.1, 2.2 und 3.3.1.1) standen schließlich 3.316.474 Datensätze zur Verfügung. Auf Grundlage der Ergebnisse der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen haben sich in Abstimmung mit dem InEK drei Krankenhäuser für eine Stornierung ihrer insgesamt 23.320 Kalkulationsdatensätze (0,6% der Datensätze) entschieden. Insgesamt wurden 18,6% der 4.075.155 geprüften Datensätze durch Bereinigung sowie Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen von der Kalkulation ausgeschlossen.

Die folgende Tabelle 6 zeigt die nach Abteilungsart differenzierten Fallmengen vor und nach Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen.

<b>Abteilungsart</b>	<b>Fallzahl <u>vor</u> Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen</b>	<b>Fallzahl <u>nach</u> Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen</b>
Versorgung in Hauptabteilung	3.848.318	3.141.026
Belegärztliche Versorgung	82.521	59.090
Teilstationäre Versorgung	144.316	116.358
<b>Gesamt</b>	<b>4.075.155</b>	<b>3.316.474</b>

*Tabelle 6: Fallmengen der Kalkulationskrankenhäuser (nur Fälle mit Kosten- und Leistungsdaten, Entgeltbereich „DRG“) vor und nach Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen, differenziert nach Abteilungsart, Basis: Datenjahr 2011*

Der Anteil plausibler Fälle liegt im Datenjahr 2011 damit bei 81%. Dabei ist zu berücksichtigen, dass einerseits die Prüfung auf Datenqualität im Vergleich zum Vorjahr nochmals angehoben wurde und andererseits die Anzahl der Kalkulationskrankenhäuser, die nach Abschluss der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen in der Datenbasis verblieben sind, leicht gesunken ist (vier Krankenhäuser weniger).

#### **3.2.1.2 Ergänzende Datenbereitstellung**

Der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems stehen in jedem Jahr die Daten gem. § 21 KHEntgG sowie die freiwilligen Lieferungen von Kostendaten der Kalkulationskrankenhäuser zur Verfügung. Neben diesen „regulären“ Datenlieferungen werden weitere ergänzende Fallinformationen aus den Kalkulationskrankenhäusern benötigt, um die relevanten Leistungen auf einer ausreichend differenzierten Datenbasis analysieren und bewerten zu können. Im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung bildet beispielsweise die fallbezogene Abfrage von Kosten- und Dosisangaben für die Gabe von Blutprodukten und Medikamenten die Grundlage für die Kalkulation der entsprechenden Zusatzentgelte. Neben dieser Differenzierung der Datenbasis ermöglicht die ergänzende Datenbereitstellung in Einzelfällen ein Verkürzen der sogenannten Kalkulationslücke durch die Abfrage von Leistungen und Leistungsdifferenzierungen aus der ICD-10-GM Version 2012 und dem OPS Version 2012 ebenso wie von Leistungen, die in

diesen Katalogen noch nicht abgebildet sind. Diese standen in den regulären Daten der Kalkulationskrankenhäuser aus dem Jahr 2011 noch nicht zur Verfügung.

Ohne die ergänzende Datenbereitstellung hätten diese Informationen erst in der Kalkulation des Jahres 2013 oder – nach Einführung neuer Codes für 2013 – erst im Jahr 2014 berücksichtigt werden können. Somit kann sich die Zeitspanne von der Identifizierung eines neuen Verfahrens über die Einführung eines entsprechenden OPS-Kodes bis hin zur Berücksichtigung in der Kalkulation deutlich verkürzen. Damit steht für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems ein Verfahren zur Verfügung, das zeitnah eine aufwandsgerechtere Vergütung insbesondere innovativer Verfahren ermöglicht.

Wie im Vorjahr war in diesem Jahr die Berücksichtigung einer Vielzahl der im Verfahren für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG (NUB-Verfahren) als möglicherweise nicht sachgerecht vergütet angesehenen Leistungen in der ergänzenden Datenbereitstellung möglich. Der Umfang der ergänzenden Datenbereitstellung wurde wie üblich durch das InEK vorgegeben. Die Bereitstellung der ergänzend abgefragten Fallinformationen bedeutete für viele Kalkulationskrankenhäuser einen erheblichen personellen und zeitlichen Aufwand. Vor diesem Hintergrund konnte ein bemerkenswert hoher Datenrücklauf verzeichnet werden, wofür den Kalkulationskrankenhäusern an dieser Stelle ausdrücklich gedankt sei.

Die ergänzende Datenbereitstellung umfasste die folgenden Daten:

- Leistungsdaten

Im Rahmen der Datenübermittlung waren von den Kalkulationskrankenhäusern alle Behandlungsfälle anzugeben, für die mindestens eine der abgefragten Leistungen erbracht wurde. Zusätzlich war bei Medikamentengabe die verabreichte Dosis anzugeben. Insgesamt haben 231 Kalkulationskrankenhäuser 214.777 Fälle übermittelt. Den Umfang der ergänzend bereitgestellten Leistungsdaten zeigt Tabelle 7:

Daten	Anzahl Krankenhäuser	Anzahl Fälle
Falldaten zu operativen und interventiven Verfahren	39	3090
Falldaten zu Neurostimulatoren	66	1.280
Falldaten zu minimalinvasiven Operationen an Herzklappen	30	2.658
Falldaten zu Blutprodukten	215	50.622
Falldaten zu Medikamenten	225	145.682
Falldaten zur Dialyse	143	11.445

Tabelle 7: Ergänzend bereitgestellte Leistungsdaten (Übersicht)

- Kostendaten

Kostendaten wurden leistungs- und fallbezogen zum einen für die Gabe von Blutprodukten und Medikamenten benötigt, da deren Kosten in der modularen Kostendarstellung nicht leistungsbezogen erkennbar sind. Zum anderen wurden leistungs- und fallbezogen Kostendaten für eine begrenzte Anzahl von Verfah-

ren (Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators bzw. minimalinvasive Operationen an Herzklappen) abgefragt, um spezielle Informationen zu erhalten, die über die Angaben des Regeldatensatzes hinausgehen. Der Umfang der ergänzend bereitgestellten Kostendaten ist in Tabelle 8 dargestellt.

Daten	Anzahl Krankenhäuser	Anzahl Fälle
Kostendaten zu Blutprodukten	214	50.560
Kostendaten zu Medikamenten	225	145.552
Kostendaten zu Neurostimulatoren	64	1.255
Kostendaten zu minimalinvasiven Operationen an Herzklappen	29	2.634

Tabelle 8: Ergänzend bereitgestellte Kostendaten (Übersicht)

Da sich an der ergänzenden Datenbereitstellung zwar weitgehend die an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern beteiligen, diese Informationen aber nicht aus allen gem. § 21 KHEntgG zur Datenlieferung verpflichteten Krankenhäusern vorliegen, wird eine bessere Beurteilung von Mehrkosten bestimmter Verfahren ermöglicht, eine sichere Abschätzung der bundesweiten 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. Jedoch haben die verbesserten Möglichkeiten bei Plausibilisierung und Beurteilung von Kosten die Ausdifferenzierung der Zusatzentgelte für Neurostimulatoren für das DRG-System 2013 erleichtert.

### 3.2.2 Vorschlagsverfahren

#### 3.2.2.1 Grundzüge des Verfahrens

Wie in den vergangenen Jahren hatten die Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG das InEK erneut beauftragt, das sogenannte „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2013“ (Vorschlagsverfahren für 2013) durch ein regelhaftes Verfahren zu führen. Die bewährte Konzeption des Verfahrens (siehe Punkt 1–4) wurde fortgeführt:

1. Vorschläge konnten ausschließlich per E-Mail an das InEK übermittelt werden.
2. Nur für Vorschläge, die bis zum 29. Februar eingebracht worden waren, wurde eine Rückfrage im Falle von Unklarheiten zugesagt.
3. Änderungsvorschläge zum ICD-10-GM Version 2012 bzw. OPS Version 2012 konnten ausschließlich beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) eingereicht werden.
4. Gemäß Beschluss der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG im Spitzengespräch am 9. Februar 2004 wurden die Namen der Antragsteller sowie eine gekürzte Darstellung des Inhalts der Vorschläge veröffentlicht.



Das Vorschlagsverfahren für 2013 wurde am 30. November 2011 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 24. Mai 2012 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 Kalkulationshäusern gelieferten Daten überprüft. Näher beschrieben wird das Verfahren der Simulation und Bewertung vorgeschlagener Änderungen der G-DRG-Klassifikation in Kapitel 2.3. Die nicht simulierbaren Hinweise flossen durch die Schärfung des Problembewusstseins zu den dargestellten Themen in die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems ein.

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

### **3.2.2.2 Beteiligung**

Die Beteiligung am Verfahren war erneut etwas höher als im Vorjahr. Insgesamt sind 197 Vorschlagssendungen eingegangen. Dabei wurden 104 Vorschlagssendungen von Fachgesellschaften oder Verbänden sowie weitere 93 Vorschlagssendungen von Einzelpersonen/Institutionen eingebracht. Da eine Vorschlagssendung aus mehreren Teilveranschlägen (also Vorschlägen zu verschiedenen Problemstellungen oder DRGs) bestehen konnte, ergaben sich rund 520 einzelne Vorschläge. Dazu kamen ca. 100 Vorschläge aus den beiden vorherigen Vorschlagsverfahren, die erst in diesem Jahr rechenbar waren, typischerweise weil die beschriebenen Leistungen erst in den Kalkulationsdaten des Jahres 2011 zweifelsfrei identifizierbar waren.

Die meisten Vorschläge gingen zu den Fachgebieten Unfallchirurgie/Orthopädie, Kardiologie, Herz- und Gefäßchirurgie und Geriatrie ein. Wie bereits im Vorjahr wurde der größte Teil der Vorschläge von medizinischen Fachgesellschaften eingereicht. Eine detaillierte Aufstellung der vorschlagenden Institutionen, Organisationen und Einzelpersonen kann der Zusammenstellung der Vorschläge entnommen werden, die auf den Internetseiten des InEK zum Herunterladen bereitsteht.

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

### 3.2.2.3 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge

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

Beim Vorschlagsverfahren für 2013 war die Mehrzahl der eingebrachten Vorschläge auf den Daten der Kalkulationskrankenhäuser direkt simulierbar. Aber auch bei den nicht direkt simulierbaren Vorschlägen fand sich eine Verschiebung hin zu Lösungen innerhalb des Systems. Nicht direkt simulierbare Vorschläge waren insbesondere:

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

Die Weiterentwicklung der Klassifikationen ICD-10-GM und OPS ist Aufgabe des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Darauf wurde in der Verfahrensbeschreibung hingewiesen. Die im Rahmen des Verfahrens eingegangenen Vorschläge zur Neuformulierung von Kodes wurden an die zuständigen Stellen beim DIMDI weitergeleitet, allerdings hatte dies keine Verlängerung der Annahmefrist des DIMDI (29. Februar 2012) zur Folge.
- **Vorschläge zur Finanzierung über Zusatzentgelte**

Generell ist die Vergütung einzelner Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel nach § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG nur für eng begrenzte Ausnahmefälle vorgesehen. Die Ermittlung von Zusatzentgelten erfordert typischerweise ergänzende Fallinformationen und eine eigene Methodik. In Kapitel 2.5 wird zur Ermittlung von Zusatzentgelten ausführlich Stellung genommen.
- **Vorschläge zur Änderung der CCL-Matrix**

Die in den Vorjahren entwickelte Methodik zur Überarbeitung der CCL-Matrix wurde in diesem Jahr grundlegend überarbeitet. Zwar wurden im Rahmen der Bearbeitung der CCL-Matrix weiterhin Diagnosen in die CCL-Matrix aufgenommen bzw. aufgewertet, aus der CCL-Matrix gestrichen bzw. abgewertet oder Änderungen der CC-Ausschlussliste umgesetzt, insbesondere fand allerdings in einem erheblichen Umfang eine Neubewertung der CCL-Werte von Diagnosen in einzelnen DRGs statt.

Auf die Überarbeitung der CCL-Matrix wird in Kapitel 3.3.1.4 detailliert eingegangen.
- **Vorschläge zur Bildung neuer DRGs aufgrund neuer ICD-/OPS-Kodes**

Simulationen auf den Daten der Kalkulationskrankenhäuser konnten nur anhand von Kodes durchgeführt werden, die in den Datensätzen vorhanden waren oder aufgrund einer ergänzenden Datenbereitstellung zur Verfügung standen. Mit neu beantragten Kodes wurde wie oben beschrieben verfahren. Wurden diese Kodes vom DIMDI in die Klassifikationen aufgenommen, so können sie ab dem Jahr 2013 verschlüsselt werden und stehen dann spätestens im Jahr 2014 in den Kalkulationsdaten zur Analyse zur Verfügung. Vorschläge, die auf Kodes des Jahres 2012 basieren, wurden weitestgehend auf Kodes des Jahres 2011

übergeleitet. War dies nicht möglich, wurden diese Vorschläge für eine erneute Bearbeitung im nächsten Jahr vorgemerkt.

- Duplikate

Wie in den Vorjahren wurden einige Vorschläge text- oder inhaltsidentisch von mehreren Institutionen/Personen eingebracht. Ein Vorteil ergab sich durch mehrfache Einsendungen nicht. Eine Priorisierung bei Mehrfachnennung fand nicht statt.

- Vorschläge zur Änderung der Deutschen Kodierrichtlinien

Bei der Überarbeitung der Deutschen Kodierrichtlinien für das Jahr 2013 stand in diesem Jahr erneut vor allem die Klarstellung einzelner Kodierrichtlinien im Vordergrund, nachdem bereits in den vergangenen Jahren eine umfangreiche Straffung und Neugestaltung der Deutschen Kodierrichtlinien erfolgt ist. Die Änderungsvorschläge zu den Kodierrichtlinien flossen dabei in die Diskussion ein.

- Vorschläge zur Änderung von Rahmenbedingungen des G-DRG-Systems

Vorschläge, die grundsätzlich von den Rahmenbedingungen der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPV) für das Jahr 2012 abweichen bzw. außerhalb der Systemarchitektur des G-DRG-Systems lagen, wurden auf innerhalb des G-DRG-Systems simulierbare Hinweise untersucht oder flossen in die Diskussion bei der Änderung methodischer Ansätze (z.B. Wiederaufnahmeregelung) ein.

- Vorschläge zur Herausnahme einzelner Fachgebiete/Erkrankungen/Einrichtungen

Wie bereits in den Vorjahren gingen nur noch wenige Vorschläge zur Herausnahme einzelner Fachgebiete/Erkrankungen/Einrichtungen im Rahmen des Verfahrens ein. Primär war es Ziel des Verfahrens, eine Lösung innerhalb des DRG-Systems zu finden. Einige DRGs wurden jedoch im Fallpauschalen-Katalog für das Jahr 2013 nicht mit einer Bewertungsrelation belegt (Anlagen 3a und 3b der FPV 2013) und müssen daher vor Ort zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern verhandelt werden. Diese Nichtbelegung mit einer Bewertungsrelation wurde nicht auf Antrag durchgeführt, sondern anhand einer Gesamtwürdigung objektiver Kriterien wie Homogenität, Langlieger-Anteil, Fallzahl etc. entschieden.

Die direkt simulierbaren Vorschläge wurden alle auf den Kalkulationsdaten – zum Teil mehrfach – berechnet und bewertet. Zusätzlich dazu wurden häufig mehrere Vorschlagsvarianten analysiert. Aber auch nicht direkt simulierbare Vorschläge wurden bearbeitet und teilweise mittels aufwendiger Analysen untersucht. Etwa 33% der Vorschläge konnten direkt oder im Sinne des Vorschlagenden umgesetzt werden. Die Rate an umgesetzten Vorschlägen lag damit in der Größenordnung der Vorjahre. Doch auch bei den anderen Vorschlägen wurde die geschilderte Problematik aufgegriffen und intensiv nach Lösungen gesucht. So wurde – angeregt durch die eingebrachten Problemdarstellungen – vor und während der Kalkulation eine Vielzahl von Änderungsvorschlägen entwickelt. Die Gesamtzahl der simulierten Änderungen lag damit erheblich höher als die Anzahl der eingebrachten simulierbaren Vorschläge, nämlich bei insgesamt 5.547 Änderungsvarianten (ohne CCL-Matrix-Berechnungen).

### **3.3       Schwerpunkte der Weiterentwicklung**

#### **3.3.1      Anpassung der Methodik**

##### **3.3.1.1    Erweiterung der Plausibilitätsprüfungen**

Die vom InEK durchgeführten Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen analysieren, ob die aus den Kalkulationskrankenhäusern übermittelten Datensätze den formalen Anforderungen genügen und auch inhaltlich ein stimmiges Bild des Behandlungsfalls vermitteln.

Die formale Prüfung geht dabei der Frage nach, ob das methodische Vorgehen der Kostenkalkulation mit den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs bzw. die Kodierung mit den Vorgaben der Deutschen Kodierrichtlinien übereinstimmt. Die inhaltlichen Prüfungen analysieren, ob die Kostenzurechnung dem unterschiedlichen Behandlungsaufwand entspricht.

Im Zuge der diesjährigen Weiterentwicklung wurden die bereits umfangreichen Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen ausgebaut und verfeinert. Der inhaltliche Zusammenhang zwischen den für einen Behandlungsfall dokumentierten medizinischen Informationen (z.B. Diagnose- und Prozeduren-Kodes, aber auch persönliche Patientenmerkmale) und den sich daraus begründenden Behandlungskosten steht dabei im Mittelpunkt der Analyse.

Zwischen den Kalkulationskrankenhäusern und dem InEK wurde eine intensive Kommunikation gepflegt. Die Krankenhäuser erhielten einen detaillierten fallbezogenen Bericht über das Ergebnis der Plausibilitätsprüfungen und ergänzend die Ergebnisse der krankenhausbezogenen bzw. systematischen Konformitätsprüfungen in einem eigenständigen Report. Auf Grundlage der Reporte haben die Krankenhäuser die Kalkulationsdatensätze überarbeitet und erneut an das InEK übermittelt. Mehrheitlich waren in Absprache mit dem InEK mehrere Korrekturlieferungen notwendig, bis die erforderliche Datenqualität erreicht war. Alternativ zu einer Korrekturlieferung von Datensätzen konnte das Kalkulationskrankenhaus plausible, krankenhausindividuelle Erklärungen für einzelne Auffälligkeiten übermitteln. Dabei wurden teilweise Kalkulationsergebnisse erzielt, die einer handbuchkonformen Umsetzung entsprachen, aber innerhalb der modularen Darstellung der Kostenmatrix auffällig waren. Bei zu großen Abweichungen innerhalb der modularen Struktur wurden die Kalkulationsdatensätze tendenziell nicht für die Kalkulation verwendet.

Die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen basieren teilweise auf den zusätzlichen krankenhausindividuellen Informationen zur Kalkulationsgrundlage, die einen integralen Bestandteil der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen des InEK zur Beurteilung der Integrität der Krankenhaus-Gesamtdaten darstellen. Dazu gehörten u.a.

- die Summe der Kosten und PPR-Minuten je Kostenstelle,
- Angaben zur Kodierung des Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS),
- das Verfahren der Personalkostenverrechnung insbesondere für die Personalkosten des ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes,
- detaillierte Abfragen zu den Intensiveinheiten sowie
- Informationen über die Leistungsdokumentation in den Kostenstellengruppen 4 (OP-Bereich) und 5 (Anästhesie).

Die Kalkulationskrankenhäuser lieferten unverändert fallindividuelle Leistungszeiten in den Bereichen OP und Anästhesie an das InEK. Dabei mussten je durchgeführter Leistung die für die Kalkulation verwendeten Leistungsdaten getrennt für den ärztlichen Dienst und den Funktionsdienst übermittelt werden. Um die krankenhausesindividuellen Strukturen insbesondere im Hinblick auf den Einsatz von Belegärzten mit Honorarvertrag (§ 121 Abs. 5 SGB V) besser zu erfassen, musste die Beteiligung externer Ärzte bei operativen bzw. anästhesiologischen Leistungen zusätzlich angegeben werden.

Die Leistungsdaten stehen in einem engen Zusammenhang zu den Kalkulationsergebnissen im Kalkulationsdatensatz. Daher wurde auf Fallebene geprüft, ob sich die angegebenen Leistungsdaten entsprechend in den Kalkulationsdaten widerspiegeln und die ausgewiesenen Kostensätze 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.

Die umfassende und systematische Prüfung der Leistungszeiten in den Bereichen OP und Anästhesie hat einen wichtigen Beitrag zur Beurteilung der Daten und Erhöhung der Datenqualität der Kostenkalkulation in diesen Kostenstellengruppen geleistet.

### ***Inhaltliche Konformität***

Die inhaltliche Konformitätsprüfung stellte die Konsistenz zwischen kalkulierten Fallkosten und dokumentiertem Behandlungsaufwand sicher. Hierzu wurden bestehende Prüfungen verfeinert und zusätzliche Prüfungen entwickelt, die abstrahierend vom Einzelfall systematische Auffälligkeiten eines Kalkulationskrankenhauses aufdecken sollten.

### **Prüfungen auf Krankenhausebene**

Auf der Krankenhausebene wurde die inhaltlich korrekte Umsetzung fundamentaler Kalkulationsgrundsätze geprüft. Integraler Bestandteil dieser Datenprüfungen sind die zusätzlichen Angaben aus den Informationen zur Kalkulationsgrundlage. Dadurch konnte ein von den Einzelfällen unabhängiger Gesamtüberblick über das Kalkulationskrankenhausebene gewonnen werden. Die inhaltliche Plausibilisierung der Kalkulationsdaten auf Krankenhausebene umfasste insbesondere die Kalkulationsbereiche mit zentraler Bedeutung für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems.

Da die Personalkosten den größten Kostenblock eines Krankenhauses darstellen, kommt der inhaltlichen Prüfung der Personalkostenverrechnung des ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes auf Krankenhausebene ein besonderes Augenmerk zu. Ein Prüfungsschwerpunkt lag auf der Plausibilität der Personalkostenverrechnung zwischen den einzelnen Kostenstellengruppen unter besonderer Berücksichtigung der Vorgaben zur Mindestdifferenzierung im Kostenstellenplan. Ein zweiter Prüfungsschwerpunkt fokussierte innerhalb einer Kostenstellengruppe auf die Zurechnung der Personalkosten auf die einzelnen Behandlungsfälle. Bei Auffälligkeiten wurde durch intensives Rückfragen geklärt, ob eine besondere krankenhausesindividuelle Situation die Auffälligkeit – inhaltlich korrekt – determinierte oder ein systematischer Kalkulationsfehler vorlag.

Die Personalkostenverrechnung des Pflegedienstes wurde insbesondere durch die Analyse der Kalkulationssätze je PPR-Minute auf Kostenstellenebene sowie der Kostenverteilung des Pflegedienstes auf die Kostenstellengruppen u.a. durch Bildung von Kennzahlen für die durchschnittliche Anzahl von Pflegekräften einer Kostenstellengruppe plausibilisiert.

### Prüfungen auf Fallebene

Bei der diesjährigen Weiterentwicklung der Plausibilitätsprüfungen wurde der Leistungsbezug durch OPS-basierte Prüfungen erneut gestärkt und in den für die Weiterentwicklung relevanten Bereichen in Ausmaß und Sensibilität ausgebaut. Das Hauptaugenmerk der fallbezogenen Plausibilitätsprüfungen liegt auf der Konsistenz zwischen der medizinischen Dokumentation einerseits und dem (ökonomischen) Kalkulationsergebnis andererseits.

Die fallbezogene Plausibilisierung der Personalkosten für den Ärztlichen Dienst und den Funktionsdienst in OP und Anästhesie wurde weiter verfeinert und die verschiedenen dem InEK vorliegenden Datenquellen in einen Prüfungszusammenhang überführt. Dabei wurde analysiert, inwieweit die fallbezogenen Angaben zu den Leistungszeiten in OP und Anästhesie in einem plausiblen Verhältnis zu den übermittelten Kalkulationsangaben in den Kostenstellengruppen 4 (OP-Bereich) und 5 (Anästhesie) standen.

Wenn ein nach Datenlage unkomplizierter Fall (z.B. eine Entfernung der Gallenblase ohne weitere kodierte Leistung und ohne komplizierende Nebendiagnosen) definierte Obergrenzen deutlich überschritt, führte dies zur Rückfrage beim Kalkulationskrankenhaus. So konnte häufig eine fehlerhafte Erfassung der Leistungsdaten als Ursache der auffälligen Kostenzuordnung erkannt und korrigiert werden. Durch zusätzliche Analysen konnten „Extremfälle“ (beispielsweise auffällig kurze bzw. besonders lange Schnitt-Naht-Zeit oder Anästhesiologiezeit) als Dokumentationsfehler identifiziert werden. Die Qualität der Kalkulationsdaten in den Bereichen OP und Anästhesie wurde durch die Verfeinerung der Prüfungen nochmals erhöht.

Die Kostenzuweisung in den Funktionsbereichen Kardiologie, Endoskopie und Radiologie lässt sich nicht vollständig OPS-bezogen plausibilisieren, da viele Leistungen dieser Bereiche nicht nach OPS verschlüsselt werden (z.B. Röntgenaufnahme des Thorax). Sehr hohe Kosten in diesen Bereichen sind jedoch in der Regel mit einer kodierbaren Leistung verbunden (z.B. Katheteruntersuchung, Gastroskopie oder CT). Daher erfolgte eine Rückfrage an die Kalkulationskrankenhäuser, wenn bei auffällig hohen Kosten kein OPS-Kode angegeben war.

Im Leistungsbereich „Endoskopie“ konnte mit einem stufenweisen Ausbau der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen im Datenjahr 2011 die Einzelkostenzuordnung nochmals verbessert werden. Im Ergebnis ergaben sich deutlich höhere Einzelkosten für medizinischen Sachbedarf in der Kostenstellengruppe „Endoskopie“. Im Gegenzug zur Anhebung der Einzelkosten gingen die korrespondierenden Gemeinkosten des medizinischen Sachbedarfs der endoskopischen Leistungen zurück. Insgesamt wurde dadurch die Abbildungsgenauigkeit deutlich erhöht, da komplexe endoskopische Leistungen mit hohem Sachmittelbedarf im Vergleich zu Leistungen mit geringerem Sachmittelbedarf in den Kostenarten des medizinischen Sachbedarfs aufgewertet wurden.

Die Plausibilisierung der Kosten in der Kostenstellengruppe 11 (Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche) wurde in diesem Jahr für die mit einem OPS-Komplexbcode kodierbaren Leistungen verbessert. Dabei wurde auf das Vorliegen von Mindestkosten bei Angabe entsprechender OPS-Kodes (z.B. multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems, Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie) unter Berücksichtigung der in den OPS-Kodes definierten Leistungen und Leistungsmengen geprüft. Dabei standen die Leistungen im Fokus, die in Kostenstellen erbracht werden, die nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs zwingend in Kostenstellengruppe 11 auszuweisen sind.

### Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS)

In Form eines integrativen Gesamtkonzeptes wurde bereits mit Wirkung für das Datenjahr 2010 sowohl eine Pflegedokumentation im amtlichen Schlüssel des OPS in Form eines Pflegekomplexmaßnahmen-Score etabliert als auch die Kalkulationsvorschrift für die Zuordnung der Personalkosten des Pflegedienstes auf der Normalstation im Zuge der Kostenträgerrechnung angepasst. Mit Anlage 11 wurde eine Kalkulations-PPR vorgegeben, die neben der bereits bestehenden 9-Felder-Matrix eine weitere Zeile mit Pflegeminuten enthält. Nach den Vorgaben zur Kalkulations-PPR werden Patienten mit einer tagesbezogenen PPR-Pflege-Einstufung von A3 und mit für den PKMS erfassten Score-Werten von 6 oder mehr Punkten kalkulatorisch erhöhte PPR-Werte der Stufe A4 zugewiesen. Das bedeutet, dass ein Patient, der in der täglichen Pflegeeinstufung nach der PPR beispielsweise eine Einstufung von A3S2 erhielt und aus dessen Pflegedokumentation gleichzeitig entnommen werden kann, dass nach den Vorgaben des PKMS-Kodes 6 Punkte erreicht werden, kalkulatorisch der Stufe A4S2 zugeordnet wird.

Für das Datenjahr 2011 wurden die entsprechenden Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen verfeinert. Auf der Krankenhausebene wurde dabei zunächst geprüft, für wie viele Patienten das Kalkulationskrankenhaus einen OPS-Kode aus dem Bereich des PKMS dokumentiert hatte. Gleichzeitig wurde geprüft, ob die kodierten Patienten auch durchschnittlich höhere Personalkosten für den Pflegedienst auf Normalstation aufwiesen. Bei Auffälligkeiten hinsichtlich der Dokumentationsquote oder einer geringen Personalkostendifferenz wurde das Krankenhaus kontaktiert. Auf der Fallebene wurde versucht, anhand der medizinischen Dokumentation Anhaltspunkte für einen möglicherweise fehlenden PKMS-Kode zu identifizieren. Kalkulationskrankenhäuser wurden gebeten, für diese Patienten die Kodierung zu überprüfen.

### **Medizinische Plausibilitätsprüfungen**

Im Rahmen der medizinischen Plausibilitätsprüfungen wurde in gewohnter Weise wieder formal die Kodierung nach den amtlichen Klassifikationen ICD-10-GM und OPS sowie den Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils gültigen Version überprüft. Ein dabei kontrollierter Sachverhalt war z.B. die korrekte Reihenfolge von Diagnosen in Zusammenhang mit der Hauptdiagnose, die bei falscher Verschlüsselung eine andere Eingruppierung des Falles zur Folge gehabt hätte. Grundsätzlich beschränkte sich die Überprüfung auf Sachverhalte, die bereits Gruppierungsrelevanz hatten bzw. bei denen dies zu erwarten war. Die korrekte Anwendung von Codes z.B. hinsichtlich der Tatsache, dass bestimmte Codes nur einmal pro stationärem Aufenthalt anzugeben sind, wurde durch medizinische Plausibilitätsprüfungen überprüft. Prinzipiell wurden auch alle bestehenden Prüfungen auf ihre Relevanz im Gruppierungsalgorithmus überprüft und – falls erforderlich – gestrichen bzw. angepasst.

In den letzten Jahren hat vor allem der Bereich der Prüfungen, die die medizinische Plausibilität eines Falles zum Inhalt haben und die Kategorie „Fehler bis erklärt“ aufweisen, zunehmend an Bedeutung gewonnen. Dies bedeutet, dass für die Krankenhäuser die Möglichkeit bestand, die Korrektheit der Kodierung zu erläutern bzw. falls notwendig eine Korrektur des Falles vorzunehmen. Zu einer Rückfrage bei den Krankenhäusern führten in diesem Zusammenhang beispielsweise Fälle mit der Hauptdiagnose Kopfschmerz und einer Nebendiagnose für Apoplex. Das Ziel, kostenintensive Fälle zu erkennen, die aufgrund einer nicht korrekt verschlüsselten Hauptdiagnose DRGs zugeordnet wurden, die überwiegend der Abbildung leichterer Krankheitsbilder vorbehalten sind, was entsprechend zu Inhomogenitäten führt, wurde dadurch unverändert weiterverfolgt.

### 3.3.1.2 Berechnung der Bewertungsrelationen für Belegversorgung

Bei der Berechnung der Bewertungsrelationen für die DRGs mit belegärztlicher Versorgung wurde die Methodik aus den Vorjahren übernommen. Die normativ-analytische Ableitung bei nicht eigenständig kalkulierten DRGs wurde im Vergleich zu den Vorjahren ebenfalls unverändert durchgeführt.

Zur Verbesserung der Datenqualität für die Kalkulation des Katalogs 2012 wurden auch in diesem Jahr im Vorfeld der Kalkulation die Plausibilitätsprüfungen erweitert und weitere Analysen vorgenommen.

#### **Kalkulation**

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

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

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

Mit 45.866 Datensätzen wurden somit 74 DRGs eigenständig kalkuliert. Eine Aufstellung dieser DRGs befindet sich im Anhang (siehe Tab. A-2). Die Datenbasis ist bei leicht gestiegenem Homogenitätskoeffizienten geringfügig gesunken. Wird die Gesamtheit der gelieferten Daten gem. § 21 KHEntgG betrachtet, repräsentieren diese DRGs ähnlich wie im Vorjahr gut 66% aller abrechenbaren Belegfälle in Deutschland. Die Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung (Spalte 4, Teil b des Fallpauschalen-Katalogs) liegen bei den eigenständig kalkulierten DRGs im Mittel 30,4% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tab. 9).

Differenz Bewertungsrelation	DRGs kalkuliert	DRGs abgeleitet
Bis 10%	0	137
Über 10% bis 20%	9	530
Über 20% bis 30%	24	92
Über 30% bis 40%	31	0
Über 40% bis 50%	10	0
Mittelwert (ungew.)	30,4%	14,0%

Tabelle 9: Differenz Bewertungsrelation Belegabteilung zu Bewertungsrelation Hauptabteilung



Wie im Vorjahr traten bei einigen „impliziten“ Ein-Belegungstag-DRGs Konstellationen auf, bei denen Fälle mit einer Verweildauer von einem Belegungstag bei belegärztlicher Versorgung höhere Erlöse erzielen würden als identische Fälle bei Versorgung in Hauptabteilungen. Um die dadurch entstehende systematische Verzerrung zu vermeiden, wurde bei den betroffenen DRGs mit belegärztlicher Versorgung auch in diesem Jahr das Relativgewicht für den Kurzlieger-Abschlag so angepasst, dass sich die Erlösbeträge bei einer Verweildauer von einem Belegungstag für die Versorgung in Haupt- und Belegabteilung entsprechen.

### **Normativ-analytische Ableitung**

Die Methodik der normativ-analytischen Ableitung wurde unverändert beibehalten. Auf Basis der Verweildauer-Strukturanalyse wurde bei 479 DRGs zusätzlich zum Abzug der Arztkosten ein Zu- bzw. Abschlag der verweildauerabhängigen Module vorgenommen (145 DRGs mit Zuschlag, 334 DRGs mit Abschlag). Dadurch wurden die Bewertungsrelationen für belegärztliche Versorgung den mittleren Verweildauern der Belegfälle in den Daten gem. § 21 KHEntgG angepasst. Die Bewertungsrelationen bei den abgeleiteten DRGs liegen im Ergebnis durchschnittlich 14,0% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tab. 9). Bei 34% der DRGs wurden lediglich die Arztkosten abgezogen, ohne dass weitere Anpassungen vorgenommen wurden (siehe Tab. 10). Die untere und obere Grenzverweildauer wurden nach den üblichen Vorschriften abgeleitet. Entsprechend wurde für den Katalog bei belegärztlicher Versorgung die obere Grenzverweildauer im Vergleich zur Hauptabteilung 224 Mal abgesenkt und 62 Mal angehoben. Die untere Grenzverweildauer wurde im Vergleich zur Hauptabteilung 65 Mal abgesenkt und 12 Mal angehoben.

<b>Verfahren</b>	<b>Anzahl DRGs</b>
Zu- und Abschläge durch VWD-Anpassung	479
Nur Abzug Arztkosten	282
Eigenständig kalkulierte DRGs	74
<b>Gesamt</b>	<b>835</b>

*Tabelle 10: Überblick Kalkulationsmethodik der DRGs bei belegärztlicher Versorgung*

Für 308 DRGs, die für die Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert wurden, ließen sich in den Daten gem. § 21 KHEntgG keine Behandlungsfälle mit belegärztlicher Versorgung finden. Diese DRGs wurden aus dem Fallpauschalen-Katalog für belegärztliche Versorgung gestrichen. Die Anzahl der DRGs für belegärztliche Versorgung hat sich somit im Vergleich zum Vorjahr um 9 verringert (Vorjahr: 844 DRGs).

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

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

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

### 3.3.1.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen

Nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs übermitteln die Krankenhäuser abweichend von der bisherigen Praxis wegen der Angleichung der Vorgaben der tagesbezogenen Kalkulation im Bereich der Psychiatrie und der teilstationären somatischen Behandlung die Leistungsdaten auf Fallebene und die Kostendaten für jeden einzelnen teilstationären Behandlungstag.

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

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

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

Für das Datenjahr 2011 wies die Beschaffenheit der Datenmenge für die DRG A90A *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung* und A90B *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung* eine Verletzung der Kalkulationsbedingungen sowie eine mangelnde Kostendifferenz zwischen den DRG-Fallpauschalen auf, sodass keine Bewertung der beiden Fallpauschalen vorgenommen werden konnte. Die Definition der teilstationären geriatrischen Fallpauschalen wird unverändert im unbewerteten Teil des Katalogs (Anlage 3b) ausgewiesen.

#### ***Niereninsuffizienz, teilstationär***

In den Fallpauschalen-Katalog wurden drei DRG-Fallpauschalen für teilstationäre Dialysen bei Kindern und Erwachsenen unverändert übernommen. Die Fallpauschale für die teilstationäre Dialyse bei Kindern (L90A) sowie die L90B *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse* konnten wegen Verletzung der Kalkulationsbedingungen nicht bewertet werden. Die mittleren Kosten für die teilstationäre DRG L90C *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse* werden in Tabelle 11 für die 139.421 Kalkulationsdatensätze in modularer Struktur dargestellt. In Tabelle 12 werden die häufigsten Hauptdiagnosen und in Tabelle 13 die häufigsten Prozeduren abgebildet.

Bezeichnung	Kostenarten- gruppe	Kosten (€) L90C
Ärztlicher Dienst	1	32,73
Pflegedienst	2	76,34
Med.-technischer Dienst	3	9,72
Arzneimittel	4a	11,41
Arzneimittel Einzelkosten	4b	2,39
Implantate/Transplantate	5	0,00
Übriger med. Bedarf	6a	40,45
Übriger med. Bedarf Einzelkosten	6b	10,07
Med. Infrastruktur	7	19,80
Nicht med. Infrastruktur	8	43,98
<b>Gesamt</b>		<b>246,89</b>

Tabelle 11: Mittlere Kosten der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2010

Kode	Hauptdiagnose	Fälle
Z49.1	Extrakorporale Dialyse	3.724
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	1.985

Tabelle 12: Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2011

Kode	Prozeduren	Fälle
8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	103.459
8-855.3	Hämofiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	21.713
8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	4.517
8-853.3	Hämofiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	1.160
8-855.4	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	1.143

*Tabelle 13: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2011*

### 3.3.1.4 Überarbeitung der CCL-Matrix

Zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2013 wurden im Rahmen des Vorschlagsverfahrens erneut zahlreiche Vorschläge eingereicht, die sich auf eine veränderte Abbildung von Diagnosen in der PCCL-Systematik bezogen. Die Vorschläge betrafen sowohl die Aufnahme bzw. Aufwertung von Einzeldiagnosen oder Diagnosegruppen als auch die Streichung bzw. Abwertung von Diagnosen in der CCL-Matrix. Die Hinweise dienten als Basis vieler Analysen und wurden in diesem Jahr um umfangreiche eigene Prüfungen ergänzt. Ein besonderer Schwerpunkt lag auf häufig kodierten oder streitbefangenen Codes.

Analog zur Methodik der vorangegangenen Jahre wurde die veränderte Abbildung von Diagnosen auf Grundlage der bestehenden G-DRG-Version 2011/2013 („teilweise gesplittete Version“) und der durchgängig nach PCCL > 3, PCCL > 2 und PCCL ≤ 2 gesplitteten Version (ausgenommen MDC 15) untersucht („komplett gesplittete Version“). Diese Vorgehensweise ermöglichte eine Beurteilung der Ergebnisse von Veränderungen in der CCL-Matrix nicht nur im Ausgangs-DRG-System, sondern zusätzlich auch in einem „fiktiven“ DRG-System mit allen denkbaren PCCL-Splits. Entscheidungen konnten somit auf einer weit über das Ausgangs-DRG-System hinausgehenden Basis getroffen werden. Darüber hinaus erforderte eine Veränderung der CCL-Matrix in der Regel einen positiven R<sup>2</sup>-Wert in beiden Systemen sowohl bezogen auf alle Fälle als auch auf Inlier. Somit wurden die fortbestehenden hohen Ansprüche an die objektiven Entscheidungskriterien aufrechterhalten: Veränderungen der CCL-Matrix hatten bei sämtlichen bestehenden und möglichen PCCL-Splits positive Auswirkungen auf das Gesamtsystem zur Voraussetzung. Weitere technische Details zu Änderungen an der CCL-Matrix können den Abschlussberichten der Vorjahre entnommen werden.

Die zur Beurteilung dieser weitreichenden Veränderungen in den letzten Jahren entwickelte Methodik wurde für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2013 erheblich erweitert, mit dem Ziel, eine Adjustierung und Schärfung der PCCL-Systematik zu erreichen.

War in der Vergangenheit die Zeilenverschiebung von Diagnosen in der CCL-Matrix mit rund 100 verschiedenen Positionen und damit Bewertungsmöglichkeiten je Kode mit dem Ergebnis einer pauschalen Auf- bzw. Abwertung bei einem insgesamt verbesserten System die typische Methodik, stellte sich diese Vorgehensweise für viele der in den Kalkulationsdaten 2011 vorliegenden Konstellationen als nicht mehr ausreichend spezifisch heraus. Oft zeigte eine Zeilenverschiebung eines Kodes in der CCL-Matrix beispielsweise insgesamt ein inakzeptables Resultat, hingegen hatte die spezifische Anpassung des CCL-Wertes des Kodes in nur einzelnen, individuell untersuchten DRGs oft ein positives Ergebnis, das in einer rein summarischen Betrachtung des R<sup>2</sup>-Wertes von ungünstigen Effekten verdeckt worden wäre. Die differenzierte Einzelanalyse ermöglichte es zudem, CC-Bewertungen, die nicht oder nicht mehr mit höheren Kosten verbunden waren, präziser korrigieren zu können und eine Umsetzung nur bei einer eindeutigen systemverbessernden Wirkung durchzuführen.

Mit der Anpassung der Methodik konnte der inhaltlichen Nähe von Diagnosen zur Basis-DRG (z.B. die Diagnose Femurfraktur zu der Basis-DRG für Hüft-TEP) ebenso Rechnung getragen werden wie dem zum Teil stark variierenden Kodierverhalten bei einzelnen Diagnosen. Teilweise konnten hier Lösungen über CCL-Exklusionen gefunden werden, für die meisten Teile der Prüfungen jedoch wurden die einzelnen problematischen Konstellationen kritisch betrachtet und die Ergebnisse in den einzelnen DRGs umgesetzt.

In diesem Jahr wurden ca. 110 Diagnosen aus dem Vorschlags- und Anfrageverfahren 2013 sowie über 900 Diagnosekodes im Rahmen eigener Analysen hinsichtlich ihrer Abbildung in der CCL-Matrix untersucht. Multiple Abwertungen, Streichungen, Aufwertungen und Aufnahmen wurden simuliert. Umgesetzt wurden 602 spezifische Neubewertungen, 15 Zeilenverschiebungen, 7 Änderungen der Exklusionslisten, 2 Kodeaufnahmen und 5 Kodestreichungen.

In die CCL-Matrix wurden folgende Diagnosekodes neu aufgenommen:

- A04.3 *Darminfektionen durch enterohämorrhagische Escherichia coli* (in Zeile 1 = maximaler Schweregrad)
- J98.50 *Mediastinitis*

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

Von einer Zeilenverschiebung mit überwiegender Abwertung waren beispielsweise die folgenden Codebereiche betroffen:

- C77.- *Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung an Lymphknoten*
- B95.- *Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind*

Die diesjährigen Analysen zeigten, dass die Codes

- I12.00 *Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise*
- I12.01 *Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise*

- I13.10 *Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise*
- I13.11 *Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise*

zu keiner signifikanten Kostentrennung führten, sodass sie als Schweregrad steigernde Diagnosen aus der CCL-Matrix gestrichen werden konnten. Ebenso zeigte sich für den Code I48.09 *Nicht näher bezeichnetes Vorhofflattern* in den Kalkulationsdaten kaum noch eine Eignung als Kostentrenner, sodass auch hier eine Streichung vorgenommen werden konnte. Die Streichung des Codes I48.09 *Nicht näher bezeichnetes Vorhofflattern* aus der CC-Schweregradsystematik stellt auch eine in Vorbereitung der geänderten Kodierung nach ICD-10-GM 2013 erforderliche Anpassung dar. Ab 2013 kann für die „nicht näher bezeichneten“ Codes nicht mehr zwischen Vorhofflimmern und Vorhofflattern differenziert werden. Eine CC-Bewertung des unspezifischen Neukodes I48.9 *Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet* würde eine Besserstellung beispielsweise gegenüber dem Code I48.1 *Vorhofflimmern, persistierend*, der keine CC-Bewertung aufweist, bedeuten und somit einen möglichen Anreiz zur unspezifischen Kodierung darstellen.

Durch die Zeilenverschiebung des Diagnosekodes T85.88 *Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate, anderenorts nicht klassifiziert* konnte eine sachgerechtere Abbildung des Codes bewirkt werden und eine Gleichstellung mit dem spezifischeren Code T85.81 *Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate im Nervensystem* erreicht werden. Auch hier wird also zukünftig ein Anreiz zur unspezifischen Kodierung vermieden.

Die Analysen für die Basis-DRG-spezifischen Neubewertungen ergaben, dass beispielsweise in bestimmten operativen Basis-DRGs der MDC 06 und 08 die Mehrkosten kaum noch eine Schweregraderhöhung rechtfertigten und somit diese Diagnose der Fälle mit dem Code D62 *Akute Blutungsanämie* in den Basis-DRGs I03 – I47 *Endoprothetik an Knie und Hüfte* von CCL 2 auf 1 und die Diagnosen I06, I09 und I10 *Wirbelsäuleneingriffe* von CCL 4 auf 2 abgewertet werden mussten.

Ein weiteres Beispiel für eine Basis-DRG-spezifische Neubewertung findet sich in den DRGs für Endoprothetik am Hüftgelenk. Der Diagnosekode S72.0- *Schenkelhalsfraktur* liegt dort häufig vor und ist nicht als guter Kostentrenner zu erwarten. Ein möglicher Ansatzpunkt wäre, eine generelle Abwertung der Diagnose in Form einer Zeilenverschiebung vorzunehmen. Dies zeigte sich als nicht begründbar, da in vielen DRGs die Nebendiagnose Fraktur mit deutlich höheren Kosten verbunden ist. Ergänzte man die Diagnose in den CCL-Exklusionen, wirkte es ebenfalls systemweit mit möglichen unerwünschten Nebenwirkungen und nur auf einen Teil der Fälle der Ziel-DRG. Das beste Rechenergebnis für den präzisesten Umbau, die isolierte Senkung des CCL-Werts, ergab sich in den Endoprothetik-DRGs. Daher wählte man eine datengestützte Neubewertung der Diagnosen für Frakturen des Femurs: In den Basis-DRGs für Endoprothetik bzw. andere große Eingriffe am Hüftgelenk (I03 - I47) wurde der CCL-Wert von 4 auf 2 abgesenkt. Die Abwertung erfolgte in nur 8 Basis-DRGs der MDC 08. Die Abwertung in DRGs mit anderem Inhalt bzw. eine weitergehende Abwertung auf CCL 1 oder 0 war anhand der Kalkulationsdaten nicht begründbar.

Die geänderte Vorgehensweise der Bearbeitung der CCL-Matrix mit einer Vielzahl DRG-spezifischer Neubewertungen im Verfahrensjahr 2013 hat zur Folge, dass die CCL-Matrix nun eine erheblich größere Differenzierung aufweist,

- G-DRG 2012: 121 Zeilen \* 97 Spalten = 11.737 Felder
- G-DRG 2013: 295 Zeilen \* 141 Spalten = 41.595 Felder

gleichzeitig aber kein dimensionaler Anstieg der verschobenen Fälle aufgrund des sehr zielgerichteten Umbaus zu verzeichnen ist. Massiv gestiegen ist jedoch der Bearbeitungs- und Rechenaufwand im InEK, da die teilautomatisierten Berechnungen zur CC-Zeilenschiebung regelhaft durch individuelle inhaltliche Einzelanalysen ergänzt wurden.

Abbildung 4 verdeutlicht den umfangreichen Anstieg der bearbeiteten Codes im Verhältnis zu dem geringen Zuwachs der insgesamt verschobenen Fälle in den Jahren 2012 zu 2013.

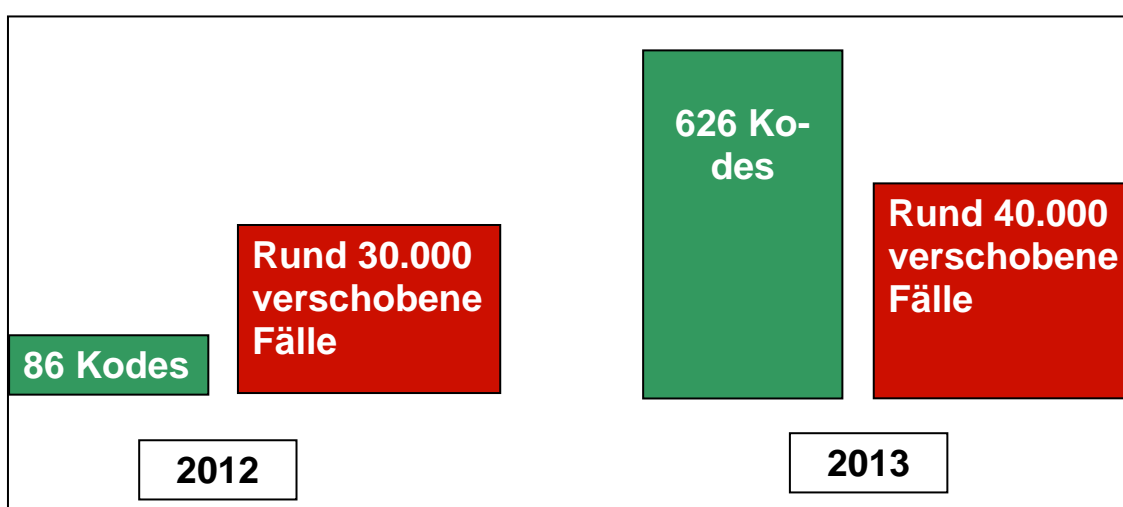


Abbildung 4: CCL-Matrix: Bearbeitete Kodes zu verschobenen Fällen in Kalkulationsdaten

Der dargestellte umfangreiche Umbau der CC-Matrix wurde komplettiert durch eine Anpassung der CC-Exklusionssystematik an einigen relevanten Punkten. Exklusion im CC-System bedeutet, dass in die Ermittlung des Gesamtschweregrades (PCCL) bei zwei als nicht unabhängig voneinander bewerteten Nebendiagnosen nur die höher bewertete eingeht. Schließen sich zwei Diagnosen nach CC-Exklusionsliste aus, gilt dies im gesamten DRG-System und betrifft alle PCCL-Splits. Eine Anpassung bzw. Ergänzung der CC-Exklusionen erfolgt nur, wenn die Addition der CCLs DRG-unabhängig nicht sinnvoll ist und ein eindeutig positives Simulationsergebnis vorliegt.

Eine Ergänzung von Exklusionen erfolgte in diesem Jahr z.B. in folgenden Bereichen:

- Eisenmangelanämie und Intrapartale Blutung
- Anämie in der Schwangerschaft und Intrapartale Blutung
- Blutungsanämie und Intrapartale Blutung
- Periphere AVK und Diabetes mit Gefäßkomplikation
- Lungenembolie und Respiratorische Insuffizienz
- Herzinsuffizienz und Respiratorische Insuffizienz
- COPD und Respiratorische Insuffizienz

Eine vollständige Liste aller im Rahmen der Bearbeitung der CCL-Matrix verändert abgebildeten Diagnosen für die G-DRG-Version 2013 findet sich in Tabelle A-3 im Anhang und auf der Website des InEK.

### 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 1.187 DRGs wie in Tabelle 14 dargestellt verteilen (siehe auch Tab. A-4-1 bis A-4-3 im Anhang).

<b>Kalkulationsbasis</b>	<b>Anzahl DRGs</b>	<b>Anteil DRGs (in %)</b>
Nicht verlegte Fälle	245	21
Nicht verlegte und zusätzlich aufnahmeverlegte Fälle	202	17
Nicht verlegte und zusätzlich entlassverlegte Fälle	167	14
Alle Fälle (nicht verlegte und zusätzlich aufnahme- oder entlassverlegte Fälle)	529	45
DRGs ohne Bewertung (Anlage 3a und 3b)	44	4
<b>Gesamt</b>	<b>1.187</b>	<b>100</b>

Tabelle 14: Überblick über die Berücksichtigung der Verlegungsarten im G-DRG-System 2013

#### **Überlieger aus dem Vorjahr**

Bei Überliegern handelt es sich um Fälle, die vor dem Jahreswechsel im Krankenhaus aufgenommen und erst nach dem Jahreswechsel aus dem Krankenhaus entlassen wurden. Die bei diesen Fällen erbrachten Leistungen werden mit den im Aufnahmejahr gültigen Versionen des ICD-10-GM und des OPS verschlüsselt.

Überlieger werden soweit möglich im Rahmen der Kalkulation berücksichtigt. Dies ist insbesondere sinnvoll, da in dieser Patientengruppe der Anteil an Langliegern und auch an Fällen mit besonders hohen Kosten überdurchschnittlich groß ist. Beispielsweise wäre die DRG A18Z *Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion* mit einer mittleren Verweildauer von 90 Tagen von einer Löschung vieler Überlieger stark betroffen, da rein rechnerisch mehr als jeder vierte Patient dieser DRG ein Überlieger aus dem Vorjahr ist. Unter den Langliegern dieser DRG ist der Anteil an Überliegern folglich noch höher.



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

- Korrekte Kostenkalkulation
- Überleitbarkeit der verwendeten Codes

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

Eine klassifikatorische Voraussetzung für den Verbleib von Überliegern in den Kalkulationsdaten ist die Überleitbarkeit der Leistungsbezeichner (ICD- und OPS-Kodes). Bei einer Differenzierung von Codes (von 2010 auf 2011) ist diese unter Umständen nicht gegeben, da für Überlieger (die noch mit undifferenzierten Codes aus 2010 verschlüsselt sind) keine Information darüber verfügbar ist, mit welchem der inzwischen verfügbaren differenzierten Codes der Fall 2011 verschlüsselt würde.

Wenn auf Grundlage neu ausdifferenzierter Codes z.B. eine neue DRG definiert wurde – und daher Fälle, die 2010 mit dem gleichen Code verschlüsselt wurden, 2011 aufgrund dieser Differenzierung unterschiedliche Gruppierungsergebnisse aufweisen –, kann es daher erforderlich sein, nicht überleitbare Fälle aus der Kalkulationsbasis auszuschließen.

In bestimmten Fällen können jedoch auch Fälle mit formal nicht überleitbaren Codes aus 2010 in der Kalkulationsmenge verbleiben, wenn es sich um eine DRG mit sehr kleinen Fallzahlen handelt und der problematische Code (bei jeder möglichen Überleitungsentscheidung) ohne Gruppierungsrelevanz ist. Beispielsweise sind für die o.g. DRG A18Z nur die Beatmungszeit und ein OPS-Kode (Transplantation) gruppierungsrelevant. Haupt- oder Nebendiagnose haben bei diesen Fällen nie einen Einfluss auf das Gruppierungsergebnis, sodass eine nicht überleitbare Diagnose hier keinen Grund darstellt, einen Überlieger aus der Kalkulationsmenge auszuschließen.

### **3.3.1.6 Berechnung der Bezugsgröße**

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

Für den Fallpauschalen-Katalog 2012 ergab sich auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG für das Datenjahr 2011 eine Summe effektiver Bewertungsrelationen in Höhe von 18.764.079. Unter Verwendung identischer Daten ergab sich für den Fallpauschalen-Katalog 2013 eine Summe effektiver Bewertungsrelationen in Höhe von 18.765.381. Die Differenz der effektiven Bewertungsrelationen beträgt exakt 1.302. Die Bezugsgröße zur Ermittlung der Bewertungsrelationen für den Fallpauschalen-Katalog 2013 beträgt dann 2.729,96 €.

Zur Ermittlung der effektiven Bewertungsrelationen wurden die Daten gem. § 21 KHEntgG für das Datenjahr 2011 herangezogen. Sowohl durch die Aufnahme neuer Leistungen in den Zusatzentgelte-Katalog und das Streichen bislang bestehender Zusatzentgelte sowie durch Anpassungen bereits bestehender Zusatzentgelte (gestrichene Dosisklassen bei bewerteten Zusatzentgelten) verändern sich die Erlössummen der Krankenhäuser. Aufgrund des Vollkostenansatzes wurden in der Kalkulationsstichprobe analog die mit den Zusatzentgelten verbundenen Kosten hinein- bzw. herausgerechnet. Der damit verbundene Gesamteinfluss auf die Summe der effektiven Bewertungsrelationen für den Fallpauschalen-Katalog 2013 konnte für die nationale Ebene mit einer Gesamtsumme in Höhe von 1.302 effektiven Bewertungsrelationen geschätzt werden.

### 3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation

#### 3.3.2.1 Abdominalchirurgie

Die Weiterentwicklung der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* konnte sich in diesem Jahr auf eine rege Beteiligung im Vorschlagsverfahren stützen. Ausgehend von einem Vorschlag hinsichtlich der nicht sachgerechten Abbildung bestimmter Fälle mit Eingriffen am Dickdarm wurden Fälle mit Ileozökal- oder Transversumresektion, subtotale Kolonresektion, multiple Segmentresektion und erweiterte rechts- und linksseitige Hemikolektomien in die DRG G02A *Eingriffe an den Verdauungsorganen [...] oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose* aufgenommen. Des Weiteren wurden Fälle mit bestimmten Eingriffen an Dünn- und Dickdarm in der DRG G02A aufgewertet, wenn bestimmte Diagnosen für Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation, Immundefekte oder für chronisch-entzündliche Darmerkrankungen vorliegen. Auch in der Basis-DRG G16 *Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff oder bei Zustand nach Organtransplantation oder mit Immundefekt* wurden ausgehend von einem Vorschlag Fälle mit bestimmten Rektumresektionen aufgewertet, wenn gleichzeitig komplizierende Diagnosen vorliegen. In einem weiteren Vorschlag wurde auf eine nicht sachgerechte Vergütung der Fälle mit laparoskopischer Hemikolektomie rechts mit Anastomose in der DRG G18D *Eingriffe an Dünn- und Dickdarm [...] ohne komplexen Eingriff* hingewiesen. Zukünftig werden diese Fälle in der DRG G18B *Eingriffe an Dünn- und Dickdarm [...] mit sehr komplexem Eingriff* abgebildet. Hingegen wurden Fälle mit einer unspezifischen Diagnose für angeborene Fehlbildungen des Darms mit dem Code für sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Darms aus der DRG G18A abgewertet, da die betroffenen Fälle nicht mit höheren Kosten verbunden sind. Angeborene Fehlbildungen mit spezifischer Kodierung, z.B. *Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Dünndarms*, sind unverändert in der DRG G18A abgebildet und nicht von der Abwertung betroffen.

Auch unabhängig vom Vorschlagsverfahren wurden zahlreiche Analysen zur sachgerechten Abbildung in der Abdominalchirurgie durchgeführt, woraus sich weitere Veränderungen für 2013 ergeben: So erwies sich die Bedingung des Alters kleiner 18 und größer 69 Jahre in der DRG G69B *Entzündliche Darmerkrankung, Alter < 18 Jahre oder Alter > 69 Jahre* als nicht mehr suffizienter Kostentrenner, sodass die beiden DRGs G69B und G69C kondensiert wurden. Zudem führten eigene Analysen der Basis-DRG G02 zu einer Abwertung der Fälle mit Anlegen eines Enterostomas im Rahmen eines

anderen Eingriffs. Diese Fälle werden im G-DRG System 2013 in die Basis-DRG G04 *Adhäsiolyse am Peritoneum [...] od. Anlegen eines Enterostomas* gruppiert.

Aufgrund der umfangreichen Umgestaltung des Codebereichs für die erweiterte Kolon- bzw. Rektumresektion mit Entfernung von Nachbarorganen im OPS Version 2013 erfolgten weitreichende Analyserechnungen. So ist zukünftig für eine erweiterte Darmresektion mit Entfernung von Nachbarorganen der Code für die isolierte Darmresektion in Verbindung mit einem Code für die (Teil-)Resektion eines Nachbarorgans anzugeben. Um sicherzustellen, dass diese Fälle weiterhin in die Basis-DRGs G02 *Komplexe oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm* und G16 *Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion* gruppiert werden, wurden die Bedingungen für die genannten DRGs angepasst.

Des Weiteren wurden ausgehend von einer Änderung des Codebereichs für Hämorrhoiden in Kapitel XI Krankheiten des Verdauungssystems im ICD-10-GM Version 2013 umfangreiche Analyserechnungen durchgeführt. Um zukünftig Fälle mit einer Hauptdiagnose für Hämorrhoiden in der medizinischen Partition der MDC 06 einheitlich abzubilden, wurde in der G-DRG Version 2013 eine neue Basis-DRG G74Z *Hämorrhoiden* gebildet.

### 3.3.2.2 Eingriffe bei Adipositas

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens 2013 sind zahlreiche Hinweise bezüglich der Adipositaschirurgie eingegangen. Unter anderem auf Basis dieser Hinweise erfolgten Umbauten in der MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten*.

Ein Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren erläuterte detailliert die nicht sachgerechte Abbildung von Fällen mit Diagnosen für das Absaugen von Fettgewebe [Liposuktion] in unterschiedlichen Lokalisationen. Eine eingehende Analyse hatte eine Verschiebung von Fällen aus der DRG K07Z *Andere Eingriffe bei Adipositas* in die Basis-DRG K09 *Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten [...] zur Folge*. Die Schärfung der Definitionskriterien trägt nun zu einer besseren Vergütung der in der DRG K07Z verbleibenden Fälle bei. Aus weiteren umfangreichen Analysen in der MDC10 resultierte eine Abwertung der Verfahren für Implantation oder Wechsel, Entfernung bzw. Neufixierung eines Magenbandes durch Streichung von Prozeduren aus der Funktion *Komplexe OP-Prozeduren* sowie bei der laparoskopischen Entfernung eines Magenbandes. Es erfolgte eine Verschiebung von Fällen sowohl aus der DRG 901B *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose [...] mit komplexer OR-Prozedur* in die DRG 901D *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne Strahlentherapie, ohne komplexe OR-Prozedur [...]* als auch aus der DRG K07Z in die Basis-DRG K09, jeweils im Sinne einer Abwertung.

Fälle mit der Diagnose *Endoskopisches Einlegen eines Magenballons* konnten durch eine Splitterweiterung in der DRG K62A *Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para-/Tetraplegie oder mit komplizierender Diagnose* sachgerecht abgebildet werden.

### 3.3.2.3 Erkrankungen an Haut, Unterhaut und Mamma

Für den OPS Version 2011 wurde der Codebereich *Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut* (5-893 im OPS Version 2010) überarbeitet. So waren bisher Verfahren mit deutlichen Aufwandsunterschieden nicht klar voneinander abgegrenzt. Sowohl das Wunddebridement im OP als auch die Wundrevision z.B. im Rahmen eines Verbandwechsels auf der Station waren so zu kodieren.

Ab dem OPS Version 2011 gibt es die Codebereiche 5-896 *Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut* sowie 8-192 *Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde*. Den Hinweisen im OPS zum Codebereich 5-896 ist zu entnehmen, dass „ein Wunddebridement ein chirurgisches Vorgehen mit „Einschneiden“ in erkranktes Gewebe bis in gesundes Gewebe ist. Es setzt in der Regel [...] eine Allgemein-, Regional- oder Lokalanästhesie voraus [...]“. Ein Kode aus diesem Bereich ist nicht zu verwenden z.B. im Zusammenhang mit einer Abszessspaltung oder Primärnaht. Mit dem Codebereich 8-192 ist z.B. die Entfernung von Fibrinbelägen ohne Anästhesie im Rahmen eines Verbandwechsels zu kodieren. Der bisherige Codebereich 5-893 wurde gestrichen.

Aufgrund dieser Neueinteilung der Codebereiche waren die vermuteten Aufwandsunterschiede erstmals im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2013 analysierbar. Durch die hohe Zahl sowohl betroffener Fälle als auch betroffener DRGs in vielen MDCs weist diese Thematik eine umfassende Bedeutung für das Gesamtsystem auf. So gab es Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren einerseits zur unbegründeten Zuordnung von Fällen zu höher vergüteten DRGs, andererseits aber auch zur Problematik „Mindervergütung bei Mehrleistung“ durch Gruppierung der Fälle z.B. in operative Reste-DRGs statt in adäquate medizinische DRGs.

Im Rahmen der Analysen wurden zahlreiche Möglichkeiten einer Neuordnung der Codes aus dem Codebereich 8-192 („ohne Anästhesie“) untersucht:

- Weiter als operative Prozedur (OR-Prozedur)
- Gruppierungsrelevant als NonOR-Prozedur (signifikante Eingriffe innerhalb einiger MDCs)
- Differenziert nach Lokalisationen und OPS-Einteilung wie kleinflächig/großflächig, ohne/mit Einlegen eines Medikamententrägers, ohne/mit Anwendung biochirurgischer Verfahren

Im Ergebnis ist der Hauptteil der Prozeduren aus dem Codebereich 8-192 in der G-DRG-Version 2013 nicht mehr gruppierungsrelevant (massiv systemverbessernder Umbau). Nur die Codes aus 8-192.2- *großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers* sowie 8-192.3- *großflächig, mit Anwendung biochirurgischer Verfahren* werden weiter in operativen DRGs abgebildet.

Beispielhaft sind im Folgenden weitere Umbauten für die G-DRG-Version 2013 aufgeführt:

- Abwertung einfacher Leistungen mit Anreiz zur Fehlkodierung (z.B. kleinflächige Dehnungsplastiken sowie bestimmte Eingriffe an der Lippe)
- Identifikation spezieller Eingriffe in der operativen Reste-Basis-DRG J11 *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma* und Zuordnung zu passenden DRGs, die vorher abgefragt werden (z.B. Kodeverschiebung der Prozeduren für permanenten Hautersatz durch Dermisersatzmaterial aus der Basis-DRG J11 in die

Basis-DRG J22 *Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC)*

- Kondensation der Basis-DRGs J60 *Hautulkus* und J64 *Infektion/Entzündung der Haut und Unterhaut* zur Basis-DRG J64 *Infektion/Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus* unter Beibehaltung der Splitbedingung „äußerst schwere CC“ der DRG J64A

### 3.3.2.4 Extremkosten

Die Problematik der sogenannten „Extremkostenfälle“ war auch in den zurückliegenden Jahren ein viel diskutiertes Thema. Bei der Weiterentwicklung zur Version 2013 konnten erneut einige Konstellationen von Extremkostenfällen neu berücksichtigt werden. Neben den Hinweisen aus dem Vorschlagswesen zu Hochkostenfällen konnten zahlreiche Extremkostenfälle auch mittels eines vom InEK eigens entwickelten EDV-Tools detektiert werden.

Wie in den Vorjahren wurden bei der Umsetzung eine Vielzahl von Anpassungen und Detaillösungen innerhalb des G-DRG-Systems vorgenommen. Neben der sachgerechten Vergütung der Extremkostenfälle ist ein wichtiges Ziel, die Systemkomplexität so gering wie möglich zu halten. Daher erfolgte, wenn die Fallzahlen der identifizierten Extremkostenfälle für die Etablierung eigener DRGs zu gering waren, die Zuordnung zu bereits bestehenden kostenähnlichen DRGs.

Beispielhaft für die Umsetzung von Extremkostenfällen genannt sei die Aufwertung von Kindern unter sechs Jahren mit einer Lebertransplantation. Aufgrund eines Hinweises im Rahmen des Strukturierten Dialogs wurde auf eine Untervergütung von Kindern mit Lebertransplantation in der DRG A01C (RG: 11,898) hingewiesen. Diese Problematik war bereits in den vergangenen Vorschlagsverfahren beschrieben worden. Bisher war auf Grundlage der zur Verfügung stehenden Daten eine geänderte Eingruppierung mit dem Ergebnis einer besseren Vergütung von Kindern aber nicht umsetzbar. Für 2013 konnten Kinder unter sechs Jahren mit Lebertransplantation in die DRG A01B (RG: 14,959) aufgewertet werden.

Weitere Extremkosten, die für 2013 umgesetzt wurden:

- Aufwertung von Fällen mit pulmonaler Endarteriektomie als Therapie der chronisch thromboembolischen pulmonalen Hypertonie in die DRG A07A (RG: 39,438)
- Aufwertung von Fällen mit Darminfektion durch enterohämorrhagische *E. coli* innerhalb der Basis-DRG A11 und A13
- Aufwertung von Fällen mit Infektionen durch Viren der Schweine- und Vogelgrippe sowie mit Darminfektionen durch enterohämorrhagische *E. coli* innerhalb der Basis-DRG A09 und A13
- Schärfung der Definitionslogik der Funktionen für komplizierende Konstellationen

### 3.3.2.5 Frührehabilitation

Fälle mit neurologisch-neurochirurgischer bzw. fachübergreifender Frührehabilitation von mehr als 14 Tagen werden im G-DRG-System differenziert abgebildet. Von 17 DRGs, verteilt auf 8 MDCs, ist lediglich die Basis-DRG B42 *Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage* mit einem Relativgewicht versehen, während alle anderen Fallpauschalen über krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vergütet werden.

Eine angestrebte Bewertung weiterer DRGs konnte auch in diesem Jahr nicht realisiert werden. Die Weiterentwicklung der Abbildung der Frührehabilitation scheiterte einerseits an fehlenden Vorschlägen aus dem Strukturierten Dialog, andererseits aber auch an einer mangelnden Bereitschaft der entsprechenden Fachkliniken zur Teilnahme an der Kalkulation und der damit verbundenen fehlenden Datengrundlage.

Bereits seit mehreren Jahren besteht die Situation einer deutlichen Unterrepräsentanz der entsprechenden Fachkliniken mit der Folge einer eingeschränkten Möglichkeit zur Analyse und Weiterentwicklung. Die weitgehende Abbildung der neurologisch-neurochirurgischen bzw. fachübergreifenden Frührehabilitation in unbewerteten DRGs ist aus Sicht des InEK im Wesentlichen Folge der Datenlage und nicht nur dahingehend zu verstehen, dass eine Abbildung zumindest eines Großteils der Leistungen in leistungsgerechten, bewerteten Pauschalen grundsätzlich nicht möglich ist.

### 3.3.2.6 Ganzkörperszintigraphie mit Radiojod zur Nachuntersuchung von Tumorpatienten

Bei Nachuntersuchungen von Patienten nach Behandlung einer bösartigen Tumorerkrankung hängt die Kodierung der Hauptdiagnose gemäß DKR 0201I „Auswahl und Reihenfolge der Codes“ bzw. DKR 0209d „Malignom in der Eigenanamnese“ davon ab, ob die Behandlung des Malignoms als endgültig abgeschlossen angesehen werden kann bzw. ob noch ein Tumor nachweisbar ist.

So konnten Fälle mit einer Kontrolluntersuchung nach Behandlung eines Schilddrüsenkarzinoms als Hauptdiagnose den ICD-Code C73 *Bösartige Neubildung der Schilddrüse* oder Z08.- *Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung* erhalten. Je nach verschlüsselter Hauptdiagnose wurden die Fälle in MDC 10 oder MDC 23 eingruppiert. Dies führte zu Unsicherheiten bei der Kodierung, da aufwandsähnliche Fälle in DRGs mit unterschiedlichem Relativgewicht eingruppiert werden konnten.

Der geschilderten Problematik war im G-DRG-System 2012 bereits durch die einheitliche Eingruppierung der Fälle mit einer Ganzkörperszintigraphie **mit** Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH) in die MDC 23 – unabhängig von der zugewiesenen Hauptdiagnose – Rechnung getragen worden. Dies wurde durch die direkte Zuweisung aus der Prä-MDC in die MDC 23 erreicht. Entsprechende Behandlungsfälle wurden in der DRG Z64A *Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung mit komplexer Radiojoddiagnostik* sachgerecht abgebildet.

Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren für 2013 führten zu einer weiteren Analyse ähnlicher Fälle. Im Ergebnis wurde die etablierte Umleitung auf Prä-MDC-Ebene um die Prozedur für Radiojoddiagnostik **ohne** Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH) erweitert. Auch diese Fälle werden nun hauptdiagnoseunabhängig der MDC 23 zuge-

wiesen. Durch zusätzlichen Split innerhalb der Basis-DRG Z64 anhand der Prozedur für Radiojoddiagnostik **mit** rh-TSH wurde für 2013 eine sachgerechte Vergütung aller Fälle mit einer Ganzkörperszintigraphie mit Radiojod erreicht. Fälle mit Gabe von rh-TSH werden weiterhin der DRG Z64A *Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung mit komplexer Radiojoddiagnostik* zugeordnet, Fälle ohne Gabe von rh-TSH werden ab 2013 einheitlich in der DRG Z64B [...] mit bestimmter Radiojoddiagnostik abgebildet.

### 3.3.2.7 Gastroenterologie

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens und aufgrund interner Analysen ergaben sich bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2013 zahlreiche Anhaltspunkte für den Bereich der Gastroenterologie, auf deren Basis erneut eine verbesserte Abbildung geschaffen werden konnte. Beispielhaft sind im Folgenden wesentliche Umbauten angeführt.

Um eine Mindervergütung bei Mehrleistungen durch zusätzliche kleine operative Eingriffe zu vermeiden, ist die DRG H41A *Komplexe therapeutische ERCP mit äußerst schweren CC oder photodynamische Therapie* in die operative Partition der MDC 07 einsortiert. Nach Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren zeigte sich, dass für eine kleine Fallmenge diese Problematik in umgekehrter Richtung besteht. Fälle der DRG H41A können, bedingt durch die Eingruppierung der DRG, die höher bewertete DRG H78Z *Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* nicht erreichen. Im Ergebnis wurde die DRG H78Z gezielt einsortiert und ihre Definition um die Bedingung der DRG H41A erweitert (vgl. Abb. 5).

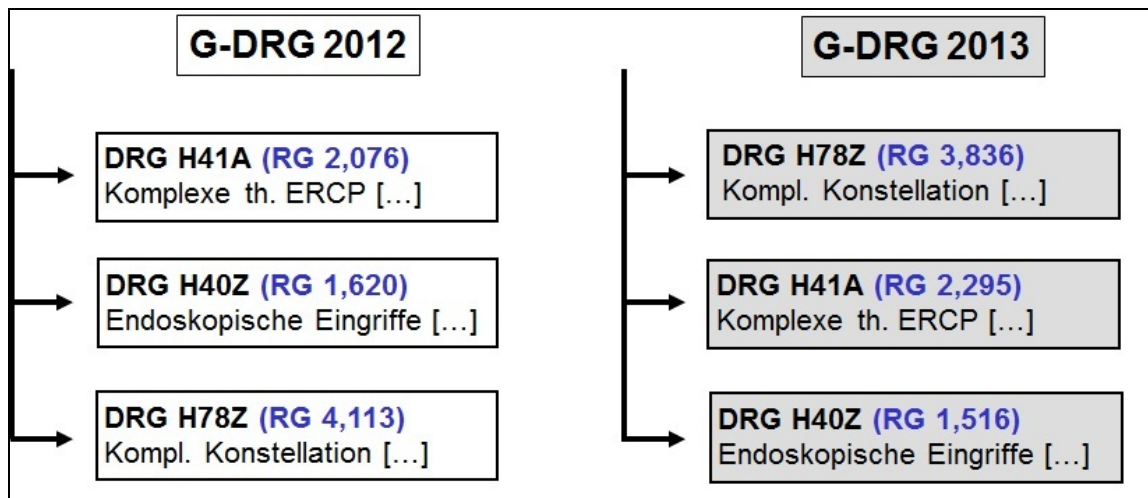


Abbildung 5: Umsortierung der DRG H78Z

Im Bereich der Basis-DRG H41 wurden weiterhin *bestimmte Prozeduren für diagnostische direkte Endoskopie der Gallenwege und des Pankreasganges* aufgenommen und die betreffenden Fälle somit aufgewertet.

Durch die Änderung der Splitbedingungen der DRG H41B *Komplexe therapeutische ERCP mit schweren CC, ohne photodynamische Therapie oder Alter < 16 Jahre oder*

*komplexer Eingriff* von ... *Alter < 3 Jahre* auf *Alter < 16 Jahre* wurden ebenfalls betroffene Fälle aufgewertet. Darüber hinaus werden Fälle mit der Prozedur *endoskopische transgastrale Entfernung von Pankreasnekrosen* nun auch in der DRG H41B berücksichtigt und damit aufgewertet.

Zudem wurden Fälle mit der Prozedur *Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus: Destruktion, endoskopisch: Radiofrequenzablation* in die DRG G46B *Verschiedenartige Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane verbunden mit äußerst schweren CC [...]* aufgewertet. Bei noch sehr geringen Fallzahlen in der Kalkulation und nur teilweise hohen Kosten stellt dies die auf den Daten aus 2011 mögliche Umsetzung dar. Da die Basis-DRG G46 zusätzlich über eine Hauptdiagnostabelle definiert ist, sind von dieser Teilumsetzung nicht alle Fälle mit der Radiofrequenzablation betroffen.

Im Rahmen interner Analysen konnte, wie schon in den Vorjahren, eine gesteigerte Datenqualität im Bereich bestimmter endoskopischer Eingriffe mit hohen Sachkosten nachgewiesen werden. Namentlich soll an dieser Stelle das Projekt der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) genannt werden. Die DGVS hat in Zusammenarbeit mit der DRG Research Group in Münster ein Prüfprogramm entwickelt, das die Kalkulationsdaten der an der InEK-Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser im Hinblick auf valide Kostendaten unterstützen soll. Auf dieser verbesserten Kostendatenbasis ist eine sachgerechtere Abbildung weiterer Verfahren 2013 möglich.

Im Bereich prozedurbezogener Analysen wurde u.a. die Fallzahlentwicklung von Fällen mit der Prozedur 5-513.20 *Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Körbchen* sowie deren Gemein- und Einzelkostenentwicklung im medizinischen Bedarf in der Kostenstelle 8 (Endoskopie) betrachtet. Hierbei ergab sich zwischen den Jahren 2010 und 2011 eine deutliche Fallzahlsteigerung mit einem damit einhergehenden Anstieg der Gemeinkosten des medizinischen Bedarfs um 4,4% und einem Anstieg der Einzelkosten im medizinischen Bedarf um 2,2%.

DRG-bezogene Analysen der Kalkulationsdaten aus dem Datenjahr 2010 und 2011 zeigen einen deutlichen Anstieg der Einzelkosten des medizinischen Bedarfs auf. Exemplarisch sind in Tabelle 15 die Differenzen der Einzelkosten des medizinischen Bedarfs für die DRGs H41C, G46A und G48A dargestellt.

DRG	Gemeinkosten med. Bedarf	Einzelkosten med. Bedarf	abs. Differenz zum Vorjahr	rel. Differenz zum Vorjahr
H41C ERCP	64,71 €	162,88 €	15,06 €	+10%
G46A Gastroskopie	83,87 €	40,81 €	10,01 €	+ 33%
G48A Koloskopie	48,49 €	14,10 €	5,91 €	+ 72%

Tabelle 15: DRG-bezogene Analyse

Diese bessere Abbildung von Einzelkosten für Sachmittel ist im Wesentlichen als Folge einer sachgerechteren Kostenzuweisung in den Kalkulationskrankenhäusern zu werten.



### 3.3.2.8 Geburtshilfe

Basierend auf einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren wurden auch in diesem Jahr Fälle mit aufwendigen operativen Eingriffen in der Schwangerschaft mit Entbindung eingehend untersucht. Gemäß Kodierrichtlinie 1510 sind Krankheiten und Störungen, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren, mit einem Kode aus O98 oder O99 *Infektiöse und parasitäre Krankheiten bzw. andere Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren* als Hauptdiagnose und einem Nebendiagnosekode aus anderen Kapiteln der ICD-10-GM zur Bezeichnung der jeweils vorliegenden Erkrankung zu verschlüsseln. In dem Vorschlag wurden beispielhaft entsprechende hochaufwendige Fälle beschrieben und als Lösung die Schaffung einer neuen DRG vorgeschlagen, sofern es nicht zu einer Änderung der Kodierrichtlinien kommen könne. Die detaillierten Analysen derartiger Fallkonstellationen in den Kalkulationsdaten zeigten wie in den vergangenen Jahren eine eher geringe Anzahl betroffener Fälle, die die Einrichtung einer neuen DRG nicht rechtfertigte. Gleichwohl konnte eine deutlich verbesserte Abbildung entsprechender Fälle im G-DRG-System 2013 erreicht werden, indem die Definition der DRG O05A *Cerclage und Muttermundverschluss [...] für Komplexe OR-Prozeduren* erweitert wurde.

Des Weiteren wurde die Bedingung der DRG O05A um bestimmte Prozeduren für intrauterine Operationen am Feten erweitert und entsprechende Fälle ebenfalls aufgewertet.

Eine detaillierte Analyse von Fällen der Basis-DRG O65 *Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme* führte zu einer Schärfung der PCCL-Splitbedingung: Zukünftig führt nur noch ein PCCL von 4 (bei bestimmter Schwangerschaftsdauer) in die DRG O65A *Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren CC oder komplexer Diagnose, Schwangerschaftsdauer 20 bis 33 vollendete Wochen*. Basierend auf den Analysen wurden darüber hinaus Fälle mit Hyperthyreose als aufwendig identifiziert und innerhalb der Basis-DRG O65 aufgewertet, indem der entsprechende Diagnosekode in die Bedingungen der DRGs O65A und O65B aufgenommen wurde.

Auch im Rahmen des diesjährigen Vorschlagsverfahrens erreichte uns ein Vorschlag zur Stillberatung. Um die Kosten von stillbedingten Problemen beim Neugeborenen und der Mutter im DRG-System abzubilden, sollten bestimmte Diagnosen und Prozeduren für Stillprobleme aufgewertet werden, so z.B. Infektionen der Mamma, die Gewichtsabnahme beim Neugeborenen oder Basis-Patientenschulung. Die eingehende Untersuchung aller vorgeschlagenen Diagnosen und Prozeduren zeigte wiederum, dass entsprechende Fälle in den DRGs der MDC 14 *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* und MDC 15 *Neugeborene* sachgerecht vergütet sind.

### 3.3.2.9 Gefäßchirurgie und -interventionen

Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems war die Überprüfung der Abbildung von Fällen mit Ballonangioplastie mit Medikamente-freisetzenden Ballons bei peripheren perkutan-transluminalen Gefäßinterventionen sowie von Fällen mit perkutan-transluminaler Implantation von Medikamente-freisetzenden Stents in periphere Gefäße einer der Schwerpunkte im Bereich der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*.

Für die peripheren Gefäße waren im NUB-Verfahren bis inkl. 2011 sowohl die Medikamente-freisetzenen Ballons als auch die Medikamente-freisetzenen Stents mit NUB-Status 1 (neu und noch nicht sachgerecht vergütet) bewertet worden. Eine Änderung des Gruppierungsalgorithmus bzw. die Etablierung eines Zusatzentgelts konnte jedoch in den Vorjahren – trotz Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren und umfassender Analysen – nicht umgesetzt werden. Im NUB-Verfahren für 2012 erwiesen sich die Fälle als nicht regelhaft unterfinanziert. Die vorhandenen Daten rechtfertigten nicht mehr die Beibehaltung des NUB-Status 1 und es erfolgte die Bewertung mit NUB-Status 2. Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2013 wurden erneut zahlreiche Vorschläge zu dieser Thematik eingereicht.

In der G-DRG-Version 2012 werden typische Fälle mit Medikamente-freisetzenen Ballons bzw. Stents (periphere Gefäße) in sogenannten „Misch-DRGs“, die sowohl Fälle mit offen-chirurgischen (z.B. Endarteriektomie) als auch interventionell-radiologischen Eingriffen (z.B. perkutan-transluminale Ballonangioplastie) enthalten, abgebildet. Beispielhaft ist für die Medikamente-freisetzenen Ballons die Basis-DRG F59 *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe oder komplexe Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation [...]*, für die Stents die DRG F54Z *Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe ohne kompliz. Konstell. [...]* zu nennen (G-DRG-Version 2012).

Im Vorschlagsverfahren des Vorjahres wurde beschrieben, dass insbesondere Kurzlieger mit interventionellen Gefäßeingriffen in diesen gemischten DRGs untervergütet sein könnten. Die umfangreichen Analysen ergaben jedoch, dass der fehlende Radiologie-Anteil an der Hauptleistung durch die einbezogenen (durchschnittlichen) OP-Kosten der Fälle in einer DRG mehr als kompensiert wird und somit sowohl Inlier als auch Kurzlieger adäquat vergütet sind. In diesem Zusammenhang ist auch die durchschnittlich kürzere Verweildauer der Fälle mit interventionell-radiologischen Eingriffen zu erwähnen.

Die diesjährige Analyse der Medikamente-freisetzenen Stents hat die Ergebnisse aus dem NUB-Verfahren bestätigt und gezeigt, dass die Fälle in den typischen DRGs – auch bei Implantation mehrerer Stents – sachgerecht vergütet werden. Ähnlich wie bei den Koronarstents ist auch hier ein Rückgang der Implantatkosten pro Stück zu verzeichnen. Fälle mit genau einem Medikamente-freisetzenen Stent im Bereich der Ober-, Unterschenkel- und sonstigen Gefäße erwiesen sich sogar als bisher deutlich übervergütet und wurden durch Kodeverschiebung aus der DRG F54Z *Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe ohne kompliz. Konstell. [...]* in die DRG F59C *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne mehrfache Gefäßeingriffe [...]* neu zugeordnet. Für die Etablierung eines Zusatzentgelts ergab sich kein Anhaltspunkt.

Die Analysen für die Medikamente-freisetzenen Ballons ergaben, dass der überwiegende Anteil der Fälle mit nur einem Ballonkatheter – das sind 75% aller Fälle mit Ballonkatheter – nur geringe Mehrkosten in diesen DRGs aufweist. Fälle mit mehreren Ballonkathetern (etwa bei Mehrgefäßerkrankungen oder langstreckigen Stenosen) sind hingegen allein über die Fallpauschale nicht sachgerecht vergütet. Für die G-DRG-Version 2013 wurde das bewertete Zusatzentgelt ZE137 *Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen* – differenziert nach der Anzahl der verwendeten Ballons – neu etabliert. Das ZE137 wird definiert durch Prozedurenkodes für perkutan-transluminale Ballonangioplastie an bestimmten Lokalisationen (u.a. Ober-/Unterschenkelgefäße) in Kombination mit einem Zusatzcode, der Art und Anzahl der verwendeten Ballons beschreibt. Die höheren Sachkosten der interventionellen gegenüber den chirurgischen Verfahren werden allerdings zum einen durch eine kürzere Verweildauer, zum anderen durch hier nicht anfallende Kostenanteile, wie z.B. OP-Kosten, zumindest teilkompensiert. Dies ist bei der Berechnung der Zusatzentgelte zwingend zu berücksichtigen. Die Ermittlung des Betrags erfolgt somit aus dem Fallkosten-Delta (für

1 bzw. 2 Ballons). Bei intrakranieller Anwendung Medikamente-freisetzender Ballons erwiesen sich die Fälle in den Basis-DRGs B02 *Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation* und B20 *Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation* als sachgerecht vergütet. Das Ergebnis bezüglich der Anwendung Medikamente-freisetzender Ballons im Bereich anderer Lokalisationen war aufgrund einer sehr geringen Anzahl betroffener Fälle in den Kalkulationsdaten nicht bewertbar.

Beispielhaft sind im Folgenden weitere Veränderungen im Bereich der Gefäßchirurgie für die G-DRG-Version 2013 aufgeführt:

- Zusammenfassung der Basis-DRGs F54 und F59 zur Basis-DRG F59 (Gesamtaufbau im Zusammenhang mit CC-Neubewertungen und neuem Zusatzentgelt ZE137 *Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen*)
- Aufwertung von Fällen mit Thrombektomie aus einer Gefäßprothese im Bereich der Oberschenkelarterien
- Schärfung der Definition der Basis-DRG F14 *Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe [...]* durch Zuordnung bestimmter weniger komplexer Eingriffe zur Basis-DRG F59 (z.B. Anlegen einer AV-Fistel, perkutane Atherektomie an Oberschenkelgefäßen)
- Aufwertung von Fällen mit Radiofrequenzablation über die A. renalis durch Zuordnung zur Basis-DRG F19 *Andere perkutan-transluminale Intervention [...]* oder *Radiofrequenzablation über A. renalis* mit Eingruppierung typischer Fälle in die DRG F19C *Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen oder Radiofrequenzablation über A. renalis [...]*

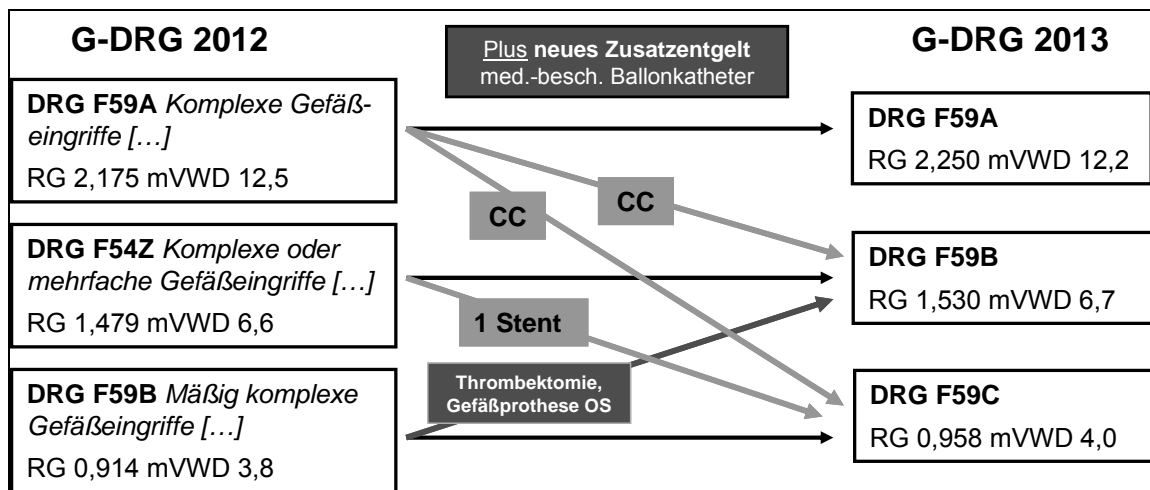


Abbildung 6: Beispielhafte Veränderungen der Basis-DRGs F54 und F59

### 3.3.2.10 Geriatrie

Das diesjährige Vorschlagsverfahren fand erneut unter reger Beteiligung der geriatrischen Fachgesellschaft, geriatrischer Fachabteilungen sowie -krankenhäusern statt. Neben Vorschlägen zur Etablierung neuer Geriatrie-DRGs wurde z.B. auf eine vermeintliche Mindervergütung bei Mehrleistung von Fällen mit geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung und einem kleinen operativen Eingriff oder Vakuumtherapie hingewiesen. All diesen Hinweisen wurde mittels umfangreicher Analysen nachgegangen. Letztendlich zeigte sich eine detaillierte Abbildung von Fällen mit geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung mit mindestens 14 Behandlungstagen im G-DRG-System. Es fand sich somit kein Anhaltspunkt zur Etablierung weiterer DRGs, da bereits ca. 95% dieser Fälle in den 17 spezifischen DRGs in 11 MDCs abgebildet sind. Fälle mit der Prozedur für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit mindestens 7 Behandlungstagen und 10 Therapieeinheiten erwiesen sich erneut als nicht teurer als die übrigen Fälle ihrer jeweiligen DRG, sodass auch hier kein Handlungsbedarf bestand.

In bestimmten Einzelfällen kam es in der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* und der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* zur Problematik der Mindervergütung bei Mehrleistung, wenn geriatrische Fälle aufgrund spezifischer Eingriffe in DRGs vorher abgefragt werden, die teilweise geringer vergütet sind als die Geriatrie-DRGs. Zur Vermeidung dieses Problems werden die DRGs F48Z *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* und G52Z *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* im G-DRG-System 2013 partititionsübergreifend vor bestimmte operative Reste-DRGs in den MDCs 05 und 06 sortiert.

Kritisch bleibt die erneut geringe Kalkulationsbeteiligung der geriatrischen Krankenhäuser anzumerken – nur zwei der zwanzig fallzahlstärksten Krankenhäuser stellten ihre Daten zur Verfügung.

### 3.3.2.11 Handchirurgie

Die wichtigste DRG zur Abbildung handchirurgischer Leistungen innerhalb der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* ist die Basis-DRG I32 *Eingriffe an Handgelenk und Hand*. Sie beruht im Wesentlichen auf folgenden Attributen:

- Komplexität des Eingriffs
- Mehrzeitiger Eingriff
- Komplexe Diagnosen (angeborene Fehlbildungen, rheumatische Erkrankungen, Pseudarthrose, Mehrfachfraktur)
- Alter (Kindersplits)
- Spezielle Komplexbehandlung der Hand (OPS-Kodes 8-988.-)

Im Rahmen der Weiterentwicklung zum G-DRG-System 2013 stellten sich die genannten Definitionskriterien weiterhin als eine adäquate Differenzierung für diese DRG dar. Die umfangreichen Analysen zur sachgerechten Abbildung innerhalb der Basis-DRG I32 wurden auch für das G-DRG-System 2013 fortgeführt. Hierzu wurden Vorschläge im Rahmen des Strukturierten Dialogs wie auch eigene Analysen berücksichtigt. Ein

Schwerpunkt der diesjährigen Analysen betrifft die Untersuchung auf sachgerechte Abbildung der Fälle mit Implantation der Fingergelenkendoprothesen anhand der Anzahl implantierter Endoprothesen. Für die vorgeschlagene Aufwertung der Fälle mit  $n \geq 2$  in die DRGs I32A *Eingriffe an Handgelenk und Hand mit mehrzeitigem komplexen oder mäßig komplexen Eingriff [...]* oder I32B *Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne mehrzeitigen Eingriff, ohne Komplexbehandlung [...]* zeigte sich bei vergleichsweise geringen Mehrkosten aber kein Hinweis. Die Analysen zeigten stattdessen, dass die Fälle mit Implantation einer einzelnen Fingergelenkendoprothese in der DRG I32C *Eingriffe an Handgelenk und Hand [...]* mit *best. Eingriff oder komplexer Diagnose* nicht sachgerecht abgebildet werden. Daher werden diese Fälle im G-DRG System 2013 in die DRG I32D *Eingriffe an Handgelenk und Hand [...]* mit *bestimmtem oder beidseitigem Eingriff* abgewertet. Infolge dieser Bereinigung für die DRG I32C steigt das Relativgewicht in der G-DRG-Version 2013 um 0,103, und Fälle mit zwei oder mehr Fingergelenkendoprothesen werden in der DRG I32C somit aufgewertet.

Ausgehend von eigenen Analysen zeigten sich Fälle mit Revision ohne Wechsel einer Endoprothese an Daumensattelgelenk und Fingergelenk in den Basis-DRGs I12 *Knochen- und Gelenkinfektion/-entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* sowie I13 *Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk oder bei Endoprothesen der oberen Extremität* nicht sachgerecht vergütet. Zukünftig werden die genannten Fälle im G-DRG-System 2013 in der DRG I32F *Mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter > 5 Jahre* abgebildet.

Des Weiteren konnte aufgrund umfangreicher Analysen die Logik der DRG I32A durch die Abwertung zahlreicher unspezifischer und kleiner Eingriffe wie beispielsweise Inzision oder Drainage am Nagelorgan geschärft werden. Vor allem durch diese Bereinigung steigt das Relativgewicht der DRG I32A in der G-DRG-Version 2013 um 0,141.

Basierend auf einem eingereichten Vorschlag im Strukturierten Dialog wurden Fälle mit bestimmten gefäßgestielten Knochentransplantationen bei Pseudarthrose der Hand in der DRG I32C untersucht und konnten in die DRG I32A aufgewertet werden.

### 3.3.2.12 Hochaufwendige Pflege von Patienten

Die in den OPS Version 2010 aufgenommenen Codebereiche zur Abbildung von Fällen mit hochaufwendiger Pflege (9-20 *Hochaufwendige Pflege von Patienten*) waren seit ihrer Einführung einer stetigen Weiterentwicklung unterworfen. Für den OPS Version 2013 gingen erneut Hinweise und Vorschläge von Fachverbänden und Anwendern zur Revision des Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) beim DIMDI ein. Während in den letzten zwei Jahren auch umfangreichere Änderungen wie z.B. die Ergänzung spezieller Pflegeleistungen bei Patienten mit Hemi-, Para- oder Tetraplegie vorgenommen wurden, beschränken sich die Änderungen für 2013 im Wesentlichen auf die Klarstellung und Vereinheitlichung von Begriffsdefinitionen. Besonders vor dem Hintergrund, dass die Prozeduren für hochaufwendige Pflege seit 2012 durch die Schaffung der Zusatzentgelte ZE 130 *Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen* und ZE 131 *Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen* erlösrelevant sind, ist es wichtig, dass bei Änderung der Prozedurenklassifikation die Überleitbarkeit der Codes gegeben ist und damit die Kongruenz zwischen Kalkulation und Abrechnung gewahrt bleibt.

Für die Kalkulation standen 29.229 Fälle aus 189 Kalkulationshäusern zur Verfügung. Die Kalkulation erfolgte nach der Vorgehensweise des Vorjahres. Für 2013 wurde untersucht, inwieweit eine Differenzierung der Zusatzentgelte nach Aufwandspunkten erforderlich ist. Im Ergebnis konnte bei beiden Zusatzentgelten eine Differenzierung nach Aufwandspunkten in „43 bis 129 Aufwandspunkte“ und in „mehr als 129 Aufwandspunkte“ erzielt werden. Das Zusatzentgelt ZE130 wurde mit 1.110,50 € (43 bis 129 Aufwandspunkte) bzw. 2.229,68 € (mehr als 129 Aufwandspunkte) und das ZE 131 mit 2.537,85 € (43 bis 129 Aufwandspunkte) bzw. 4.832,83 € (mehr als 129 Aufwandspunkte) bewertet.

### 3.3.2.13 Infektionsmedizin

Mit Vorliegen der Kalkulationsdaten des Jahres 2011 war in diesem Sommer die Analyse der epidemisch aufgetretenen Fälle mit Darminfektionen durch *Enterohämorrhagische Escherichia coli* (EHEC) möglich. So gelang es, diese Fälle zusammen mit den Diagnosen *Vogelgrippe* und *Schweinegrippe* innerhalb der Beatmungs-DRG der Prä-MDC aufzuwerten. Zudem wurde EHEC im CCL-System in die Zeile 1 aufgewertet und erreicht damit den maximal möglichen Schweregrad in der Systematik.

Bedingt durch den deutlichen Anstieg der Fallzahlen von EHEC wurde im Jahr 2011 vermehrt Eculizumab verabreicht. Eculizumab, normalerweise bei paroxysmaler nächtlicher Hämoglobinurie eingesetzt, wurde 2011 verstärkt auch bei EHEC-Patienten mit einem hämolytisch-urämischem Syndrom angewandt. Auf Basis dieser Datengrundlage konnte Eculizumab, parenteral, das von 2007 bis 2012 den NUB-Status 1 hatte, in die Liste der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG für das Jahr 2013 aufgenommen werden. Eculizumab erfüllt zwar die Kriterien für eine Zusatzentgeltdefinition, konnte jedoch wie alle in Anlage 4 zusammengefassten Leistungen auf der vorhandenen Datenbasis nicht mit einem Vergütungsbetrag bewertet werden.

### 3.3.2.14 Intensivmedizin

Zum Thema Intensivmedizin gingen im Rahmen des diesjährigen Vorschlagsverfahrens nur wenige Vorschläge ein. Hierbei handelte es sich überwiegend um Problematiken bei der Abbildung hochkomplexer Fallkonstellationen in Krankenhäusern der Maximalversorgung. So konnten aufgrund externer Hinweise z.B. Fälle mit pulmonaler Endarteriektomie innerhalb der Beatmungs-DRGs der Prä-MDC aufgewertet werden.

Die Funktion *Komplizierende Konstellationen Prä-MDC*, die als Kostentrenner innerhalb der Prä-MDC fungiert, wurde in diesem Jahr ebenfalls weiterentwickelt. Detaillierte Informationen zu diesen Umbauten finden Sie im entsprechenden Kapitel 3.3.2.16.

Die geringe Anzahl an Vorschlägen ist in der differenzierten Abbildung intensivmedizinischer Fälle im G-DRG-System begründet, die in den letzten Jahren immer weiter verfeinert werden konnte. Als wichtigste Attribute seien hier nochmals genannt:

- Komplexe intensivmedizinische Prozeduren und Funktionen
- Beatmungsdauer
- Aufwandspunkte nach TISS/SAPS (Therapeutic Intervention Scoring System / Simplified Acute Physiology Score) in der *intensivmedizinischen Komplexbehandlung im Erwachsenen- oder Kindesalter*
- Zusatzentgelte aus dem intensivmedizinischen Bereich

### 3.3.2.15 Kardiologie und Herzchirurgie

Wie in den Vorjahren gehörten das Themengebiet der Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems zu denjenigen Themen mit den meisten Hinweisen im Rahmen des Vorschlagsverfahrens. Einige daraus resultierende Umbauten im Bereich der Herzchirurgie bzw. Kardiologie innerhalb der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* sollen im Folgenden näher erläutert werden.

Ausgehend von zahlreichen Hinweisen zu interventionellen ablativen Maßnahmen bei Tachyarrhythmie wurde wie im vergangenen Jahr die Basis-DRG F50 *Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie* eingehend untersucht. Im Ergebnis führten die Analysen zu einer Aufwertung von Fällen mit Kryoablation am linken Vorhof bzw. mit bipolarer phasenverschobener Radiofrequenzablation am linken Vorhof in die DRG F50A *Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation im linken Vorhof oder hochkomplexer Ablation oder Implantation eines Ereignisrekorders*.

Nach Analyse von Fällen mit Radiofrequenzablation der A. renalis wurde im Rahmen der diesjährigen Kalkulation ein weiteres innovatives Verfahren aufgewertet. Ab dem G-DRG-System 2013 werden entsprechende Fälle vornehmlich der DRG F19C *Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen oder Radiofrequenzablation über A. renalis [...] zugeordnet*. Zuvor waren die Fälle der DRG F54Z *Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellationen [...] zugeordnet*.

Des Weiteren erfolgte im Rahmen der Weiterentwicklung eine eingehende Untersuchung von Fällen mit minimalinvasiven Operationen an Herzklappen. Bereits seit dem G-DRG-System 2010 sind Fälle mit perkutanem Mitralklappen-, Pulmonal- oder Aortenklappenersatz sachgerecht in der DRG F98Z *Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen* abgebildet. Fälle mit minimalinvasiven Mitralklappenrekonstruktionen, die gemäß NUB-Informationen Sachkosten in vergleichbarer Höhe aufweisen, konnten hingegen in den vergangenen Jahren wegen einer geringen Fallzahl nicht hinreichend plausibilisiert werden und wurden deshalb vornehmlich der Basis-DRG F19 *Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen [...] zugeordnet*. Für entsprechende Verfahren konnten in der Vergangenheit basierend auf einem Status 1 bzw. 4 krankenhausindividuelle Zusatzentgelte gem. §6 Abs. 2 KHEntgG (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) über die DRG-Pauschale hinaus geltend gemacht werden. Mit dem Datenjahr 2011 stand nun erstmals eine breite Datenbasis für die genannten Verfahren zur Verfügung. Ab dem G-DRG-System 2013 sind nun auch Fälle mit perkutan-transluminalem Clipping oder mit transapikalem Mitralklappenersatz der DRG F98Z zugeordnet. Außerdem wurden die genannten Prozeduren in die gemeinsamen Tabellen für hochaufwendige Implantate und bestimmte OR-Prozeduren in den Beatmungs-DRGs der Prä-MDC sowie in den DRGs für intensivmedizinische Komplexbehandlung der MDCs 04, 06 und 08 und in die DRG L33Z aufgenommen.

Ausgehend von eigenen Analysen der Basis-DRGs F15, F24 und F52 (PTCA) zeigte sich, dass Fälle mit bestimmten Hauptdiagnosen für Linksherzsuffizienz (Stadium I und II sowie nicht näher bezeichnet) in den betroffenen DRGs mit eher geringen Kosten verbunden waren. Dies führte im Ergebnis zur Streichung der entsprechenden ICD-Kodes aus der Tabelle für komplexe kardiale Erkrankungen. Fälle mit diesen Diagnosen und einer perkutanen Koronarangioplastie werden im G-DRG-System 2013 den Basis-DRGs F56 und F58 zugeordnet.

### 3.3.2.16 Komplizierende Konstellationen

Logische Definitionen, die an mehreren Stellen des DRG-Gruppierungsalgorithmus – auch MDC-übergreifend – vorkommen, werden in „Globalen Funktionen“ zusammengefasst. Diese werden in einem eigenen Kapitel in Band 4 des G-DRG-Definitionshandbuches (bzw. Band 2 der Kompaktversion) definiert. Der Abschnitt „Funktionsübersicht“ in Band 5 (bzw. Band 3 der Kompaktversion) zeigt übersichtlich, an welchen Stellen des Gruppierungsalgorithmus welche Funktion verwendet wird. Es existieren vier Funktionen für komplizierende Konstellationen, die Prozeduren beinhalten, die in unterschiedlichen Behandlungszusammenhängen jeweils einen höheren Ressourcenbedarf bedingen: *Komplizierende Konstellationen I, II und III* sowie *Komplizierende Konstellationen der Prä-MDC*.

Im Rahmen der Kalkulationen zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2013 wurde die Eignung von Prozeduren als komplizierende Konstellationen – die mit einem deutlich erhöhten Mittelbedarf verbunden sein sollten – untersucht. Prozedurenkodes, die dieses Kriterium nicht mehr erfüllten, mussten aus der Definition der entsprechenden Funktionen gestrichen werden, um den tatsächlich erschwerten Behandlungsfällen weiterhin gerecht zu werden. Dabei wurde der Codebereich 8-77 *Maßnahmen im Rahmen der Reanimation* (8-771 *Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation*, 8-772 *Operative Reanimation*, 8-779 *Andere Reanimationsmaßnahmen*) aus den Funktionen *Komplizierende Konstellationen I, II, III* und *Komplizierende Konstellationen der Prä-MDC* entfernt. Der OPS-Code 8-800.c1 *Erythrozytenkonzentrat, 6 TE bis unter 11 TE* ist nicht mehr Bestandteil der Definition der Funktion *Komplizierende Konstellationen der Prä-MDC*. Die Prozedur 8-390.1 *Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage* wurde aus dem Algorithmus der Funktionen *Komplizierende Konstellationen I* und *Komplizierende Konstellationen der Prä-MDC* gestrichen.

In den gefäßchirurgischen Basis-DRGs F08 *Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine* und F14 *Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe [...]* erwiesen sich die Prozedurenkodes für intermittierende Dialysen nicht mehr als geeignete Kostentrenner. Daher wurde in ihren Bedingungen die Funktion *Komplizierende Konstellationen I* durch die Funktion *Komplizierende Konstellationen der MDC 11* ersetzt – in Analogie zu den urologischen Fallpauschalen. Konsequenterweise wurde diese Funktion für das G-DRG-System 2013 in *Komplizierende Konstellationen III* umbenannt, da sie zukünftig auch außerhalb der MDC 11 eingesetzt wird.



### 3.3.2.17 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane

Im Themengebiet der MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* war die Beteiligung am Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2013 erfreulich hoch. Allerdings hatten viele dieser eingereichten Vorschläge die Implementierung von Prozedurenkodex für neue medizinische Verfahren zum Inhalt. So wurden beispielsweise OPS-Kodes für Thoraxstützsysteme, für das bronchoskopische Einführen von polymerisierbarem Hydrogelschaum in die Lunge oder für die thermische bronchoskopische Dampfablation beantragt. All diese Vorschläge wurden an das DIMDI weitergeleitet, dem die Herausgabe und Weiterentwicklung der amtlichen Klassifikationen ICD-10-GM und OPS obliegt.

Weiterhin wurde als Problem benannt, dass Fälle mit Schlafapnoesyndrom und bestimmten Prozeduren nicht in der vorgesehenen DRG E07Z *Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom*, sondern in Fehler-DRGs eingruppiert werden. Daher wurden die entsprechenden Prozeduren für Operationen an Mundhöhle, Gaumen und Zunge in die Tabelle für Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom verschoben. Zudem erfolgten bei der diesjährigen Weiterentwicklung in der MDC 04 folgende Umbauten:

- Aufwertung von Fällen mit Diagnosen für Abszess des Mediastinums und Pyothorax ohne Fistel oder den Prozeduren für bestimmte Bilobektomien ohne broncho- oder angioplastische Erweiterung und bestimmte Resektionen des Mediastinums innerhalb der Basis-DRG E01 *Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax*
- Aufwertung von Fällen mit Rekonstruktion der Trachea oder den Wechsel einer trachealen Schiene innerhalb der Basis-DRG E02 *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen*
- Abwertung von Fällen mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Krankheiten der Atemwege durch chemische Substanzen, Gas, Rauch oder Dampf. Die entsprechenden Diagnosen werden nicht mehr der Basis-DRG E65 *Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung*, sondern der Basis-DRG E69 *Bronchitis und Asthma bronchiale* zugeordnet.

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

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2013 wurde in der MDC 03 *Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses* die uneinheitliche Abbildung von Fällen mit Resektion des Mundbodens oder der Wange mit plastischer Rekonstruktion als Problem benannt. Es wurde u.a. auf eine inkongruente Gruppierung der Fälle mit Rekonstruktion mit zwei freien mikrovaskulär-anastomosierten Transplantaten bzw. mit einer Kombination aus gestielten und mikrovaskulär-anastomosierten Lappen hingewiesen. Während Fälle mit Rekonstruktion mit einem freien mikrovaskulär-anastomosierten Transplantat in die DRG D02A *Komplexe Resektion mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff [...]* gruppiert werden, werden Fälle mit den beiden anderen genannten Eingriffen entweder in die DRG D02B *Komplexe Resektion mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff [...]* oder in die Basis-DRG D24 *Komplexe Hautplastiken*

und große Eingriffe an Kopf und Hals eingeordnet. Im G-DRG-System 2013 wurde die Abbildung vereinheitlicht und die Fälle werden in der DRG D02A abgebildet.

Des Weiteren wurde im Strukturierten Dialog ein Konfliktpotential thematisiert, dass operative Eingriffe an der Lippe abhängig von der Hauptdiagnose entweder in der MDC 03 (*Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses*) oder in der MDC 09 (*Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma*) abgebildet werden. Problematisch erscheint, dass abhängig von der Hauptdiagnose Fälle mit zumindest ähnlichem operativen Aufwand (beispielsweise radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut der Lippe mit Transplantation oder Transposition) in DRGs mit sehr unterschiedlichen Relativgewichten gruppiert werden. Umfangreiche Analysen dieser Fälle führten zu einer sachgerechteren Abbildung der Fälle mit radikaler und ausgedehnter Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut der Lippe innerhalb der MDC 03 in die DRG D12B *Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals*.

G-DRG-System 2012			G-DRG-System 2013		
DRG	Name	RG	DRG	Name	RG
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung	0,932	D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals	0,805
J10A	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma bei bösartiger Neubildung	0,774	J10A	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma bei bösartiger Neubildung	0,769

Tabelle 16: Gruppierung der Fälle mit radikaler und ausgedehnter Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut der Lippe aufgrund eines Lippen-Karzinoms

Ausgehend von einem eingereichten Vorschlag wurden Fälle mit Septorhinoplastiken analysiert. Im Ergebnis konnten Fälle mit Septorhinoplastik und Rippenknorpeltransplantation oder Septorhinoplastik bei angeborener Spaltnase in der DRG D37A *Sehr komplexe Eingriffe an der Nase [...]* aufgewertet werden. In einem weiteren Vorschlag des Strukturierten Dialogs wird auf eine Untervergütung der Anlage einer Mediandrainage an der Stirnhöhle hingewiesen. Nach Analyse der betroffenen Fälle wurde die Prozedur für die Anlage einer Mediandrainage an der Stirnhöhle in der DRG D06B *Eingriffe an Nasennebenhöhlen, [...]* mit komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose aufgewertet.

### 3.3.2.19 Onkologie

Die in der Vergangenheit bereits intensiv verfolgte Differenzierung der Abbildung onkologischer Fälle stand erneut im Fokus der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2013.

In die ICD-10-GM Version 2011 wurde im Zuge der inhaltlichen Aktualisierung des Bereichs „Leukämien und Lymphome“ der Code C94.8 *Blastenkrise bei chronischer myeloischer Leukämie [CML]* aufgenommen, der im Rahmen der diesjährigen Revision des G-DRG-Systems für 2013 erstmals untersucht werden konnte. Die chronische myeloische Leukämie (CML) führt als Hauptdiagnose in die Basis-DRG R61 *Lymphom und nicht akute Leukämie*. Laut Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren werden Fälle mit CML und Blastenkrise wie eine akute myeloische Leukämie therapiert und sollten deshalb auch der Basis-DRG R60 *Akute myeloische Leukämie* zugeordnet werden. Die geschilderte Problematik wurde umfangreich analysiert. Alternativ zur vorgeschlagenen Lösung wurden jedoch Fälle mit Blastenkrise innerhalb der Basis-DRG R61 aufgewertet und in die Definition der DRGs R61B [...] *Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, mit komplexer Diagnostik bei Leukämie* und R61D [...] *Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie* aufgenommen.

Auf Ebene der Prozeduren wurden umfangreiche Analysen bezüglich der Abbildung der Dauer einer Chemotherapie und der Anzahl der verwendeten Medikamente vorgenommen. Diese Attribute können seit dem OPS Version 2010 bei den Codebereichen 8-542 *Nicht komplexe Chemotherapie* und 8-543 *Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie* verschlüsselt werden. Im Fokus der Analysen in der MDC 17 standen dabei vor allem die Prozeduren aus den Codebereichen 8-542 *Nicht komplexe Chemotherapie* und 8-543 *Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie*, welche die Gabe von nur einem Medikament an einer bestimmten Anzahl von Tagen (8-542.x1 oder 8-543.x1) beinhalten. Es zeigte sich in den Analysen, dass Fälle mit der Gabe von einem Medikament an einem bis sieben Tagen aus dem Codebereich 8-542 nicht so teuer waren wie die übrigen Fälle in den betroffenen DRGs. Daher sind diese Codes für 2013 in der MDC 17 nicht mehr gruppierungsrelevant. Konkret davon betroffen ist das Splitkriterium „mäßig komplexe Chemotherapie“, das in den Basis-DRGs R60 und R63 *Andere akute Leukämie* zur Anwendung kommt.

In Bezug auf die operativen DRGs der MDC 17 erreichten uns Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren, dass momentan unspezifische Codes für die sonstige und nicht näher bezeichnete Exzision einzelner Lymphknoten besser bewertet werden als die spezifischen Prozeduren aus dem Codebereich 5-401 *Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße*. Davon betroffen waren die Basis-DRGs R03 *Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC*, [...], R04 *Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren oder schweren CC*, R11 *Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren* und R13 *Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC*. Für 2013 wurden die unspezifischen Prozeduren aus dem Codebereich 5-401 nach entsprechender Analyse abgewertet. Dadurch konnte auch ein möglicher Fehlanreiz zur unspezifischen Verschlüsselung von Lymphknotenexzisionen beseitigt und die Definition von DRGs der operativen Partition der MDC 17 weiter geschärft werden.

Auch außerhalb der MDC 17 wurden standardmäßig Fälle mit bösartiger Neubildung auf ihre sachgerechte Abbildung im G-DRG-System überprüft. Dies führte innerhalb der Basis-DRG C03 *Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie oder Entfernung des*

*Augapfels mit gleichzeitiger Einführung eines Implantates zur Aufwertung von Fällen mit bösartiger Neubildung des Auges in die DRG C03A [...] oder bei bösartiger Neubildung des Auges, mit best. Eingriff an der Retina oder [...].*

Neben den oben aufgeführten spezifischen Änderungen im G-DRG-System für 2013 zur Abbildung onkologischer Fälle haben auch die im Kapitel Abdominalchirurgie (siehe Kap. 3.3.2.1) beschriebenen Systemumbauten erheblichen Einfluss auf die Eingruppierung onkologischer Fälle im Sinne einer sachgerechteren Abbildung.

Aus den Vorschlägen zur Etablierung neuer Zusatzentgelte haben sich für den Bereich der Onkologie im Wesentlichen die folgenden Änderungen ergeben:

- Schaffung neuer unbewerteter Zusatzentgelte für Medikamente wie z.B. *Gabe von Plerixafor, parenteral* (ZE2013-94)
- Schaffung neuer bewerteter Zusatzentgelte für Medikamente wie z.B. *Gabe von Vinflunin, parenteral* (ZE135)
- Für den Bereich der Pädiatrie wurden die bereits bestehenden Dosisklassen für Kinder sowohl für onkologische als auch für nicht onkologische Zusatzentgelte insgesamt überprüft. Daraus resultierte die Schaffung neuer Kinderdosisklassen bei einem neuen unbewerteten Zusatzentgelt (ZE2013-95 *Gabe von Romiplostim, parenteral*).

In den Deutschen Kodierrichtlinien Version 2013 wurde in der Kodierrichtlinie 0201 *Auswahl und Reihenfolge der Codes* die Regelung zur Kodierung der Hauptdiagnose bei Patienten, die primär zur systemischen Chemotherapie bzw. systemischen Strahlentherapie aufgenommen werden, um die systemische Therapie mit Antikörpern oder Zytokinen ergänzt, sodass auch in diesen Fällen das primäre Malignom zukünftig als Hauptdiagnose zuzuweisen ist.

### 3.3.2.20 Operative „Reste-DRGs“

In den sogenannten operativen „Reste-DRGs“ (z.B. Basis-DRG G12 *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen*) werden zumeist wenig aufwendige Fälle mit einfachen oder unklar definierten Eingriffen (z.B. *Andere Bauchoperation, Laparoskopie und Drainage*) abgebildet. Da Fälle in den Reste-DRGs besser vergütet werden können als in DRGs mit spezifischen kleinen Eingriffen, kann ein Fehlanreiz bestehen, unspezifische Prozeduren zu kodieren. Aufgrund dessen werden Reste-DRGs nicht immer entsprechend ihrer mittleren Inlierkosten einsortiert, sondern oft am Ende der operativen Partition einer MDC abgefragt. In Einzelfällen führt dies wiederum zur Problematik der Mindervergütung bei Mehrleistung, wenn u.a. Fälle aufgrund spezifischer Eingriffe vorher abgefragt werden.

Inhaltlich können Reste-DRGs von den Fehler-DRGs (Basis-DRG 901 und 902) und sonstigen DRGs abgegrenzt werden. Fälle führen in die Basis-DRGs 901 und 902, wenn ihre Eingriffe in Bezug auf die Hauptdiagnose der jeweiligen MDC als „fachfremd“ gelten (z.B. Bypass-Operation bei HNO-Patienten).

Im Rahmen der Weiterentwicklung zum G-DRG-System 2013 wurden die umfangreichen Umbauten der Vorjahre überprüft. Die Definitionskriterien der Reste-DRGs stellen sich weiterhin als eine adäquate Differenzierung für diese DRGs dar. Des Weiteren wurden auch in diesem Jahr wieder zahlreiche Fälle innerhalb der Reste-DRGs auf ihre

sachgerechte Abbildung überprüft. Im Ergebnis wurden Fälle sowohl auf- als auch abgewertet.

Aufgrund eigener Analysen zeigten sich Fälle mit bestimmten Biopsien an intrakraniellen Gefäßen in der Reste-DRG C14Z *Andere Eingriffe am Auge* als nicht sachgerecht vergütet. Zukünftig werden diese Fälle in der DRG C01B *Andere Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen [...] oder Biopsien an kraniellen Gefäßen* abgebildet.

Als Beispiel für Abwertungen von Prozeduren in eine Reste-DRG sind zu nennen die perkutane Implantation einer Multifunktionselektrode in den Epidural- oder Spinalraum zur gepulsten Radiofrequenzbehandlung sowie die Implantation einer Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate zur intrathekalen und epiduralen Infusion aus der DRG I10C *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule, mit bestimmtem komplexem Eingriff* in die Reste-DRG I28B *Mäßige komplexe Eingriffe am Bindegewebe*.

Des Weiteren erreichten uns im Rahmen des Vorschlagsverfahrens Hinweise, dass zunehmend bei therapierefraktären Verläufen der Claudicatio intermittens Neurostimulatoren implantiert werden. Die Implantation eines Neurostimulators mit einer Hauptdiagnose aus der MDC 05 (beispielsweise Atherosklerose der unteren Extremität) gruppierte die Fälle bislang in eine Fehler-DRG. Zukünftig werden die Fälle in der Reste-DRG F21B *Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen [...] mit komplexem Eingriff* abgebildet.

### 3.3.2.21 Ophthalmologie

Im Vorschlagsverfahren für 2013 wurden im Bereich der MDC 02 *Krankheiten und Störungen des Auges* einige Vorschläge zur Verbesserung der sachgerechten Abbildung von Fällen mit ophthalmologischen Erkrankungen eingereicht.

So wurde in mehreren Vorschlägen im Rahmen des Strukturierten Dialogs die Gleichstellung von Fällen mit Viskokanaloplastik mit Verfahren für die Senkung des Augeninnendrucks durch nicht filtrierende Operationen innerhalb der DRG C06Z *Komplexe Eingriffe bei Glaukom* thematisiert. Aufgrund aktueller Hinweise und Analysen auf Basis der Vorgängerkodes konnte der im OPS Version 2012 neu etablierte Code für die *Viskokanaloplastik* in die Logik für die DRG C06Z aufgenommen werden.

Ein Schwerpunkt der eigenen Analysen lag auf der Untersuchung von Fällen, die nicht sachgerecht vergütet erschienen. So zeigten sich Fälle mit bestimmten Eingriffen an der Retina oder mit Entfernung des Augapfels bei bösartiger Neubildung des Auges in den DRGs C03C *Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse, mit bestimmtem Eingriff an der Retina* und C03D *Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse, ohne bestimmten Eingriff an der Retina* bislang nicht sachgerecht abgebildet. Zukünftig werden die Fälle entweder in der DRG C03A *Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Extraktion der Linse, mit bestimmtem Eingriff an der Retina* oder C03B *Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse, ohne bestimmten Eingriff an der Retina* abgebildet.

Des Weiteren konnten Fälle mit bestimmten Biopsien an kraniellen Gefäßen aus der operativen Reste-DRG C14Z *Andere Eingriffe am Auge* der MDC 02 entsprechend ihren deutlich höheren Kosten in die Basis-DRG C01 *Eingriffe bei penetrierender Augenverletzung [...] oder Biopsie an kraniellen Gefäßen* aufgewertet werden.

### 3.3.2.22 Palliativmedizin

Leistungen der Palliativmedizin sind wie in den Vorjahren im G-DRG-System 2013 durch drei bewertete Zusatzentgelte abgebildet.

Das bewertete ZE60 *Palliativmedizinische Komplexbehandlung* wurde in den Vorjahren über den gleichlautenden OPS-Kode (8-982 ff.) definiert, differenziert nach der Behandlungsdauer. So lösten Fälle mit mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstagen das ZE60.01, mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstagen ZE60.02 und eine längere Behandlung das ZE60.03 aus.

In den vergangenen Jahren hat die Anzahl der Fälle mit palliativmedizinischer Komplexbehandlung von mehr als sieben Tagen Dauer deutlich zugenommen (vgl. Abb. 7). Dieser Anstieg betrifft die Fallzahlen sowohl in den Daten gem. § 21 KHEntgG als auch in den Kalkulationsdaten.

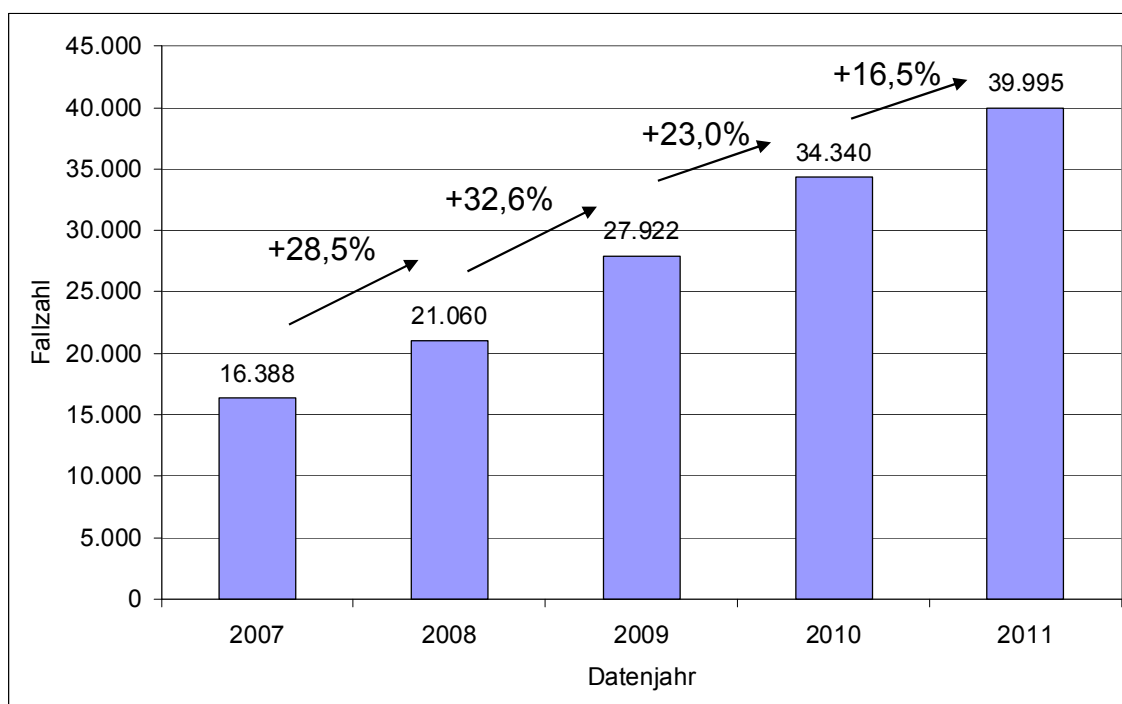


Abbildung 7: Fallzahlentwicklung in §-21-Daten – palliativmedizinische Komplexbehandlung > 7 Tage

So fanden sich in der Datenbasis für das G-DRG-System 2013 6.862 eigens plausibilisierte Fälle mit OPS-Kode *Palliativmedizinische Komplexbehandlung* mit mindestens 7 Behandlungstagen aus 108 Krankenhäusern (Vorjahr: 6.271 Fälle aus 100 Krankenhäusern). Dies entspricht 17,2% der entsprechenden Fälle bzw. 21,7% der Krankenhäuser gegenüber 18,3% der Fälle bzw. 20,7% der Häuser im Vorjahr.

Während die Fallzahlen im Bereich Palliativmedizin kontinuierlich zunahmen, entwickelten sich die Kosten in den letzten Jahren gegenläufig. In Abhängigkeit von der Dauer der Komplexbehandlung ergab sich ein leicht bis deutlich geringerer Betrag für das Zusatzentgelt ZE60.

Zusatzentgelt		Betrag in Euro			Differenz zum Vorjahr	
		2011	2012	2013	2013 vs. 2012	
					Absolut (in Euro)	Relativ (in %)
<b>ZE60.01</b>	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	1.334,51	1.339,98	1.273,89	-66,09	-4,93%
<b>ZE60.02</b>	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	2.124,83	1.962,94	1.756,38	-206,56	-10,52%
<b>ZE60.03</b>	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage	3.310,64	3.433,48	2.760,58	-672,90	-19,60%

Tabelle 17: Entwicklung Zusatzentgelt – palliativmedizinische Komplexbehandlung

Im OPS Version 2012 wurde zusätzlich ein neuer Kode für die spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung mit zum Teil deutlich erhöhten Anforderungen etabliert (8-98e ff.). Beispielsweise werden neben einer kontinuierlichen, 24-stündigen Behandlung auf einer eigenständigen Palliativeinheit durch ein multidisziplinäres und multiprofessionelles Team sowohl eine höhere Qualifikation des Personals als auch eine bedarfsgerechte Anwendung spezialisierter apparativer palliativer Behandlungsverfahren verlangt.

Dieser Kode ist gleichermaßen nach der Anzahl der Behandlungstage unterteilt und ist für 2013 wie im Vorjahr ebenfalls dem ZE60 zugeordnet. Mit Verfügbarkeit fallbezogener Informationen in den Kalkulationsdaten – regulär also im Jahr 2013 – besteht die Möglichkeit, die Fälle mit „spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung“ separat zu analysieren.

### 3.3.2.23 Polytrauma

Als Polytrauma werden Verletzungen mehrerer Körperregionen oder von Organsystemen definiert, wobei mindestens eine Verletzung oder die Kombination mehrerer Verletzungen vital bedrohlich ist (Tscherne, 1977). Entsprechend dieser Definition wird die Zuordnungslogik der MDC 21A nicht über eine alleinige Hauptdiagnoseliste definiert, sondern über die Kombination von schweren Verletzungen oder Traumadiagnosen, die typischerweise lebensbedrohlich sind. Aufgrund dessen thematisieren die Vorschläge des Strukturierten Dialogs die Eingangslogik der Polytrauma-MDC, um sie sowohl zu schärfen als auch sachgerecht zu erweitern.

Im Bereich der MDC 21A *Polytrauma* ergaben sich im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für das Jahr 2013 kaum Hinweise zu möglichen Kostentrennern. Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung zum G-DRG-System 2013 zeigten sich die in der Eingangslogik der Funktion Polytrauma eingesetzten Definitionskriterien durchweg als weiterhin geeignet für eine aufwandsgerechte Eingruppierung. Aufgrund eines Hinweises aus dem Strukturierten Dialog wurde die Eingangslogik der Funktion Polytrauma lediglich dahingehend geschärft, dass Fälle nur aufgrund der Kombination subkapitale Schenkelhalsfraktur und bestimmte Frakturen des Beckens nicht mehr die Bedingung für die Funktion des Polytraumas erfüllen.

### 3.3.2.24 Schlaganfall

Die Abbildung der Behandlung von Schlaganfallpatienten ist im G-DRG-System innerhalb der letzten Jahre immer weiter differenziert worden. So dient die Prozedur 8-981.1 *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mehr als 72 Stunden* bereits in den Splitbedingungen der Beatmungs-DRGs A09E, A11F und A13F dazu, Fälle mit Apoplex und Beatmung in den genannten DRGs besserzustellen. Fälle mit neurologischer Komplexbehandlung und operativem Eingriff werden innerhalb der Basis-DRG B39 abgebildet, die konservative Behandlung in den Basis-DRGs B69 und B70. Grundlage der kontinuierlich verbesserten Abbildung von Schlaganfällen im G-DRG-System war eine Differenzierung insbesondere der Prozedurenkodes für die neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls. Während einerseits neben dem existierenden Code ein neuer Codebereich für *Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* – später sogar unterteilt in mit und ohne Anwendung eines Telekonsildienstes – geschaffen wurde, konnte andererseits auch über Konkretisierungen der Mindestmerkmale die Qualität der Abbildung verbessert werden.

Vorschläge zum Thema Schlaganfallbehandlung gehen im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems nur noch in sehr geringer Anzahl ein. So wurden in diesem Jahr lediglich zwei Vorschläge ähnlichen Inhalts eingereicht, die beide die Abbildung der mechanischen Thrombektomie bei Schlaganfallpatienten mit akutem intrakraniellen Gefäßverschluss mittels Stentretreiver zum Inhalt hatten. Nachdem das DIMDI den entsprechenden Code in den OPS Version 2013 aufgenommen hat, definieren diese Prozeduren nun das ZE133 *Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretreiver-Systems*, differenziert nach der Anzahl der verwendeten Systeme. Spätestens ab dem Jahr 2014 kann auf Basis der regulären Kalkulationsdaten aus dem Jahr 2013 – ggf. im Rahmen einer ergänzenden Datenbereitstellung auch ein Jahr früher – die Abbildung von Fällen mit perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Stentretreiver-Systems differenziert untersucht werden.

### 3.3.2.25 Unfallchirurgie/Orthopädie

Auch in diesem Jahr erreichten uns im Rahmen des Strukturierten Dialogs zahlreiche Vorschläge für die MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelettsystem und Bindegewebe*. Hierdurch können nicht nur die tatsächlich benannten Sachverhalte und Lösungsvorschläge berechnet werden, sondern umfangreiche Analysen, die oftmals über das beschriebene Problem hinausgehen, durchgeführt werden. Schwerpunkte in der diesjährigen Weiterentwicklung bildeten Operationen der Wirbelsäule und Eingriffe an der oberen und unteren Extremität.

Aufgrund eines Hinweises, dass komplexe Korrekturen, die mit Eingriffen an mehreren Zehenstrahlen assoziiert sind, gegenwärtig nicht sachgerecht vergütet sind, erfolgten umfangreiche Analysen. Im Ergebnis konnten Fälle mit Eingriff am Großzeh in Kombination mit Eingriffen an mehreren Fußstrahlen innerhalb der Basis-DRG I20 *Eingriffe am Fuß* aufgewertet werden.

In der Traumatologie führte die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems u.a. zu einer Aufwertung der Fälle mit geschlossener oder offener Reposition bestimmter Tibiafrakturen mittels Fixateur externe in die DRG I13A *Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia,*



*Fibula und Sprunggelenk mit [...] aufwendiger Osteosynthese.* Somit werden im G-DRG-System 2013 die Repositionen einer Tibiafraktur mittels Fixateur externe einheitlich abgebildet.

Die im diesjährigen Vorschlagsverfahren eingegangenen Hinweise sorgten – in Fortführung der differenzierten Abbildung der einzelnen Verfahren bei Eingriffen an der Schulter des Vorjahres – für eine verbesserte Sachgerechtigkeit: So werden zukünftig sowohl Fälle mit arthroskopischer Stabilisierung des Akromioklavikulargelenks durch Fixationsverfahren als auch Fälle mit Transplantation von Sehnen an Schulter und Axilla in die DRG I29Z *Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula* aufgewertet.

Ein Hinweis führte zur Analyse der Fälle mit arthroskopischer Refixation und arthroskopischem Wechsel eines Kreuzbandes mit allogener Sehne. Im Ergebnis werden die genannten Fälle im Sinne einer Gleichstellung mit anderen Operationen an den Kreuzbändern in der DRG I30Z *Komplexe Eingriffe am Kniegelenk oder arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk* aufgewertet.

Des Weiteren thematisierten zahlreiche Vorschläge Möglichkeiten für Fehlanreize durch die Kodierung von Prozeduren, die in anderen Codes bereits eingeschlossen sind. So wurden insbesondere DRGs untersucht, die einen allgemeinen Logikausdruck für Mehrfacheingriffe („Zwei Prozeduren aus Tabelle“) berücksichtigen. Hier ist eine Höhergruppierung von Fällen aufgrund des Vorliegens mehrerer Prozeduren dann nicht als sachgerecht anzusehen, wenn dies lediglich auf der zusätzlichen Kodierung einer Prozedur beruht, die bereits Bestandteil einer anderen Prozedur ist. So konnte ein Vorschlag umgesetzt werden, dass in der Basis-DRG I03 *Revision oder Ersatz des Hüftgelenks mit komplizierender Diagnose [...] oder beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexem Eingriff* nur noch Fälle mit Mehrfacheingriffen an verschiedenen Lokalisationen, mit beidseitigen oder mehrzeitigen Eingriffen gruppiert werden. Somit werden Fälle mit Mehrfacheingriffen an derselben Lokalisation in die Basis-DRGs I44 *Verschiedene Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk [...]* und I46 *Prothesenwechsel am Hüftgelenk* abgewertet.

Aufgrund eigener Analysen konnte die Logik innerhalb der Basis-DRG I08 derart geschärft werden, dass Fälle mit kleineren Eingriffen wie beispielsweise einer partiellen Resektion erkrankten Gewebes des Beckenknochens nicht mehr die Bedingung für Mehrfacheingriffe am Becken erfüllen. Zukünftig werden die genannten Fälle in der DRG I08E *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplexem Eingriff [...]* sachgerecht abgebildet.

### **3.3.2.26 Versorgung von Kindern**

Wie in den vergangenen Jahren wurde im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems erneut die Abbildung von Kindern mit Hilfe spezieller Altersplits für Kinder untersucht. Dies führte für 2013 zu insgesamt 202 „Kindersplits“. Davon können 85 DRGs als „reine Kindersplits“ bezeichnet werden, was bedeutet, dass in diesen ausschließlich Kinder abgebildet werden. In weiteren 117 DRGs führt das Kindesalter ebenfalls zu einer Höhergruppierung, allerdings steht in diesen DRGs das Kindesalter neben weiteren den Schweregrad erhöhenden Attributen wie beispielsweise PCCL oder komplexe Diagnosen/Prozeduren. Grundsätzlich ist anzumerken, dass Splits in allen erdenklichen Konstellationen untersucht und bei positivem Ergebnis (wenn also die

Kosten der Behandlung von Kindern sich höher zeigen) stets umgesetzt werden. Eine konkrete Mindestfallzahl gibt es für eine Umsetzung nicht. Kinderpositive Splits werden auch bei geringster Fallzahl umgesetzt.

Aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren wurde die Abbildung von Kindern in der Basis-DRG A01 *Lebertransplantation* untersucht. Dies führte für 2013 zu einer Erweiterung der Definition der DRG A01B *Lebertransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 Stunden oder mit Transplantatabstoßung oder mit kombinierter Nierentransplantation* um die Bedingung „Alter < 6 Jahre“. Obwohl in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser nur eine geringe Anzahl von Fällen von dieser Änderung betroffen war, konnte hier eine Aufwertung einer hochkomplexen Leistung im Kindesalter erreicht werden.

Ebenfalls aus dem Vorschlagsverfahren erreichten uns Hinweise auf eine nicht sachgerechte Abbildung von Kindern bestimmter Altersklassen, bei denen eine ERCP durchgeführt wurde. Bei einem Alter von < 3 Jahren erfolgte bei Durchführung einer ERCP bisher bereits eine Eingruppierung in die DRG H41B *Komplexe therapeutische ERCP mit schweren CC, ohne photodynamische Therapie oder Alter < 3 Jahre oder komplexer Eingriff*. Bei höherem Alter wurden die Fälle überwiegend den DRGs H41C *Komplexe therapeutische ERCP ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne photodynamische Therapie, Alter > 2 Jahre, ohne komplexen Eingriff, oder andere ERCP* und H62A *Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung mit akuter Pankreatitis, Alter < 16 Jahre* zugeordnet. Im Ergebnis konnte für 2013 die Altersbedingung der DRG H41B erhöht werden auf < 16 Jahre, sodass zukünftig ein Großteil der Kinder mit ERCP in der DRG H41B *Komplexe therapeutische ERCP mit schweren CC, ohne photodynamische Therapie oder Alter < 16 Jahre oder komplexer Eingriff* abgebildet und damit aufgewertet werden.

Hervorzuheben für den Bereich der medikamentösen Zusatzentgelte ist die Schaffung einer neuen Kinderdosisklasse bei dem neuen unbewerteten Zusatzentgelt ZE2013-95 *Romiplostim, parenteral*. Weitere Informationen bezüglich der in den Anlagen 2, 4, 5 und 6 der FPV 2013 aufgeführten Zusatzentgelte finden sich in den Kapiteln 3.3.2.19 zum Themenbereich Onkologie sowie 2.5 bzw. 3.4.1.3 zum Themenbereich Zusatzentgelte.

### **MDC 15 Neugeborene**

Die Änderungen am Gruppierungsalgorithmus der MDC 15 für die G-DRG-Version 2013 beschränken sich im Wesentlichen erneut auf die beiden Funktionen *Schweres Problem* bzw. *Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen* sowie das Splitkriterium „anderes Problem“, das – wie die beiden genannten Funktionen – in der MDC 15 zahlreiche DRGs definiert. Grundlage für die vollzogenen Änderungen waren dabei sowohl Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren als auch eigene Analysen. Aufgewertet werden konnten beispielsweise die Diagnosen für die Atresie bzw. Stenose der A. pulmonalis durch Aufnahme in die Funktionen *Schweres Problem* bzw. *Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen*. Im Gegenzug konnten auch weniger aufwendige Diagnosen z.B. für die überwachungsbedingte Verletzung der Kopfhaut oder die angeborene Subluxation des Hüftgelenks und das instabile Hüftgelenk aus den genannten Splitkriterien gestrichen werden, was insgesamt eine Schärfung der betroffenen DRGs bedeutet. Wie im vergangenen Jahr wurden auch für 2013 wieder Diagnosen untersucht, die in der Praxis immer wieder Streitpotential hinsichtlich der Kodierbarkeit bieten. Zu nennen ist hier beispielsweise die Diagnose für den angeborenen Vorhofseptumdefekt. Es zeigte sich in den durchgeführten Analysen, dass Fälle mit dieser Diagnose nicht mehr mit

höheren Kosten verbunden waren. Dementsprechend erfolgt ab 2013 die Abbildung aufwandsadäquat über das Splitkriterium „anderes Problem“.

### 3.3.2.27 Wirbelsäulenchirurgie

Die Abbildung von Leistungen der Wirbelsäulenchirurgie war einerseits ein Schwerpunktthema des Vorschlagsverfahrens, andererseits standen diese Operationen auch aufgrund einer dynamischen Leistungsentwicklung in den letzten Jahren im Fokus.

Abgesehen von DRGs mit sehr spezifischem Inhalt und vergleichsweise kleinen Fallzahlen wie etwa der Basis-DRG I45 *Implantation und Ersatz einer Bandscheibenprothese* oder den überwiegend unbewerteten DRGs für akute Rückenmarksverletzungen sind die Eingriffe an der Wirbelsäule überwiegend in drei Basis-DRGs der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* abgebildet:

- 106 *Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule [...]*
- 109 *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule [...]*
- 110 *Anderere Eingriffe an der Wirbelsäule [...]*

Die weitere Differenzierung innerhalb dieser Basis-DRGs berücksichtigt die Attribute

- Komplexität der Eingriffe
- Mehrfach- und mehrzeitige Eingriffe
- Diagnose(n)
- Alter
- Nebendiagnosen / PCCL

Insbesondere in der Basis-DRG I10 *Anderere Eingriffe an der Wirbelsäule* ist einerseits auffällig, dass unter den fallzahlstärksten Leistungserbringern die an der Kostenkalkulation des InEK beteiligten Kliniken eher unterrepräsentiert waren. Andererseits zeigten die Verteilung der Fälle über die einzelnen DRGs der Basis-DRG I10 wie auch die typischerweise verschlüsselten OPS-Kodes mitunter Auffälligkeiten, die einem besonderen Leistungsspektrum der Häuser oder auch einer individuellen Kodierpraxis geschuldet sein können.

Neben dem Bestreben, eine weiter verbesserte aufwandsgerechte Zuordnung der Fälle innerhalb der DRGs für Wirbelsäulenoperationen zu erreichen, war vor diesem Hintergrund bei der Analyse der gruppierungsrelevanten Parameter auch zu beachten, dass eine Höhergruppierung aufgrund von wenig belastbaren, oft Eingriffskomponenten beschreibenden Prozedurenkodens vermieden werden sollte. Als auffällig zeigten sich hier mehrere zum Teil sehr häufig verschlüsselte Prozeduren mit teilweise nicht immer klar abgegrenztem Leistungsinhalt, beispielsweise:

- Spinale Duraplastik
- Adhäsiolyse an Rückenmarkshäuten
- Präparation an spinalen Blutgefäßen
- Sonstige Operation an der Wirbelsäule
- Sonstige Spondylodese

Durch eine aufwandsgerechte Zuordnung solcher Codes konnten die Definitionskriterien der DRGs für Wirbelsäulenoperationen wesentlich geschärft und nicht nur eine sachgerechtere, sondern auch eine weniger für Kodierbesonderheiten anfällige Eingruppierung erreicht werden. Damit verbunden war oftmals eine „Bereinigung“ von DRGs um vergleichsweise weniger aufwendige Fälle mit der Folge, dass die Relativgewichte der DRGs für die Wirbelsäulenchirurgie weniger stark von einer Beimischung kostengünstigerer Fälle beeinflusst wurden.

Im Vorschlagsverfahren 2013 hingegen stand zumeist die Überprüfung komplexerer Fälle, die als noch nicht ausreichend sachgerecht vergütet beschrieben wurden, im Vordergrund.

Ein in den Vorschlägen des Strukturierten Dialogs häufig thematisiertes Problem ist die Abbildung der Spondylodese in Abhängigkeit von der Anzahl und der Lokalisation. So war nach dem G-DRG-System 2012 die Abbildung von Fällen mit drei bis fünf Segmenten im Vergleich zu mehr als fünf Segmenten nicht in jedem Einzelfall stimmig. Für die G-DRG-Version 2013 wurden die Fälle mit Spondylodese an mehr als fünf Segmenten aufgewertet. Des Weiteren erwiesen sich in den Analysen Fälle mit einer dorsal und ventral kombinierten sowie mit einer dorsalen Spondylodese an zwei Segmenten in der DRG I09E *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mehrzeitige komplexe Eingriffe [...]* unterbewertet, sodass sie in die DRG I09D *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit [...]* bestimmte Spondylodese oder bestimmte Eingriffe an mehreren Segmenten [...] aufgewertet wurden.

Ein weiterer Vorschlag schilderte die inhomogene Abbildung von Fällen mit den Diagnosen für angeborene Deformitäten und Fehlbildungen der Wirbelsäule:

- Q67.5 *Angeborene Deformitäten der Wirbelsäule*
- Q76.3 *Angeborene Skoliose durch angeborene Knochenfehlbildungen*

So ist die Diagnose für angeborene Deformitäten der Wirbelsäule innerhalb der operativen Partition der MDC 08 höhergruppierend wirksam, nicht aber die Diagnose für angeborene Skoliose durch angeborene Knochenfehlbildungen. Zukünftig werden Fälle mit den genannten Diagnosen gleich behandelt, wodurch ein Anreiz zur unspezifischen Kodierung vermieden wird. Im Ergebnis werden hierzu die Fälle mit angeborener Skoliose durch angeborene Knochenfehlbildung in den Basis-DRGs I06 und I09 aufgewertet. Gefolgt wurde darüber hinaus dem Vorschlag, die Kyphoplastien an drei oder mehr als drei Wirbelkörpern aus der DRG I09C *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexer Osteosynthese [...]* in die DRG I09B *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule bei deformierenden Erkrankungen [...]* aufzuwerten.

Beispielhaft für den komplexen Umbau einer Wirbelsäulen-DRG wird an dieser Stelle der Umbau der DRG I09C beschrieben. Eigene Analysen zeigten eine inhomogene Abbildung von Eingriffen an der Wirbelsäule in der DRG I09C.

Einerseits erwiesen sich in der DRG I09C bestimmte aufwendige Wirbelsäuleneingriffe als unterbewertet. Andererseits enthielt diese DRG Fälle mit vergleichsweise geringen Kosten. So konnten Fälle mit bestimmten Eingriffen am Schädel, Gehirn und am Rückenmark wie beispielsweise eine knöcherne Dekompression des Spinalkanals an mehr als drei Segmenten in die DRG I09B aufgewertet werden. Dagegen erwiesen sich in den Analysen Fälle mit sonstigen Spondylodosen oder mit Kyphoplastie eines Wirbelkörpers in der DRG I09C als nicht sachgerecht vergütet. Daher werden zukünftig Fälle mit sonstigen Spondylodosen in die DRG I10D und Fälle mit Kyphoplastie eines Wirbelkörpers in der DRG I09D oder I09E eingruppiert.

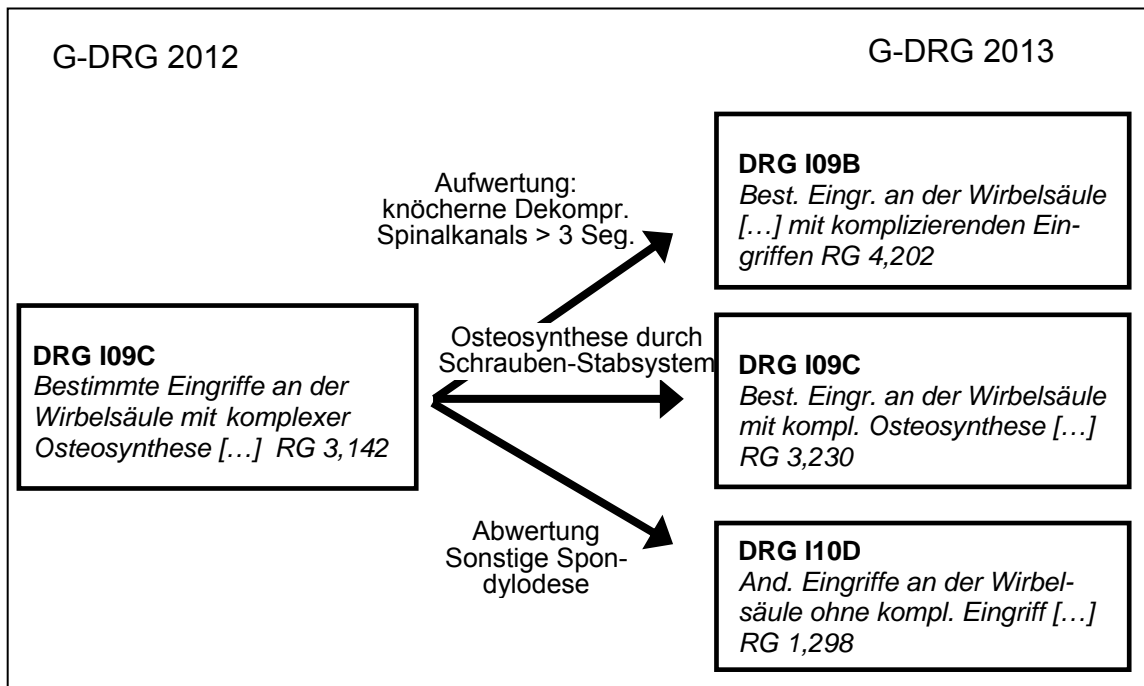


Abbildung 8: Umbau der DRG I09C für 2013, beispielhaft

Neben den weiter vorn beschriebenen Codes mit unscharfem Inhalt konnten weitere Konstellationen identifiziert werden, die einen vergleichsweise geringeren Aufwand verursachen und nicht aufwandsgerecht eingruppiert sind. Stellvertretend für die Umbauten, die zum größeren Teil eine Abwertung wenig aufwendiger Prozedurenkodex beinhalten, werden hier zwei Beispiele aufgeführt. So zeigten die Analysen, dass Fälle mit *vorderem Abstützspan an der Wirbelsäule* in der Basis-DRG I06 geringere Kosten aufwiesen als andere Fälle dieser DRG. Zukünftig werden Fälle mit einem vorderen Abstützspan in der DRG I09E abgebildet. Andererseits führte die Analyse der Fälle mit einer ventralen Spondylodese an nur einem Segment zu einer Abwertung aus der Basis-DRG I09 in die Basis-DRG I10.

Des Weiteren erwies sich in den Analysen die Verwendung von humaner demineralisierter Knochenmatrix oder allogenen Knochentransplantat als ungeeigneter Kostentrenner für die DRGs I09C bzw. I09D. Daher wurden die genannten Eingriffe aus der Entscheidungslogik für die DRGs I09C und I09D gestrichen.

Es sei abschließend betont, dass die Vielzahl der Umbauten in der Wirbelsäulenchirurgie noch stärker als in anderen Bereichen einen direkten Vergleich der Relativgewichte der betroffenen DRGs zwischen den Fallpauschalen-Katalogen 2012 und 2013 erschwert. Die Auswirkungen des Umbaus sind zwingend unter kritischer Würdigung von Gruppierungsergebnissen und ggf. bisheriger Kodierpraxis zu betrachten.

### 3.3.3 Bewertung bisher unbewerteter Leistungen

Im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2012 wurde eine generelle Überprüfung von Leistungen, für die bisher krankenhaushausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden mussten, auf eine mögliche bundesweit einheitliche Pauschalierung hin vorgenommen.

Die im letzten Jahr erstmalig vorgenommene Bewertung der DRG B21B *Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation* basierend auf den seit dem OPS Version 2009 vorliegenden spezifischen Codes für die Implantation oder den Wechsel eines Neurostimulators (Mehrelektrodensystem) mit der Unterscheidung „mit bzw. ohne“ Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode (OPS-Kodebereiche 5-028.9 und 5-028.a) wurde in diesem Jahr eingehend untersucht und bestätigt. Ebenfalls bestätigt wurde die Bewertung der DRG B61A *Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt*.

Im Bereich der bisher unbewerteten Zusatzentgelte konnten die folgenden Verfahren für 2012 in Anlage 2 bzw. 5 der Fallpauschalenvereinbarung 2012 überführt werden:

- ZE132 *Implantation eines Wachstumsstents*
- ZE133 *Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Mikrodrahtretriever-Systems*

In den künftigen Weiterentwicklungen des G-DRG-Systems wird weiter versucht werden, zusätzliche DRG-Fallgruppen bzw. Zusatzentgelte zu bewerten. Dadurch würde die Notwendigkeit für eine Vereinbarung vor Ort entfallen bzw. reduziert werden.

### 3.3.4 Integration von NUB-Leistungen in das G-DRG-System

In der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2013 gelang es erneut, eine Vielzahl von Leistungen, die in den vergangenen Jahren als neu und noch nicht sachgerecht vergütet anerkannt wurden (NUB-Status 1), in Form von Zusatzentgelten oder durch klassifikatorische Änderungen im DRG-System zu integrieren.

NUB-Leistungen, die als Zusatzentgelte abgebildet werden konnten, sind in Tabelle 18 zusammenfassend dargestellt.

NUB-Verfahren	Status 2011	ZE2012	Bezeichnung Zusatzentgelt
Vinflunin	1	ZE135	Gabe von Vinflunin, parenteral
Eculizumab	1	ZE2013-93	Gabe von Eculizumab, parenteral
Plerixafor	1	ZE2013-94	Gabe von Plerixafor, parenteral
Romiplostim	1	ZE2013-95	Gabe von Romiplostim, parenteral

Tabelle 18: Leistungen mit NUB-Status 1, die ab G-DRG-Version 2013 als Zusatzentgelt abgebildet sind

Neben der Integration von NUB-Leistungen mittels Zusatzentgelten wurden zwei Leistungen in die Definitionen von Fallgruppen aufgenommen. So wurden die Verfahren *Perkutan-transluminale Clipping bei Mitralklappeninsuffizienz* und die Leistung *Transapikaler Mitralklappenersatz* in die Definition der DRG F98Z *Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen* aufgenommen. Des Weiteren wurden die genannten Prozeduren in die gemeinsamen Tabellen für hochaufwendige Implantate und bestimmte OR-Prozeduren in den Beatmungs-DRGs der Prä-MDC sowie in den DRGs für intensivmedizinische Komplexbehandlung der MDCs 04, 06 und 08 und in die DRG L33Z aufgenommen und aufgewertet.

Das Verfahren *Excimer-Laser-Extraktion von Schrittmacher- und Defibrillatorelektroden*, das bereits im letzten Jahr in die Definition mehrerer DRGs für Schrittmacherimplantation bzw. -revision (DRGs F12 und F18) aufgenommen wurde, konnte in diesem Jahr weiter aufgewertet werden. Zum einen wurde das Verfahren in die Definition mehrerer DRGs innerhalb der Basis-DRG F01 *Implantation Kardioverter/Defibrillator (AICD) oder Implantation eines myokardmodulierenden Systems* aufgenommen. Außerdem werden entsprechende Fälle innerhalb der Basis-DRG F12 vorwiegend der F12B *Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem ohne äuß. schw. CC, oh. ablativ Maßnahme, oh. PTCA oder Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, oh. kompl. Eingriff, Alter > 15 J., m. Sondenentfernung m. Excimer-Laser* zugeordnet.

Das Instrument der ergänzenden Datenbereitstellung (siehe Kap. 3.2.1.2) spielt eine zentrale Rolle bei der raschen Integration von NUB-Leistungen in das G-DRG-System. Zwar ist die Abbildung von NUB-Leistungen bei Vorliegen spezifischer OPS-Kodes, wie z.B. der Einsatz eines Excimer-Lasers bei der Entfernung von Schrittmacher- oder Defibrillatorelektroden, auch ohne eine ergänzende Datenbereitstellung möglich, doch das Vorliegen eines spezifischen Kodes im Datenjahr ist aufgrund der Neuheit der NUB-Leistungen oft nicht gegeben.

In der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wird im Rahmen der Prüfung der Integration der NUB-Leistungen auch die Sachgerechtigkeit in dem Sinne überprüft, dass die Kostenangaben der NUB-Anfragen anhand objektiver Leistungs- und Kostendaten verifiziert werden. Sollte sich in den Daten eine sachgerechte Vergütung einer Leistung zeigen, die bisher die NUB-Kriterien erfüllt hat, so würden diese Erkenntnisse bei der Beurteilung im NUB-Verfahren des Folgejahres zum Tragen kommen. Neben der Überprüfung von Leistungen mit NUB-Status 1 werden ebenfalls Leistungen auf ihre sachgerechte Abbildung hin überprüft, die im NUB-Verfahren als hochteure Leistungen beschrieben werden, aber das Kriterium der Neuheit nicht erfüllen und daher nicht als neu anerkannt werden (NUB-Status 2). Diese Überprüfung kann zwei unterschiedliche Folgen haben. Zum einen kann die Leistung bei Bestätigung einer nicht sachgerechten Vergütung ggf. im G-DRG-System oder als Zusatzentgelt abgebildet werden. Zum an-

deren kann die Objektivierung der im NUB-Verfahren beschriebenen Kosten anhand der Kalkulationsdaten die Beurteilung mit NUB-Status 2 weiter fundieren.

Das NUB-Verfahren hat somit eine große Bedeutung für das G-DRG-System. Einerseits kann über die Vereinbarung sonstiger Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG eine potentielle Finanzierungslücke geschlossen werden. Andererseits dient es als Informationsquelle zur Ermöglichung einer raschen Integration medizinischer Innovationen in das deutsche DRG-System und trägt damit dem Wunsch nach einem innovationsfreundlichen System Rechnung.

### 3.3.5 Sortierung

#### ***Vorgehensweise***

Zur Vermeidung der Problematik der „Mindervergütung bei Mehrleistung“ wird im G-DRG-System eine Sortierung der DRGs gemäß ihrer mittleren Inlierkosten durchgeführt. Daraus resultiert eine Abfragereihenfolge, in der typischerweise hoch bewertete DRGs vor geringer bewerteten DRGs abgefragt werden. Umfang und Vorgehensweise der Sortierung entsprechen weitgehend den Vorjahren:

- Konsequente Sortierung aller DRGs innerhalb der operativen und innerhalb der anderen Partitionen absteigend nach Bewertungsrelation
- In der medizinischen Partition hingegen kann in der Regel auf eine Sortierung verzichtet werden, da die DRGs über Hauptdiagnosen definiert und damit disjunkt (überschneidungsfrei) sind.
- Vollständige partitionsübergreifende Sortierung in den MDCs 17, 18A und 18B
- Weitgehend partitionsübergreifende Sortierung in den MDCs 04 und 05
- Sortierung zwischen anderer und medizinischer Partition in den MDCs 06, 07 und 11
- Einsortierung endoskopischer Eingriffe und komplexer therapeutischer ERCPs (DRGs H40Z und H41A) in die operative Partition der MDC 07 (erstmals für 2007)
- Sortierung der kardiothorakalen und Gefäßeingriffe in die sonst disjunkten DRGs der MDC 15 entsprechend ihren Kosten (erstmals für 2009)
- Sortierung aller DRGs für intensivmedizinische Komplexbehandlung ihren Kosten entsprechend in die Abfragereihenfolge der Prä-MDC (erstmals für 2009)
- In den MDCs 12 und 13 werden die medizinischen Tumor-DRGs und entsprechende Strahlentherapie-DRGs individuell bei der Sortierung berücksichtigt.

#### ***Veränderungen für 2013***

Für 2013 sind darüber hinaus zwei besondere Konstellationen erwähnenswert: Die DRGs für geriatrische Frührehabilitation in den MDCs 05 und 06, F48Z *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* bzw. G52Z *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*, wurden vor bestimmte operative Reste-DRGs einsortiert und damit betroffene Fälle aufgewertet. Diese Änderung wird ausführlich in Kapitel 3.3.2.10 (Geriatric) beschrieben. Des Weiteren wird in der MDC 07 die DRG



H78Z *Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* ab dem DRG-System 2013 vor den Basis-DRGs für endoskopische Eingriffe und komplexe therapeutische ERCPs H40 und H41 abgefragt. Damit wird zukünftig die Zuordnung von Fällen mit komplizierenden Konstellationen und einem entsprechenden Eingriff in die DRG H78Z ermöglicht. Diese Änderung wird ausführlich in Kapitel 3.3.2.7 (Gastroenterologie) erläutert.

### 3.3.6 Streichung von DRGs

An verschiedenen Stellen des G-DRG-Systems erwies es sich als möglich, unterschiedliche Fallgruppen zusammenzufassen, die ähnliche Kosten und Verweildauern aufwiesen. Wo Splitbedingungen der DRG-Version 2012 ihren kostentrennenden Charakter – gemäß aktuellen Kalkulationsdaten – verloren hatten, wurden die betroffenen DRGs für die G-DRG-Version 2013 zusammengefasst.

Die DRGs B75A *Fieberkrämpfe, Alter < 1 Jahr* und B75B *Fieberkrämpfe, Alter > 0 Jahre* wurden zur DRG B75Z *Fieberkrämpfe* zusammengefasst.

In der Basis-DRG E69 *Bronchitis und Asthma bronchiale* hatte sich ein Alter unter sechs Jahren oder eine Störung der Atmung mit Ursache in der Neonatalperiode nicht mehr als geeignetes Splitkriterium gezeigt, sodass die DRGs E69D und E69E in der neuen DRG E69D zusammengefasst wurden, die im Wesentlichen Fälle von Kindern unter 16 Jahren bei bestimmten Hauptdiagnosen mit einem PCCL < 3 beinhaltet.

Durch Wegfall des Splits „Alter < 18 Jahre oder > 69 Jahre“ zwischen den bisherigen DRGs G64B und G64C werden die betroffenen Fälle nunmehr gemeinsam in der DRG G64B *Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere CC* abgebildet.

Innerhalb der Basis-DRG I27 stellte sich die Splitbedingung „Osteotomie oder Muskel-/Gelenkplastik bei Zerebralparese oder Kontraktur“ für die Fälle mit schweren CC, bösartiger Neubildung, bestimmten Eingriffen am Weichteilgewebe oder kleinflächiger Gewebe-Transplantation als nicht mehr trennscharf heraus. Diese werden nun gemeinsam in die DRG I27B *Kleinflächige Gewebetransplantationen ohne schwere CC oder Eingriffe am Weichteilgewebe ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung oder mit schweren CC oder mit bestimmtem Eingriff am Weichteilgewebe* eingruppiert.

Die DRG J60Z *Hautulkus* wurde mit der Basis-DRG J64 *Infektion/Entzündung der Haut und Unterhaut* kondensiert. Dabei wurde die Splitbedingung „äußerst schwere CC“ (PCCL > 3) für die neue Basis-DRG J64 *Infektion/Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus* beibehalten.

Im Rahmen der Sortierung (siehe Kap. 3.3.5) entfiel der Alters- bzw. PCCL-Split der Basis-DRG J04. Daraus resultiert die DRG J04Z *Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion/Entzündung*.

Innerhalb der Basis-DRG R63 *Andere akute Leukämie* entstand durch Zusammenfassung der kostenähnlichen DRGs R63C und R63D die neue DRG R63C für Fälle mit Chemotherapie sowie Dialyse, Sepsis, Agranulozytose oder Portimplantation.

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

#### 3.3.7.1 Anpassungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen

Die ab 1. Januar 2013 gültige ICD-10-GM Version 2013 enthält insgesamt 13.365 terminale Codes und somit 17 Codes mehr als die ICD-10-GM Version 2012 (13.348). 97% dieser Codes (13.009) unterscheiden sich weder hinsichtlich des Codes noch hinsichtlich des zugehörigen Textes.

Der OPS Version 2013 enthält insgesamt 28.268 terminale Codes. Das sind 278 Codes mehr als im OPS Version 2012 (27.990). Die Mehrzahl dieser Codes (27.232, 96%) zeigt ebenfalls keinen Unterschied in Bezug auf den Code und die inhaltliche Leistungsbeschreibung.

Die Weiterentwicklung der Klassifikationen ICD-10-GM und OPS ist Aufgabe des DIMDI, das in seinem jährlichen Revisionsverfahren auch Änderungsvorschläge annimmt. Die im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2013 beim InEK eingegangenen Vorschläge zur Umformulierung bestehender Codes bzw. Etablierung neuer Codes wurden an die zuständigen Stellen beim DIMDI weitergeleitet.

Über die im Vorschlagsverfahren für das Jahr 2013 angeregten Änderungen hinaus wurde im Zuge der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems die Notwendigkeit weiterer neuer Codes deutlich. Beispielhaft genannt werden kann hier der Prozedurenkode 8-83b.b *Art der verwendeten Ballons*, der für Medikamente-freisetzende Ballons nach der Lokalisation an Koronargefäßen oder anderen Gefäßen differenziert wurde. Für diese Verfahren wurden die bewerteten Zusatzentgelte ZE136 *Medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen* und ZE137 *Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen* in den Entgeltkatalog 2013 aufgenommen.

Darüber hinaus wurden neue Codes zur Abbildung von „Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (NUB) gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG in den OPS Version 2013 aufgenommen. Dies unterstützt einerseits die Detektion von Fällen für die Abrechnung vereinbarter NUB-Leistungen. Andererseits ermöglicht es in Zukunft Analysen zur Eingliederung dieser Leistungen in das G-DRG-System. Ein Beispiel ist der neue Code für die *Kontinuierliche Amnioninfusion über ein subkutan implantiertes Portsystem* (OPS-Kode 5-754.7).

Weiterhin gibt es zahlreiche neue OPS-Kodes zur Abbildung von Medikamenten und Dosisklassen, die ab 2013 im OPS zu finden sind, wie z.B. Codes aus 6-005.b *Applikation von Medikamenten, Liste 5 Vinflunin, parenteral* zur Definition der Dosisklassen bei dem Zusatzentgelt ZE135 *Gabe von Vinflunin, parenteral*.

Entsprechend der Vorgehensweise der Vorjahre wurden auch für 2013 bestehende ICD-Kodes differenziert bzw. neue ICD-Kodes etabliert, um Unterschiede in Aufwand und Ablauf von Behandlungen darstellbar zu machen. So wurde der ICD-Kode D68.2 *Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren* anhand des jeweils betroffenen Gerinnungsfaktors auf eine fünfte Stelle ausdifferenziert. Damit wird nun z.B. ein *hereditärer Faktor-X-Mangel* (Stuart-Prower-Defekt) mit dem Code D68.24 verschlüsselt.

### **3.3.7.2 Überleitung auf die ab 1. Januar 2013 gültigen Versionen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen**

Die Datenbasis, die der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2013 zugrunde liegt, beruht auf medizinischen Daten des Jahres 2011 (Datenjahr 2011). Die Diagnosen wurden dementsprechend mit der ICD-10-GM Version 2011 und die Prozeduren mit dem OPS Version 2011 kodiert.

Nach Abschluss der Weiterentwicklung für das Jahr 2013 stand zunächst die G-DRG-Version 2011/2013 zur Verfügung. Diese Version stellt die erste Übergangsversion dar, die den G-DRG-Algorithmus des Jahres 2013 anhand der im Datenjahr 2011 gültigen Diagnose- und Prozedurenkodes definiert. Zur Nutzung des G-DRG-Systems 2013 für die Gruppierung im Jahr 2013 mit den dann gültigen Leistungsbezeichnern waren zwei weitere Schritte notwendig.

In einem ersten Schritt wurde das G-DRG-System 2011/2013 auf das G-DRG-System 2012/2013 übergeleitet. Die für diesen Zweck notwendige Überleitung der Diagnose- und Prozedurenkodes wurde generell anhand der Überleitungstabellen, die vom DIMDI zur Verfügung gestellt wurden, durchgeführt. Anhand dieser Informationen konnte jedem der im Jahr 2012 gültigen Diagnosen- oder Prozedurenkodes die Funktion im Gruppierungsalgorithmus zugewiesen werden, die sein „Vorgängerkode“ in der Version 2011 der ICD- bzw. OPS-Klassifikationen im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2013 erhalten hatte. Dabei wurden textliche, inhaltliche und formale Änderungen der Codes sowie Änderungen der Kodierrichtlinien berücksichtigt.

Auf diese Weise entstand die G-DRG-Version 2012/2013. Die umfangreichen Änderungen und Anpassungen, die für diese Version notwendig waren, entsprechen weitestgehend den Änderungen, die bei der Überleitung der Übergangsversion 2011/2012 auf die G-DRG-Version 2012 vorgenommen wurden. Diese sind im Abschlussbericht des Jahres 2012 dargestellt.

Im zweiten Schritt wurde, analog zu diesem Vorgehen, die G-DRG-Version 2012/2013 auf die G-DRG-Version 2013 übergeleitet. Erneut dienten die vom DIMDI zur Verfügung gestellten Überleitungstabellen als Basis.

Die beiden Übergangsversionen sollen es den Vertragspartnern auf Ortsebene ermöglichen, Budgetverhandlungen für das Jahr 2013 auf der Basis der Leistungsdaten der Jahre 2011 bzw. 2012 zu führen. Zu diesem Zweck wurden sie bereits vor Veröffentlichung der G-DRG-Version 2013 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“ (s. Kap. 3.3.7.5) berücksichtigt werden.

Die Vorgehensweise bei der Überleitung der Codes der ICD-10-GM und des OPS wird im Folgenden näher erläutert.

### **3.3.7.3 Behandlung nicht identischer Codes mit „Vorgängerkode“**

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

- Klassifikatorische Überleitung
- Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

Im Folgenden sollen diese Varianten anhand von Beispielen erläutert werden.

### ***Klassifikatorische Überleitung***

Im Rahmen der klassifikatorischen Überleitung wird den Codes, die im Jahr 2013 Gültigkeit erhalten, die Funktion zugewiesen, die ihr „Vorgängerkode“ in der Version 2012/2013 hatte. Typischerweise kommt dies bei einer Ausdifferenzierung von Codes vor.

So wird beispielsweise den im Jahr 2013 neu etablierten fünfstelligen Codes aus D68.2-*Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren* die Funktion des im Jahr 2012 gültigen vierstelligen Codes D68.2 *Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren* zugewiesen.

<b>Alter Kode (ICD-10-GM Version 2012)</b>	<b>Neue Codes (ICD-10-GM Version 2013)</b>
D68.2 <i>Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren</i>	D68.20 <i>Hereditärer Faktor-I-Mangel</i> D68.21 <i>Hereditärer Faktor-II-Mangel</i> D68.22 <i>Hereditärer Faktor-V-Mangel</i> D68.23 <i>Hereditärer Faktor-VII-Mangel</i> D68.24 <i>Hereditärer Faktor-X-Mangel</i> D68.25 <i>Hereditärer Faktor-XII-Mangel</i> D68.26 <i>Hereditärer Faktor-XIII-Mangel</i> D68.28 <i>Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren</i>

Tabelle 19: Differenzierung des ICD-Kodes D68.2 Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren

Die neuen Codes wurden gemäß der Überleitungstabelle des DIMDI auf den alten Kode D68.2 übergeleitet. Konkret bedeutet dies für das G-DRG-System 2013:

In jeder Tabelle des G-DRG-Systems 2012/2013, in welcher der alte ICD-Kode D68.2 verzeichnet ist, wurden für das G-DRG-System 2013 jeweils alle acht neuen Codes an dessen Stelle eingetragen. In diesem Fall sind die folgenden Tabellen davon betroffen:

- Tabellen der gültigen Diagnose- und Hauptdiagnosekodes
- Hauptdiagnostentabelle der MDC 16 *Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems*
- Hauptdiagnostentabellen der Basis-DRG Q60 *Erkrankungen des retikulo-endothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen* sowie verschiedener DRGs der Prä-MDC
- Haupt- und Nebendiagnostentabellen der DRGs D30A und K62A sowie der Basis-DRGs P05 und P66

Darüber hinaus werden die neuen Codes 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. So hat das DIMDI in der klassifikatorischen Überleitung den neuen OPS-Kode für die *Ultraschallablation über die A. renalis* (8-83c.51) auf den Code 8-836.xa für die *sonstige perkutan-transluminale Gefäßintervention an viszeralen Gefäßen* übergeleitet. Damit würde das Verfahren jedoch im Gegensatz zur *Radiofrequenzablation über die A. renalis* (8-83.50) nicht in der Basis-DRG F19 *Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen* abgebildet. Da die beiden Verfahren aus medizinischer und ökonomischer Sicht jedoch vergleichbar sind, erscheint eine äquivalente Abbildung eher sachgerecht. Daher ist hier aus Sicht des G-DRG-Systems eine vom DIMDI abweichende am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung geboten. Der neue OPS-Kode 8-83c.51 wird also auf den Vorgängerkode 8-83c.50 übergeleitet und erhält damit die gleiche Gruppierungsrelevanz.

### **Überleitung unter Anpassung des Gruppierungsalgorithmus**

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

Für die G-DRG-Version 2013 bestand diese Notwendigkeit im Bereich der Dickdarmchirurgie. Die Codebereiche 5-458 *Erweiterte Kolonresektion mit Entfernung von Nachbarorganen* und 5-484.7 *Erweiterte anteriore Resektion mit Entfernung von Nachbarorganen* des OPS Version 2012 sind in Version 2013 nicht mehr enthalten. Hier wird nun der Code für die entsprechende isolierte Darmresektion verschlüsselt, wobei die Resektion bzw. Teilresektion eines Nachbarorgans gesondert zu kodieren ist. Die Eingruppierungslogiken der Basis-DRGs G02 und G16 mussten daher so angepasst werden, dass Fälle mit einer Kombination der Prozeduren, die im bisherigen OPS-Kode für die Resektion *mit* Entfernung von Nachbarorganen enthalten waren, weiterhin dort eingruppiert werden können.

#### **3.3.7.4 Behandlung nicht identischer Codes ohne „Vorgängerkode“ (neue Codes)**

Für neu in die ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen aufgenommene Codes, für die keine Überleitungsempfehlung des DIMDI vorlag, bestanden verschiedene Varianten der Berücksichtigung im G-DRG-System 2013:

- 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 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. Aktuelle Beispiele sind der neu in den OPS Version 2013 aufgenommene Code 1-269 *Magnetokardiographie* oder der Codebereich 1-799 *Instrumentelle 3D-Funktionsanalyse der Wirbelsäule*. Diese Codes sind im G-DRG-System 2013 gültige Prozeduren ohne Gruppierungsrelevanz.

Grundsätzlich ist eine generelle Nichtberücksichtigung im G-DRG-System nur bei OPS-Codes möglich. Ein neuer ICD-Code muss jedoch der Systemlogik folgend mindestens einer DRG der medizinischen Partition einer MDC (oder den unzulässigen Hauptdiagnosen und damit einer Fehler-DRG) zugeordnet werden.

***Die Codes werden anhand ergänzender Informationen einzelnen DRGs zugeordnet***

In den Jahren 2012 oder 2013 neu etablierte OPS-Codes sind in den regulären Kalkulationsdaten, die dem InEK bei der Entwicklung des G-DRG-Systems 2013 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.

***Die Codes werden inhalts- oder aufwandsähnlichen alten Codes zugeordnet***

Dieses Verfahren wurde für die Abbildung einiger neu aufgenommener OPS-Codes angewandt. So wurde z.B. der ab dem Jahr 2013 gültige OPS-Codebereich 5-37b *Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Membranoxygenation* in die G-DRG-Version 2013 analog dem bereits existierenden OPS-Code 5-376.x *Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch, sonstige* eingebunden. Damit sind die neuen Prozedurenkodex ebenso gruppierungsrelevant wie der vorbestehende inhalts- und aufwandsähnliche Code.

**3.3.7.5 Hinweise zur Leistungsplanung und Budgetverhandlung**

Anhand des beschriebenen Vorgehens konnte das Ziel erreicht werden, die größtmögliche inhaltliche Kongruenz zwischen der ersten Übergangsversion 2011/2013 und der G-DRG-Version 2013 zu erhalten. Allerdings ist die unkritische Übernahme der Gruppierungsergebnisse der G-DRG-Versionen 2011/2013 für die Daten aus 2011 und 2012/2013 für die Daten aus 2012 nicht in jedem Fall zielführend. Verantwortlich dafür können Änderungen des Gruppierungsalgorithmus, der Deutschen Kodierrichtlinien, der ICD-/OPS-Kataloge oder der Abrechnungsbestimmungen sein. Zur korrekten Würdigung der Gruppierungsergebnisse mit den unterschiedlichen Versionen veröffentlicht das InEK jeweils ergänzend „Hinweise zur Leistungsplanung und Budgetverhandlung“ auf seiner Internetseite.

### 3.3.8 Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien

Wie auch schon in den vorausgegangenen Jahren lag der Schwerpunkt der diesjährigen Überarbeitung der Deutschen Kodierrichtlinien auf der Einarbeitung von Klarstellungen und redaktionellen Anpassungen. Zusätzlich erfolgte generell eine Anpassung an Änderungen der Diagnosen-/Prozedurenklassifikation sowie der G-DRG-Klassifikation für 2013.

Im Folgenden einige Beispiele für prägnante Änderungen/Klarstellungen:

- DKR D015I: Schaffung einer neuen Kodierrichtlinie für Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen. Dazu wurden die entsprechenden Inhalte aus DKR D002 übernommen. Gleichzeitig wurde klargestellt, dass diese Regelungen auch für die Kodierung als Nebendiagnose gelten. Die Kriterien der Nebendiagnosendefinition sind dabei zu beachten.
- DKR 1001I: Klarstellung, dass die Dauer der Atemunterstützung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (CPAP) bei Neugeborenen und Säuglingen bei der Ermittlung der Beatmungsdauer zu berücksichtigen ist.
- DKR 1905I: Klarstellung der Kodierung von Komplikationen offener Wunden im Absatz „Komplikationen offener Wunden“ für den Fall, dass für die Komplikation ein spezifischer Kode angegeben werden kann. Dies wurde durch ein neues Beispiel erläutert.
- DKR 1915I: Anpassung der Kodierung von Diagnosen aus dem Codebereich T74.- *Missbrauch von Personen* für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres im Zusammenhang mit der Einführung von Prozedurenkodes für die *Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit* (1-945) in den OPS Version 2013.

In Anhang B der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2013 sind ausführliche Informationen zu den durchgeführten Änderungen zusammengestellt.

### 3.4 Statistische Kennzahlen

#### 3.4.1 Wesentliche Ergebnisse und Änderungen zum Vorjahr

##### 3.4.1.1 Erweiterung und Umbau der Fallgruppen

Das G-DRG-System 2013 umfasst insgesamt 1.187 DRGs. Einen Überblick über die Veränderungen im Vergleich zum G-DRG-System 2012 bietet die folgende Tabelle 20:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
G-DRG-System 2013	1.187	- 6
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.142	- 6
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	40	± 0
davon rein teilstationäre DRGs	5	± 0
davon bewertet (Anlage 1c)	1	± 0
davon explizite Ein-Belegungstag-DRGs	23	± 0
davon implizite Ein-Belegungstag-DRGs	329	+ 9

Tabelle 20: Überblick über das G-DRG-System 2013

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

Im Zusatzentgelte-Katalog (Anlage 2 FPV 2013) werden 90 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 86) aufgeführt. Die Anzahl der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 FPV 2013) liegt bei 66 (Vorjahr: 64).

##### 3.4.1.2 Nicht bewertete DRGs

Im G-DRG-System 2013 blieb die Anzahl der als „nicht pauschalierbar“ dargestellten DRGs gegenüber dem G-DRG-System 2012 konstant bei 40 DRGs.

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

Die im Vergleich zum Vorjahr unveränderte kritische Gesamtwürdigung kalkulationsrelevanter Aspekte führte im G-DRG-System 2013 dazu, dass sich die 40 in Anlage 3a der FPV 2013 aufgeführten Fallpauschalen aufgrund der Verletzung eines oder mehrerer kalkulationsrelevanter Kriterien als „nicht pauschalierbar“ darstellten.



### 3.4.1.3 Zusatzentgelte

Bei der diesjährigen Weiterentwicklung wurden erneut über 200 spezielle und hochaufwendige Leistungen auf ihre sachgerechte Abbildung im G-DRG-System geprüft. Nach den Verfahrenseckpunkten zur Umsetzung des § 6 Abs. 2 KHEntgG (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) sollen angefragte Methoden/Leistungen im Folgejahr auf ihre Möglichkeit zur Integration in das G-DRG-System untersucht werden. Entsprechend wurden ca. 90 angefragte Methoden/Leistungen für die Abbildung im Zusatzentgelte-Katalog analysiert.

Die Untersuchungsmethodik blieb gegenüber dem Vorjahr unverändert. Die von den Kalkulationskrankenhäusern bereitgestellten Kostendaten und ergänzenden Fallinformationen bildeten die Grundlage für die Definition und Bewertung der Zusatzentgeltleistungen. Gegenüber dem Vorjahr erhöhte sich die Zahl der mit einem Vergütungsbetrag bewerteten Zusatzentgelte in Anlage 2 der FPV 2012 um 4 auf insgesamt 90.

Tabelle 21 zeigt die Zahl der Zusatzentgelte des G-DRG-Systems 2013 im Vergleich zum G-DRG-System 2012:

	G-DRG-System 2012	G-DRG-System 2013
<b>Mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte</b>		
Operative und interventionelle Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	31	35
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	52	52
Besondere Behandlungsformen	3	3
<b>Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG</b>		
Operative und interventionelle Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	35	34
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	26	29
Besondere Behandlungsformen	3	3
<b>Gesamt</b>	<b>150</b>	<b>156</b>

Tabelle 21: Vergleich der Anzahl der Zusatzentgelte im G-DRG-System 2012 und 2013

Zu den besonderen Behandlungsformen zählen die *Palliativmedizinische Komplexbehandlung* (ZE60), die *Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen* (ZE130), die *Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen* (ZE131) (jeweils mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte) sowie die *Anthroposophische Komplexbehandlung* (ZE2013-26), die *Versorgung von Schwerstbehinderten* (ZE2013-36) und die *Naturheilkundliche Komplexbehandlung* (ZE2013-40) (jeweils Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG).

Die Selbstverwaltungspartner haben in ihrer Vereinbarung zur Bestimmung Besonderer Einrichtungen für das Jahr 2012 das InEK beauftragt, die als Besondere Einrichtungen geführten Palliativstationen einer genaueren Untersuchung zu unterziehen. Vor dem Hintergrund der Einführung der Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege im G-DRG-System für 2012 sowie die Einführung des neuen OPS-Kodes für spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung zum 01. Januar 2012 wurde im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2013 keine Tiefenanalyse der Besonderer Ein-

richtungen durchgeführt. Das Zusammenwirken der Zusatzentgelte für palliativmedizinische Komplexbehandlung und für hochaufwendige Pflege einerseits sowie die kalkulatorischen Auswirkungen des neuen OPS-Kodes andererseits können erst mit dem Datenjahr 2012 im Rahmen des Selbstverwaltungsauftrags zur genauen Untersuchung der Palliativstationen analysiert werden. Das differenzierte Zusatzentgelt für die palliativmedizinische Komplexbehandlung wurde in der im Vorjahr ausführlich beschriebenen Vorgehensweise berechnet.

Für das Zusatzentgelt ZE01.02 *Hämodialyse, intermittierend, Alter < 15 Jahre* entsprach die Datenbasis aufgrund von Datenproblemen bei den jeweils fallzahlstarken Kalkulationskrankenhäusern nicht den Anforderungen des Regelwerks. Zur Vermeidung einer temporären Verschiebung dieser Leistung zwischen Anlage 2 (bewertet) und Anlage 4 (unbewertet) wurde für die Bewertung der Vorjahreswert unverändert übernommen.

Der OPS unterscheidet Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems seit der Version 2010 nicht mehr nur danach, ob es sich um Ein- oder Mehrkanalsysteme handelt, sondern auch in der Frage, ob eine Neurostimulationselektrode implantiert oder gewechselt wird. In den Kalkulationsdaten des Jahres 2011 wiesen diese differenzierten Prozeduren nun auch erstmals deutliche Kostenunterschiede auf. Dies ermöglichte die Aufteilung der bisherigen bewerteten Zusatzentgelte für Neurostimulatoren an Rückenmark bzw. peripheren Nerven, bisher differenziert nach Ein-/Mehrkanalsystem, jeweils nach

- mit Sondenimplantation
- ohne Sondenimplantation

Die Datenlage des Jahres 2011 ermöglichte weiterhin Änderungen im Bereich der Medikamente-freisetzenden Ballons. Einerseits konnte das bisher unbewertete ZE2012-87 – Lokalisation „koronar“ – bewertet (ZE136), andererseits erstmals ein Zusatzentgelt für die Intervention an peripheren Gefäßen etabliert werden. Die Prozedurenkodes für perkutan-transluminale Ballonangioplastie an bestimmten Lokalisationen definieren in Kombination mit einem Zusatzcode, der Art und Anzahl der verwendeten Ballons beschreibt, das neue bewertete Zusatzentgelt ZE137 *Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen*. Bei der Berechnung der zu vergütenden Beträge ergibt sich in letzterem Fall eine Besonderheit: Die typischen Fälle mit diesen Prozedurenkombinationen werden – im Gegensatz zu Fällen mit koronarer Ballonangioplastie – in sogenannten „Misch-DRGs“ abgebildet, DRGs, in denen sich sowohl Fälle mit gefäßchirurgischen als auch Fälle mit interventionellen Eingriffen finden (hier vor allem die Basis-DRG F59). Der überwiegende Anteil der Fälle mit nur einem Ballonkatheter – und das sind 75% aller Fälle mit Ballonkatheter – weisen nur geringe Mehrkosten in diesen DRGs auf. Fälle mit mehreren Ballonkathetern sind hingegen allein über die Fallpauschale nicht sachgerecht vergütet. Die höheren Sachkosten der interventionellen gegenüber den chirurgischen Verfahren werden allerdings zum einen durch eine kürzere Verweildauer, zum anderen durch hier nicht anfallende Kostenanteile, wie z.B. OP-Kosten, zumindest teilkompensiert. Dies ist bei der Berechnung der Zusatzentgelte zwingend zu berücksichtigen. Die Ermittlung des Betrags erfolgt somit aus dem Fallkosten-Delta (für 1 bzw. 2 Ballons).

<b>ZE136: koronar</b>		<b>ZE137: peripher</b>		
929,97 €	<b>1 Ballon</b>	198,97 €	}	<b>Fallkosten-Delta</b>
1.859,94 €	<b>2 Ballons</b>	1.159,61 €		
2.789,91 €	<b>3 Ballons</b>	2.371,40 €		
3.719,88 €	<b>4 Ballons</b>	3.583,19 €		

Abbildung 9: Beträge der Zusatzentgelte für Medikamente-freisetzende Ballonkatheter nach Lokalisation und Anzahl

Ein zuvor als NUB definiertes Medikament konnte auf Basis der verfügbaren Daten neu als Zusatzentgelt definiert und bewertet werden (ZE135 Gabe von *Vinflunin, parenteral*).

Weiterhin setzte sich bei ZE17 Gabe von *Gemcitabin, parenteral*, ZE19 Gabe von *Irinotecan, parenteral*, ZE63 Gabe von *Paclitaxel, parenteral* und ZE Gabe von *Docetaxel, parenteral* der schon im vergangenen Jahr beobachtete Preisverfall deutlich fort. Dies hatte zur Folge, dass die bisherigen Dosisklassen dieser ZEs gestrichen werden konnten. Zur Absicherung der Vergütung teurer Fälle, z.B. im Rahmen einer teilstationären Chemotherapie über einen sehr langen Zeitraum, wurden bei den genannten ZEs ganz neue Dosisklassen eingerichtet.

Die Dosisklassen bei den Zusatzentgelten ZE27 Gabe von *Trastuzumab, parenteral*, ZE50 Gabe von *Cetuximab, parenteral* und ZE74 Gabe von *Bevacizumab, parenteral* wurden nach oben hin erweitert, um eine verbesserte Vergütung bei langer teilstationärer Gabe zu erreichen.

In die Liste der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG wurden für das Jahr 2013 für Medikamentengaben drei neue Zusatzentgelte aufgenommen, die im Jahr 2012 mit NUB-Status 1 versehen waren (ZE2013-93 Gabe von *Eculizumab, parenteral*, ZE2013-94 Gabe von *Plerixafor, parenteral* bzw. ZE2013-95 Gabe von *Romiplostim, parenteral*). Diese Leistungen erfüllen zwar die Kriterien für eine Zusatzentgeltdefinition, konnten jedoch wie alle in Anlage 4 des Fallpauschalen-Katalogs zusammengefassten Leistungen auf der vorhandenen Datenbasis nicht mit einem Vergütungsbetrag bewertet werden.

Zwei Zusatzentgelte wurden gestrichen, weil die entsprechenden Präparate vom Markt genommen wurden (ZE73 Gabe von *Rekombinantem aktivierten Protein C, parenteral* und ZE 13 Gabe von *Alemtuzumab, parenteral*).

Ein Zusatzentgelt, das in den vergangenen Jahren noch bewertet werden konnte, ZE2013-96 Gabe von *Topotecan, parenteral*, wurde dieses Jahr in die Liste der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG überführt. Diese Änderung ist durch den in der unterjährigen Preisabfrage ersichtlichen deutlichen Preisverfall begründet.

Der Fallpauschalen-Katalog 2013 weist erstmals zwei verschiedene Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutgerinnungsstörungen aus, die das seit Einführung des G-DRG-Systems etablierte Zusatzentgelt ZE20XX-27 *Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren* ersetzen: das extrabudgetäre unbewertete Zusatzentgelt ZE2013-97 *Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren* und das intrabudgetäre unbewertete Zusatzentgelt ZE2013-98 *Gabe von Blutgerinnungsfaktoren*. Beide Zusatzentgelte sind durch Kombinationen bestimmter Prozeduren- und Diagnosekodes definiert. Unter das Zusatzentgelt ZE2013-97 *Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren* fallen zukünftig Fälle mit angeborenen und dauerhaft erworbenen Blutgerinnungsstörungen. Für Fälle mit anderen oder temporären Blutgerinnungsstörungen kann dagegen das Zusatzentgelt ZE2013-98 *Gabe von Blutgerinnungsfaktoren* geltend gemacht werden, wenn ein Wert von 15.000 € für Blutgerinnungsfaktoren gemäß der für das Zusatzentgelt definierten OPS-Liste überschritten wird. Die Selbstverwaltungspartner haben festgelegt, dass der benannte Schwellenwert im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems zu überprüfen ist. In der neu hinzugekommenen Anlage 7 des Fallpauschalen-Katalogs ist neben den beiden spezifischen Diagnoselisten eine weitere Liste mit zu differenzierenden ICD-Kodes aufgeführt. Bei diesen Diagnosen ist von Fall zu Fall zu entscheiden, ob es sich um eine dauerhaft erworbene oder eine temporäre Blutgerinnungsstörung handelt. Nur bei Fällen mit dauerhaft erworbenen Störungen ist das extrabudgetäre Zusatzentgelt ZE2013-97 abrechenbar. Bei Fällen mit der Diagnose D68.4 *Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren* kann nur dann das extrabudgetäre Zusatzentgelt ZE2013-97 geltend gemacht werden, wenn die Blutgerinnungsstörung allein durch eine Lebertransplantation zu heilen ist.

### **3.4.2 Analyse des Pauschalierungsgrades**

Die Gesamtzahl der DRGs ist in den letzten drei Jahren (G-DRG-Systeme 2011, 2012 und 2013) von 1.194 auf 1.193 und nun auf 1.187 gesunken. Parallel dazu verläuft die Entwicklung der Anzahl bewerteter DRGs von 1.149 über 1.148 auf 1.142.

Angesichts dieser Entwicklung wurde auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG untersucht, in welcher Weise

- a) die geänderte Komplexität des Systems die Krankenhäuser betrifft und
- b) die leistungsgerechte Abbildung der überwiegenden Mehrzahl aller Fälle durch das Absinken der Gesamtzahl der DRGs betroffen ist.

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

Unter Ausblendung derjenigen DRGs, die pro Krankenhaus nur genau ein Mal getroffen werden, zeigt eine Analyse der vollstationären Daten gem. § 21 KHEntgG des Datenjahres 2011, dass weniger als 400 der rund 1.600 untersuchten Krankenhäuser in Deutschland während eines gesamten Jahres mehr als 500 verschiedene DRG-Fallpauschalen abrechnen. Rund 62% der dem KHEntgG unterliegenden Krankenhäuser rechnen höchstens 400 verschiedene DRG-Fallpauschalen ab (vgl. Abb. 10).

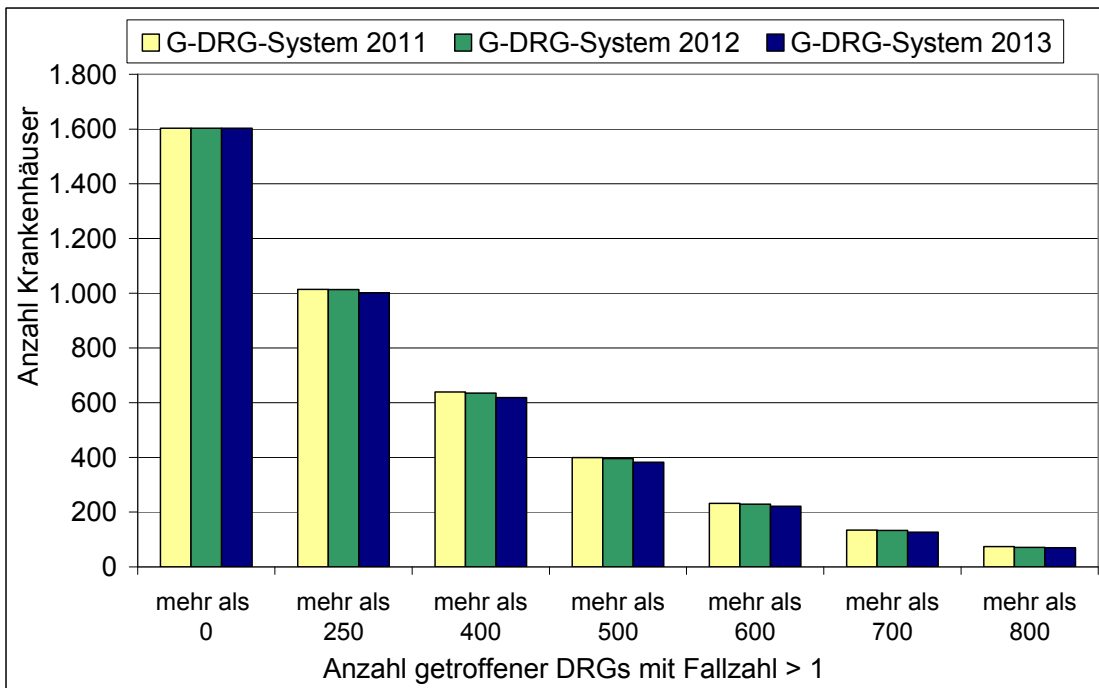


Abbildung 10: Anzahl getroffener DRGs pro Krankenhaus (Fallzahl > 1) für die drei G-DRG-Systeme 2011, 2012 und 2013, Basis: Vollstationäre Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2011

**Analyse des Fallanteils in den am häufigsten getroffenen DRGs**

Die Abbildung der 200 fallzahlstärksten DRGs in einer Sättigungskurve zeigt, dass das G-DRG-System einen hohen Grad der Pauschalierung erreicht hat. Bereits die 200 fallzahlstärksten Fallpauschalen bilden rund 75% aller abrechenbaren vollstationären Fälle ab. Der Grad der Pauschalierung ist seit dem G-DRG-System 2011 nahezu unverändert (vgl. Abb. 11).

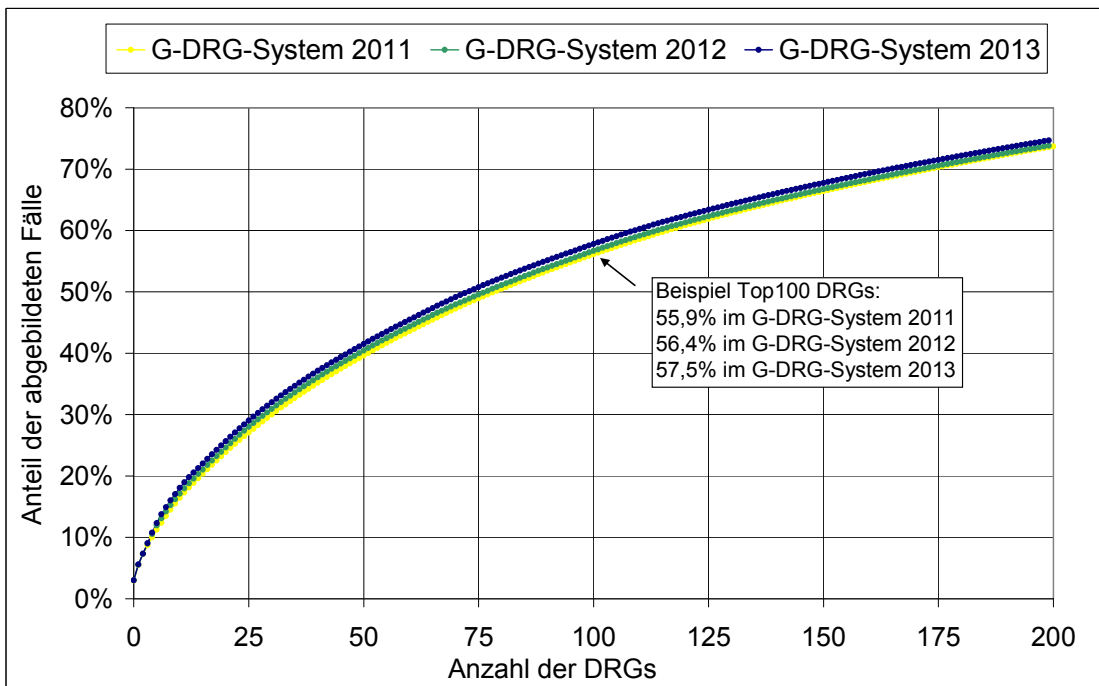


Abbildung 11: Anteil der vollstationären Fälle in den 200 fallzahlstärksten DRGs, G-DRG-Systeme 2011, 2012 und 2013, Basis: Vollstationäre Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2011

In der folgenden Darstellung (vgl. Abb. 12) 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 77% aller abrechenbaren Fälle in belegärztlicher Versorgung abgebildet werden. Für einen identischen Abbildungsgrad bei Versorgung in Hauptabteilungen sind etwas mehr als 200 DRGs erforderlich.

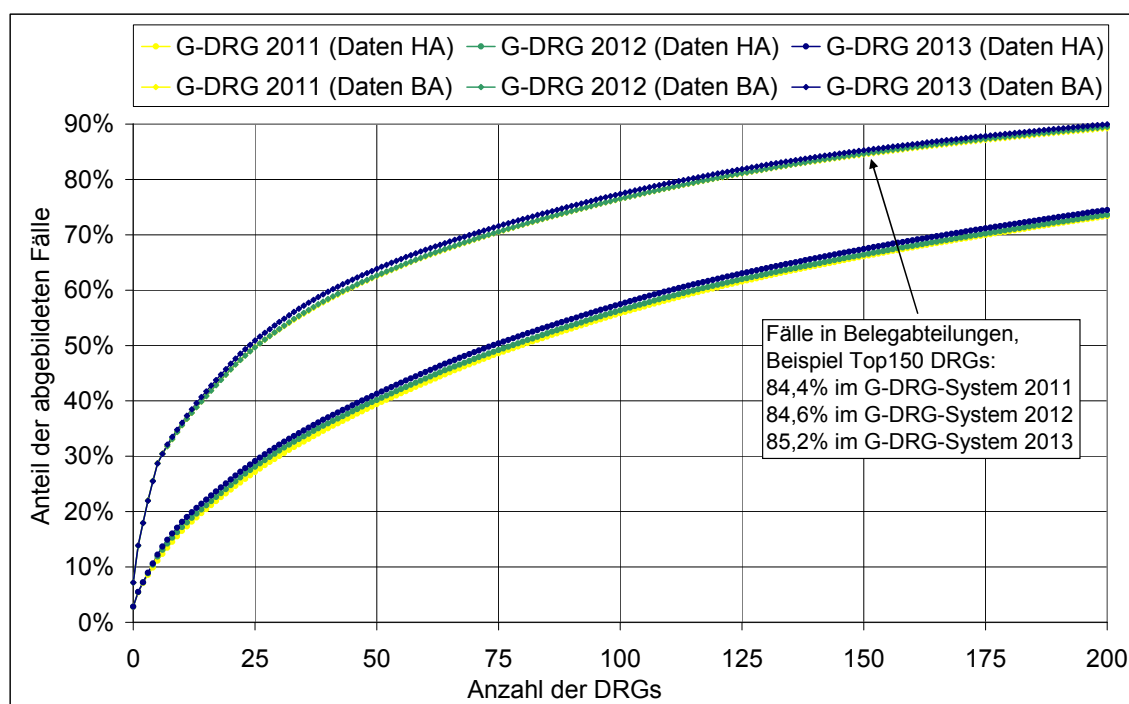


Abbildung 12: Anteil der Fälle in Haupt- und Belegabteilungen in den 200 fallzahlstärksten DRGs, G-DRG-Systeme 2011, 2012 und 2013, Basis: Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2011

Dieses Ergebnis konnte erwartet werden, nachdem die 74 eigenständig kalkulierten Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung insgesamt 66% der abrechenbaren Fälle in belegärztlicher Versorgung darstellen (siehe Kap. 3.3.1.2 und Anhang A-2).

### 3.4.3 Statistische Güte der Klassifikation

Die Fähigkeit zur Bildung kostenhomogener Klassen bildet die Grundlage zur Einschätzung der Güte pauschalierender Entgeltsysteme. Die Klassifikationsgüte des G-DRG-Systems wurde mit den folgenden Kostenstreuungsmaßen bewertet:

- dem  $R^2$ -Wert als Maß für die Varianzreduktion,
- dem Homogenitätskoeffizienten der Fallkosten sowie
- dem Konfidenzintervall um den Fallkosten-Mittelwert der Inlier.

Der Analyse lag die nach Prüfungen und Bereinigungen vorliegende Fallmenge der in Hauptabteilungen versorgten Fälle zugrunde (siehe Kap. 3.2.1.1). Diese wurden sowohl nach dem G-DRG-System 2012 als auch nach dem G-DRG-System 2013 gruppiert.

Analysiert wurden die in beiden Fallpauschalen-Katalogen für Hauptabteilungen mit einer Bewertungsrelation versehenen DRGs. Die beiden Fehler-DRGs 960Z *Nicht*

gruppierbar und 961Z *Unzulässige Hauptdiagnose* sowie die nicht bewerteten DRGs (Anlage 3a) blieben unberücksichtigt. Außerdem wurden die expliziten Ein-Belegungstag-DRGs der beiden G-DRG-Systeme aus der Analyse ausgeschlossen, da ihre Festlegung nicht ausschließlich aus Gründen der Kostenhomogenität erfolgte.

Entsprechend wurden 1.124 DRGs im G-DRG-System 2012 bzw. 1.118 DRGs im G-DRG-System 2013 für die Analyse verwendet.

### **Analyse der Varianzreduktion**

Zur Bewertung des G-DRG-Systems 2013 im Vergleich zum G-DRG-System 2012 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 2011 – für alle Fälle und für Inlier – berechnet und einander gegenübergestellt (siehe Tab. 22):

	<b>G-DRG-System 2012</b>	<b>G-DRG-System 2013</b>	<b>Verbesserung (in %)</b>
R <sup>2</sup> -Wert auf Basis aller Fälle	0,7591	0,7608	0,2
R <sup>2</sup> -Wert auf Basis der Inlier	0,8452	0,8488	0,4

Tabelle 22: Vergleich der Varianzreduktion  $R^2$  im G-DRG-System 2012 und G-DRG-System 2013 (Basis: Datenjahr 2011)

Bezogen auf alle Fälle konnte die Varianzreduktion um 0,2% verbessert werden. Für Inlier wurde ein  $R^2$ -Wert von 0,8488 erreicht. Somit konnte der  $R^2$ -Wert als Maß für die Varianzreduktion auf Basis der Inlier im G-DRG-System 2013 im Vergleich zur Version 2012 um 0,4% gesteigert werden.

Neben der Betrachtung des gesamten G-DRG-Systems kann die Varianzreduktion auch für jede einzelne MDC berechnet werden. In der folgenden Abbildung 13 sind die  $R^2$ -Werte je MDC auf Basis der Inlier dargestellt. Die Sortierung der MDCs erfolgt absteigend nach dem  $R^2$ -Wert für das G-DRG-System 2013 (linke Skala). Der Index gibt das Verhältnis zwischen der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das G-DRG-System 2013 und der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das G-DRG-System 2012 wieder. Eine Referenzlinie für den Indexwert 100 (rechte Skala) erleichtert den Vergleich.

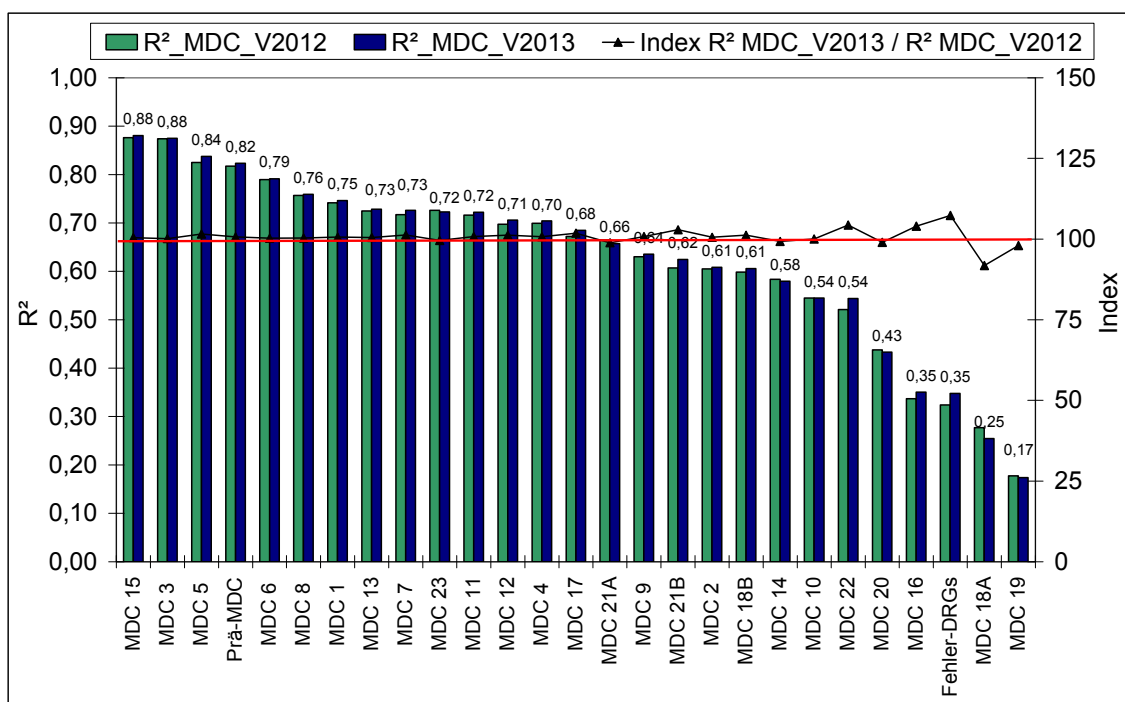


Abbildung 13: R<sup>2</sup>-Wert je MDC für G-DRG-Systeme 2012 und 2013, Basis: Inlier (Sortierung nach R<sup>2</sup>-Wert für G-DRG-System 2013), Datenjahr 2011

Die Darstellung zeigt die Unterschiede in der Varianzreduktion zwischen den MDCs. Allerdings sind die Veränderungen in beide Richtungen relativ gering. Bis auf drei MDCs ist eine positive Veränderung im G-DRG-System 2013 gegenüber der Version 2012 zu verzeichnen (Index >100).

In den folgenden MDCs

- Fehler-DRGs und sonstige DRGs (Index 107,4),
- MDC 22 Verbrennungen (Index 104,4),
- MDC 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems (Index 104,0) und
- MDC 21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten (Index 102,9)

wurden die deutlichsten prozentualen Steigerungen des R<sup>2</sup>-Wertes erreicht.

Die Varianzreduktion in den MDCs, die in beiden Versionen des G-DRG-Systems knapp die Hälfte der analysierten Fälle stellen (49,5%), ist nur wenig verändert:

- MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems: von 0,7418 auf 0,7463 (Index 100,6)
- MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems: von 0,8251 auf 0,8377 (Index 101,5)
- MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane: von 0,7894 auf 0,7914 (Index 100,3)
- MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe: von 0,7570 auf 0,7593 (Index 100,3)



### **Analyse der Kostenhomogenität**

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

Teilt man die DRGs bezüglich des Kostenhomogenitätskoeffizienten in Klassen ein, so ergibt sich – auf Basis der Inlier (Daten des Jahres 2011) für die analysierten DRGs – folgende Situation (siehe Tab. 23):

Homogenitätskoeffizient Kosten	G-DRG-System 2012		G-DRG-System 2013		Veränderung des Anteils
	Anzahl	Anteil (in %)	Anzahl	Anteil (in %)	
<i>Bereich</i>					<i>Veränderung (in %)</i>
unter 60%	20	1,8	20	1,8	- 0,5
60 bis unter 65%	96	8,5	91	8,1	- 4,7
65 bis unter 70%	376	33,5	357	31,9	- 4,5
70 bis unter 75%	338	30,1	349	31,2	+ 3,8
75% und mehr	294	26,2	301	26,9	+ 2,9
<b>Gesamt</b>	<b>1.124</b>		<b>1.118</b>		

Tabelle 23: Vergleich Homogenitätskoeffizient Kosten für G-DRG-Systeme 2012 und 2013, Basis: Inlier, Datenjahr 2011

In den beiden Klassen mit den höchsten Homogenitäten („70 bis unter 75%“ bzw. „75% und mehr“) ist ein Anstieg von + 3,8% bzw. + 2,9% 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. Die folgende Abbildung 14 zeigt den Fallanteil in den zu den verschiedenen Klassen gehörenden DRGs für die G-DRG-Systeme 2012 und 2013.

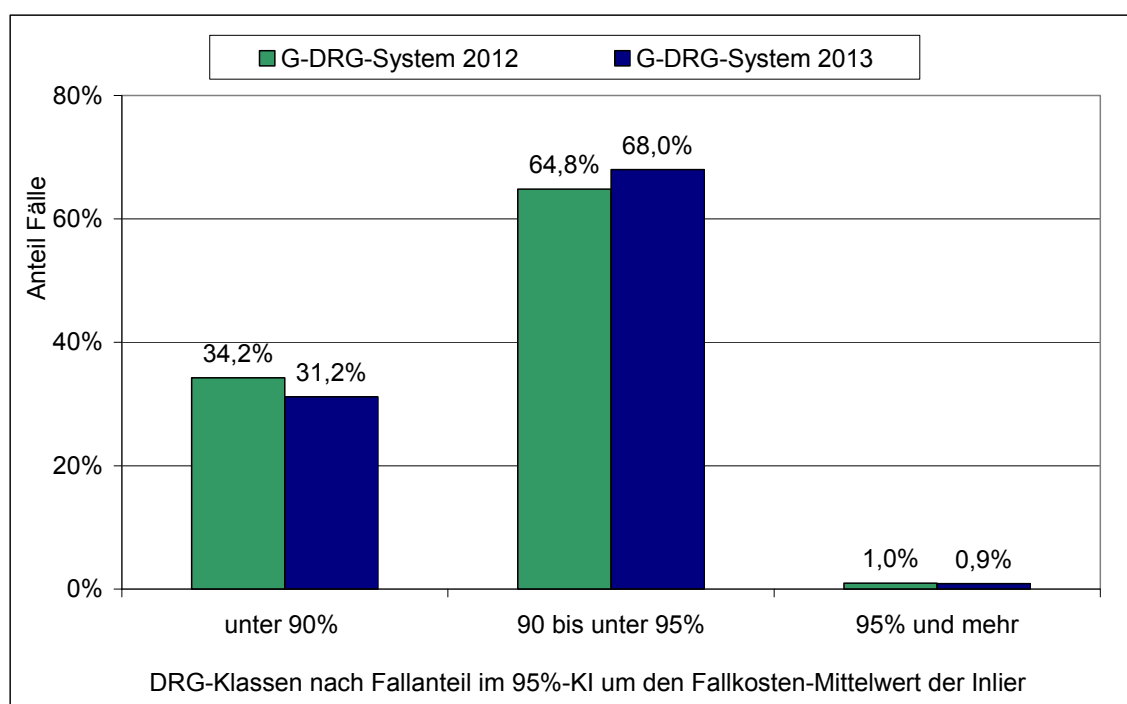


Abbildung 14: Vergleich der DRG-Klassen im 95%-Konfidenzintervall um den Fallkosten-Mittelwert der Inlier für G-DRG-Systeme 2012 und 2013 bezüglich Fallanteil, Basis: Datenjahr 2011

Beim Vergleich des G-DRG-Systems 2013 zum G-DRG-System 2012 ist eine Verschiebung des Fallanteils von der Klasse „unter 90%“ hin zur Klasse „90% bis unter 95%“ festzustellen.

Diese Resultate unterstreichen insgesamt die Kostenhomogenität des G-DRG-Systems 2013.

### 3.4.4 Analyse der Verweildauer

#### 3.4.4.1 Verweildauervergleich der Datenjahre 2009, 2010 und 2011

Vor der Analyse auf Repräsentativität der Verweildauer wurde die Verweildauer in den Daten gem. § 21 KHEntgG untersucht. Als Analysebasis dienten die aus den Datenjahren 2009, 2010 und 2011 jeweils gemäß G-DRG-Version 2011 gruppierten Fälle in Hauptabteilungen ohne Fälle in nicht bewerteten DRGs (Anlage 3a). Der Analyse lagen jeweils rund 16,5 Mio. Fälle zugrunde.

Im Durchschnitt ergab sich in den Daten gem. § 21 KHEntgG ein Verweildauerrückgang von 2,3% vom Datenjahr 2009 zum Datenjahr 2010 sowie ein weiterer Rückgang von 1,9% vom Datenjahr 2010 zum Datenjahr 2011 (siehe Tab. 24).

Daten gem. § 21 KHEntgG	Verweildauer-Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)
Datenjahr 2009	7,02		
Datenjahr 2010	6,87	- 0,15	- 2,2
Datenjahr 2011	6,69	- 0,17	- 2,5

Tabelle 24: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte, Basis: Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahre 2009 bis 2011, Hauptabteilungen, gruppiert nach G-DRG-Version 2011

Der Verweildauerrückgang im Vergleich der Datenjahre 2010 und 2011 in den Daten gem. § 21 KHEntgG verteilt sich ungleichmäßig auf die einzelnen DRGs. Während 704 DRGs (mit 95% aller Fälle) einen Rückgang von 0,1 bis unter 0,5 Tagen aufweisen, lässt sich für 181 DRGs, die zusammen ca. 3% der analysierten Fälle repräsentieren, ein Anstieg in der mittleren Verweildauer feststellen.

Betrachtet man nur die Datenjahre 2010 und 2011, so ergibt sich bei den 20 häufigsten DRGs, die 24,1% der Fälle in den Daten gem. § 21 KHEntgG des Jahres 2011 repräsentieren, ein Rückgang des Verweildauer-Mittelwerts von 0,15 Tagen bzw. 3,2%.

Die Ergebnisse einer Analyse getrennt nach Fällen in Hauptabteilungen bzw. in belegärztlicher Versorgung und eingeschränkt auf nur solche DRGs mit mindestens 20 Fällen in beiden Abteilungsarten ist in der folgenden Tabelle 25 dargestellt.

Nach dieser DRG-Filterung ist ein Verweildauerrückgang vom Datenjahr 2010 zum Datenjahr 2011 von 3,0% für Fälle in Hauptabteilungen bzw. 0,8% für Fälle in belegärztlicher Versorgung zu verzeichnen.

Daten gem. § 21 KHEntgG	VWD Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)	VWD Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)
	Hauptabteilung			Belegabteilung		
Datenjahr 2009	6,34			4,49		
Datenjahr 2010	6,17	- 0,17	- 2,7	4,36	- 0,13	- 2,9
Datenjahr 2011	5,98	- 0,19	- 3,0	4,32	- 0,03	- 0,8

Tabelle 25: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahre 2009 bis 2011, DRGs mit Fallzahl > 20 in Haupt- und Belegabteilung

Im Vergleich zur Gesamtbetrachtung (vgl. Tab. 25) beträgt der Mittelwert der Verweildauer für das aktuell vorliegende Datenjahr 2011 für Fälle in Hauptabteilungen nun statt 6,69 noch 5,98 Tage. Der Verweildauerrückgang zeigt sich mit nun 3,0% im Vergleich zu 2,5% noch deutlicher.

Der Rückgang der Verweildauer im Laufe der letzten Datenjahre kann auch durch die Entwicklung des Anteils der vollstationären Fälle mit einem Belegungstag an allen vollstationären Fällen (vgl. Abb. 15) verdeutlicht werden.

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

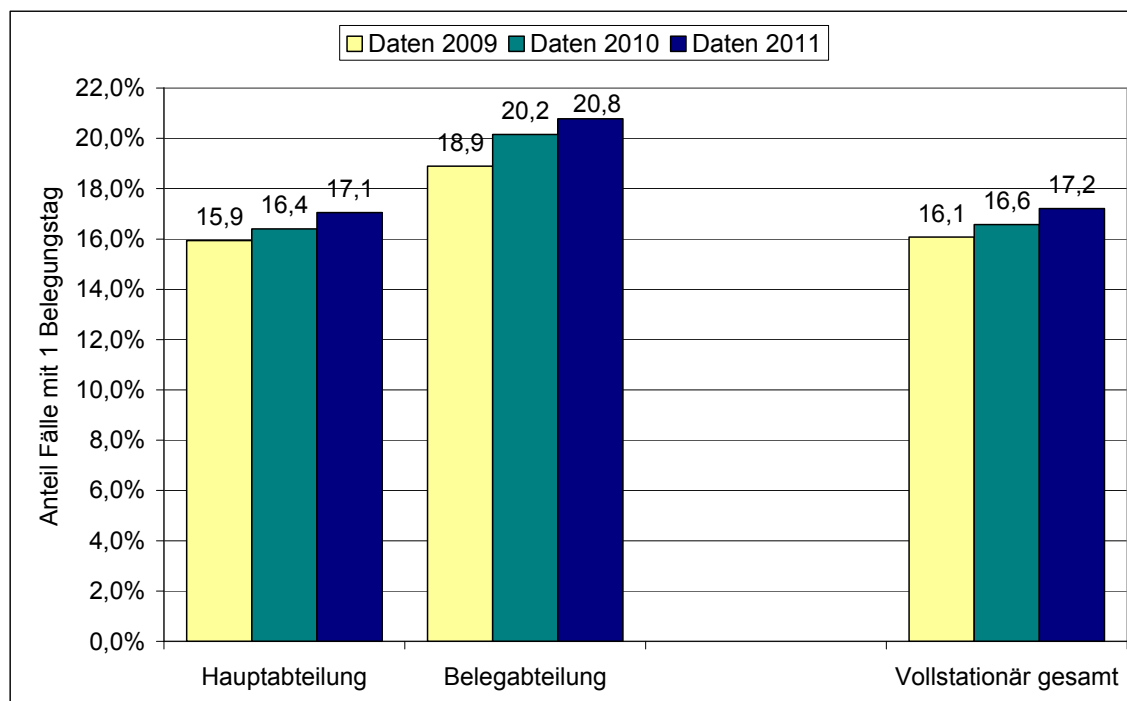


Abbildung 15: Entwicklung des Anteils der vollstationären Fälle mit einem Belegungstag an allen vollstationären Fällen, Basis: Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahre 2009 bis 2011

### 3.4.4.2 Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer

Zur Überprüfung der Repräsentativität der Daten der Kalkulationskrankenhäuser wurden diese Daten mit den Daten gem. § 21 KHEntgG verglichen. In beiden Datengesamtheiten wurden die durch die Grenzverweildauern des Fallpauschalen-Katalogs für 2013 definierten Inlier in Hauptabteilungen betrachtet. Dabei wurden aufnahme- und/oder entlassverlegte Fälle entsprechend der DRG-Zuordnung (siehe Kap. 3.3.1.5) berücksichtigt.

Für die Daten der Kalkulationskrankenhäuser wurde durch die differenzierten Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen (siehe Kap. 3.3.1.1) und dazugehörige Einzelnachfragen ein hoher Detaillierungsgrad der Plausibilisierung erreicht. Für die rund 20,1 Mio. Datensätze gem. § 21 KHEntgG wurden Fallzusammenführungen und medizinische Plausibilitätsprüfungen durchgeführt (vgl. dazu auch Kap. 2.1 und 2.2).

Unter der Zielvorgabe einer möglichst großen Kostenhomogenität der G-DRG-Klassifikation müsste die Überprüfung der Repräsentativität in beiden Datengesamtheiten mit Hilfe von Kostendaten durchgeführt werden. Wegen fehlender Kostenangaben in den Daten gem. § 21 KHEntgG wurde für die Analyse hilfsweise die Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer zugrunde gelegt.

### Überblick über das analytische Vorgehen

- Eine Analyse der Differenz der Verweildauer-Mittelwerte zeigt auf, ob strukturelle Unterschiede zwischen den Verweildauern der Stichprobe (Daten der Kalkulationskrankenhäuser) und der Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) vorliegen.
- Die Analyse des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer fokussiert auf das Streuungsverhalten und bietet damit eine weitere Möglichkeit zur Analyse der Verweildauerverteilung.

Nicht einbezogen in die Analyse der Verweildauer wurden folgende DRGs:

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

Diese Einschränkungen schlossen insgesamt 72 DRGs aus der Analyse aus. Der Analyse lagen somit 1.115 DRGs zugrunde.

### Analyse der Differenz der Verweildauer-Mittelwerte

Die Differenz der Verweildauer-Mittelwerte (Daten der Kalkulationskrankenhäuser – Daten gem. § 21 KHEntgG) fällt für die meisten DRGs nur sehr gering aus (siehe Abb. 16): Für 858 der 1.125 analysierten DRGs (77%) ist diese geringer als +/- 0,5 Tage, 1.030 DRGs (92%) unterscheiden sich um höchstens +/- 1 Tag und für 1.098 DRGs (98%) beträgt diese gerundet höchstens +/- 2 Tage.

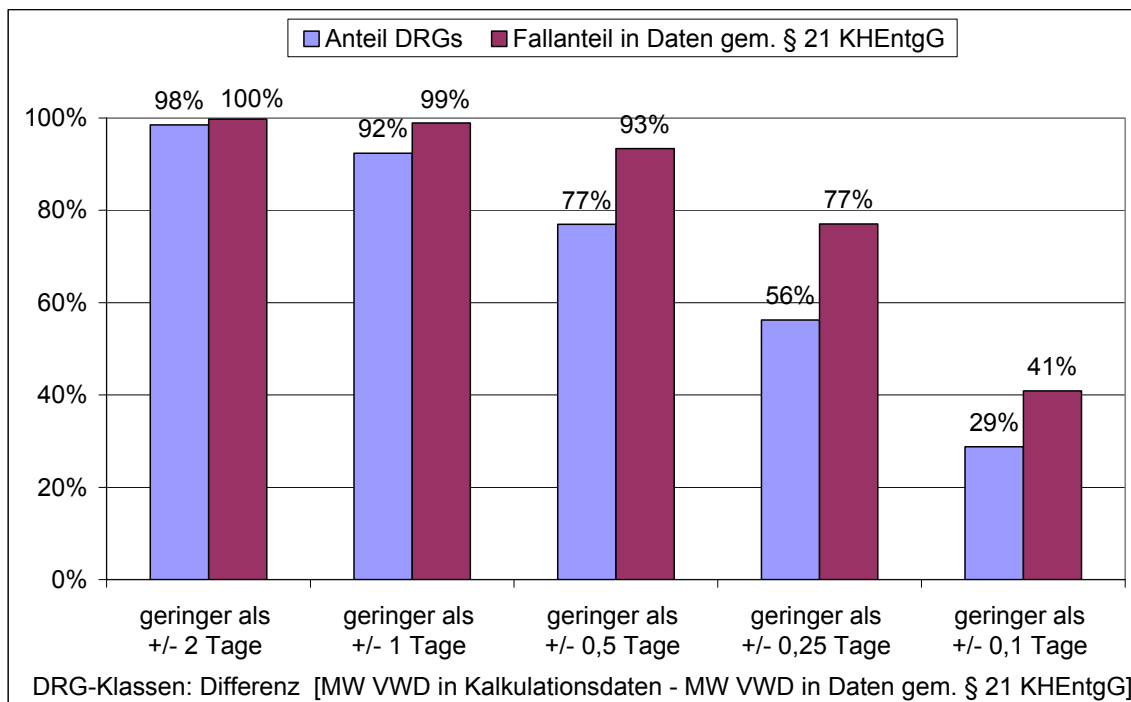


Abbildung 16: Häufigkeitsverteilung Differenzen der Verweildauer-Mittelwerte (Daten der Kalkulationskrankenhäuser – Daten gem. § 21 KHEntgG), getrennt nach DRG- und Fallanteil, Basis: Inlier, Datenjahr 2011

Im Hinblick auf die Fallanteile in den Daten gem. § 21 KHEntgG wird in der Analyse deutlich, dass 77% aller analysierten Fälle in DRGs liegen, deren Verweildauer-Mittelwerte sich um höchstens 0,25 Tage unterscheiden. Bei der Abweichung von +/- 0,5 Tagen sind dies bereits 93% aller analysierten Fälle.

### **Analyse des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer**

Ein weiterer Vergleich der Verweildauerverteilungen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 KHEntgG ist durch die Analyse des Streuungsverhaltens der Verweildauer möglich. Hierzu wird der Homogenitätskoeffizient der Verweildauer herangezogen.

Teilt man die DRGs auf Basis der Inlier bezüglich des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer in Klassen ein, so ergibt sich die in Abbildung 17 dargestellte empirische Häufigkeitsverteilung der Homogenitätsklassen. Die Häufigkeitsverteilungen der Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und der Daten gem. § 21 KHEntgG unterscheiden sich nur geringfügig.

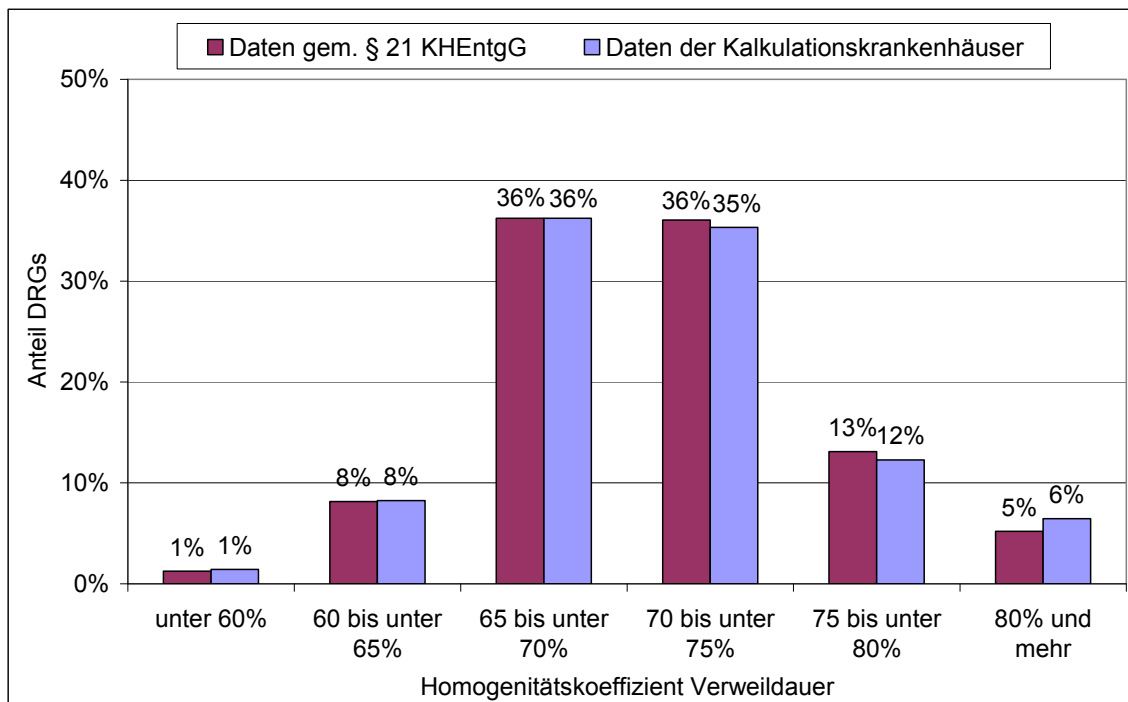


Abbildung 17: Häufigkeitsverteilung der Verweildauer-Homogenitätskoeffizientenklassen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 KHEntgG, Basis: Inlier, Datenjahr 2011

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

Für 1.099 von 1.115 DRGs (99%) liegt der Index zwischen 95 und 105, d.h. die relative Abweichung zwischen den Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 KHEntgG beträgt höchstens +/- 5%. Eine Abweichung von höchstens +/- 2,5% liegt bei 1.009 DRGs (90% von 1.115 DRGs) vor.

Man kann also insgesamt betrachtet von einer hohen Übereinstimmung der Homogenitätskoeffizienten der Verweildauern sprechen.

**Fazit**

1. Die Analyse der Verweildauer, die hilfsweise als Parameter für die Repräsentativitätsprüfung der Kostenhomogenität herangezogen wurde, ergab für den überwiegenden Teil der analysierten 1.115 DRGs eine vernachlässigbare Differenz zwischen den Mittelwerten der Verweildauern in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 KHEntgG.
2. Die Analyse des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer, der stärker auf die Streuung und damit auf die Homogenität der Verteilungen fokussiert, zeigt keine Auffälligkeit zwischen den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 KHEntgG.
3. Die Homogenitätskoeffizienten der Verweildauern zeigen unter Berücksichtigung der Abweichung des Verweildauer-Mittelwerts, dass
  - a) die Plausibilitätsprüfungen keine sogenannte „Pseudo-Homogenität“ in den der Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation zugrunde liegenden Daten erzeugt haben und
  - b) die für die Bewertung der Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation zugrunde gelegten Streuungsmaße mindestens zulässige Entscheidungsgrundlage für die Abbildung der Daten gem. § 21 KHEntgG sein konnten.

Das auf Basis der Daten der Kalkulationskrankenhäuser weiterentwickelte G-DRG-System 2013 bildet somit die Daten gem. § 21 KHEntgG im Hinblick auf die Kosten- und Verweildauerhomogenität gut ab.

## 4 Kalkulation der Ausbildungskosten

In diesem Jahr fand die dritte Kalkulationsrunde zur Ermittlung berufsbezogener Ausbildungskosten statt. Ausbildungsstätten können sich auf freiwilliger Basis an der Erhebung von Kostendaten beteiligen. Die teilnehmenden Ausbildungsstätten übermittelten nach den Vorgaben des Handbuchs zur Kalkulation der Ausbildungskosten zusätzlich zu den gem. § 21 KHEntgG verpflichtenden Angaben in der Datei „Ausbildung“ einen nach Finanzierungstatbeständen differenzierten Kostendatensatz je Ausbildungsberuf. Das Kalkulationsergebnis besteht aus zwei Teilen: den Kosten der Ausbildungsstätte und den Mehrkosten der Ausbildungsvergütung. Die Kalkulation der Kosten der Ausbildungsstätte basiert auf den Daten der Datei „Ausbildungskosten“. Die Mehrkosten der Ausbildungsvergütung sollen primär aus den Daten gem. § 21 KHEntgG ermittelt werden. An der Kalkulation 2012 nahmen 99 Ausbildungsstätten mit insgesamt 184 Kalkulationsdatensätzen teil. Die ermittelten Ausbildungskosten und Mehrkosten der Ausbildungsvergütung sollen den Vertragsparteien auf Bundesebene als Grundlage für eine Vereinbarung von Richtwerten gem. § 17a KHG dienen.

### ***Plausibilisierung der Kalkulationsdatensätze***

Die Plausibilisierung der Kalkulationsdatensätze erfolgte in einem zweistufigen Verfahren. Im technischen Fehlerverfahren der Datenstelle wurde eine erste formale und inhaltliche Prüfung der Daten vorgenommen. In einem zweiten Schritt wurden vom InEK differenzierte Analysen bezüglich der Plausibilität und Konformität der übermittelten Datensätze durchgeführt. Durch die Erfahrungen der letzten Kalkulationsrunden konnten die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen im InEK nochmals ausgebaut werden; insbesondere bei der Kennzahlenbildung konnte auf die Erkenntnisse der letzten Kalkulationsrunde zurückgegriffen werden. Die Plausibilisierung erfolgte sowohl für die Ausbildungskosten als auch für die im Rahmen der Datenübermittlung gem. § 21 KHEntgG übermittelten Daten in der Datei „Ausbildung“. Zusätzlich wurden die von den Kalkulationsteilnehmern separat übermittelten „Informationen zur Kalkulationsgrundlage Ausbildungsstätten“, die erweiterte Angaben zu den Strukturdaten und zur Kalkulationsbasis beinhalten, in die Analysen des InEK einbezogen. Die Ausbildungsstätten erhielten die Ergebnisse der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen in Form eines Reports. Auf Grundlage der Reporte wurden die Kalkulationsdatensätze von den kalkulierenden Ausbildungsstätten überarbeitet und erneut an das InEK übermittelt. In der Datenannahmephase wurde mit den Ausbildungsstätten ein ausführlicher Dialog über die Plausibilität der gelieferten Daten und die Wege zur Korrektur fehlerhafter Datensätze geführt.

### ***Plausibilisierung Ausbildungskosten***

Im Rahmen der Konformitäts- und Plausibilitätsprüfungen wurden die Ausbildungskosten u.a. auf folgende Tatbestände hin analysiert:

#### *Theoretischer und praktischer Unterricht:*

- Prüfung der Stundensätze von Lehrern und Honorarkräften
- Prüfung der Klassengröße (Lehrer-Schüler-Verhältnis)
- Prüfung der Aufteilung der Schulleitung (Leitungsfunktion/Lehrtätigkeit)

Die Plausibilisierung der Klassengröße wurde unter Berücksichtigung der in einzelnen Bundesländern festgesetzten Mindestvorgaben bzw. Empfehlungen vorgenommen.



Bundeslandbezogen wurde überprüft, ob sich das Lehrer-Schüler-Verhältnis innerhalb entsprechender sachgerechter Grenzen befand. Darüber hinaus wurden die Personalkosten je Unterrichtsstunde bei Honorarkräften auf der Grundlage durchschnittlicher Personalkosten für Auszubildende plausibilisiert.

*Praktische Ausbildung:*

- Prüfung der Stundensätze von Praxisanleitern
- Prüfung der Praxisanleitungsstunden pro Auszubildendem pro Jahr
- Verprobung der Gruppengröße

Die Überprüfung erfolgte unter Beachtung der unterschiedlichen Vorgaben der Bundesländer bezüglich des Mindestumfangs der Praxisanleitung je Auszubildendem pro Jahr. Die Personalkosten der Praxisanleiter je Stunde wurden auf Basis der in den „Informationen zur Kalkulationsgrundlage Ausbildungsstätten“ übermittelten durchschnittlichen Personalkosten für Praxisanleiter plausibilisiert.

*Sachaufwand der Ausbildungsstätte:*

- Prüfung der Sachkosten mit unplausiblen Kostenwerten

Bei der Betrachtung der Sachkosten lag das Hauptaugenmerk auf der Plausibilisierung von Kostenausreißern und nicht gefüllten Modulen.

*Gemeinkosten:*

- Prüfung der Kalkulationsmethode (Verflechtung zwischen leistender und empfangender Kostenstelle, verwendete IBLV-Schlüssel, Plausibilität der Ausgangsgrößen, direkt verbuchte Kosten)

In diesem Jahr wurden weitere zusätzliche Angaben zur Gemeinkostenverrechnung im Rahmen der „Informationen zur Kalkulationsgrundlage Ausbildungsstätten“ abgefragt. Die dadurch gewonnenen tiefergehenden Informationen konnten bei der Überprüfung der verursachungsgerechten Abgrenzung der im Rahmen der Kostenstellenverrechnung (IBLV) von der verbundenen Einrichtung (Krankenhaus) auf die Ausbildungsstätte verrechneten Kostenanteile einbezogen werden. Insbesondere wurde analysiert, ob betriebliche Verflechtungen zwischen den einzelnen leistenden Kostenstellen des Krankenhauses und den empfangenden Kostenstellen der Ausbildungsstätte vorlagen und ob sachgerechte IBLV-Schlüssel zur Verrechnung verwendet wurden.

***Plausibilisierung der Daten gem. § 21 KHEntgG „Ausbildung“***

Zur Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung wurde auf die im Rahmen der Daten gem. § 21 KHEntgG übermittelten Angaben aller Ausbildungsstätten (Grundgesamtheit) zurückgegriffen. Eine Kreuzverprobung der Ergebnisse auf Basis der Kalkulationsausbildungsstätten (Stichprobe) mit den Ergebnissen auf Basis aller Daten gem. § 21 KHEntgG (Grundgesamtheit) ergab, dass die Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung auf der Datenbasis aller Daten gem. § 21 KHEntgG aussagekräftiger ist. Hintergrund ist, dass der Anteil der einzelnen Bundesländer an der Stichprobe (Kalkulationsausbildungsstätten) nicht dem Anteil der einzelnen Bundesländer an der Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) entspricht.

Die im Rahmen des Fehlerverfahrens durchgeführten Prüfungen der Datei „Ausbildung“ sorgten dafür, dass schon auf dieser Stufe des Verfahrens eine höhere Plausibilität der Daten der Datei „Ausbildung“ erreicht werden konnte. Im Anschluss an das Fehlerverfahren wurde im zweiten Schritt im InEK eine abschließende bundeslandbezogene Einzelüberprüfung der Angaben vorgenommen. Hierbei wurden die für die Berechnung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung relevanten Daten gem. § 21 KHEntgG aller Ausbildungsstätten (Grundgesamtheit) einzeln gesichtet und im Rahmen eines bundeslandbezogenen Kontextes auf Konformität und Plausibilität hin überprüft.

### **Kalkulationsbedingungen**

Den Ausbildungsstätten vom Typ C (ausschließlich Auszubildende fremder Krankenhäuser: vollständige Kosteninformation für Ausbildungsstätte, aber keine Kosten der praktischen Ausbildung) liegen in der Regel keine Kosten für Praxisanleitung vor. Da diese Kostenbestandteile im Nachgang zur diesjährigen Kalkulation nicht sachgerecht ermittelt werden konnten, wurde eine Begrenzung auf Kalkulationsdatensätze von Ausbildungsstätten vom Typ A (nur Auszubildende des eigenen Krankenhauses: vollständige Kosteninformation) und von Ausbildungsstätten vom Typ B (Auszubildende des eigenen und fremder Krankenhäuser: vollständige Kosteninformation für Ausbildungsstätte, aber nur Kosten für praktische Ausbildung im eigenen Krankenhaus) vorgenommen.

Die Stichprobe wies auf Bundesebene einen Anteil von mindestens 10% der Grundgesamtheit auf. Die Kalkulationsdaten stammten aus mindestens fünf Bundesländern; kein Bundesland hatte einen Anteil von mehr als 50% an den Kalkulationsdatensätzen, sodass bei den Kalkulationsergebnissen nicht von einer Dominanz eines Bundeslandes auszugehen war.

### **Ergebnis und Ausblick**

Unter Berücksichtigung der Kalkulationsvoraussetzungen konnten für die Ausbildungsberufe A05 (Gesundheits- und Krankenpfleger/-in) und A06 (Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in) bundesweite Kalkulationsergebnisse ermittelt werden.

Für den Ausbildungsberuf A05 (Gesundheits- und Krankenpfleger/-in) wurden bei einer Stichprobe von 87 der bundesweit 541 Ausbildungsstätten vom Typ A und Typ B (nach Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG) folgende Kosten je Platz (ungewichtet) ermittelt:

	<b>Mittelwert (€)</b>	<b>Median (€)</b>	<b>Standard- Abweichung (€)</b>	<b>Minimum (€)</b>	<b>Maximum (€)</b>
Theoretischer und praktischer Unterricht	3.897	3.928	760	1.928	6.436
Praktische Ausbildung	3.466	3.511	850	1.224	5.694
Sachaufwand der Ausbildungsstätte	446	397	231	91	1.305
Gemeinkosten	1.904	1.849	738	464	3.881
<b>Gesamt</b>	<b>9.713</b>	<b>9.810</b>	<b>1.490</b>	<b>6.340</b>	<b>13.264</b>

Tabelle 26: Ausbildungsberuf A05: Durchschnittliche Kosten (EUR) je Platz, Basis: Datenjahr 2011

Für den Ausbildungsberuf A06 (Gesundheits- und Kinderkrankpfleger/-in) wurden bei einer Stichprobe von 27 der insgesamt bundesweit 127 Ausbildungsstätten vom Typ A und B (nach Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG) folgende Kosten je Platz (ungewichtet) ermittelt:

	<b>Mittelwert</b> (€)	<b>Median</b> (€)	<b>Standard-Abweichung</b> (€)	<b>Minimum</b> (€)	<b>Maximum</b> (€)
Theoretischer und praktischer Unterricht	4.179	4.201	698	2.586	5.320
Praktische Ausbildung	3.549	3.459	939	1.695	7.018
Sachaufwand der Ausbildungsstätte	452	430	201	91	1.165
Gemeinkosten	2.047	1.851	837	798	4.084
<b>Gesamt</b>	<b>10.227</b>	<b>10.234</b>	<b>1.529</b>	<b>7.642</b>	<b>13.679</b>

Tabelle 27: Ausbildungsberuf A06: Durchschnittliche Kosten je Platz, Basis: Datenjahr 2011

Die Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung ergab bundesweit folgende Kosten pro Platz:

	<b>Mittelwert</b> (€)	<b>Standard-Abweichung</b> (€)	<b>Minimum</b> (€)	<b>Maximum</b> (€)
A05 Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	9.169	1.399	4.548	11.651
A06 Gesundheits- und Kinderkrankpfleger/-in	9.445	1.400	4.824	11.446
A07 Krankenpflegehelfer/-in	3.758	1.090	1.590	6.379

Tabelle 28: Mehrkosten der Ausbildungsvergütung: Durchschnittliche Kosten je Platz, Basis: Datenjahr 2011

Die Vertragspartner auf Bundesebene beabsichtigen, die Kalkulation der Ausbildungskosten bis auf Weiteres auszusetzen.

## 5 Perspektiven der Weiterentwicklung

Der Erkenntnisgewinn durch den aktiven Einsatz des G-DRG-Systems im Abrechnungsverkehr zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen wird im Sinne eines lernenden Systems konstruktiv für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems eingesetzt. Die Verwertung der veröffentlichten Daten gem. § 21 KHEntgG insbesondere im wissenschaftlichen und krankenhausplanerischen Bereich schafft zusätzliche Erkenntnisse, die ebenfalls bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems Berücksichtigung finden. Bereits jetzt bekannte Anhaltspunkte für die zukünftige Weiterentwicklung des G-DRG-Systems werden im Folgenden kurz angesprochen.

### ***Datenerhebung/Plausibilitätsprüfungen***

Die Weiterentwicklung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen reflektiert einerseits die sich jährlich erhöhenden Kalkulationsanforderungen und andererseits die Verbesserungen der Kostenrechnung in den Krankenhäusern. Die Ergebnisse der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen der diesjährigen Kalkulationsrunde zeigen noch Potential für Verbesserungsmöglichkeiten der Datenqualität auf. Dieses Verbesserungspotential in der Datenqualität aufgreifend, werden die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen in der kommenden Kalkulationsrunde kontinuierlich weiterentwickelt. Beispielsweise werden zum ersten Mal Daten des zum 01. Januar 2012 eingeführten OPS-Kodes für *spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung* zur Verfügung stehen, die entsprechenden (neuen) Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen unterzogen werden müssen.

### ***Kalkulationsmethodik***

Der eingeschlagene Weg des schrittweisen Ausbaus der Kalkulationsmethodik wird auch zukünftig konsequent beschrritten werden. Die Rückkoppelungen zwischen InEK und den Kalkulationskrankenhäusern im Laufe der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen finden ihren Niederschlag auch darin, dass wiederkehrende Fragestellungen durch eine standardisierte Vorgabe ersetzt werden, um die Datenqualität der Kalkulationsergebnisse nochmals zu erhöhen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben sich für das G-DRG-System 2013 auf die Definition zweier Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern bzw. die Gabe von Blutgerinnungsfaktoren geeinigt. Zur Pflege und Weiterentwicklung dieser Zusatzentgelte werden einerseits die Kalkulationsvorschriften an die neue Situation angepasst und andererseits neue Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen etabliert.

### ***Ausbildungskostenkalkulation***

Die Ausbildungskostenkalkulation wird nach Beschluss der Vertragsparteien auf Bundesebene auf unbestimmte Zeit ausgesetzt.

## Anhang

### *Übersicht*

**Tabelle A-1:**

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

**Tabelle A-2:**

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

**Tabelle A-3:**

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

**Tabelle A-4-1:**

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

**Tabelle A-4-2:**

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

**Tabelle A-4-3:**

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

**Tabelle A-5:**

Gegenüberstellung der DRGs je MDC (siehe Kap. 3.4.1.1)

**Tabelle A-1:**

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

DRG	DRG-Text
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A01B	Lebertransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 Stunden oder mit Transplantatabstoßung oder mit kombinierter Nierentransplantation oder Alter < 6 Jahre
A01C	Lebertransplantation ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation, Alter > 5 Jahre
A02Z	Transplantation von Niere und Pankreas
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden
A04A	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom oder mit Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, mit In-vitro-Aufbereitung
A04B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom, HLA-verschieden oder bei Plasmozytom, mit Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, ohne In-vitro-Aufbereitung
A04C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom, ohne In-vitro-Aufbereitung, ohne Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, HLA-identisch
A04D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, bei Plasmozytom, ohne Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV
A05A	Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder Alter < 16 Jahre
A05B	Herztransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden, Alter > 15 Jahre
A06A	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 3920 / 3680 Aufwandspunkte
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 3920 / 3680 Aufwandspunkte oder ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma
A07A	Beatmung > 999 und < 1800 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, mit hochkomplexem oder dreizeitigem komplexen Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 3920 / 3680 Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
A07B	Beatmung > 999 und < 1800 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, mit Polytrauma oder komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre oder ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter < 16 Jahre
A07C	Beatmung > 999 und < 1800 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre oder ohne komplexe OR-Prozedur oder Polytrauma, Alter > 15 Jahre, mit intensivmed. Komplexbehandlung > 2352 / 2208 Punkte
A09A	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden mit angeborener Fehlbildung oder Tumorerkrankung, Alter < 3 Jahre oder mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder intensivmed. Komplexbehandlung > 3430 / 3220 Aufwandspunkte und hochkompl. Eingr. od. Alter < 16 Jahre
A09B	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 3430 / 3220 Aufwandspunkte, ohne hochkomplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit sehr komplexem Eingriff oder kompliz. Konstellation
A09C	Beatmung > 499 und < 1000 Std. mit kompl. OR-Proz. od. Polytr. od. int. Komplexbeh. > 3430/3220 P., oh. kompliz. Konst., Alter > 15 J., od. oh. kompl. OR-Proz., oh. Polytr., m. kompl. Konst. od. int. Komplexbeh. 2352/2209 - 3430/3220 P. od. Alter < 16 J.
A11A	Beatmung > 249 und < 500 Stunden mit hochkompl. Eingr. od. intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 Punkte od. mit Eingr. bei angeb. Fehlb., Alter < 2 J. od. mit best. OR-Proz. und kompliz. Konstell., mit int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 P. oder Alt. < 16 J.
A11B	Beatmung > 249 und < 500 Stunden mit komplexer OR-Proz., mit kompliz. Konstell. od. sehr kompl. Eingr. oder Alter < 16 Jahre, ohne Eingr. bei angeb. Fehlbildung od. Alter > 1 J. od. ohne komplexe OR-Proz., mit Tumorerkr. od. angeb. Fehlb., Alter < 3 J.
A11C	Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Tumorerkrankung oder angeb. Fehlbildung, Alter < 3 Jahre, mit bestimmter OR-Prozedur und komplizierender Konstellation, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 Punkte, Alter > 15 J.
A13A	Beatmung > 95 und < 250 Stunden mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 Punkte oder > 1176 / 1104 Punkte mit komplexer OR-Prozedur oder mit kompliz. Konst., best. OR-Proz. und Alter < 16 J. oder bei Lymphom und Leukämie
A13B	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne hochkompl. Eingriff, oh. int. Komplexbeh. > 1176/1104 P., mit kompliz. Konst. od. sehr kompl. Eingr. od. bei angeb. Fehlb., Alt. < 2 J. od. oh. kompl. OR-Proz., m. int. Komplexbeh. > 1176/1104 P., m. kompliz. Konst.

DRG	DRG-Text
A13C	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne kompl. OR-Proz., mit intensivmed. Komplexbeh. 1176 / 1105 bis 1764 / 1656 P., auß. b. Leukämie und Lymphom, oh. kompliz. Konst. od. mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., oh. intensivmed. Komplexbeh. > 1176 / 1104 P.
A15A	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter < 16 Jahre
A15B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter > 15 Jahre
A15C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre oder AB0-inkompatible Transplantation
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre oder ohne AB0-inkompatible Transplantation
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion
A36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 und < 1765 / 1657 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder komplizierende Konstellation bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A42A	Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie
A42B	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit Entfernung eines Organtransplantates oder komplexer OR-Prozedur oder äußerst schweren CC
A60B	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag



DRG	DRG-Text
A61Z	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber- oder Nieren-Pankreas-Transplantation
A66Z	Evaluierungsaufenthalt vor anderer Organtransplantation
A69Z	Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste
B01Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen, bei bestimmter Neubildung des Nervensystems
B02B	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen oder Alter < 6 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit gr. intrakran. Eingriff und äuß. schw. CC, bei best. Neubildung d. Nervensyst. oder mit best. Eingr. am Schädel
B02C	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, Alter < 6 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation oder mit verschiedenartiger komplexer Prozedur
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation ohne Strahlentherapie, Alter > 5 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff am Schädel, ohne komplizierende Konstellation, ohne verschiedenartige komplexe Prozedur
B03A	Operative Eingriffe b. nicht akuter Para- / Tetrapl. od. Eingr. an Wirbelsäule u. Rückenmark b. bösart. Neubild. od. m. schw. CC od. mit intraop. Monit., od. Eingr. b. zerebr. Lähmung, Muskeldystr., Neuropathie m. äuß. schw. CC, b. Para- / Tetrapl.
B03B	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit intraop. Monitoring oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie mit äußerst schw. CC, außer bei Para- / Tetraplegie
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen
B16Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, weniger als 11 Bestrahlungen
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
B20B	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre, mit intraoperativem neurophysiologischen Monitoring oder komplexer Diagnose
B20C	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter < 3 Jahre
B20D	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre, ohne intraoperatives neurophysiologisches Monitoring, ohne komplexe Diagnose
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigeminusneuralgie
B20F	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigeminusneuralgie
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Aufwandspunkte und < 1765 / 1657 Aufwandspunkte ohne best. OR-Prozedur oder > 588 / 552 Aufwandspunkte und < 1177 / 1105 Aufwandspunkte mit best. OR-Proz. bei Krankheiten und Störungen d. Nervensystems
C02A	Eukleationen und Eingriffe an der Orbita bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE), Amnionmembrantransplantation oder Alter < 16 Jahre
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, Alter > 15 Jahre
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D04Z	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen
D20Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder Strahlentherapie mit operativem Eingriff
D25B	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen
D33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
D35Z	Eingriffe an Nase und Nasennebenhöhlen bei bösartiger Neubildung
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, mit starrer Endoskopie
E08A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, mit Dreifacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie

DRG	DRG-Text
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 0 Jahre, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, mit Zweifacheingriff oder bei angeborenem Herzfehler, mit komplexem Eingriff
F03D	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 0 Jahre, ohne Eingr. in tiefer Hypothermie, mit Zweifacheingr. oder kompl. Eingr. oder bei Endokarditis oder bei angeborenem Herzfehler, Alter < 16 Jahre
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, Alter > 15 Jahre, mit Zweifacheingr. oder kompl. Eingriff oder bei Endokarditis oder bei angeborenem Herzfehler
F03F	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, ohne Dreifach- / Zweifacheingriff, außer bei angeborenem Herzfehler, ohne komplexen Eingriff, außer bei Endokarditis, Alter > 15 J.
F05Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder intraoperativer Ablation, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bestimmte Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie
F06A	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff
F06B	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bei Infarkt oder mit Reoperation oder mit invasiver kardiologischer Diagnostik, mit intraoperativer Ablation
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, mit invasiver kardiologischer Diagnostik, bei Infarkt oder mit Reoperation, ohne intraoperative Ablation
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Konstellation oder komplexer Operation
F07B	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Operation
F30Z	Operation bei komplexem angeborenem Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems > 1176 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur oder > 588 / 552 Aufwandspunkte mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta

DRG	DRG-Text
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. > 588 / 552 P. u. < 1176 / 1105 P. m. best. OR-Proz. od. kompl. Eingr. od. > 1176 / 1104 P. oh. best. OR-Proz. m. kompl. Eingr., oh. mehrzeit. kompl. OR-Proz. b. Krankh. u. Störungen d. Kreislaufsyst.
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
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, mit äußerst schweren CC
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, ohne äußerst schwere CC
G29Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, mit komplexem Eingriff
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, ohne komplexen Eingriff
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
H16Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas

DRG	DRG-Text
H38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H78Z	Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe- / Hauttransplantation
I32A	Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Eingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwändigem rekonstruktiven Eingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochentx. bei Pseudarthrose der Hand
I37Z	Resezierender Eingriff am Becken bei bösartiger Neubildung des Beckens oder Mehretageeingriffe an der unteren Extremität
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 8 Bestrahlungen
I54Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 9 Bestrahlungen bei bösartiger Neubildung
I95Z	Implantation einer Tumorendoprothese oder Knochentotalersatz am Femur
I97Z	Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J16Z	Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
J18Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre oder mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Hautulkus bei Para- / Tetraplegie oder hochkomplexe Diagnose
K03A	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre

DRG	DRG-Text
K15A	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, außer Radiojodtherapie
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Radiojodtherapie
K15C	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie
K15D	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen
L03Z	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinations- eingriff, ohne großen Eingriff am Darm
L12Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder Hämolytisch-urämisches Syndrom
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
M10B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen oder interstitielle Brachytherapie
M38Z	Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane
N01A	Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen

DRG	DRG-Text
N16Z	Strahlentherapie, weniger als 10 Bestrahlungen oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
O01A	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen (SSW) oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation
O01B	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 vollendete Wochen (SSW), ohne intrauterine Ther., ohne kompliz. Konstell. od. mit kompliz. Diag., bis 25 SSW od. Thromboembolie währ. d. Gestationsperiode m. OR-Proz.
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Konstellation
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 480 Stunden
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 143 und < 481 Stunden
P02C	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Beatmung > 143 Stunden
P03A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 479 Stunden
P03B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 und < 480 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 479 Stunden
P03C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne Beatmung > 120 Stunden oder ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P04A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Stunden



DRG	DRG-Text
P04B	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 240 Stunden
P04C	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P05A	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren
P05B	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P05C	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P06A	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren
P06B	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P06C	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden
P60C	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt, ohne Beatmung > 24 Stunden (Mindestverweildauer 24 Stunden für das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfindet)
P61A	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61B	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61C	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur

DRG	DRG-Text
P61D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61E	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P62A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur
P62B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P63Z	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden
P64Z	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden
P65A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen
P65B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem
P66A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., mit mehreren schweren Problemen od. Ng., Aufnahmegeg. > 2499 g oh. OR-Proz., oh. Beatmung > 95 Std., m. mehreren schw. Probl., mit Hypothermiebehandlung
P66B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit schwerem Problem, mit Hypothermiebehandlung
P67B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., mit schwerem Problem, ohne Hypothermiebehandlung oder mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Proz., mit kompliz. Diagn.
R01A	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur
R01B	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur

DRG	DRG-Text
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R03Z	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC, oder mit bestimmter OR-Prozedur mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder bestimmtem kardiothorakalen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten kardiothorakalen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten kardiothorakalen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R13Z	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 Aufwandspunkte bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R60A	Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation
R60C	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth., mit äuß. schw. CC oder kompl. Diagnostik bei Leukämie oder mit mäßig kompl. Chemoth. mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplant. oder mit auß. schw. CC mit kompl. Diagnostik bei Leukämie

DRG	DRG-Text
R60D	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth. ohne komplizierende Diagnose, Dialyse, Portimpl., äuß. schw. CC oder mit mäßig kompl. Chemoth. mit auß. schw. CC oder mit Dialyse oder auß. schw. CC, Alter < 16 Jahre ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie
R60E	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth. ohne komplizierende Diagnose, Dialyse, Portimpl., auß. schw. CC oder mit mäßig kompl. Chemoth. mit auß. schw. CC oder mit Dialyse oder auß. schw. CC, Alter > 15 Jahre ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie
R60F	Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC oder mit lokaler Chemotherapie
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Sepsis oder komplizierender Konstellation oder mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit auß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, mit hochkompl. Chemotherapie
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre, oder mit äußerst schweren CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, mit komplexer Diagnostik bei Leukämie
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre
R61D	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter < 16 Jahre
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie mit komplexer Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter > 15 Jahre oder ohne komplexe Diagnose, ohne Knochenaffektionen, mit komplexer Diagnostik bei Leukämie
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC, mit komplexer Diagnose
R63A	Andere akute Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie
R63B	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 6 Jahre oder mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
R63C	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit lokaler Chemotherapie, mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranulozytose od. Portimplantation oder mit äußerst schw. CC
R63D	Andere akute Leukämie mit intensiver oder mäßig komplexer Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC
R63E	Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC
R63F	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R63G	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit
S63A	Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit mit Herzinfarkt oder bei chronisch ischämischer Herzkrankheit oder äußerst schweren CC
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, außer bei chronisch ischämischer Herzkrankheit, ohne äußerst schwere CC
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit komplexer OR-Prozedur, komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation
T36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte bei infektiösen und parasitären Krankheiten
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC
T60B	Sepsis mit kompliz. Konstell. od. b. Z. n. Organtransplantation, ohne auß. schw. CC, Alter < 16 J. od. m. Para-/Tetraplegie od. ohne kompliz. Konst., auß. b. Z. n. Organtranspl., m. kompl. Diagn. od. auß. schw. CC, Alter < 16 J. od. m. Para-/Tetraplegie
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation

DRG	DRG-Text
W01B	Polytrauma mit Beatmung oder bestimmten Eingriffen, ohne Frührehabilitation, ohne endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung
W01C	Polytrauma mit Beatmung oder bestimmten Eingriffen, ohne Frührehabilitation, ohne endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, ohne Beatmung > 263 Stunden, ohne komplexe Vakuumbehandlung
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten
Y02A	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation bei Sepsis oder mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte

**Tabelle A-2:**

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

DRG	DRG-Text
C03B	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE) oder bei bösartiger Neubildung des Auges, ohne bestimmten Eingriff an der Retina
C03C	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), außer bei bösartiger Neubildung des Auges, mit bestimmtem Eingriff an der Retina
C03D	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), außer bei bösartiger Neubildung des Auges, ohne bestimmten Eingriff an der Retina
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom
C07A	Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE)
C07B	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE)
C08B	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre
D06B	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder Alter > 15 Jahre, mit komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D30A	Tonsillektomie außer bei bösart. Neubildung oder versch. Ingr. an Ohr, Nase, Mund u. Hals ohne äuß. schw. CC, mit aufw. Ingr. od. Ingr. an Mundhöhle u. Mund außer bei bösart. Neub. oh. Mundboden- od. Vestib.plastik, Alter < 3 J. od. mit kompl. Diagn.
D30B	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwändigen Eingriff, ohne komplexe Diagnose
D37B	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre, ohne Septorhinoplastik mit Rippenknorpeltransplantation oder bei Spaltnase
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen

DRG	DRG-Text
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung
D61A	Komplexe Gleichgewichtsstörung, Hörverlust oder Tinnitus
D61B	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) außer komplexer Gleichgewichtsstörung, Hörverlust, Tinnitus
D62Z	Blutung aus Nase und Rachen oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre
G24B	Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien u. and. Hernien, Alt. > 0 J. od. beidseit. Ingr. bei Leisten- und Schenkelhernien, Alt. > 0 J. u. < 56 J. oder Ingr. bei Leisten- u. Schenkelhernien, Alt. > 55 J., oh. plastische Rekonstruktion d. Bauchwand
G26Z	Andere Eingriffe am Anus
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC
I09C	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexer Osteosynthese oder mit bestimmter Kyphoplastie oder verschiedene komplexe Eingriffe mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne komplizierende Eingriffe
I09E	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mehrzeitige komplexe Eingriffe, ohne Eingriff bei deformierenden Erkrankungen, ohne verschiedene komplexe Eingriffe, ohne äußerst schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie
I10C	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule, mit bestimmtem komplexem Eingriff oder Halotraktion oder Para- / Tetraplegie, oder Wirbelfraktur mit bestimmten Eingriffen an Wirbelsäule, Spinalkanal und Bandscheibe mit schweren CC
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne Halotraktion, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne Wirbelfraktur, mit mäßig komplexem Eingriff
I13D	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit mäßig komplexem Eingriff oder bei Pseudarthrose
I16Z	Andere Eingriffe am Schultergelenk oder an der Klavikula
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk
I20C	Ingr. am Fuß ohne mehrere kompl. Ingr., mit kompl Ingr. od. schwerem Weichteilsch. od. Osteomyelitis / Arthritis od. Ingr. Großzehe mit kompl. Ingr. an mehreren Strahlen, mit Knochentx, mit Impl. Zehengelenkendoprothese od. bei Kalkaneusfraktur
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre



DRG	DRG-Text
I24Z	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm
I27C	Eingriffe am Weichteilgewebe ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmte Eingriffe am Weichteilgewebe, ohne kleinflächige Gewebetransplantation
I29Z	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula
I30Z	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk oder arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk
I44B	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verl. im Wirbelsäulenbereich, > ein Belegungstag, bei and. Femurfraktur, Alt. < 65 J., mit schw. CC, oh. auß. schw. CC, auß. b. Para- / Tetraplegie, auß. b. Diszitis od. infekt. Spondylopathie, oh. kompl. Diagn.
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff
L05B	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC
L06B	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne Kontinenztherapie, ohne äußerst schwere CC
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter > 15 Jahre
L20B	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne ESWL, mit komplexem Eingriff oder fluoreszenzgestützter TUR der Harnblase oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne ESWL, ohne komplexen Eingriff, ohne fluoreszenzgestützte TUR der Harnblase oder andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC
L40Z	Diagnostische Ureterorenoskopie
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre
L64A	Harnsteine und Harnwegsobstruktion mit äußerst schweren oder schweren CC oder Urethrastriktor, andere leichte bis moderate Erkr. der Harnorgane, mehr als ein Beleg.tag oder Beschw. und Symptome der Harnorgane oder Urethrozystoskopie

DRG	DRG-Text
L64B	Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC
M02B	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC
M04D	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre, ohne bestimmten Eingriff am Hoden
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane
N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexem Eingriff oder selektive Embolisati-on an anderen abdominalen Gefäßen
N05B	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsor-ganen
N14Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung mit Beckenbodenplas-tik oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
N21Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwe-re oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenboden-plastik oder komplexe Myomenukleation
N25Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubil-dung, ohne komplexe Diagnose, oder diagnostische Laparoskopie, oder best. Eingriff an den Parametrien
O01E	Sekundäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwan-gerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne kom-plexe Diagnose
O01F	Primäre Sectio caesarea ohne äuß. schwere CC, mit komplizierender oder komplexer Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen (SSW) oder sekundäre Sectio caesarea, ohne komplizierende oder komplexe Diagnose, SSW > 33 vollendete Wochen
O01G	Primäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwanger-schaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose
O01H	Primäre Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwanger-schaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizie-render Diagnose
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose
O62Z	Drohender Abort
O64A	Frustrane Wehen, mehr als ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
O64B	Frustrane Wehen, ein Belegungstag
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äuß. schw. CC oder komplexer Diagnose, Schwangerschaftsdauer bis 19 oder mehr als 33 vollendete Wochen, oder ohne komplexe Diagnose mit schweren CC oder 26 bis 33 vollendeten Wochen (SSW)
O65C	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, Schwangerschaftsdauer bis 25 oder mehr als 33 vollendete Wochen
P66D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder neugeborener Mehrling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder ein Belegungstag
P67C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Prozedur, ohne komplizierende Diagnose
P67D	Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag
X06C	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 66 Jahre, ohne komplexen Eingriff

**Tabelle A-3:**

Übersicht über die im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems in der CCL-Matrix veränderten Diagnosen (siehe Kap. 3.3.1.4). Die Kategorie "Basis-DRG-spezifische Neubewertung" wird in der Tabelle aus Formatgründen kurz als "Neubewertung" bezeichnet.

ICD 2011	ICD-Text	Status
A04.3	Darminfektion durch enterohämorrhagische Escherichia coli	Aufnahme
A08.0	Enteritis durch Rotaviren	Neubewertung
A08.1	Akute Gastroenteritis durch Norovirus [Norwalk-Virus]	Neubewertung
A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	Neubewertung
A40.0	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe A	Neubewertung
A40.1	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe B	Neubewertung
A40.2	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe D	Neubewertung
A40.3	Sepsis durch Streptococcus pneumoniae	Neubewertung
A40.8	Sonstige Sepsis durch Streptokokken	Neubewertung
A40.9	Sepsis durch Streptokokken, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
A41.0	Sepsis durch Staphylococcus aureus	Neubewertung
A41.1	Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken	Neubewertung
A41.2	Sepsis durch nicht näher bezeichnete Staphylokokken	Neubewertung
A41.3	Sepsis durch Haemophilus influenzae	Neubewertung
A41.4	Sepsis durch Anaerobier	Neubewertung
A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	Neubewertung
A41.52	Sepsis: Pseudomonas	Neubewertung
A41.58	Sepsis: Sonstige gramnegative Erreger	Neubewertung
A41.8	Sonstige näher bezeichnete Sepsis	Neubewertung
A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
B00.1	Dermatitis vesicularis durch Herpesviren	Neubewertung
B00.7	Disseminierte Herpesvirus-Krankheit	Neubewertung
B00.8	Sonstige Infektionsformen durch Herpesviren	Neubewertung
B18.0	Chronische Virushepatitis B mit Delta-Virus	Neubewertung
B18.1	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus	Neubewertung
B18.2	Chronische Virushepatitis C	Neubewertung
B18.8	Sonstige chronische Virushepatitis	Neubewertung
B18.9	Chronische Virushepatitis, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
B37.88	Kandidose an sonstigen Lokalisationen	Neubewertung

ICD 2011	ICD-Text	Status
B95.2	Streptokokken, Gruppe D, als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Neubewertung
B95.3	Streptococcus pneumoniae als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.42	Streptokokken, Gruppe G, als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Neubewertung
B95.48	Sonstige näher bezeichnete Streptokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.5	Nicht näher bezeichnete Streptokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Neubewertung
B95.6	Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.7	Sonstige Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.8	Nicht näher bezeichnete Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B96.5	Pseudomonas und andere Nonfermenter als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Neubewertung
C15.0	Bösartige Neubildung: Zervikaler Ösophagus	Neubewertung
C15.1	Bösartige Neubildung: Thorakaler Ösophagus	Neubewertung
C15.2	Bösartige Neubildung: Abdominaler Ösophagus	Neubewertung
C15.3	Bösartige Neubildung: Ösophagus, oberes Drittel	Neubewertung
C15.4	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mittleres Drittel	Neubewertung
C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	Neubewertung
C15.8	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mehrere Teilbereiche überlappend	Neubewertung
C15.9	Bösartige Neubildung: Ösophagus, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
C16.0	Bösartige Neubildung: Kardial	Neubewertung
C16.1	Bösartige Neubildung: Fundus ventriculi	Neubewertung
C16.2	Bösartige Neubildung: Corpus ventriculi	Neubewertung
C16.3	Bösartige Neubildung: Antrum pyloricum	Neubewertung
C16.4	Bösartige Neubildung: Pylorus	Neubewertung
C16.5	Bösartige Neubildung: Kleine Krümmung des Magens, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
C16.6	Bösartige Neubildung: Große Krümmung des Magens, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
C16.8	Bösartige Neubildung: Magen, mehrere Teilbereiche überlappend	Neubewertung
C16.9	Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
C17.0	Bösartige Neubildung: Duodenum	Neubewertung

ICD 2011	ICD-Text	Status
C17.1	Bösartige Neubildung: Jejunum	Neubewertung
C17.2	Bösartige Neubildung: Ileum	Neubewertung
C17.3	Bösartige Neubildung: Meckel-Divertikel	Neubewertung
C17.8	Bösartige Neubildung: Dünndarm, mehrere Teilbereiche überlappend	Neubewertung
C17.9	Bösartige Neubildung: Dünndarm, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	Neubewertung
C18.1	Bösartige Neubildung: Appendix vermiformis	Neubewertung
C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	Neubewertung
C18.3	Bösartige Neubildung: Flexura coli dextra [hepatica]	Neubewertung
C18.4	Bösartige Neubildung: Colon transversum	Neubewertung
C18.5	Bösartige Neubildung: Flexura coli sinistra [lienalis]	Neubewertung
C18.6	Bösartige Neubildung: Colon descendens	Neubewertung
C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	Neubewertung
C18.8	Bösartige Neubildung: Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend	Neubewertung
C18.9	Bösartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	Neubewertung
C22.0	Leberzellkarzinom	Neubewertung
C37	Bösartige Neubildung des Thymus	Neubewertung
C40.0	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Skapula und lange Knochen der oberen Extremität	Neubewertung
C40.1	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kurze Knochen der oberen Extremität	Neubewertung
C40.2	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität	Neubewertung
C40.3	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kurze Knochen der unteren Extremität	Neubewertung
C40.8	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel der Extremitäten, mehrere Teilbereiche überlappend	Neubewertung
C41.01	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kraniofazial	Neubewertung
C41.02	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Maxillofazial	Neubewertung
C41.1	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Unterkieferknochen	Neubewertung
C41.2	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Wirbelsäule	Neubewertung

ICD 2011	ICD-Text	Status
C41.30	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Rippen	Neubewertung
C41.31	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Sternum	Neubewertung
C41.32	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Klavikula	Neubewertung
C41.4	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Beckenknochen	Neubewertung
C41.8	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel, mehrere Teilbereiche überlappend	Neubewertung
C77.0	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	Neubewertung
C77.1	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrathorakale Lymphknoten	Abwertung
C77.2	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intraabdominale Lymphknoten	Abwertung
C77.3	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität	Abwertung
C77.4	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Inguinale Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität	Abwertung
C77.5	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrapelvine Lymphknoten	Abwertung
C77.8	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten mehrerer Regionen	Abwertung
C77.9	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge	Neubewertung
C78.1	Sekundäre bösartige Neubildung des Mediastinums	Neubewertung
C78.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura	Neubewertung
C78.3	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Atmungsorgane	Neubewertung
C78.4	Sekundäre bösartige Neubildung des Dünndarmes	Neubewertung
C78.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Dickdarmes und des Rektums	Neubewertung
C78.6	Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums	Neubewertung
C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	Neubewertung
C78.8	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Verdauungsorgane	Neubewertung

ICD 2011	ICD-Text	Status
C79.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Niere und des Nierenbeckens	Neubewertung
C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute	Neubewertung
C79.4	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Nervensystems	Neubewertung
C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	Neubewertung
C79.6	Sekundäre bösartige Neubildung des Ovars	Neubewertung
C79.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Nebenniere	Neubewertung
C79.88	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen	Neubewertung
C79.9	Sekundäre bösartige Neubildung nicht näher bezeichneter Lokalisation	Neubewertung
C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	Neubewertung
C80.9	Bösartige Neubildung, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
C92.00	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Neubewertung
C92.01	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: In kompletter Remission	Neubewertung
C97	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen	Neubewertung
D50.0	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)	Neubewertung
D50.1	Sideropenische Dysphagie	Neubewertung
D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	Neubewertung
D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
D52.0	Alimentäre Folsäure-Mangelanämie	Neubewertung
D52.1	Arzneimittelinduzierte Folsäure-Mangelanämie	Neubewertung
D52.8	Sonstige Folsäure-Mangelanämien	Neubewertung
D52.9	Folsäure-Mangelanämie, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
D53.0	Eiweißmangelanämie	Neubewertung
D53.1	Sonstige megaloblastäre Anämien, anderenorts nicht klassifiziert	Neubewertung
D53.2	Skorbutanämie	Neubewertung
D53.8	Sonstige näher bezeichnete alimentäre Anämien	Neubewertung
D53.9	Alimentäre Anämie, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
D62	Akute Blutungsanämie	Neubewertung
D68.2	Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren	Neubewertung



ICD 2011	ICD-Text	Status
D68.30	Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen	Neubewertung
D68.31	Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII	Neubewertung
D68.32	Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren	Neubewertung
D68.38	Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und nicht näher bezeichnete Antikörper	Neubewertung
D68.4	Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	Neubewertung
D68.5	Primäre Thrombophilie	Neubewertung
D68.8	Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien	Neubewertung
D68.9	Koagulopathie, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
E10.01	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E10.11	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E10.20	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E10.21	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E10.30	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E10.31	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E10.40	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E10.41	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E10.50	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E10.51	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E10.60	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Neubewertung

ICD 2011	ICD-Text	Status
E10.61	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E10.72	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E10.73	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E10.74	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E10.75	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E10.80	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E10.81	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E10.90	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E10.91	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E11.01	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E11.11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E11.20	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E11.21	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E11.30	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E11.31	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E11.40	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Neubewertung

ICD 2011	ICD-Text	Status
E11.41	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E11.50	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E11.51	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E11.60	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E11.61	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E11.72	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E11.73	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E11.74	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E11.75	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E11.80	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E11.81	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E11.91	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E13.01	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E13.11	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E13.20	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E13.21	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E13.30	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Neubewertung

ICD 2011	ICD-Text	Status
E13.31	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Augenkomplicationen: Als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E13.40	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplicationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E13.41	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplicationen: Als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E13.50	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplicationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E13.51	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplicationen: Als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E13.60	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplicationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E13.61	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplicationen: Als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E13.72	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplicationen: Mit sonstigen multiplen Komplicationen, nicht als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E13.73	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplicationen: Mit sonstigen multiplen Komplicationen, als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E13.74	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplicationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E13.75	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplicationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E13.80	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit nicht näher bezeichneten Komplicationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E13.81	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit nicht näher bezeichneten Komplicationen: Als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E13.90	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplicationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E13.91	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplicationen: Als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E14.30	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Augenkomplicationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E14.31	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Augenkomplicationen: Als entgleist bezeichnet	Neubewertung

ICD 2011	ICD-Text	Status
E14.60	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E14.61	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E14.72	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E14.73	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E14.74	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E14.75	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	Neubewertung
E46	Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung	Neubewertung
E53.8	Mangel an sonstigen näher bezeichneten Vitaminen des Vitamin-B-Komplexes	Neubewertung
E87.0	Hyperosmolalität und Hyponatriämie	Neubewertung
E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	Neubewertung
E87.4	Gemischte Störung des Säure-Basen-Gleichgewichts	Neubewertung
E87.6	Hypokaliämie	Neubewertung
F00.0	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit frühem Beginn (Typ 2)	Neubewertung
F00.1	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)	Neubewertung
F00.2	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form	Neubewertung
F00.9	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
F01.0	Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn	Neubewertung
F01.1	Multiinfarkt-Demenz	Neubewertung
F01.2	Subkortikale vaskuläre Demenz	Neubewertung
F01.3	Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz	Neubewertung
F01.8	Sonstige vaskuläre Demenz	Neubewertung
F01.9	Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
F02.0	Demenz bei Pick-Krankheit	Neubewertung
F02.1	Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	Neubewertung

ICD 2011	ICD-Text	Status
F02.2	Demenz bei Chorea Huntington	Neubewertung
F02.3	Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom	Neubewertung
F02.4	Demenz bei HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	Neubewertung
F04	Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	Neubewertung
F05.0	Delir ohne Demenz	Neubewertung
F05.1	Delir bei Demenz	Neubewertung
F05.8	Sonstige Formen des Delirs	Neubewertung
F05.9	Delir, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
F06.0	Organische Halluzinose	Neubewertung
F06.1	Organische katatone Störung	Neubewertung
F06.2	Organische wahnhafte [schizophreniforme] Störung	Neubewertung
F06.3	Organische affektive Störungen	Neubewertung
F06.4	Organische Angststörung	Neubewertung
F06.5	Organische dissoziative Störung	Neubewertung
F06.6	Organische emotional labile [asthenische] Störung	Neubewertung
F07.0	Organische Persönlichkeitsstörung	Neubewertung
F10.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch	Neubewertung
F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	Neubewertung
F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	Neubewertung
F10.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir	Neubewertung
F10.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Psychotische Störung	Neubewertung
F10.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom	Neubewertung
F10.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	Neubewertung
F10.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen	Neubewertung
G20.00	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	Neubewertung
G20.01	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	Neubewertung
G20.10	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	Neubewertung

ICD 2011	ICD-Text	Status
G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	Neubewertung
G20.20	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	Neubewertung
G20.21	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	Neubewertung
G20.90	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Ohne Wirkungsfluktuation	Neubewertung
G20.91	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Mit Wirkungsfluktuation	Neubewertung
G96.0	Austritt von Liquor cerebrospinalis	Neubewertung
G97.0	Austritt von Liquor cerebrospinalis nach Lumbalpunktion	Neubewertung
G97.1	Sonstige Reaktion auf Spinal- und Lumbalpunktion	Neubewertung
H95.9	Krankheit des Ohres und des Warzenfortsatzes nach medizinischen Maßnahmen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I06.0	Rheumatische Aortenklappenstenose	Neubewertung
I06.1	Rheumatische Aortenklappeninsuffizienz	Neubewertung
I06.2	Rheumatische Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	Neubewertung
I06.8	Sonstige rheumatische Aortenklappenkrankheiten	Neubewertung
I07.0	Trikuspidalklappenstenose	Neubewertung
I07.1	Trikuspidalklappeninsuffizienz	Neubewertung
I07.2	Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz	Neubewertung
I07.8	Sonstige Trikuspidalklappenkrankheiten	Neubewertung
I08.0	Krankheiten der Mitral- und Aortenklappe, kombiniert	Neubewertung
I08.1	Krankheiten der Mitral- und Trikuspidalklappe, kombiniert	Neubewertung
I08.2	Krankheiten der Aorten- und Trikuspidalklappe, kombiniert	Neubewertung
I08.3	Krankheiten der Mitral-, Aorten- und Trikuspidalklappe, kombiniert	Neubewertung
I08.8	Sonstige Krankheiten mehrerer Herzklappen	Neubewertung
I08.9	Krankheit mehrerer Herzklappen, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
I11.00	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	Neubewertung
I11.01	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	Neubewertung
I12.00	Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	Streichung
I12.01	Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	Streichung

ICD 2011	ICD-Text	Status
I13.10	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	Streichung
I13.11	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	Streichung
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	Neubewertung
I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	Neubewertung
I21.2	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen	Neubewertung
I21.3	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation	Neubewertung
I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	Neubewertung
I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
I34.80	Nichtreumatische Mitralklappenstenose mit Mitralklappeninsuffizienz	Neubewertung
I42.0	Dilatative Kardiomyopathie	Neubewertung
I42.1	Hypertrophische obstruktive Kardiomyopathie	Neubewertung
I42.2	Sonstige hypertrophische Kardiomyopathie	Neubewertung
I42.3	Eosinophile endomyokardiale Krankheit	Neubewertung
I42.4	Endokardfibroelastose	Neubewertung
I42.5	Sonstige restriktive Kardiomyopathie	Neubewertung
I42.6	Alkoholische Kardiomyopathie	Neubewertung
I42.7	Kardiomyopathie durch Arzneimittel oder sonstige exogene Substanzen	Neubewertung
I42.80	Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie [ARVCM]	Neubewertung
I42.88	Sonstige Kardiomyopathien	Neubewertung
I42.9	Kardiomyopathie, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
I46.0	Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung	Neubewertung
I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	Neubewertung
I48.09	Vorhofflattern: Nicht näher bezeichnet	Streichung
I49.0	Kammerflattern und Kammerflimmern	Neubewertung
I50.00	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	Neubewertung
I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	Neubewertung
I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	Neubewertung
I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	Neubewertung
I51.0	Herzseptumdefekt, erworben	Neubewertung



ICD 2011	ICD-Text	Status
I51.1	Ruptur der Chordae tendineae, anderenorts nicht klassifiziert	Neubewertung
I51.2	Papillarmuskelruptur, anderenorts nicht klassifiziert	Neubewertung
I51.3	Intrakardiale Thrombose, anderenorts nicht klassifiziert	Neubewertung
I61.9	Intrazerebrale Blutung, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
I62.00	Subdurale Blutung (nichttraumatisch): Akut	Neubewertung
I62.01	Subdurale Blutung (nichttraumatisch): Subakut	Neubewertung
I62.02	Subdurale Blutung (nichttraumatisch): Chronisch	Neubewertung
I62.09	Subdurale Blutung (nichttraumatisch): Nicht näher bezeichnet	Neubewertung
I62.1	Nichttraumatische extradurale Blutung	Neubewertung
I62.9	Intrakranielle Blutung (nichttraumatisch), nicht näher bezeichnet	Neubewertung
I63.0	Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien	Neubewertung
I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	Neubewertung
I63.2	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	Neubewertung
I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	Neubewertung
I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	Neubewertung
I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	Neubewertung
I63.8	Sonstiger Hirnfarkt	Neubewertung
I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	Neubewertung
I65.0	Verschluss und Stenose der A. vertebralis	Neubewertung
I65.1	Verschluss und Stenose der A. basilaris	Neubewertung
I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	Neubewertung
I65.3	Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien	Neubewertung
I66.0	Verschluss und Stenose der A. cerebri media	Neubewertung
I66.1	Verschluss und Stenose der A. cerebri anterior	Neubewertung
I66.2	Verschluss und Stenose der A. cerebri posterior	Neubewertung
I66.3	Verschluss und Stenose der Aa. cerebelli	Neubewertung
I66.4	Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger zerebraler Arterien	Neubewertung
I66.8	Verschluss und Stenose sonstiger zerebraler Arterien	Neubewertung
I69.0	Folgen einer Subarachnoidalblutung	Neubewertung
I69.1	Folgen einer intrazerebralen Blutung	Neubewertung

ICD 2011	ICD-Text	Status
I69.2	Folgen einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung	Neubewertung
I69.3	Folgen eines Hirninfarktes	Neubewertung
I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	Neubewertung
I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	Neubewertung
I80.0	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten	Neubewertung
I80.1	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der V. femoralis	Neubewertung
I80.2	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten	Neubewertung
I80.3	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der unteren Extremitäten, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration	Neubewertung
I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	Neubewertung
I97.8	Sonstige Kreislaufkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	Neubewertung
I97.9	Kreislaufkomplikation nach medizinischer Maßnahme, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
I98.2	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, ohne Angabe einer Blutung	Neubewertung
I98.3	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, mit Angabe einer Blutung	Neubewertung
J09	Grippe durch bestimmte nachgewiesene Influenzaviren	Neubewertung
J10.0	Grippe mit Pneumonie, sonstige Influenzaviren nachgewiesen	Neubewertung
J11.0	Grippe mit Pneumonie, Viren nicht nachgewiesen	Neubewertung
J13	Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae	Neubewertung
J14	Pneumonie durch Haemophilus influenzae	Neubewertung
J15.3	Pneumonie durch Streptokokken der Gruppe B	Neubewertung
J15.4	Pneumonie durch sonstige Streptokokken	Neubewertung
J15.7	Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae	Neubewertung
J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
J16.0	Pneumonie durch Chlamydien	Neubewertung
J16.8	Pneumonie durch sonstige näher bezeichnete Infektionserreger	Neubewertung
J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	Neubewertung

ICD 2011	ICD-Text	Status
J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	Neubewertung
J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
J20.0	Akute Bronchitis durch Mycoplasma pneumoniae	Neubewertung
J20.1	Akute Bronchitis durch Haemophilus influenzae	Neubewertung
J20.2	Akute Bronchitis durch Streptokokken	Neubewertung
J20.3	Akute Bronchitis durch Coxsackieviren	Neubewertung
J20.4	Akute Bronchitis durch Parainfluenzaviren	Neubewertung
J20.5	Akute Bronchitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]	Neubewertung
J20.6	Akute Bronchitis durch Rhinoviren	Neubewertung
J20.7	Akute Bronchitis durch ECHO-Viren	Neubewertung
J20.8	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	Neubewertung
J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
J41.1	Schleimig-eitrige chronische Bronchitis	Neubewertung
J41.8	Mischformen von einfacher und schleimig-eitriger chronischer Bronchitis	Neubewertung
J42	Nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis	Neubewertung
J43.0	McLeod-Syndrom	Neubewertung
J43.1	Panlobuläres Emphysem	Neubewertung
J43.2	Zentrilobuläres Emphysem	Neubewertung
J43.8	Sonstiges Emphysem	Neubewertung
J43.9	Emphysem, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
J44.00	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 < 35 % des Sollwertes	Neubewertung
J44.01	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 ≥ 35 und < 50 % des Sollwertes	Neubewertung
J44.02	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 ≥ 50 % und < 70 % des Sollwertes	Neubewertung
J44.03	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 ≥ 70 % des Sollwertes	Neubewertung
J44.09	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	Neubewertung
J44.10	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 < 35 % des Sollwertes	Neubewertung

ICD 2011	ICD-Text	Status
J44.11	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 $\geq$ 35 % und $<$ 50 % des Sollwertes	Neubewertung
J44.12	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 $\geq$ 50 % und $<$ 70 % des Sollwertes	Neubewertung
J44.13	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 $\geq$ 70 % des Sollwertes	Neubewertung
J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	Neubewertung
J44.80	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 $<$ 35 % des Sollwertes	Neubewertung
J44.81	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 $\geq$ 35 % und $<$ 50 % des Sollwertes	Neubewertung
J46	Status asthmaticus	Neubewertung
J47	Bronchiektasen	Neubewertung
J90	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert	Neubewertung
J91	Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	Neubewertung
J94.1	Fibrothorax	Neubewertung
J95.1	Akute pulmonale Insuffizienz nach Thoraxoperation	Neubewertung
J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	Neubewertung
J96.01	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]	Neubewertung
J96.09	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet	Neubewertung
J96.10	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	Neubewertung
J96.11	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]	Neubewertung
J96.19	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet	Neubewertung
J98.50	Mediastinitis	Aufnahme
K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	Neubewertung
K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	Neubewertung
K72.71	Hepatische Enzephalopathie Grad 1	Neubewertung
K72.79	Hepatische Enzephalopathie, Grad nicht näher bezeichnet	Neubewertung
K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	Neubewertung
K75.4	Autoimmune Hepatitis	Neubewertung

ICD 2011	ICD-Text	Status
K86.0	Alkoholinduzierte chronische Pankreatitis	Neubewertung
K86.1	Sonstige chronische Pankreatitis	Neubewertung
K91.3	Postoperativer Darmverschluss	Neubewertung
K91.4	Funktionsstörung nach Kolostomie oder Enterostomie	Abwertung
K91.88	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
K92.0	Hämatemesis	Neubewertung
K92.1	Meläna	Neubewertung
K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
L89.10	Dekubitus 2. Grades: Kopf	Neubewertung
L89.11	Dekubitus 2. Grades: Obere Extremität	Neubewertung
L89.12	Dekubitus 2. Grades: Dornfortsätze	Neubewertung
L89.13	Dekubitus 2. Grades: Beckenkamm	Neubewertung
L89.14	Dekubitus 2. Grades: Kreuzbein	Neubewertung
L89.15	Dekubitus 2. Grades: Sitzbein	Neubewertung
L89.16	Dekubitus 2. Grades: Trochanter	Neubewertung
L89.17	Dekubitus 2. Grades: Ferse	Neubewertung
L89.18	Dekubitus 2. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	Neubewertung
L89.19	Dekubitus 2. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Neubewertung
L89.20	Dekubitus 3. Grades: Kopf	Neubewertung
L89.21	Dekubitus 3. Grades: Obere Extremität	Neubewertung
L89.22	Dekubitus 3. Grades: Dornfortsätze	Neubewertung
L89.23	Dekubitus 3. Grades: Beckenkamm	Neubewertung
L89.24	Dekubitus 3. Grades: Kreuzbein	Neubewertung
L89.25	Dekubitus 3. Grades: Sitzbein	Neubewertung
L89.26	Dekubitus 3. Grades: Trochanter	Neubewertung
L89.27	Dekubitus 3. Grades: Ferse	Neubewertung
L89.28	Dekubitus 3. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	Neubewertung
L89.29	Dekubitus 3. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Neubewertung
L89.30	Dekubitus 4. Grades: Kopf	Neubewertung
L89.31	Dekubitus 4. Grades: Obere Extremität	Neubewertung
L89.32	Dekubitus 4. Grades: Dornfortsätze	Neubewertung
L89.33	Dekubitus 4. Grades: Beckenkamm	Neubewertung

ICD 2011	ICD-Text	Status
L89.34	Dekubitus 4. Grades: Kreuzbein	Neubewertung
L89.35	Dekubitus 4. Grades: Sitzbein	Neubewertung
L89.36	Dekubitus 4. Grades: Trochanter	Neubewertung
L89.37	Dekubitus 4. Grades: Ferse	Neubewertung
L89.38	Dekubitus 4. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	Neubewertung
L89.39	Dekubitus 4. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Neubewertung
M86.00	Akute hämatogene Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen	Neubewertung
M86.01	Akute hämatogene Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Neubewertung
M86.02	Akute hämatogene Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Neubewertung
M86.03	Akute hämatogene Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Neubewertung
M86.04	Akute hämatogene Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Neubewertung
M86.05	Akute hämatogene Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Neubewertung
M86.06	Akute hämatogene Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Neubewertung
M86.07	Akute hämatogene Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Neubewertung
M86.08	Akute hämatogene Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Neubewertung
M86.09	Akute hämatogene Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Neubewertung
M86.10	Sonstige akute Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen	Neubewertung
M86.11	Sonstige akute Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Neubewertung
M86.12	Sonstige akute Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Neubewertung
M86.13	Sonstige akute Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Neubewertung
M86.14	Sonstige akute Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Neubewertung
M86.15	Sonstige akute Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Neubewertung

ICD 2011	ICD-Text	Status
M86.16	Sonstige akute Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Neubewertung
M86.17	Sonstige akute Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Neubewertung
M86.18	Sonstige akute Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Neubewertung
M86.19	Sonstige akute Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Neubewertung
M86.20	Subakute Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen	Neubewertung
M86.21	Subakute Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Neubewertung
M86.22	Subakute Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Neubewertung
M86.23	Subakute Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Neubewertung
M86.24	Subakute Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Neubewertung
M86.25	Subakute Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Neubewertung
M86.26	Subakute Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Neubewertung
M86.27	Subakute Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Neubewertung
M86.28	Subakute Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Neubewertung
M86.29	Subakute Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Neubewertung
M86.30	Chronische multifokale Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen	Neubewertung
M86.31	Chronische multifokale Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Neubewertung
M86.32	Chronische multifokale Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Neubewertung
M86.33	Chronische multifokale Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Neubewertung
M86.34	Chronische multifokale Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Neubewertung
M86.35	Chronische multifokale Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Neubewertung

ICD 2011	ICD-Text	Status
M86.36	Chronische multifokale Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Neubewertung
M86.37	Chronische multifokale Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Neubewertung
M86.38	Chronische multifokale Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Neubewertung
M86.39	Chronische multifokale Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Neubewertung
M86.40	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Mehrere Lokalisationen	Neubewertung
M86.41	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Neubewertung
M86.42	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Neubewertung
M86.43	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Neubewertung
M86.44	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Neubewertung
M86.45	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Neubewertung
M86.46	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Neubewertung
M86.47	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Neubewertung
M86.48	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Neubewertung
M86.49	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Neubewertung
M86.50	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen	Neubewertung
M86.51	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Neubewertung
M86.52	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Neubewertung
M86.53	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Neubewertung
M86.54	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Neubewertung



ICD 2011	ICD-Text	Status
M86.55	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Neubewertung
M86.56	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Neubewertung
M86.57	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Neubewertung
M86.58	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Neubewertung
M86.59	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Neubewertung
N13.0	Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion	Neubewertung
N13.1	Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert	Neubewertung
N13.2	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein	Neubewertung
N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	Neubewertung
N13.4	Hydroureter	Neubewertung
N13.6	Pyonephrose	Neubewertung
N13.9	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
N17.0	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose	Neubewertung
N17.1	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose	Neubewertung
N17.2	Akutes Nierenversagen mit Marknekrose	Neubewertung
N17.8	Sonstiges akutes Nierenversagen	Neubewertung
N17.9	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
N18.1	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 1	Neubewertung
N18.2	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2	Neubewertung
N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3	Neubewertung
N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4	Neubewertung
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	Neubewertung
N18.80	Einseitige chronische Nierenfunktionsstörung	Neubewertung
N20.1	Ureterstein	Neubewertung
O44.00	Tiefer Sitz der Plazenta ohne (aktuelle) Blutung	Neubewertung
O44.01	Placenta praevia ohne (aktuelle) Blutung	Neubewertung
O44.10	Tiefer Sitz der Plazenta mit aktueller Blutung	Neubewertung
O44.11	Placenta praevia mit aktueller Blutung	Neubewertung
O67.8	Sonstige intrapartale Blutung	Neubewertung

ICD 2011	ICD-Text	Status
O67.9	Intrapartale Blutung, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
R18	Aszites	Neubewertung
R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	Neubewertung
R47.1	Dysarthrie und Anarthrie	Neubewertung
R57.8	Sonstige Formen des Schocks	Neubewertung
R63.3	Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung	Neubewertung
R64	Kachexie	Neubewertung
R65.0	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese ohne Organkomplikationen	Neubewertung
R65.1	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen	Neubewertung
R65.2	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese ohne Organkomplikationen	Neubewertung
R65.3	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese mit Organkomplikationen	Neubewertung
R65.9	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS], nicht näher bezeichnet	Neubewertung
S12.21	Fraktur des 3. Halswirbels	Neubewertung
S12.22	Fraktur des 4. Halswirbels	Neubewertung
S12.23	Fraktur des 5. Halswirbels	Neubewertung
S12.24	Fraktur des 6. Halswirbels	Neubewertung
S12.25	Fraktur des 7. Halswirbels	Neubewertung
S13.0	Traumatische Ruptur einer zervikalen Bandscheibe	Neubewertung
S13.10	Luxation eines Halswirbels: Höhe nicht näher bezeichnet	Neubewertung
S13.11	Luxation von Halswirbeln: C1/C2	Neubewertung
S13.12	Luxation von Halswirbeln: C2/C3	Neubewertung
S13.13	Luxation von Halswirbeln: C3/C4	Neubewertung
S13.14	Luxation von Halswirbeln: C4/C5	Neubewertung
S13.15	Luxation von Halswirbeln: C5/C6	Neubewertung
S13.16	Luxation von Halswirbeln: C6/C7	Neubewertung
S13.17	Luxation von Halswirbeln: C7/T1	Neubewertung
S13.18	Luxation von Halswirbeln: Sonstige	Neubewertung
S13.2	Luxation sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile im Bereich des Halses	Neubewertung
S13.3	Multiple Luxationen im Bereich des Halses	Neubewertung
S36.88	Verletzung: Sonstige intraabdominale Organe	Zeilenverschiebung
S37.02	Rissverletzung der Niere	Zeilenverschiebung

ICD 2011	ICD-Text	Status
S72.00	Schenkelhalsfraktur: Teil nicht näher bezeichnet	Neubewertung
S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	Neubewertung
S72.02	Schenkelhalsfraktur: (Proximale) Epiphyse, Epiphysenlösung	Neubewertung
S72.03	Schenkelhalsfraktur: Subkapital	Neubewertung
S72.04	Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal	Neubewertung
S72.05	Schenkelhalsfraktur: Basis	Neubewertung
S72.08	Schenkelhalsfraktur: Sonstige Teile	Neubewertung
S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	Neubewertung
S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	Neubewertung
S72.2	Subtrochantäre Fraktur	Neubewertung
S72.3	Fraktur des Femurschaftes	Neubewertung
S72.40	Distale Fraktur des Femurs: Teil nicht näher bezeichnet	Neubewertung
S72.41	Distale Fraktur des Femurs: Condylus (lateralis) (medialis)	Neubewertung
S72.42	Distale Fraktur des Femurs: Epiphyse, Epiphysenlösung	Neubewertung
S72.43	Distale Fraktur des Femurs: Suprakondylär	Neubewertung
S72.44	Distale Fraktur des Femurs: Interkondylär	Neubewertung
S72.8	Frakturen sonstiger Teile des Femurs	Neubewertung
S72.9	Fraktur des Femurs, Teil nicht näher bezeichnet	Neubewertung
T79.0	Luftembolie (traumatisch)	Neubewertung
T79.1	Fettembolie (traumatisch)	Neubewertung
T79.2	Traumatisch bedingte sekundäre oder rezidivierende Blutung	Neubewertung
T79.3	Posttraumatische Wundinfektion, anderenorts nicht klassifiziert	Neubewertung
T79.4	Traumatischer Schock	Neubewertung
T79.5	Traumatische Anurie	Neubewertung
T79.7	Traumatisches subkutanes Emphysem	Neubewertung
T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	Neubewertung
T81.1	Schock während oder als Folge eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	Neubewertung
T81.2	Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	Neubewertung
T81.3	Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert	Neubewertung
T81.5	Fremdkörper, der versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist	Neubewertung

ICD 2011	ICD-Text	Status
T81.6	Akute Reaktion auf eine während eines Eingriffes versehentlich zurückgebliebene Fremdsubstanz	Neubewertung
T81.7	Gefäßkomplikationen nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	Neubewertung
T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	Neubewertung
T82.4	Mechanische Komplikation durch Gefäßkatheter bei Dialyse	Neubewertung
T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	Neubewertung
T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	Neubewertung
T83.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Harntrakt	Neubewertung
T84.1	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen	Neubewertung
T84.2	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an sonstigen Knochen	Neubewertung
T84.8	Sonstige Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	Neubewertung
T84.9	Nicht näher bezeichnete Komplikation durch orthopädische Endoprothese, Implantat oder Transplantat	Neubewertung
T85.88	Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T87.4	Infektion des Amputationsstumpfes	Neubewertung
U80.0	Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin, Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine oder Oxazolidinone	Neubewertung
U80.2	Enterococcus faecalis mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika, Oxazolidinone, oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz	Neubewertung
U80.4	Escherichia, Klebsiella und Proteus mit Resistenz gegen Chinolone, Carbapeneme, Amikacin, oder mit nachgewiesener Resistenz gegen alle Beta-Laktam-Antibiotika [ESBL-Resistenz]	Neubewertung
U80.6	Pseudomonas aeruginosa und andere Nonfermenter mit Resistenz gegen Carbapeneme, Chinolone, Amikacin, Ceftazidim oder Piperacillin/Tazobactam	Neubewertung
U81	Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika	Neubewertung
Z94.0	Zustand nach Nierentransplantation	Neubewertung
Z94.1	Zustand nach Herztransplantation	Neubewertung
Z94.2	Zustand nach Lungentransplantation	Neubewertung

<b>ICD 2011</b>	<b>ICD-Text</b>	<b>Status</b>
Z94.3	Zustand nach Herz-Lungen-Transplantation	Neubewertung
Z94.4	Zustand nach Lebertransplantation	Neubewertung
Z94.80	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation ohne gegenwärtige Immunsuppression	Neubewertung
Z94.81	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression	Neubewertung
Z94.88	Zustand nach sonstiger Organ- oder Gewebetransplantation	Neubewertung

**Tabelle A-4-1:**

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

DRG	DRG-Text
A01B	Lebertransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 Stunden oder mit Transplantatabstoßung oder mit kombinierter Nierentransplantation oder Alter < 6 Jahre
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden
A07E	Beatmung > 999 und < 1800 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2208 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose
A09B	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 3430 / 3220 Aufwandspunkte, ohne hochkomplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit sehr komplexem Eingriff oder kompliz. Konstellation
A15C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre oder AB0-inkompatible Transplantation
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre oder ohne AB0-inkompatible Transplantation
A42A	Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation
A66Z	Evaluierungsaufenthalt vor anderer Organtransplantation
B09A	Andere Eingriffe am Schädel mit äußerst schweren CC
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigeminusneuralgie
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation
B39A	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, mehr als 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mit komplizierender Konstellation
B60A	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag
B63Z	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion
B64Z	Delirium

DRG	DRG-Text
B66A	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder mit komplizierender Konstellation
B66B	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre, ohne komplizierende Konstellation
B67B	Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung
B70A	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit komplizierender Diagnose
B70I	Apoplexie, ein Belegungstag
B73Z	Virusmeningitis
B77Z	Kopfschmerzen
B81A	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose
B82Z	Andere Erkrankungen an peripheren Nerven
B85A	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit hochkomplexer Diagnose oder mit äußerst schweren oder schweren CC, mit komplexer Diagnose
C01A	Komplexe Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen
C02A	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung
C03B	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE) oder bei bösartiger Neubildung des Auges, ohne bestimmten Eingriff an der Retina
C03C	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), außer bei bösartiger Neubildung des Auges, mit bestimmtem Eingriff an der Retina
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE), Amnionmembrantransplantation oder Alter < 16 Jahre
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, Alter > 15 Jahre
C16Z	Aufwändige Eingriffe am Auge, Alter < 6 Jahre
C60Z	Akute und schwere Augeninfektionen
C66Z	Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus
D01B	Kochleaimplantation, unilateral
D25B	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D29Z	Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung

DRG	DRG-Text
D30A	Tonsillektomie außer bei bösart. Neubildung oder versch. Eingr. an Ohr, Nase, Mund u. Hals ohne äuß. schw. CC, mit aufw. Eingr. od. Eingr. an Mundhöhle u. Mund außer bei bösart. Neub. oh. Mundboden- od. Vestib.plastik, Alter < 3 J. od. mit kompl. Diagn.
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen
D60C	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
D63Z	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter < 3 Jahre
D64Z	Laryngotracheitis, Laryngospasmus und Epiglottitis
E01A	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose
E02A	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter < 10 Jahre
E07Z	Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre
E65C	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, ohne komplizierende Diagnose, ohne FEV1 < 35%, Alter > 0 Jahre
E70B	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter > 2 Jahre
E75A	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 10 Jahre
E75B	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter > 9 Jahre
E76B	Tuberkulose bis 14 Belegungstage mit äußerst schweren oder schweren CC
E77B	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren CC, mit komplizierender Konstellation oder hochkomplexer Diagnose oder komplexer Diagnose bei Z.n. Organtransplantation
E77C	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren CC, ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexe Diagnose, ohne komplexe Diagnose bei Z.n. Organtransplantation, mit äußerst schweren CC
E77E	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren CC, mit sehr komplexer Diagnose mit äußerst schweren oder schweren CC



DRG	DRG-Text
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, Alter > 15 Jahre, mit Zweifacheingr. oder kompl. Eingriff oder bei Endokarditis oder bei angeborenem Herzfehler
F06A	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff
F06B	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff
F06E	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder mit intraoperativer Ablation, außer bei Infarkt, ohne Reoperation
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Konstellation oder komplexer Operation
F08A	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierender Konstellation oder thorakoabdominalem Aneurysma oder komplexem Aorteneingriff
F12B	Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem ohne äuß. schw. CC, oh. ablativ. Maßnahme, oh. PTCA oder Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, oh. kompl. Eingriff, Alter > 15 J., m. Sondenentfernung m. Excimer-Laser
F12G	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne Sondenentfernung mit Excimer-Laser, ohne äußerst schwere CC oder isolierte offen chirurgische Sondenimplantation
F17A	Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem oder Alter < 16 Jahre
F20Z	Beidseitige Unterbindung und Stripping von Venen mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC
F30Z	Operation bei komplexem angeborenem Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern
F39B	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC
F46A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Diagnose, Alter < 14 Jahre
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, weniger als 3 Belegungstage od. mehr als 2 Belegungstage ohne äuß. schwere CC, Alter < 15 Jahre od. mehr als 2 Belegungstage, ohne äuß. schw. CC, Alter > 14 Jahre, mit kardialen Mapping
F49D	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, mit komplexem Eingriff
F64Z	Hautulkus bei Kreislauferkrankungen

DRG	DRG-Text
F67B	Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder schweren CC
F75C	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre und Alter < 18 Jahre
G03B	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, mit komplexem Eingriff
G09Z	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien
G11B	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter > 9 Jahre
G16A	Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff oder bei Zustand nach Organtransplantation oder mit Immundefekt, mit bestimmter Lebermetastasenchirurgie oder komplizierender Konstellation
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
G21C	Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre und ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm oder Enterostoma ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff
G22A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 10 Jahre
G23A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre
G40Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G70A	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
G70B	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
H09C	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmten Eingriff am Pankreas
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung mit akuter Pankreatitis, Alter < 16 Jahre
H62C	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung ohne akute Pankreatitis

DRG	DRG-Text
H63B	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 0 Jahre
H63C	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose und ohne äußerst schwere oder schwere CC
H64Z	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen
I02C	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kompliz. Konst., Eingriff an mehreren Lokalisationen oder schw. Weichteilschaden, ohne auß. schw. CC, ohne komplexe OR-Prozedur od. mit komplexer plast. Rekonstruktion od. kompl. OR-Prozedur
I08D	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplexem Eingriff oder äußerst schweren CC, mit Osteotomie oder Muskel- / Gelenkplastik, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne bestimmte Eingriffe bei Beckenfraktur
I20A	Eingriffe am Fuß, mit mehreren hochkomplexen Eingriffen, mit hochkomplexem Eingriff und komplexer Diagnose, mit Teilwechsel Endoprothese des unteren Sprunggelenks oder mit bestimmter Arthrodesese
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
I32A	Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Eingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwändigem rekonstruktiven Eingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochentx. bei Pseudarthrose der Hand
I32B	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne mehrzeitigen Eingr., ohne Komplexbehandl. Hand, ohne aufwändigen rekonstr. Eingr., ohne best. gefäßgestielte Knochentx, mit kompl. Eingr. od. bei angeborener Anomalie der Hand od. Pseudarthrose, Alter < 6 Jahre
I32C	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne mehrzeitigen Eingr., ohne Komplexbeh. Hand, ohne best. gefäßgestielte Knochentransplantation, mit kompl. Eingr. od. bei angeb. Anomalie der Hand od. Pseudarthrose, Alter > 5 Jahre, mit best. Eingr. od. kompl. Diag.
I32D	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder ohne sehr komplexen Eingriff, oder mit komplexer Diagnose oder mit bestimmtem oder beidseitigem Eingriff
I32G	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe
I36Z	Beidseitige Implantation einer Endoprothese an Hüft- oder Kniegelenk
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente

DRG	DRG-Text
I64C	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie
I66C	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, ein Belegungstag
I73Z	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes
I74C	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre
I75A	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit CC
I75B	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne CC oder Entzündungen von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln ohne äußerst schwere oder schwere CC
I79Z	Fibromyalgie
I95Z	Implantation einer Tumorendoprothese oder Knochentotalersatz am Femur
J02A	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extr. bei Ulkus od. Infektion / Entzündung od. ausgedehnte Lymphad. od. Gewebetranspl. mit mikrovask. Anastomos. auß. bei bösart. Neub., mit auß. schw. CC bei Para- / Tetraplegie od. mit kompl. Eingr.
J03A	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung mit äußerst schweren CC
J11C	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne komplizierende Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisation bei Hämangiom, ohne mäßig komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose
J18Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag
J22A	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit Weichteildeckung
J61B	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Diagnose
J61C	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter < 18 Jahre, ohne hochkomplexe Diagnose oder mäßig schwere Hauterkrankungen, mehr als ein Belegungstag
K06B	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus, außer bei bösartiger Neubildung oder ohne äußerst schwere CC, mit Parathyreoidektomie oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Thyreoidektomie durch Sternotomie

DRG	DRG-Text
K15A	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, außer Radiojodtherapie
K60C	Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC oder multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K60E	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne multiple Komplikationen, ohne Ketoazidose, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose
K63B	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose
L05B	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC
L06B	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne Kontinenztherapie, ohne äußerst schwere CC
L09B	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane mit Anlage eines Dialyseshunt bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse oder außer Anlage e. Dialyseshunts, m. Kalziphylaxie, Alter > 1 Jahr, ohne äußerst schwere CC
L09D	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne Schilddrüsenresektion
L10Z	Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung ohne Multiviszeraleingriff oder Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, mit großem Eingriff am Darm
L11Z	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC
L18A	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit äußerst schweren CC
L38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L42A	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen mit auxiliären Maßnahmen oder bei Para- / Tetraplegie
L60A	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse, akutem Nierenversagen und äußerst schweren CC oder mit Dialyse, mit akutem Nierenversagen oder äußerst schweren CC oder mit Kalziphylaxie, mit Dialyse oder äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
L68B	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 5 Jahre

DRG	DRG-Text
L69B	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
L70B	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder Hämolytisch-urämisches Syndrom
M01A	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC
M02B	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC
M10B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen oder interstitielle Brachytherapie
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, mit hoch- und mittelgradig komplexer Chemotherapie
M61Z	Benigne Prostatahyperplasie
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane
N01A	Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation
N05B	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation
N11B	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen ohne bestimmten Eingriff
O01B	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 vollendete Wochen (SSW), ohne intrauterine Ther., ohne kompliz. Konstell. od. mit kompliz. Diag., bis 25 SSW od. Thromboembolie währ. d. Gestationsperiode m. OR-Proz.
O04A	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur mit komplexem Eingriff
O05A	Cerclage und Muttermundverschluss oder komplexe OR-Prozedur oder bestimmte intrauterine Operation am Feten
O40Z	Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie
O60B	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne komplizierende Konstellation oder Thromboembolie während der Gestationsperiode ohne OR-Prozedur
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose

DRG	DRG-Text
O63Z	Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hystero- rotomie
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beat- mung > 143 und < 481 Stunden
P03A	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR- Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Prob- lemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beat- mung > 479 Stunden
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur
P61A	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht < 600 g mit signifikanter OR- Prozedur
P61C	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR- Prozedur
P61E	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P66B	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem
Q02B	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbil- denden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter < 6 Jahre
Q60B	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozy- tenstörung, Alter < 1 Jahr
Q60D	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 16 Jahre
Q61B	Erkrankungen der Erythrozyten mit komplexer Diagnose
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, Al- ter < 16 Jahre
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Al- ter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R11C	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC

DRG	DRG-Text
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten kardiothorakalen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R60A	Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation
R60G	Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre
R61D	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
R61H	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne Knochenaffektionen, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie
R63B	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 6 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R63C	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit lokaler Chemotherapie, mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranulozytose od. Portimplantation oder mit äußerst schw. CC
R63E	Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC
R65A	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
R65B	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit
S63A	Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC



DRG	DRG-Text
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
T60F	Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme
T63C	Andere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation
T64B	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen
U66Z	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen oder psychische Störungen in der Kindheit
X04Z	Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität
X07B	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation eines Fingers oder einer Zehe
Y62A	Andere Verbrennungen, Alter < 6 Jahre
Y63Z	Verbrennungen, ein Belegungstag
Z01A	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation
Z64A	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung mit komplexer Radiojoddiagnostik
Z64C	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, mit bestimmtem Kontaktanlass

**Tabelle A-4-2:**

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

DRG	DRG-Text
901B	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne Strahlentherapie, ohne endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, mit komplexer OR-Prozedur
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A05B	Herztransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden, Alter > 15 Jahre
A09F	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden ohne kompl. OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne angeb. Fehlbild. od. Tumorerkr. od. Alter > 2 J., ohne kompliz. Konstell., Alter > 15 J., ohne intensivmed. Komplexbeh. > 1470 / 1380 P., oh. kompl. Diagn., oh. kompl. Proz.
A11C	Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Tumorerkrankung oder angeb. Fehlbildung, Alter < 3 Jahre, mit bestimmter OR-Prozedur und komplizierender Konstellation, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 Punkte, Alter > 15 J.
A11D	Beatmung > 249 und < 500 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1656 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre
A11F	Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Aufwandspunkte, Alter > 5 J. mit kompl. Diagn. oder Proz. oder Alter < 16 J.
A13F	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizin. Komplexbehandlung > 588 / 552 Punkte, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 15 J., oder verstorben oder verlegt < 9 Tage, mit kompl. Diagnose oder Prozedur
A13G	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizin. Komplexbehandlung > 588 / 552 Punkte, ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., oder verstorben oder verlegt < 9 Tage, ohne kompl. Diagnose, ohne kompl. Prozedur
A42B	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit Entfernung eines Organtransplantates oder komplexer OR-Prozedur oder äußerst schweren CC
A60B	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag
B04A	Interventionelle und beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC
B04B	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC und beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter < 16 Jahre
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Aufwandspunkte und < 1765 / 1657 Aufwandspunkte ohne best. OR-Prozedur oder > 588 / 552 Aufwandspunkte und < 1177 / 1105 Aufwandspunkte mit best. OR-Proz. bei Krankheiten und Störungen d. Nervensystems
B44D	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B69C	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurol. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Std., ohne äuß. schw. CC oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls oder mit äuß. schw. CC
B69D	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne äußerst schwere CC
B70D	Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose oder systemische Thrombolyse, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std. oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std.
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
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie
B76C	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe Diagnose oder mit schweren CC, Alter > 2 Jahre oder ohne schwere CC, mit EEG, ohne komplexe Diagnose, mit angeborener Fehlbildung
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom
C08B	Extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse

DRG	DRG-Text
C12Z	Andere Rekonstruktionen der Augenlider
C62Z	Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen
C65Z	Bösartige Neubildungen des Auges
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D04Z	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose
D13B	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr und Mund ohne komplizierende Diagnose
D15B	Tracheostomie ohne äußerst schwere CC
D24A	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC oder mit Kombinationseingriff ohne äußerst schwere CC
D24B	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff
D61A	Komplexe Gleichgewichtsstörung, Hörverlust oder Tinnitus
E02D	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwändigen Eingriff, Alter > 9 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff
E03Z	Brachytherapie oder Therapie mit offenen Nukliden bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag
E05A	Andere große Eingriffe am Thorax mit äußerst schweren CC
E05B	Andere große Eingriffe am Thorax ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung
E06C	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
E64B	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre
E66A	Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose
E66B	Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose
E73A	Pleuraerguss mit äußerst schweren CC
E76C	Tuberkulose bis 14 Belegungstage ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Pneumothorax

DRG	DRG-Text
E77A	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren CC, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter > 196 Aufwandspunkte
E77G	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, bei Para- / Tetraplegie
F01D	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff
F01E	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC
F01G	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC
F03D	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 0 Jahre, ohne Eingr. in tiefer Hypothermie, mit Zweifacheingr. oder kompl. Eingr. oder bei Endokarditis oder bei angeborenem Herzfehler, Alter < 16 Jahre
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bei Infarkt oder mit Reoperation oder mit invasiver kardiologischer Diagnostik, mit intraoperativer Ablation
F12I	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders
F13C	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen ohne äußerst schwere CC
F14A	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit komplizierender Konstellation oder Revision oder komplizierender Diagnose oder Alter < 3 Jahre oder bestimmte beidseitige Gefäßeingriffe, mit äußerst schweren CC
F27A	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Gefäßeingriff
F46B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Diagnose, Alter > 13 Jahre
F49G	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ein Belegungstag, Alter > 14 Jahre, ohne bestimmten Eingriff
F60A	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC
F63A	Venenthrombose mit äußerst schweren CC
F66B	Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC
F67D	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
F69B	Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere CC
F72A	Instabile Angina pectoris mit äußerst schweren CC
G03C	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, ohne komplexen Eingriff
G08A	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, mit äußerst schweren CC
G08B	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, ohne äußerst schwere CC
G10Z	Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz
G14Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G18C	Eingriffe an Dünn- und Dickdarm außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, ohne sehr komplexen Eingriff, mit komplexem Eingriff
G22C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolektomie bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre
G24B	Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien u. and. Hernien, Alt. > 0 J. od. beidseit. Ingr. bei Leisten- und Schenkelhernien, Alt. > 0 J. u. < 56 J. oder Ingr. bei Leisten- u. Schenkelhernien, Alt. > 55 J., oh. plastische Rekonstruktion d. Bauchwand
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, mit äußerst schweren CC
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G47Z	Andere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopie, Alter < 15 Jahre
G50Z	Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 14 Jahre
G52Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
H05Z	Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen
H09B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmtem Eingriff am Pankreas
H16Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
H62B	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung mit akuter Pankreatitis, Alter > 15 Jahre oder Leberzirrhose und bestimmte nicht-infektiöse Hepatitiden ohne äußerst schwere CC
I02A	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit schwerem Weichteilschaden, mit äußerst schweren CC und komplexer OR-Prozedur
I03A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse oder Alter < 16 Jahre oder beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexem Eingriff, mit äußerst schweren CC
I06B	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals mit hochkomplexem Eingriff an der Wirbelsäule oder komplexem Eingriff an Kopf und Hals, Alter < 19 Jahre
I06D	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne Wirbelkörperersatz, ohne schwere entzündliche Erkrankung oder bösartige Neubildung, mit äußerst schweren CC
I09B	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule bei deformierenden Erkrankungen oder mit komplexer Spondylodese oder verschiedene komplexe Eingriffe mit äußerst schweren oder schweren CC, mit komplizierenden Eingriffen
I09C	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexer Osteosynthese oder mit bestimmter Kyphoplastie oder verschiedene komplexe Eingriffe mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne komplizierende Eingriffe
I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne Halotraktion, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne Wirbelfraktur, ohne mäßig komplexen Eingriff
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder außer Materialentfernung, Alter < 16 Jahre
I16Z	Andere Eingriffe am Schultergelenk oder an der Klavikula
I17Z	Operationen am Gesichtsschädel
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk
I20D	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe, mit Eingriff an mehr als einem Strahl oder chronischer Polyarthritits
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre
I23B	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule ohne komplizierenden Eingriff am Knochen

DRG	DRG-Text
I30Z	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk oder arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I44A	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, mit äußerst schweren CC oder Korrektur einer Brustkorbdeformität
I44B	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC
I59Z	Andere Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk oder mäßig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag
J02B	Hauttranspl. od. Lappenpl. an d. unt. Extr. b. Ulkus/Infekt./Entz. od. ausged. Lymphad. od. Gewebetranspl. m. mikrovask. Anastomos. auß. b. bösart. Neub., m. auß. schw. CC auß. b. Para-/Tetrapl., oh. kompl. Eingr. od. oh. auß. schw. CC, m. kompl. Eingr.
J04Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion / Entzündung
J06Z	Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation bei bösartiger Neubildung
J07B	Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung, ohne beidseitigen Eingriff
J10A	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma bei bösartiger Neubildung
J14B	Plastische Rekonstruktion der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne aufwändige Rekonstruktion
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff
J25Z	Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC
J44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma



DRG	DRG-Text
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre oder mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Hautulkus bei Para- / Tetraplegie oder hochkomplexe Diagnose
J62B	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC
J64A	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus mit äußerst schweren CC
J68A	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose
K03A	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre
K06A	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder Parathyreoidektomie oder äußerst schwere oder schwere CC, mit Thyreoidektomie durch Sternotomie
K09C	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexen Eingriff
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Radiojodtherapie
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 16 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K60B	Diabetes mellitus mit äußerst schweren CC oder schwere Ernährungsstörungen, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
L03Z	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L42B	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen ohne auxiliäre Maßnahmen, außer bei Para- / Tetraplegie
L60C	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC, ohne Kalziphylaxie
L63A	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
L63B	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter < 6 Jahre

DRG	DRG-Text
L64B	Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC
L69A	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
L73Z	Harnblasenlähmung, mehr als ein Belegungstag
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
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
N01C	Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszeral-eingriff
N03A	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung anderer Organe, mit äußerst schweren CC oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
N08Z	Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
N11A	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit bestimmtem Eingriff
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N34Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N62A	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose
N62B	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne komplexe Diagnose
O01C	Sectio caesarea mit mehreren kompliz. Diagnosen, Schwangerschaftsdauer > 33 vollendete Wochen (SSW), ohne intrauterine Ther., ohne kompliz. Konst. od. m. kompliz. Diag., 26 - 33 SSW od. m. kompl. Diag. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., m. äuß. schw. CC
O61Z	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Prozedur
O62Z	Drohender Abort

DRG	DRG-Text
P04A	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Stunden
P66D	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder neugeborener Mehrling, Aufnahmege­wicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder ein Belegungstag
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R14Z	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Therapie mit offenen Nukliden bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als ein Belegungstag
R60C	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth., mit auß. schw. CC oder kompl. Diagnostik bei Leukämie oder mit mäßig kompl. Chemoth. mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplant. oder mit auß. schw. CC mit kompl. Diagnostik bei Leukämie
T60D	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation
T63B	Bestimmte virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation
V60A	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom oder HIV-Krankheit
V61Z	Drogenintoxikation und -entzug
V63Z	Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
W61B	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe, ohne komplizierende Diagnose
X06C	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 66 Jahre, ohne komplexen Eingriff
Y03A	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter < 16 Jahre
Z01B	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation

<b>DRG</b>	<b>DRG-Text</b>
Z03Z	Nierenspende (Lebendspende)
Z65Z	Beschwerden, Symptome, andere Anomalien und Nachbehandlung

**Tabelle A-4-3:**

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

DRG	DRG-Text
901A	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit komplizierender Konstellation oder Strahlentherapie oder endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
901C	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne Strahlentherapie, ohne komplexe OR-Prozedur, mit anderen Eingriffen an Kopf und Wirbelsäule, Alter < 1 Jahr oder bei Para- / Tetraplegie
901D	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne Strahlentherapie, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne andere Eingriffe an Kopf und Wirbelsäule, Alter > 0 Jahre, außer bei Para- / Tetraplegie
902Z	Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose
A01C	Lebertransplantation ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation, Alter > 5 Jahre
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A04A	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom oder mit Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, mit In-vitro-Aufbereitung
A04C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom, ohne In-vitro-Aufbereitung, ohne Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, HLA-identisch
A05A	Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder Alter < 16 Jahre
A07C	Beatmung > 999 und < 1800 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre oder ohne komplexe OR-Prozedur oder Polytrauma, Alter > 15 Jahre, mit intensivmed. Komplexbehandlung > 2352 / 2208 Punkte
A09A	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden mit angeborener Fehlbildung oder Tumorerkrankung, Alter < 3 Jahre oder mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder intensivmed. Komplexbehandlung > 3430 / 3220 Aufwandspunkte und hochkompl. Eingr. od. Alter < 16 Jahre
A09C	Beatmung > 499 und < 1000 Std. mit kompl. OR-Proz. od. Polytr. od. int. Komplexbeh. > 3430/3220 P., oh. kompliz. Konst., Alter > 15 J., od. oh. kompl. OR-Proz., oh. Polytr., m. kompl. Konst. od. int. Komplexbeh. 2352/2209 - 3430/3220 P. od. Alter < 16 J.

DRG	DRG-Text
A09D	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne angeborene Fehlbildung oder Tumorerkrankung oder Alter > 2 Jahre, ohne kompliz. Konst., Alter > 15 Jahre, mit intensivmed. Komplexbeh. 1471 / 1381 bis 2352 / 2208 Punkte
A09E	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden ohne kompl. OR-Proz., ohne Polytrauma, oh. angeb. Fehlbildung od. Tumorerkrankung od. Alter > 2 J., oh. kompliz. Konstell., Alter > 15 J., oh. intensivmed. Komplexbeh. > 1470 / 1380 P., mit kompl. Diagn. od. kompl. Proz.
A11E	Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Aufwandspunkte oder Alter < 6 Jahre
A11G	Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose, ohne komplexe Prozedur, Alter > 15 Jahre
A13C	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne kompl. OR-Proz., mit intensivmed. Komplexbeh. 1176 / 1105 bis 1764 / 1656 P., auß. b. Leukämie und Lymphom, oh. kompliz. Konst. od. mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., oh. intensivmed. Komplexbeh. > 1176 / 1104 P.
A13E	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Eingriff bei angeborener Fehlbildung od. Alter > 1 Jahr, mit bestimmter OR-Proz. oder kompliz. Konst. oder intensivmed. Komplexbeh. 589 / 553 bis 1176 / 1104 Aufwandspunkte od. Alter < 16 J.
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion
A36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 und < 1765 / 1657 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder komplizierende Konstellation bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
A61Z	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber- oder Nieren-Pankreas-Transplantation

DRG	DRG-Text
A69Z	Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste
B01Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen, bei bestimmter Neubildung des Nervensystems
B02B	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen oder Alter < 6 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit gr. intrakran. Eingriff und äuß. schw. CC, bei best. Neubildung d. Nervensyst. oder mit best. Ingr. am Schädel
B02C	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, Alter < 6 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation oder mit verschiedenartiger komplexer Prozedur
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation ohne Strahlentherapie, Alter > 5 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff am Schädel, ohne komplizierende Konstellation, ohne verschiedenartige komplexe Prozedur
B03A	Operative Eingriffe b. nicht akuter Para- / Tetrapl. od. Ingr. an Wirbelsäule u. Rückenmark b. bösart. Neubild. od. m. schw. CC od. mit intraop. Monit., od. Ingr. b. zerebr. Lähmung, Muskeldystr., Neuropathie m. äuß. schw. CC, b. Para- / Tetrapl.
B03B	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit intraop. Monitoring oder Ingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie mit äußerst schw. CC, außer bei Para- / Tetraplegie
B04C	Interventionelle Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC
B04D	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC
B07Z	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC oder komplizierender Diagnose
B09B	Andere Eingriffe am Schädel ohne äußerst schwere CC
B12Z	Implantation eines Herzschrittmachers bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen
B16Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, weniger als 11 Bestrahlungen

DRG	DRG-Text
B17C	Eingriffe an periph. Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensyst. oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, ohne komplexe Diagnose, ohne komplexen Eingriff, Alter < 19 Jahre oder mit schweren CC, Alter < 16 Jahre
B17D	Eingriffe an periph. Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensyst. oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, ohne komplexe Diagnose, ohne komplexen Eingriff, Alter < 19 Jahre oder mit schweren CC, Alter > 15 Jahre
B17E	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, ohne kompl. Diagn., ohne kompl. Eingr., ohne schw. CC, Alter > 18 Jahre, mit mäßig kompl. Eingr.
B17F	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie od. Neuropathie, ohne kompl. Diagnose, ohne mäßig kompl. od. kompl. Eingr., ohne äuß. schw. oder schw. CC, Alter > 18 J.
B18Z	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Revision eines Ventrikelshuntes
B20B	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre, mit intraoperativem neurophysiologischen Monitoring oder komplexer Diagnose
B20C	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter < 3 Jahre
B20D	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre, ohne intraoperatives neurophysiologisches Monitoring, ohne komplexe Diagnose
B20F	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigeminusneuralgie
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B39B	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, bis 72 Stunden mit komplexem Eingriff, oder mehr als 72 Stunden, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation
B39C	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, bis 72 Stunden, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation



DRG	DRG-Text
B42A	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder fachübergreifende u. andere Frührehabilitation mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B42B	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B44A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B44C	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B47Z	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen
B61A	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt
B66D	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre
B68A	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
B68C	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose
B68D	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B69A	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden
B69B	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, mit äußerst schweren CC
B70B	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierende Diagnose oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus
B70C	Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std., mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolyse oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Std.

DRG	DRG-Text
B71B	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, mit schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie oder mit Komplexbehandlung der Hand oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC, bei Para- / Tetraplegie
B71C	Erkrankungen an Hirnnerven u. periph. Nerven ohne Komplexb. d. Hand od. m. kompl. Diagnose, ohne schw. CC od. außer b. Para- / Tetraplegie od. ohne kompl. Diagn., m. äuß. schw. od. schw. CC, auß. b. Para- / Tetrapl. od. ohne schw. CC, b. Para- / Tetrapl.
B72A	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter < 16 Jahre
B72B	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter > 15 Jahre
B75Z	Fieberkrämpfe
B76B	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schweren CC, Alter < 3 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder mit äußerst schweren CC oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit EEG, mit komplexer Diagnose
B76D	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schweren CC, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit EEG, ohne komplexe Diagnose, ohne angeborene Fehlbildung
B76E	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose
B76F	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B78A	Intrakranielle Verletzung, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Diagnose
B78B	Intrakranielle Verletzung, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Diagnose
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor
B80Z	Andere Kopfverletzungen
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose
B84Z	Vaskuläre Myelopathien
B85B	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne komplexe Diagnose, ohne hochkomplexe Diagnose
B85C	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer Diagnose oder zerebrale Lähmungen
B85D	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose

DRG	DRG-Text
B86Z	Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet und Krankheit des Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet
C02B	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita außer bei bösartiger Neubildung
C03A	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE) oder bei bösartiger Neubildung des Auges, mit best. Eingriff an der Retina oder Entfernung des Augapfels mit gleichzeitiger Einführung eines Implantates
C03D	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), außer bei bösartiger Neubildung des Auges, ohne bestimmten Eingriff an der Retina
C08A	Beidseitige extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) oder extrakapsuläre Extraktion der Linse bei angeborener Fehlbildung der Linse
C13Z	Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen
C14Z	Andere Eingriffe am Auge
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre
C61Z	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges
C64Z	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides
D06B	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder Alter > 15 Jahre, mit komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC
D12A	Andere aufwändige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D13A	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr und Mund mit komplizierender Diagnose
D15A	Tracheostomie mit äußerst schweren CC oder Implantation einer Kiefergelenkendoprothese
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen
D20Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik

DRG	DRG-Text
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder Strahlentherapie mit operativem Eingriff
D25C	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, mit starrer Endoskopie
D60B	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne starre Endoskopie
D61B	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) außer komplexer Gleichgewichtsstörung, Hörverlust, Tinnitus
D62Z	Blutung aus Nase und Rachen oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre
D65Z	Verletzung und Deformität der Nase
D66Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals
D67Z	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle
E01B	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose
E02B	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, mit aufwändigem Eingriff, Alter > 9 Jahre
E02C	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwändigen Eingriff, Alter > 9 Jahre, mit mäßig komplexem Eingriff
E05C	Andere große Eingriffe am Thorax ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung
E06A	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum mit äußerst 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, mehr als 9 Bestrahlungen

DRG	DRG-Text
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E40B	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, ohne intensivmed. Komplexbehandlung im Kindesalter > 196 Aufwandspunkte, oh. kompliz. Diagn., Alter > 15 J., mit äuß. schweren CC od. bei Para- / Tetraplegie, od. ARDS, Alter > 15 J.
E40C	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter > 196 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie
E64A	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder Lungenembolie
E64C	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre
E64D	Respiratorische Insuffizienz, ein Belegungstag
E65A	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung mit äuß. schw. CC oder starrer Bronchoskopie oder mit komplizierender Diagnose oder Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äuß. schw. oder schw. CC, Alter < 1 J., mit RS-Virus-Infektion
E65B	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, ohne komplizierende Diagnose, mit FEV1 < 35% oder Alter < 1 Jahr
E69A	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 1 Jahr ohne RS-Virus-Infektion oder bei Para- / Tetraplegie
E69B	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag u. Alter > 55 Jahre oder mit äußerst schweren od. schw. CC, Alt. > 0 J., außer b. Para- / Tetraplegie od. ein Belegungstag od. ohne äußerst schw. od. schw. CC, Alt. < 1 J., m. RS-Virus-Infektion
E69E	Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag oder Alter > 5 Jahre und Alter < 56 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Beschwerden und Symptome d. Atmung ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre oder bei Hyperventilation
E70A	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter < 3 Jahre
E71A	Neubildungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder starrer Bronchoskopie oder mit komplexer Biopsie der Lunge
E71B	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie oder ohne komplexe Biopsie der Lunge

DRG	DRG-Text
E73B	Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC
E74Z	Interstitielle Lungenerkrankung
E75C	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose
E77D	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder angeborenem Fehlbildungssyndrom
E77F	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren CC
E77I	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre, außer bei Para- / Tetraplegie
E78Z	Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung, bis 2 Belegungstage
F01A	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder Implantation eines myokardmodulierenden Systems
F01B	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff
F01F	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff
F02B	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Ein-Kammer-Stimulation
F03F	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, ohne Dreifach- / Zweifacheingriff, außer bei angeborenem Herzfehler, ohne komplexen Eingriff, außer bei Endokarditis, Alter > 15 J.
F05Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder intraoperativer Ablation, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bestimmte Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie
F06F	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne intraoperative Ablation
F07B	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Operation
F08B	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, ohne thorakoabdominales Aneurysma, ohne komplexen Aorteneingriff, mit komplexem Eingriff, mit Mehreta- gen- oder Aorteneingriff oder Reoperation, mit auß. schw. CC

DRG	DRG-Text
F08C	Rekonstruktive GefäÙeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstell., ohne thorakoabd. Aneurysma, ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr., ohne Mehretagen- oder Aorteneingr., ohne Reoperation, mit äuß. schw. CC od. mit best. Aorteneingr.
F08D	Rekonstruktive GefäÙeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstell., ohne thorakoabd. Aneurysma, ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr., mit Mehretagen- oder Aorteneingr. oder Reoperation, ohne äuß. schw. CC, ohne best. Aorteneingr.
F08E	Rekonstruktive GefäÙeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstell., ohne thorakoabd. Aneurysma, ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr., ohne Mehretagen- oder Aorteneingr., ohne Reoperation, ohne äuß. schw. CC, ohne best. Aorteneingr.
F09A	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierender Konstellation oder Alter < 3 Jahre
F09B	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 2 Jahre und < 10 Jahre oder äußerst schwere CC
F09C	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 9 Jahre, ohne äußerst schwere CC
F12C	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, Alter < 16 Jahre
F12E	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne kompl. Eingr., Alter > 15 Jahre, ohne Sondenentfernung mit Excimer-Laser, mit äußerst schweren CC oder isolierter offen chirurgischer Sondenimplantation
F12F	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen oder Alter < 16 Jahre
F13A	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen
F13B	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC, ohne mehrzeitige Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe
F14B	Komplexe oder mehrfache GefäÙeingriffe auÙer große rekonstruktive Eingriffe mit komplizierender Konstellation oder Revision oder komplizierender Diagnose oder Alter < 3 Jahre oder bestimmte beidseitige GefäÙeingriffe, ohne äußerst schwere CC
F17B	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammersystem, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
F18A	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder mit Sondenentfernung mit Excimer-Laser, mit komplexem Eingriff
F18B	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder mit Sondenentfernung mit Excimer-Laser, ohne komplexen Eingriff
F18C	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne Sondenentfernung mit Excimer-Laser, mit komplexem Eingriff
F18D	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne Sondenentfernung mit Excimer-Laser, ohne komplexen Eingriff
F19A	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC
F19B	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen oder Radiofrequenzablation über A. renalis, ohne äußerst schwere CC bei anderen perkutan-transluminalen Interventionen an Herz, Aorta und Lungengefäßen, Alter < 6 Jahre
F21A	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, mit hochkomplexem Eingriff
F21B	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, mit komplexem Eingriff
F21C	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexen Eingriff
F24A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit perkutaner Angioplastie, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC
F27B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC oder komplexer Arthrodesse des Fußes
F27C	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodesse des Fußes
F28A	Amputation mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder mit Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC
F28B	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC
F28C	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere oder schwere CC



DRG	DRG-Text
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems > 1176 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur oder > 588 / 552 Aufwandspunkte mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. > 588 / 552 P. u. < 1176 / 1105 P. m. best. OR-Proz. od. kompl. Eingr. od. > 1176 / 1104 P. oh. best. OR-Proz. m. kompl. Eingr., oh. mehrzeit. kompl. OR-Proz. b. Krankh. u. Störungen d. Kreislaufsystem.
F39A	Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC
F42Z	Operation b. kompl. angeb. Herzfehler, Hybridchirurgie, best. Herzklappeneingriffe od. and. Eingriffe m. Herz-Lungen-Maschine m. invas. kardiolog. Diagnostik bei Kindern od. best. rekonstruktive Gefäßeingriffe oh. Herz-Lungen-Maschine m. kompl. Eingriff
F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 Aufwandspunkte, mit komplizierender Konstellation oder bestimmter OR-Prozedur
F43C	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte OR-Prozedur
F49A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne komplexen Eingriff
F50A	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation im linken Vorhof oder hochkomplexer Ablation oder Implantation eines Ereignisrekorders
F50C	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation, ohne komplexe Ablation im linken Vorhof, ohne hochkomplexe Ablation, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung
F50D	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination

DRG	DRG-Text
F51B	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal, ohne bestimmte Aortenprothesenkombination
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne äußerst schwere CC, oder Kryoplastie
F58A	Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC
F58B	Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC
F59A	Komplexe Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne Revision, ohne kompliz. Diagn., Alter > 2 J., ohne bestimmte beidseitige Gefäßeingriffe, mit äuß. schweren CC oder mäßig kompl. Gefäßeingr. mit äuß. schweren CC oder Rotationsthrombektomie
F59B	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe ohne kompliz. Konstell., ohne Revision, ohne kompliz. Diagn., Alter > 2 J., ohne bestimmte beidseitige Gefäßeingriffe od. mäßig kompl. Gefäßeingr. m. kompliz. Diagn., ohne äuß. schw. CC, ohne Rotationsthrombektomie
F59C	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne mehrfache Gefäßeingriffe, ohne äußerst schwere CC, ohne Rotationsthrombektomie, ohne komplizierende Diagnose
F62A	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder komplizierender Diagnose
F62B	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose
F63B	Venenthrombose ohne äußerst schwere CC
F65A	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
F65B	Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC
F66A	Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC
F67A	Hypertonie mit äußerst schweren CC
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre
F69A	Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC
F70A	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren CC
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC
F71A	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren CC oder kathetergestützter elektrophysiologischer Untersuchung des Herzens
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens

DRG	DRG-Text
F72B	Instabile Angina pectoris ohne äußerst schwere CC
F73Z	Synkope und Kollaps
F74Z	Thoraxschmerz
F75A	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre
F75D	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre
F77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
F95A	Interventioneller Septumverschluss, Alter < 19 Jahre oder Vorhofohrverschluss
F98Z	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen
G01Z	Eviszeration des kleinen Beckens oder bestimmte Eingriffe an den Verdauungsorganen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter > 392 Aufwandspunkte
G02A	Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter > 392 AufwPkte oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose
G02B	Komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre, ohne intensivmed. Komplexbeh. im Kindesalter > 392 AufwPkte, ohne best. Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit kompliz. Diagnose
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit hochkompl. Eingriff oder kompliz. Konstell. oder bei bestimmter bösartiger Neubildung
G04A	Adhäsioolyse am Peritoneum, Alter < 4 J. od. mit schw. CC od. kl. Eingr. an Dünn-/Dickdarm mit auß. schw. CC od. Anl. eines Enterostomas, Alt. < 6 J., od. best. PTAs an abd. Gefäßen mit auß. schw. CC, oh. int.med. Komplexbeh. b. Kind > 392 AufwPkte
G04B	Adhäsioolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit äußerst schweren CC od. Anlegen eines Enterostomas, Alter > 5 Jahre, ohne best. PTAs an abdominalen Gefäßen
G07A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse bei Peritonitis mit auß. schw. oder schweren CC oder kleine Eingr. an Dünn- und Dickdarm od. a. abd. Gef. ohne äußerst schwere CC, Alter < 3 Jahre oder mit best. perkutan-translumin. Eingr. an abdom. Gefäßen

DRG	DRG-Text
G07B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, mit laparoskopischer Adhäsioolyse od. Alter > 2 Jahre und Alter < 10 Jahre
G07C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre
G11A	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter < 10 Jahre
G12A	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur
G12B	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur
G12C	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe oder mäßig komplexe OR-Prozedur
G13Z	Andere Eingriffe an Darm oder Enterostoma mit äußerst schweren CC
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff
G16B	Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff oder bei Zustand nach Organtransplantation oder mit Immundefekt, ohne bestimmte Lebermetastasenchirurgie, ohne komplizierende Konstellation
G17A	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff, bei bösartiger Neubildung
G17B	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff, außer bei bösartiger Neubildung
G18A	Eingriffe an Dünn- und Dickdarm außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose
G18B	Eingriffe an Dünn- und Dickdarm außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, mit sehr komplexem Eingriff
G18D	Eingriffe an Dünn- und Dickdarm außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, ohne sehr komplexen Eingriff, ohne komplexen Eingriff
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
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

DRG	DRG-Text
G21B	Komplexe Adhäsilyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre und ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm oder Enterostoma ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff
G22B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsilyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 9 Jahre, mit laparoskopischer Adhäsilyse oder Alter < 16 Jahre
G23C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsilyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 13 Jahre
G25Z	Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 0 Jahre oder Eingriffe bei Hernien, Alter < 1 Jahr
G26Z	Andere Eingriffe am Anus
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, ohne äußerst schwere CC
G29Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag
G36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G37Z	Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G46A	Verschiedenartige Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane verbunden mit äußerst schweren CC oder verbunden mit äußerst schweren, schweren CC oder komplizierendem Eingriff bei Kindern
G46B	Verschiedenartige Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane verbunden mit äußerst schweren CC, schweren CC oder mit komplizierendem Eingriff oder verbunden mit schw. CC bei Kindern, oder Ösophagusperforation, oder Radiofrequenzablation
G46C	Verschiedenartige Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopien bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit schw. CC oder bei nicht schw. Erkr. der Verdauungsorgane, mit schw. CC bei Kindern, oh. Ösophagusperforation, ohne Radiofrequenzablation
G48A	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre, mit schwerer Darminfektion oder bei Zustand nach Organtransplantation
G48B	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre, mit komplizierender Diagnose, ohne schwere Darminfektion, außer bei Zustand nach Organtransplantation

DRG	DRG-Text
G48C	Koloskopie ohne wenig komplexe Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre, ohne komplizierende Diagnose, ohne schwere Darminfektion, außer bei Zustand nach Organtransplantation
G60A	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC
G64A	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC
G64B	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere CC
G65Z	Obstruktion des Verdauungstraktes
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit bestimmter komplizierender Diagnose oder mit komplexer Prozedur oder mit Dialyse
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC oder Alter < 3 Jahre oder > 74 Jahre oder schweren CC bei bestimmter Diagnose
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane
G72B	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane, Alter > 2 Jahre oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 2 Jahre und Alter < 56 Jahre oder ohne CC
G73Z	Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
G77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, mit komplexem Eingriff
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, ohne komplexen Eingriff
H02A	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen bei bösartiger Neubildung

DRG	DRG-Text
H02B	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen außer bei bösartiger Neubildung
H06A	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit bestimmtem Eingriff und komplexer Diagnose, Dialyse, komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation
H06B	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas, ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation, mit selektiver Embolisation
H06C	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas, ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation, ohne selektive Embolisation
H07A	Cholezystektomie mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation
H07B	Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation
H08A	Laparoskopische Cholezystektomie mit sehr komplexer oder komplizierender Diagnose
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Diagnose
H09A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC
H12A	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff
H12B	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H40Z	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung
H41A	Komplexe therapeutische ERCP mit äußerst schweren CC oder photodynamische Therapie
H41B	Komplexe therapeutische ERCP mit schweren CC, ohne photodynamische Therapie oder Alter < 16 Jahre oder komplexer Eingriff
H41C	Komplexe therapeutische ERCP ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne photodynamische Therapie, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff, oder andere ERCP
H44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas

DRG	DRG-Text
H60Z	Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC
H61B	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose
H63A	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und best. nichtinfekt. Hepatitiden, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose und äußerst schw. oder schw. CC oder mit kompl. Diagnose oder äußerst schw. oder schw. CC, Alter < 1 J.
H78Z	Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I01Z	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose
I02B	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, auß. an d. Hand, m. kompliz. Konst., Eingr. an mehr. Lokal. od. schw. Weichteilschaden, m. auß. schwer. CC od. kompl. OR-Proz. oder mit hochkompl. Gewebetransplantation oder bei bösart. Neub. und kompl. OR-Prozedur
I02D	Kleinflächige oder großflächige Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit äußerst schweren CC
I03B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit komplizierender Diagnose oder Arthrodeese oder Alter < 16 Jahre oder beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexem Eingriff, ohne äußerst schwere CC
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodeese
I05Z	Anderer großer Gelenkersatz oder Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodeese, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC
I06C	Komplexe Eingriffe an d. Wirbelsäule mit sehr komplexem Eingriff an der Wirbelsäule oder mit Wirbelkörperersatz oder bei schwerer entz. Erkrankung od. bösartiger Neubildung, mit auß. schweren CC oder Halotraktion oder mit Korrekturspondylodese > 6 Seg.
I07Z	Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I08A	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplexem Mehrfacheingriff oder mit sehr komplexen Diagnosen, mit Osteotomie oder Muskel- / Gelenkplastik bei Zerebralparese oder Kontraktur oder mit bestimmtem Eingriff bei Beckenfraktur
I08C	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit kompl. Mehrfacheingr. od. sehr kompl. Diagn., Alter > 15 J. od. mit kompl. Eingr. od. auß. schweren CC bei Para- / Tetrapl. od. Beckenfraktur oder Ersatz des Hüftgel. mit Eingr. an ob. Extr. oder Wirbelsäule



DRG	DRG-Text
I08E	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplexem Eingriff oder äußerst schweren CC, ohne Osteotomie oder Muskel- / Gelenkplastik, oder ohne kompl. Eingr., ohne äuß. schw. CC, mit Osteotomie oder Muskel- / Gelenkplastik, oh. best. Beckenrepositionen
I08F	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne komplexen Mehrfacheingriff, ohne sehr komplexe Diagnosen, ohne komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne Osteotomie oder Muskel- / Gelenkplastik
I09D	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit Osteosynthesen durch intervertebrale Cages > 1 Segment oder bestimmte Spondylodesen oder bestimmte Eingriffe an mehreren Segmenten oder bei Para- / Tetraplegie
I09E	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mehrzeitige komplexe Eingriffe, ohne Eingriff bei deformierenden Erkrankungen, ohne verschiedene komplexe Eingriffe, ohne äußerst schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie
I10A	Bestimmte andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit äußerst schweren CC, mit aufwändigem Eingriff
I10B	Bestimmte andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit äußerst schweren CC, ohne aufwändigen Eingriff
I10C	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule, mit bestimmtem komplexem Eingriff oder Halotraktion oder Para- / Tetraplegie, oder Wirbelfraktur mit bestimmten Eingriffen an Wirbelsäule, Spinalkanal und Bandscheibe mit schweren CC
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne Halotraktion, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne Wirbelfraktur, mit mäßig komplexem Eingriff
I12A	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äußerst schweren CC
I12B	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, mit Revision des Kniegelenkes oder Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre
I12C	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, ohne Revision des Kniegelenkes, ohne Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre
I13A	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff oder aufwändiger Osteosynthese
I13B	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit best. Mehrfacheingr. od. kompl. Diagn. od. best. kompl. Osteotomie bei kompl. Eingriff od. schw. Weichteilschaden, oder bestimmte Eingriffe bei Endoprothese der oberen Extremität

DRG	DRG-Text
I13C	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Eingriff oder schwerem Weichteilschaden oder komplexer Osteotomie bei mäßig komplexem Eingriff oder Pseudarthrose
I13D	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit mäßig komplexem Eingriff oder bei Pseudarthrose
I13E	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, ohne aufwändige Osteosynthese, ohne Mehrfacheingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne komplexe Prozedur, ohne schweren Weichteilschaden, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne Pseudarthrose
I14Z	Revision eines Amputationsstumpfes
I15B	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, ohne bestimmten intrakraniellen Eingriff, Alter > 15 Jahre oder Materialentfernung
I18A	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff oder mit beidseitigem Eingriff am Kniegelenk
I20B	Eingriffe am Fuß, mit mehreren komplexen Eingriffen, mit hochkomplexem Eingriff, bei Zerebralparese, mit Teilwechsel Endoprothese d. unteren Sprunggelenks, mit komplexem Eingriff bei komplexer Diagnose, mit Eingriff an Sehnen des Rückfußes
I20C	Eingr. am Fuß ohne mehrere kompl. Eingr., mit kompl Eingr. od. schwerem Weichteilsch. od. Osteomyelitis / Arthritis od. Eingr. Großzehe mit kompl. Eingr. an mehreren Strahlen, mit Knochentx, mit Impl. Zehengelenkendoprothese od. bei Kalkaneusfraktur
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
I22B	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kleinflächiger Gewebetransplantation od. mit großflächiger Gewebetransplantation ohne kompliz. Konst., oh. Eingr. an mehreren Lokal., oh. schw. Weichteilschaden, oh. kompl. Gewebetranspl. m. schw. CC
I24Z	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe- / Hauttransplantation
I27A	Eingriffe am Weichteilgewebe mit äußerst schweren CC oder bei bösartiger Neubildung, mit schweren CC
I27B	Kleinflächige Gewebetransplantationen ohne schwere CC oder Eingriffe am Weichteilgewebe ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung oder mit schweren CC oder mit bestimmtem Eingriff am Weichteilgewebe
I27C	Eingriffe am Weichteilgewebe ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmte Eingriffe am Weichteilgewebe, ohne kleinflächige Gewebetransplantation

DRG	DRG-Text
I28A	Komplexe Eingriffe am Bindegewebe
I28B	Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe
I28C	Andere Eingriffe am Bindegewebe
I29Z	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula
I31A	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, mit aufwändigen Eingriffen am Unterarm
I31B	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand
I32F	Mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter > 5 Jahre
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 8 Bestrahlungen
I42Z	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I43A	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, mit äußerst schweren CC
I43B	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, ohne äußerst schwere CC
I46A	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC oder mit allogener Knochentransplantation
I46B	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne allogene Knochentransplantation
I47A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff oder mit Implantation/ Wechsel einer Radiuskopfprothese
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff
I50Z	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne schweren Weichteilschaden, ohne äußerst schwere oder schwere CC
I54Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 9 Bestrahlungen bei bösartiger Neubildung
I65C	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter > 16 Jahre, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
I66A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
I66B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC oder Frakturen an Becken und Schenkelhals
I68B	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, mit schw. CC oder bei Para- / Tetraplegie, Alter > 65 Jahre oder mit kompl. Diagnose außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie
I68C	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im WS-Bereich, mehr als ein Belegungstag, mit schw. CC, Alter > 65 Jahre od. auß. schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne komplexe Diagnose, ohne Diszitis od. infektiöser Spondylopathie
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verl. im Wirbelsäulenbereich, > ein Belegungstag, bei and. Femurfraktur, Alt. < 65 J., mit schw. CC, oh. auß. schw. CC, auß. b. Para- / Tetraplegie, auß. b. Diszitis od. infek. Spondylopathie, oh. kompl. Diagn.
I69A	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien mit komplexer Diagnose oder Muskel- und Sehnenerkrankungen bei Para- / Tetraplegie
I69B	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien ohne komplexe Diagnose
I71A	Muskel- und Sehnenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, mit Zerebralparese oder Kontraktur
I71B	Muskel- und Sehnenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur
I74A	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß mit äußerst schweren oder schweren CC oder unspezifische Arthropathien
I76A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren CC oder septische Arthritis mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre
I76B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder septische Arthritis ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
I77Z	Mäßig schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk
I78Z	Leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk
I97Z	Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe

DRG	DRG-Text
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J01Z	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei bösartiger Neubildung an Haut, Unterhaut und Mamma
J02C	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung oder ausgedehnte Lymphadenektomie, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
J03B	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung ohne äußerst schwere CC
J08B	Anderer Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexe Prozedur, mit bestimmtem Eingriff an Haut, Unterhaut und Mamma, mit äußerst schweren CC
J11A	Anderer Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit bestimmtem Eingriff bei komplizierender Diagnose oder bei Para- / Tetraplegie oder selektive Embolisation bei Hämangiom
J11B	Anderer Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne bestimmten Eingriff bei komplizierender Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisation bei Hämangiom, mit mäßig komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose
J21Z	Anderer Hauttransplantation oder Debridement mit Lymphknotenexzision oder schweren CC
J22B	Anderer Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne Weichteildeckung
J24D	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J64B	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC
J65Z	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma
J77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
K09A	Anderer Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit hochkomplexem Eingriff oder mit bestimmtem Eingriff und Alter < 7 Jahre oder äußerst schwere CC
K09B	Anderer Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff, mit komplexem Eingriff
K15D	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie

DRG	DRG-Text
K25Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K60D	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, Alter > 15 Jahre
K62A	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetraplegie oder mit komplizierender Diagnose oder endoskopischer Einlage eines Magenballons oder äußerst schweren CC
K62B	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie, ohne komplizierende Diagnose, ohne endoskopische Einlage eines Magenballons, ohne äußerst schwere CC
K64A	Endokrinopathien, mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
K64C	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre oder mit bestimmter Diagnose
K64D	Endokrinopathien ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere CC
K77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
L02B	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz, oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse
L04C	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, Alter > 15 Jahre
L05A	Transurethrale Prostataresektion mit äußerst schweren CC
L06A	Kleine Eingriffe an der Harnblase mit Kontinenztherapie oder äußerst schweren CC
L09A	Anderer Eingriffe bei Erkr. der Harnorgane mit Anlage eines Dialyseshunters bei akuter Niereninsuff. od. bei chron. Niereninsuff. mit Dialyse od. auß. Anl. e. Dialyseshunts, m. Kalziphylaxie, kompl. OR-Proz. od. kompl. Ingr., Alter < 2 J. od. auß. schw. CC
L09C	Anderer Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane außer Anlage eines Dialyseshunts, ohne Kalziphylaxie, Alter < 2 Jahre oder äußerst schw. CC, ohne kompl. OR-Prozedur, ohne kompl. Eingriff, Alter > 1 Jahr, ohne auß. schw. CC, mit Schilddrüsenresektion
L12Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag
L13B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC
L17B	Anderer Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
L20A	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien, außer bei Para- / Tetraplegie oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie, mit äußerst schweren CC
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne ESWL, ohne komplexen Eingriff, ohne fluoreszenzgestützte TUR der Harnblase oder andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC
L37Z	Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L40Z	Diagnostische Ureterorenoskopie
L60B	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse, mit akutem Nierenversagen oder äußerst schweren CC oder mit Kalziphylaxie, mit Dialyse oder äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
L60D	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC
L62A	Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC
L63C	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre
L64A	Harnsteine und Harnwegsobstruktion mit äußerst schweren oder schweren CC oder Urethrastriktor, andere leichte bis moderate Erkr. der Harnorgane, mehr als ein Beleg.tag oder Beschw. und Symptome der Harnorgane oder Urethrozystoskopie
L68A	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 6 Jahre
L71Z	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse
M02A	Transurethrale Prostataresektion mit äußerst schweren CC
M04A	Eingriffe am Hoden bei Fournier-Gangrän oder mit äußerst schweren CC
M04C	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, Alter < 3 Jahre
M04D	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre, ohne bestimmten Eingriff am Hoden
M06Z	Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
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

DRG	DRG-Text
M60C	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hoch- und mittelgradig komplexe Chemotherapie
M64Z	Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane und Sterilisation beim Mann
N01B	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraler Eingriff
N01D	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit schweren CC
N02A	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung der Ovarien und Adnexen od. bestimmte laparoskopische Resektion an Sigma u. Rektum, mit äußerst schweren CC
N03B	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung anderer Organe, ohne äußerst schwere CC
N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexem Eingriff oder selektive Embolisierung an anderen abdominalen Gefäßen
N05A	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC
N09B	Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva
N13A	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, Alter > 80 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
N16Z	Strahlentherapie, weniger als 10 Bestrahlungen oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag
N21Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder komplexe Myomenukleation
N60A	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC
N60B	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
N61Z	Infektion und Entzündung der weiblichen Geschlechtsorgane
O01E	Sekundäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose



DRG	DRG-Text
O02B	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne intrauterine Therapie, ohne geburtshilfliche Uterusexstirpation, ohne komplizierende Konstellation
O03Z	Extrauterin gravidität
O04B	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur ohne komplexen Eingriff
O05B	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft ohne Cerclage, ohne Muttermundverschluss, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte intrauterine Operation am Feten
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose
O64A	Frustrane Wehen, mehr als ein Belegungstag
O64B	Frustrane Wehen, ein Belegungstag
O65A	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren CC oder komplexer Diagnose, Schwangerschaftsdauer 20 bis 33 vollendete Wochen
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äuß. schw. CC oder komplexer Diagnose, Schwangerschaftsdauer bis 19 oder mehr als 33 vollendete Wochen, oder ohne komplexe Diagnose mit schweren CC oder 26 bis 33 vollendeten Wochen (SSW)
O65C	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, Schwangerschaftsdauer bis 25 oder mehr als 33 vollendete Wochen
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 480 Stunden
P06A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren
P06C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme
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)
P66C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem

DRG	DRG-Text
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit schwerem Problem, mit Hypothermiebehandlung
P67B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., mit schwerem Problem, ohne Hypothermiebehandlung oder mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Proz., mit kompliz. Diagn.
P67C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Prozedur, ohne komplizierende Diagnose
P67D	Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag
Q01Z	Eingriffe an der Milz
Q02A	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems mit äußerst schweren CC
Q60C	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytenstörung oder Alter > 15 Jahre
Q60E	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre
Q61A	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, ohne aplastische Anämie, mit äußerst schweren CC
Q61D	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, mit aplastischer 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
R01D	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur
R04A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC
R04B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderer OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R11A	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
R11B	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit schweren CC
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder bestimmtem kardiothorakalen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten kardiothorakalen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur
R36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 Aufwandspunkte bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R60E	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth. ohne komplizierende Diagnose, Dialyse, Portimpl., auß. schw. CC oder mit mäßig kompl. Chemoth. mit auß. schw. CC oder mit Dialyse oder auß. schw. CC, Alter > 15 Jahre ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Sepsis oder komplizierender Konstellation oder mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit auß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, mit hochkompl. Chemotherapie
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre, oder mit äußerst schweren CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, mit komplexer Diagnostik bei Leukämie
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter < 16 Jahre
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie mit komplexer Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter > 15 Jahre oder ohne komplexe Diagnose, ohne Knochenaffektionen, mit komplexer Diagnostik bei Leukämie
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC, mit komplexer Diagnose
R62B	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC, ohne komplexe Diagnose

DRG	DRG-Text
R62C	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne Knochenaffektionen, ohne bestimmte Metastasen, ohne äußerst schwere CC
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit komplexer OR-Prozedur, komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation
T01B	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, bei Sepsis
T01C	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, außer bei Sepsis
T36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte bei infektiösen und parasitären Krankheiten
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC
T60C	Sepsis mit kompliz. Konstell. oder bei Z. n. Organtranspl., ohne äuß. schw. CC, Alter > 15 J. od. ohne Para- / Tetraplegie od. ohne kompliz. Konst. auß. b. Z. n. Organtranspl., m. kompl. Diagn. od. auß. schw. CC, Alter > 15 J. od. ohne Para-/Tetraplegie
T60E	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre
T61Z	Postoperative und posttraumatische Infektionen
T62A	Fieber unbekannter Ursache mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre
T62B	Fieber unbekannter Ursache ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 6 Jahre
T64C	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten ohne komplexe Diagnose
T77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen
U61Z	Schizophrene, wahnhaft und akut psychotische Störungen
V40Z	Qualifizierter Entzug
V64Z	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit

DRG	DRG-Text
W01B	Polytrauma mit Beatmung oder bestimmten Eingriffen, ohne Frührehabilitation, ohne endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung
W01C	Polytrauma mit Beatmung oder bestimmten Eingriffen, ohne Frührehabilitation, ohne endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, ohne Beatmung > 263 Stunden, ohne komplexe Vakuumbehandlung
W02A	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen
W02B	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen
W04B	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen
X01A	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, freier Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder komplizierender Diagnose oder komplexer Prozedur, mit äußerst schweren CC
X01B	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung, mit komplizierender Diagnose, komplexer Prozedur oder äußerst schw. CC
X05A	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, mit komplexem Eingriff
X05B	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff
X06A	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerst schweren CC
X06B	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, Alter > 65 Jahre oder mit schweren CC oder mit komplexem Eingriff
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten
X60Z	Verletzungen und allergische Reaktionen
X62Z	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung oder bestimmte Erfrierungen und andere Traumata
X64Z	Andere Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung
Y02B	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation außer b. Sepsis, ohne kompliz. Konst., oh. hochkompl. Eingr., oh. vierzeitige best. OR-Proz., oh. intens. Komplexb. > 588 / 552 P., m. äuß. schw. CC, kompliz. Diagn., kompl. Proz., Dialyse od. Beatm. > 24 Std.

<b>DRG</b>	<b>DRG-Text</b>
Y02C	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplexe Prozedur, ohne Dialyse, ohne Beatmung > 24 Stunden, ohne komplizier. Konstellation, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 588 / 552 Punkte
Y03B	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter > 15 Jahre
Y62B	Andere Verbrennungen, Alter > 5 Jahre
Z44Z	Multimodale Schmerztherapie bei Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und anderer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens
Z64D	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, ohne bestimmten Kontak Anlass

**Tabelle A-5:**

Gegenüberstellung der DRGs je MDC (siehe Kap. 3.4.1.1)

MDC	Bezeichnung	Anzahl DRGs 2012	Anzahl DRGs 2013	Veränderung (in %)
00	Prä-MDC	65	65	0
01	MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	109	108	- 0,9
02	MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges	33	33	0
03	MDC 03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	55	55	0
04	MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	65	64	-1,5
05	MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	146	146	0
06	MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	83	83	0
07	MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	39	39	0
08	MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	136	134	-1,5
09	MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	51	49	- 3,9
10	MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	38	38	0
11	MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	66	66	0
12	MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	27	27	0
13	MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	37	37	0
14	MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	29	29	0
15	MDC 15 Neugeborene	42	42	0
16	MDC 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	16	16	0
17	MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen	51	50	-2,0

<b>MDC</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Anzahl DRGs 2012</b>	<b>Anzahl DRGs 2013</b>	<b>Veränderung (in %)</b>
18A	MDC 18A HIV	7	7	0
18B	MDC 18B Infektiöse und parasitäre Erkrankungen	21	21	0
19	MDC 19 Psychische Krankheiten und Störungen	11	11	0
20	MDC 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	6	6	0
21A	MDC 21A Polytrauma	13	13	0
21B	MDC 21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	15	15	0
22	MDC 22 Verbrennungen	10	10	0
23	MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	13	14	+7,7
-1	Fehler-DRGs und sonstige DRGs	9	9	0
<b>Gesamt</b>		<b>1.193</b>	<b>1.187</b>	<b>- 0,5</b>