

InEK

Abschlussbericht

Weiterentwicklung des
aG-DRG-Systems
für das Jahr
2020

Klassifikation, Katalog und
Bewertungsrelationen

Teil I: Projektbericht

Siegburg, den 18. Dezember 2019

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

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

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1 EINFÜHRUNG	1
2 METHODIK DER WEITERENTWICKLUNG	3
2.1 Datenerhebung und Datenprüfung	3
2.2 Datenaufbereitung	3
2.3 Versionsüberleitung der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	4
3 aG-DRG-SYSTEM 2020	5
3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	5
3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung	8
3.2.1 Datenbasis	8
3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung	8
3.2.1.2 Ergänzende Datenbereitstellung	12
3.2.2 Vorschlagsverfahren	13
3.2.2.1 Grundzüge des Verfahrens	13
3.2.2.2 Beteiligung	14
3.2.2.3 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge	15
3.2.3 Ausgliederung der Pflegepersonalkosten	17
3.2.4 Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG)	23
3.2.4.1 Sachkostenkorrektur	23
3.2.4.2 Gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen	26
3.3 Schwerpunkte der Weiterentwicklung	28
3.3.1 Anpassung der Methodik	28
3.3.1.1 Aktualisierung der Plausibilitätsprüfungen	28
3.3.1.2 Berechnung der Bewertungsrelationen für Belegversorgung	32
3.3.1.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen	35
3.3.1.4 Überarbeitung der CCL-Matrix	37
3.3.1.5 Einbeziehung von verlegten Fällen und Überliegern	41
3.3.1.6 Berechnung der Bezugsgröße	42
3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation	44
3.3.2.1 Grundsätzliche Auswirkungen der Pflegepersonalkostenausgliederung auf die Klassifikation	44
3.3.2.2 Abdominalchirurgie	45
3.3.2.3 Augenheilkunde	49
3.3.2.4 Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma	50
3.3.2.5 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	54
3.3.2.6 Extremkosten	56
3.3.2.7 Gastroenterologie	58
3.3.2.8 Geburtshilfe	64
3.3.2.9 Gefäßchirurgie und -interventionen / Angiologie	64
3.3.2.10 Geriatrie	70

3.3.2.11	Geschlechtsorganumwandlung	70
3.3.2.12	Globale Funktionen	70
3.3.2.13	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	72
3.3.2.14	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	74
3.3.2.15	Intensivmedizin	75
3.3.2.16	Kardiologie und Herzchirurgie	77
3.3.2.17	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	80
3.3.2.18	MDC 15 – Neugeborene	83
3.3.2.19	Neurologie und Neurochirurgie	84
3.3.2.20	Onkologie	88
3.3.2.21	Operative Gynäkologie	89
3.3.2.22	PKMS und hochaufwendige Pflege	91
3.3.2.23	Polytrauma	92
3.3.2.24	„Reste“-DRGs	94
3.3.2.25	Sonstige DRGs	96
3.3.2.26	Strahlentherapie	98
3.3.2.27	Unfallchirurgie/Orthopädie	100
3.3.2.28	Urologie	106
3.3.2.29	Versorgung von Kindern	110
3.3.2.30	Wirbelsäulen Chirurgie	119
3.3.3	Integration neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in das G-DRG-System	123
3.3.4	Sortierung	124
3.3.5	Erstellung der G-DRG-Versionen aufgrund von ICD- und OPS-Anpassungen	127
3.3.5.1	Anpassungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	127
3.3.5.2	Überleitung auf die ab 1. Januar 2020 gültigen Versionen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen	128
3.3.5.3	Behandlung nicht identischer Codes mit „Vorgängerkode“	129
3.3.5.4	Behandlung nicht identischer Codes ohne „Vorgängerkode“ (neue Codes)	131
3.3.6	Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien	133
3.4	Statistische Kennzahlen	135
3.4.1	Wesentliche Ergebnisse und Änderungen zum Vorjahr	135
3.4.1.1	Erweiterung und Umbau der Fallgruppen	135
3.4.1.2	Nicht bewertete DRGs	135
3.4.1.3	Zusatzentgelte	136
3.4.2	Analyse des Pauschalierungsgrades	141
3.4.3	Statistische Güte der Klassifikation	143
3.4.4	Analyse der Verweildauer	147
3.4.4.1	Verweildauervergleich der Datenjahre 2016, 2017 und 2018	147
3.4.4.2	Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer	149
4	PERSPEKTIVEN DER WEITERENTWICKLUNG	153
	ANHANG	154

Abkürzungen

Abs.	Absatz
aG-DRG	German Diagnosis Related Groups (nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)
AICD	Automatic Implantable Cardioverter Defibrillator; Automatischer implantierbarer Kardioverter/Defibrillator
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BA	Belegabteilung
BNB	Bösartige Neubildung
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
BR	Bewertungsrelation
BT	Belegungstag
bzw.	beziehungsweise
CC	Complication or Comorbidity; Komplikation oder Komorbidität
CCL	Complication or Comorbidity Level; Schweregrad einer Komplikation oder Komorbidität
CT	Computertomographie
d.h.	das heißt
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien
DRG	Diagnosis Related Group; Diagnosebezogene Fallgruppe
ECCE	Extrakapsuläre Extraktion der Linse
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EEG	Elektroenzephalographie
EHEC	Enterohämorrhagische Escherichia coli
EKG	Elektrokardiogramm
ERCP	Endoskopisch retrograde Cholangio-Pankreatikographie
etc.	et cetera
FAB	Fachabteilungssegment
FEV ₁	Forced Expiratory Volume (Einsekundenausatem-Kapazität)
FFR	Fraktionelle Flussreserve
FPV	Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 20xx (Fallpauschalenvereinbarung 20xx)
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
ggf.	gegebenenfalls

gem.	gemäß
GM	German Modification (ICD-10-GM)
HA	Hauptabteilung
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HK	Homogenitätskoeffizient (der Kosten)
HWS	Halswirbelsäule
IBLV	Innerbetriebliche Leistungsverrechnung
ICD	International Classification of Diseases; Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Ausgabe für die Zwecke des SGB V
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
IntK	Intensivmedizinische Komplexbehandlung
ISS	Injury Severity Score
i.V.m.	in Verbindung mit
Kap.	Kapitel
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
KI	Konfidenzintervall
KK	Komplizierende Konstellationen
KMT	Knochenmarktransplantation
KVM	Klinisches Verteilungsmodell
LDL	Low-Density-Lipoprotein
MDC	Major Diagnostic Category; Hauptdiagnosegruppe
med.	medizinisch
med.-techn.	medizinisch-technisch
Mio.	Millionen
MRE	Multiresistente Erreger
MS	Multiple Sklerose
mVWD	mittlere Verweildauer
MW	Mittelwert
n	Anzahl der Fälle
Nr.	Nummer
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
OGV	Obere Grenzverweildauer

OP	Operation
OPS	Operationenschlüssel nach § 301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
OR	Operating Room; operativ
PCCL	Patient Clinical Complexity Level; Patientenbezogener Gesamtschweregrad
PKMS	Pflegekomplexmaßnahmen-Score
PPR	Pflegepersonalregelung
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
Prä-MDC	den MDCs vorgeschaltete Hauptdiagnosegruppe
PTCA	Perkutane Koronarangioplastie
Qu.	Quantil
R ²	Varianzreduktion
RG	Relativgewicht
SAPS	Simplified Acute Physiology Score
SGB	Sozialgesetzbuch
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
SIRS	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom
SIRT	Selektive interne Radiotherapie
SZT	Stammzelltransfusion
Tab.	Tabelle
TE	Transfusionseinheiten
TIA	Transitorische ischämische Attacke
TISS	Therapeutic Intervention Scoring System
u.a.	unter anderem
UGV	Untere Grenzverweildauer
V	Version
vgl.	vergleiche
vs.	versus, gegenüber
VWD	Verweildauer
z.B.	zum Beispiel
ZE	Zusatzentgelt

1 Einführung

Dieser Bericht stellt Methodik, Verfahrensweisen sowie die wichtigsten Ergebnisse der Pflege und Weiterentwicklung des (a)G-DRG-Systems für das Jahr 2020 vor. Im Report-Browser werden die aufbereiteten detaillierten Kalkulationsergebnisse je DRG-Fallpauschale in gewohnter Weise zur Verfügung gestellt.

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, PpSG) wurde in § 17b Abs. 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) verankert, dass die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen erstmals für 2020 aus dem G-DRG-System ausgegliedert werden. Die Vergütung der Pflegepersonalkosten wird gleichzeitig in eine separate Pflegepersonalkostenvergütung überführt. Ein so kurzfristig zu stemmender massiver Umbau des bestehenden Vergütungssystems ist mit gewissen Unsicherheiten verbunden, die im vorliegenden Bericht ebenso adressiert werden wie die grundsätzliche Vorgehensweise der Ausgliederung.

Zahlreiche Vorschläge der medizinischen Fachgesellschaften, der Verbandsorganisationen der Krankenhäuser und Krankenkassen sowie weiterer Institutionen im „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2020 (Vorschlagsverfahren 2020)“ haben Erfahrungen der klinischen Praxis und medizinisches Expertenwissen in die Weiterentwicklung einfließen lassen. Allen, die sich im Jahr 2019 durch Teilnahme am Vorschlagsverfahren beteiligt haben, sei an dieser Stelle nochmals gedankt.

Wir bedanken uns an dieser Stelle ebenfalls bei den 236 Krankenhäusern, die durch ihre aktive freiwillige Teilnahme an der Kostenkalkulation und unvermindert großem Engagement an der Bereitstellung einer soliden Datenbasis gearbeitet haben. Ohne dieses Engagement der Kalkulationskrankenhäuser wäre die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems in der vorliegenden Form nicht möglich. Den gesetzlichen Vorgaben zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation folgend, haben 60 weitere Krankenhäuser aufgrund ihrer verpflichtenden Teilnahme an der Kostenerhebung fallbezogene Kostendatensätze geliefert. Diesen 60 Häusern sei an dieser Stelle ebenfalls sehr herzlich für ihr Engagement gedankt. Durch ihre aktive Beteiligung konnte ein weiterer Schritt zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation geleistet werden. Acht für den DRG-Bereich zur Teilnahme an der Kostenerhebung verpflichtete Krankenhäuser haben für das Datenjahr 2018 keine Daten geliefert.

Das InEK legte den Selbstverwaltungspartnern (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) am 30. August 2019 den Entwurf des aG-DRG-Systems und des Pflegeerlös-Katalogs 2020 vor. Nach ausführlicher Beratung der Fach- und Entscheidungsgremien konnten der aG-DRG-Fallpauschalen-Katalog 2020 und der Pflegeerlös-Katalog 2020 sowie die dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen am 18. Oktober 2019 konsentiert werden.

Die Pflege und Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems kann nur gelingen, wenn Krankenhäuser und Krankenkassen weiterhin zur Weiterentwicklung und Kalkulation des pauschalierenden Entgeltsystems beitragen. Dies gilt insbesondere für Krankenhäuser, die besondere Patientengruppen behandeln und deshalb auf notwendige Änderungen hinweisen, sowie Krankenhäuser, die zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation beitragen können. Medizinische Fachgesellschaften sind weiterhin aufgerufen, durch aktive Teilnahme am Vorschlagsverfahren fachliche Impulse für die Weiterentwicklung zu geben.

Für die Mitarbeiter der InEK GmbH

Dr. Frank Heimig
Geschäftsführer

Christian Jacobs
Abteilungsleiter
Medizin

Dr. Michael Rabenschlag
Abteilungsleiter
Ökonomie

Mathias Rusert
Abteilungsleiter
EDV & Statistik

Siegburg, im Dezember 2019

2 Methodik der Weiterentwicklung

Dieses Kapitel beschreibt in zusammengefasster Form die wesentlichen im Regelwerk für die Pflege und Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems niedergelegten methodischen Schritte. Die für die Weiterentwicklung für das Jahr 2020 erforderlichen Anpassungen der Methodik werden in Kapitel 3.3.1 im Einzelnen beschrieben. Analoge Darstellungen der Vorgehensweise finden sich in älteren Berichten zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems. Diese stehen auf unserer Internetseite (www.g-drg.de) im Archiv zum Herunterladen zur Verfügung.

2.1 Datenerhebung und Datenprüfung

Datenerhebung

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

Die an der Kostenerhebung teilnehmenden Krankenhäuser stellen neben fallbezogenen Kostendaten die nachfolgend aufgeführten ergänzenden Fallinformationen bereit:

- Leistungsinformationen, die nicht ausreichend differenziert über OPS-Kodes abgebildet sind,
- Kosteninformationen, die in der modularen Kostendarstellung nicht leistungsbezogen erkennbar sind, und
- Verfahrensinformationen, die Auskunft über das angewandte Kalkulationsverfahren geben und eine hohe Datenqualität sicherstellen sollen.

Datenprüfung

Die von den Krankenhäusern übermittelten Daten wurden einer technischen und einer inhaltlichen Datenprüfung unterzogen. Die nach technischer Prüfung („Fehlerverfahren“) fehlerfreien Daten durchliefen sowohl ökonomische Prüfungen auf formale und inhaltliche Konformität, medizinische Prüfungen mit einer Konzentration auf gruppierungsrelevante Merkmale als auch medizinisch-ökonomische Zusammenhangsprüfungen. Die wesentlichen Schritte zur Weiterentwicklung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen werden in Kapitel 3.3.1.1 dargestellt.

2.2 Datenaufbereitung

Im Zuge der Datenaufbereitung wurden die in den Prüfverfahren als fehlerfrei erkannten Datensätze verschiedenen Bereinigungen und Korrekturen unterzogen, um verzerrende Einflüsse auszugleichen und einen einheitlichen Periodenbezug herzustellen.

- Bereinigung bei fehlender DRG-Relevanz

Das DRG-System gilt nicht für die Leistungen der in § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) genannten Einrichtungen (Geltungsbereich der Bundespflegegesetzverordnung – PEPP-Entgeltsystem). Die entsprechenden Fälle wur-

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

- **Überliegerbereinigung**

Als Überlieger galten Behandlungsfälle, die vor dem 1. Januar 2018 aufgenommen, aber erst 2018 entlassen wurden. Für die Weiterentwicklung wurden nur Überliegerfälle berücksichtigt, für die das Kalkulationskrankenhaus eine Erklärung über die Vollständigkeit des auf das Vorjahr entfallenden Kostenanteils im Datensatz abgegeben hatte.

- **Korrektur Zusatzentgelte**

Für bestimmte Leistungen wurden Zusatzentgelte (ZE) definiert, die ergänzend zu den Fallpauschalen abrechenbar sind. Alle Falldatensätze mit entsprechenden Leistungen wurden um die auf diese Leistungen entfallenden Kostenanteile korrigiert.

2.3 Versionsüberleitung der ICD-10- und OPS-Klassifikationen

Eine Versionsüberleitung anhand der Neuordnung der dem G-DRG-System zugrunde liegenden Diagnosen- und Prozedureninformationen wird immer dann erforderlich, wenn zwischen dem der Kalkulation zugrunde liegenden Datenjahr und dem Geltungsjahr des weiterentwickelten G-DRG-Systems ein Versionswechsel bei den anzuwendenden ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen eingetreten ist. Aufgrund der seit Einführung des G-DRG-Systems stets jährlichen Weiterentwicklung von ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen ist dies somit für jede neue DRG-Version erforderlich.

Für identische Codes ergibt sich keine Notwendigkeit einer Überleitung.

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

- Klassifikatorische Überleitung
- Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

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

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

Eine detaillierte Erläuterung des Verfahrens findet sich in Kapitel 3.3.5.

3 aG-DRG-System 2020

3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Erstmals für das Jahr 2020 wurden die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen aus dem G-DRG-System ausgegliedert. Nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten wird das G-DRG-System als aG-DRG-System bezeichnet. Die einzelne Fallpauschale des aG-DRG-Katalogs wird weiterhin als DRG bezeichnet.

Das aG-DRG-System 2020 umfasst insgesamt 1.292 DRGs. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Veränderungen zur Vorjahresversion:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
aG-DRG-System 2020	1.292	- 26
davon im Fallpauschalen-Katalog, Hauptabteilung	1.245	- 26
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	42	± 0
davon rein teilstationäre DRGs	5	± 0
davon bewertet (Anlage 1c)	2	± 0

Tabelle 1: Überblick über das aG-DRG-System 2020

Im Zusatzentgelte-Katalog (Anlage 2 Fallpauschalenvereinbarung, FPV) 2020 befinden sich 83 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 93). Die Anzahl der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 FPV 2020) liegt bei 135 (Vorjahr: 121).

Für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems wurden in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG Angaben zu ca. 22,1 Mio. Fällen (Entgeltbereich „DRG“) aus 1.463 Krankenhäusern übermittelt.

Nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen liegt die Anzahl der Kalkulationskrankenhäuser mit 296 um 14 höher als im Vorjahr. Die auswertbare Fallmenge aus den Kalkulationskrankenhäusern betrug ca. 4,6 Mio. Fälle. Im vollstationären Bereich ist die auswertbare Fallmenge aus den Kalkulationskrankenhäusern (ca. 4,5 Mio. Fälle) im Vergleich zum Vorjahr um 10,0% gestiegen.

In diesem Jahr stehen die Veränderungen des Systems vor allem im Zeichen der durch den Gesetzgeber vorgegebenen Pflegepersonalkosten-Ausgliederung.

Ausgliederung der Pflegepersonalkosten

Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen greift in eine Vielzahl von meist über viele Jahre entwickelten und stetig verfeinerten Komponenten des Vergütungssystems ein. Aus dem G-DRG-Katalog wird der aG-DRG-Katalog.

Die Pflegepersonalkosten werden aus der Basis zur Berechnung des DRG-Katalogs (Fallkosten) auf Fallebene ausgegliedert. Diese Ausgliederung hat nicht nur Einfluss auf die einzelnen DRGs, die wiederum in sehr unterschiedlichem Umfang betroffen sind, sondern auch auf die Berechnung der Zusatzentgelte, sofern in diesen Pflegepersonalkosten enthalten sind, und die Sortierung der DRGs.

Die systematischen Auswirkungen der Herausnahme der Pflegepersonalkosten wurden umfangreich, aber zum Teil sicher noch unvollständig untersucht und berücksichtigt. Die Sortierung der DRGs sowie die Abbildung von Kindern wurden vollständig analysiert und berücksichtigt. Die Kondensation und Differenzierung von DRGs wurde zum Teil analysiert und berücksichtigt, ebenso das PCCL-Schweregradsystem. Die Kurz- und Langlieger-Vergütung und der Umgang mit verlegten Patienten sind im aG-DRG-System 2020 methodisch unverändert gegenüber dem G-DRG-System 2019.

■ Kindersplits

Als Resultat der inhomogenen Auswirkungen der Pflegeausgliederung auf Fallgruppen und DRGs war insbesondere die Überprüfung von Kindersplits ein wichtiger Punkt, da die Abbildung von Kindern in diesem Zusammenhang besonders anfällig für Veränderungen ist. Fälle im Kindesalter weisen häufig innerhalb einer Basis-DRG im Vergleich zu Fällen im Erwachsenenalter eine kürzere Verweildauer bei gleichen oder höheren Tageskosten auf, die häufig durch höhere Pflegepersonalkosten bedingt sind. Eine Schlechterstellung durch Beibehaltung der Kindersplits muss vermieden werden. Im Ergebnis wurden 17 Kindersplits gestrichen, damit Kinder im aG-DRG-System 2020 unverändert bessergestellt werden. Neben der Überprüfung bestehender Alterssplits wurden systemweit Konstellationen gesucht, bei denen neue Alterssplits zum Teil in Kombination mit anderen Attributen eine sachgerechte Abbildung von Fällen im Kindesalter sicherstellen. Insgesamt wurden 25 neue Splits mit Bezug zum Kindesalter eingeführt. Die einzelnen Veränderungen sind im Kapitel Versorgung von Kindern (Kap. 3.3.2.29) ausführlich dargestellt.

■ CCL-Matrix

Die CCL-Matrix wurde über Jahre entwickelt und gepflegt. Nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten galt es zu analysieren, inwieweit die CC-Werte potentielle Unterschiede in den Kosten einzelner Fälle noch erklären. Die Anpassungen konzentrierten sich in diesem Jahr daher zunächst auf einige wenige Diagnosen, bei denen eine gewisse „Nähe“ zum Pflegeaufwand zu vermuten war. Ein Beispiel für eine typisch pflegeassoziierte Diagnose ist z.B. U50.40 *Schwere motorische Funktionseinschränkung*. Nach der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten zeigen die betroffenen Fälle häufig innerhalb einer Basis-DRG keine erhöhten Kosten, sodass eine Höhergruppierung nicht länger gerechtfertigt ist. Für das aG-DRG-System 2020 wurden diese Diagnosecodes in den betroffenen Basis-DRGs um den entsprechenden CC-Wert reduziert. Insgesamt ist die Anzahl der CC-Matrix-Anpassungen in diesem Jahr deutlich reduziert. Die detaillierte Beschreibung und die betroffenen DRGs lassen sich in Kapitel 3.3.1.4 und Tabelle A-3 im Anhang nachlesen.

Klassifikatorische Umbauten

Der Fokus der Weiterentwicklung der Fallpauschalen lag wegen der Pflegeausgliederung auf größtmöglicher „Stabilität“ des Systems. Trotz eher zurückhaltender klassifikatorischer Umbauten wurde in diesem Jahr eine Vielzahl von Detailveränderungen umgesetzt. Hierzu zählen beispielsweise zahlreiche Umbauten in den Bereichen Gastroenterologie, Hauterkrankungen sowie Orthopädie und Unfallchirurgie. Beispielhaft sind im Folgenden die Änderungen bei der laparoskopischen Cholezystektomie sowie die Extremkosten im Bereich Abdominalchirurgie aufgeführt.

■ Laparoskopische Cholezystektomie

Von den Fachgesellschaften wurde die Veränderung der Behandlung bei Gallen(gangs)steinen thematisiert. Nach einer erfolgreichen endoskopischen Gallengangssteinentfernung ist die (laparoskopische) Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie) möglichst innerhalb von 72 Stunden, anstatt bisher nach vier bis sechs Wochen, vorgesehen, wie es auch in den im Jahr 2018 aktualisierten Leitlinien zur Prävention, Diagnostik und Behandlung von Gallensteinen empfohlen wird. Dies bedeutet, dass beide Eingriffe nun vermehrt in einem statt zwei Aufenthalten stattfinden und die Kosten auch in nur einer DRG abgebildet sein sollten. Die entsprechende Veränderung der Behandlungsstrategie wird durch die Etablierung einer neuen DRG innerhalb der Basis-DRG H08 *Laparoskopische Cholezystektomie* gemäß dem Vorschlag der Fachgesellschaften im aG-DRG-System 2020 berücksichtigt, wie in Kapitel 3.3.2.7 näher beschrieben wird.

■ Extremkosten

Im Rahmen der seit 2014 durchgeführten Extremkostenanalysen sind u.a. in der MDC 06 im Bereich Abdominalchirurgie Fälle mit teuren, hochkomplexen Eingriffen, deren Erlöse die Kosten nicht deckten, aufgefallen. In der Basis-DRG G03 *Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...]* zeigte sich, dass bestimmte Fälle nicht sachgerecht abgebildet waren. Auch in den Basis-DRGs G18 *Bestimmte Eingriffe an Dünn- / Dickdarm* und G19 *Andere Eingriffe an Magen [...]* gab es derartige Konstellationen. Fälle aus diesen DRGs mit intensivmedizinischer Versorgung, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern sowie bei aufwendigen Operationen und komplexen Verläufen konnten letztlich durch Abbildung in der Basis-DRG G03 aufgewertet werden.

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

	G-DRG-System 2019	aG-DRG-System 2020	Verbesserung (in %)
R ² -Wert auf Basis aller Fälle	0,7709	0,7729	+0,3
R ² -Wert auf Basis der Inlier	0,8578	0,8514	-0,7

Tabelle 2: Vergleich der Varianzreduktion R^2 im G-DRG-System 2019 und aG-DRG-System 2020 (Basis: Datenjahr 2018)

3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung

3.2.1 Datenbasis

3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung

Für das Datenjahr 2018 wurden im Datenfeld „Entgeltbereich“ die Ausprägungen „DRG“, „PSY“ und „PIA“ übermittelt.

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

Den Umfang der Datenlieferung für das Datenjahr 2018 gibt Tabelle 3 wieder. Die Zahlen der Erhebung von Kostendaten sind „davon“-Angaben der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG. Die Angaben in Tabelle 3 geben den Stand nach erfolgten Fehlerprüfungen in der Datenstelle und vor Durchführung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen wieder.

Kriterium	Erhebung von Daten gem. § 21 KHEntgG	Erhebung von Kostendaten
Anzahl Krankenhäuser	1.463	296
Anzahl Betten	422.901	114.945
Anzahl Fälle	22.128.405	5.222.713

Tabelle 3: Umfang der Datenlieferung, Entgeltbereich „DRG“, Datenjahr 2018 (Stand: 31. Mai 2019)

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 aG-DRG-Klassifikation.

Zusammensetzung der Datenlieferungen

Alle Darstellungen zur Zusammensetzung der Datenlieferungen beziehen sich auf den in Tabelle 3 dokumentierten Umfang von 1.463 Krankenhäusern bzw. 296 Kalkulationskrankenhäusern. Abbildung 1 zeigt die regionale Zusammensetzung der Erhebungen nach dem Bundesland der einbezogenen Krankenhäuser auf.

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

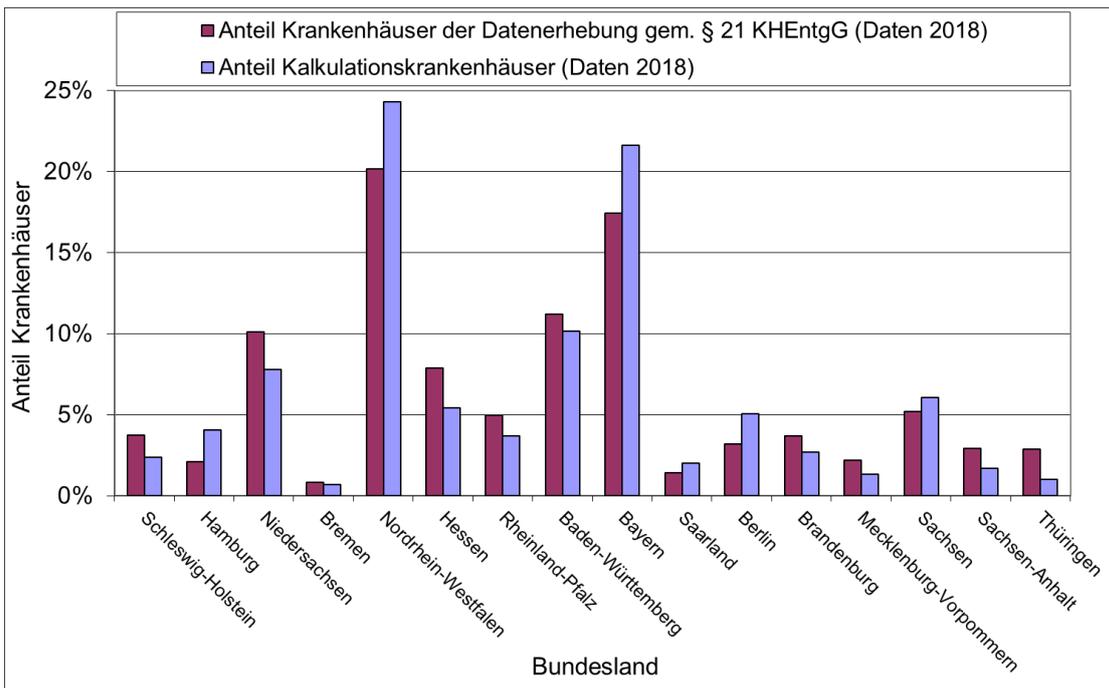


Abbildung 1: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser

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

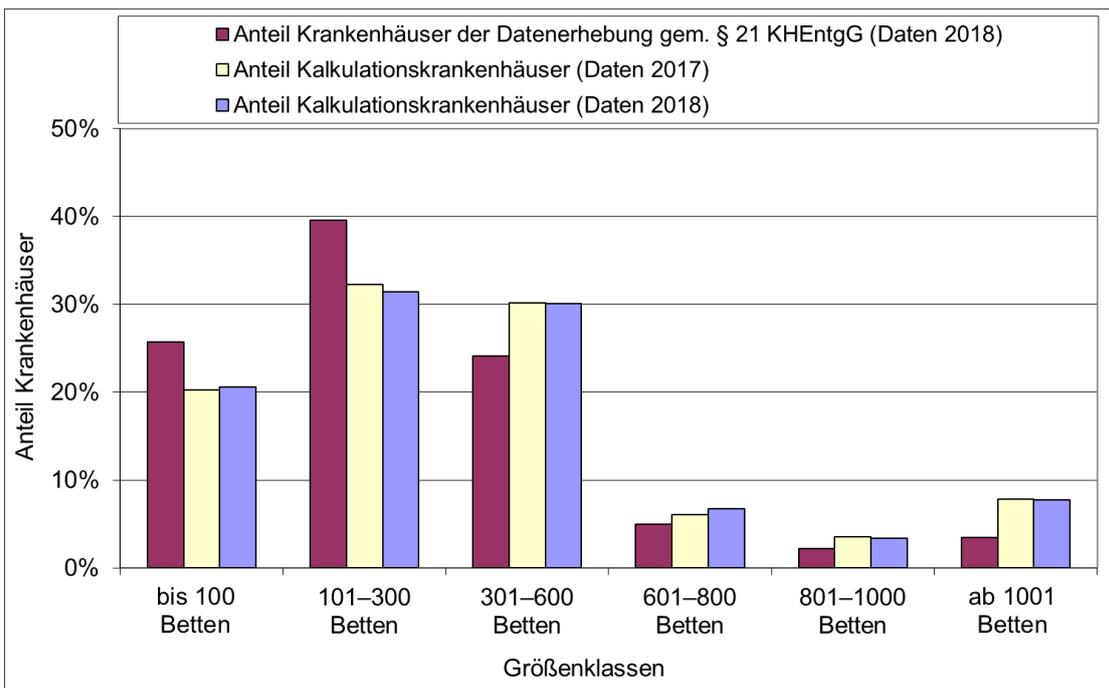


Abbildung 2: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser

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

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

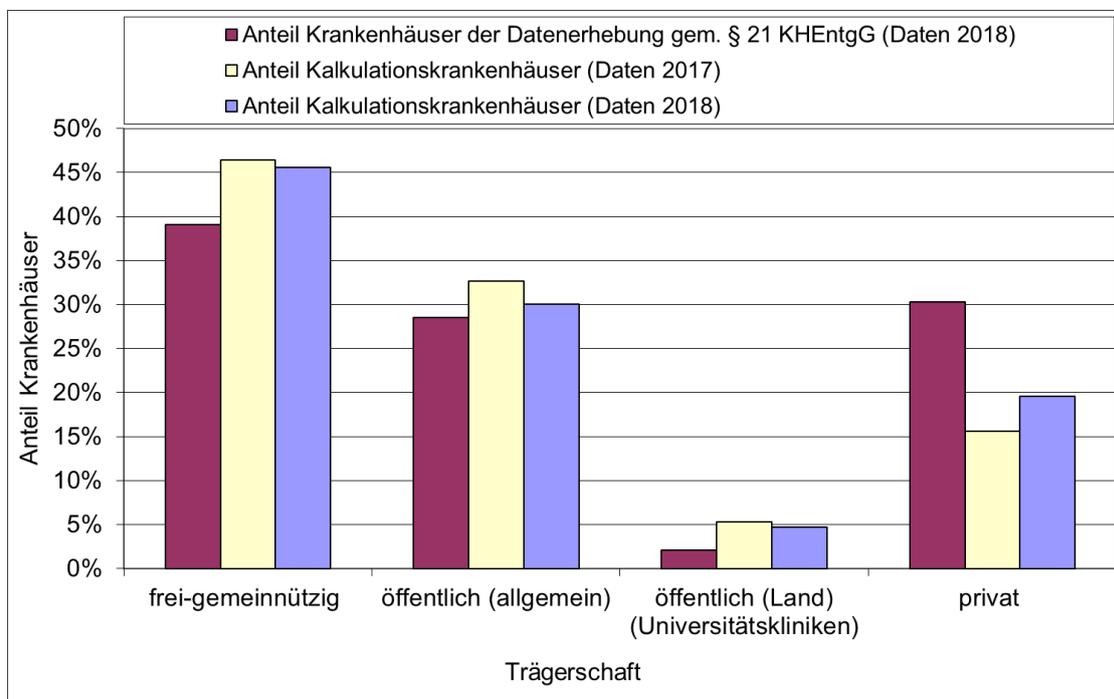


Abbildung 3: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser

Aus der Gegenüberstellung der Kalkulationskrankenhäuser mit den Krankenhäusern der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG ist bei den Kalkulationskrankenhäusern ein Übergewicht der frei-gemeinnützig und öffentlichen Krankenhäuser erkennbar. Andererseits sind bei den Kalkulationskrankenhäusern private Krankenhäuser mit einem geringeren Anteil als in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG vertreten. Der Vergleich der beiden Datenjahre 2017 und 2018 zeigt einen Anstieg des Anteils privater Kalkulationskrankenhäuser, während dieser Anteil bei frei-gemeinnützig sowie bei nicht universitären öffentlichen Kalkulationskrankenhäusern leicht zurückgeht.

Umfang der Datenlieferungen

Der Anteil fehlerhafter Datensätze an den übermittelten Daten gem. § 21 KHEntgG lag nach Auswertung der Datenstelle mit 0,10% unverändert auf niedrigem Niveau und verbessert nochmals den Vorjahresstand (0,13%).

Insgesamt stellten die Kalkulationskrankenhäuser 6.151.208 Fälle bereit.

Diese wurden um alle nicht matchbaren Datensätze (Leistungsdaten ohne Kostendaten sowie Kostendaten ohne Leistungsdaten) bereinigt und der in Kapitel 2.2 beschriebenen Datenaufbereitung unterzogen.

Jeder Fall wies im Durchschnitt 3,5 Prozeduren und 5,8 Nebendiagnosen auf. Die Kostendaten wiesen je Fall im Durchschnitt 26,5 verschiedene Kostenmodule aus.

Nach Ausschluss der vom Matchingproblem betroffenen und der nicht DRG-relevanten Datensätze standen 5.222.713 Fälle mit Kosten- und Leistungsdaten zur Verfügung (siehe Tab. 3).

Bereinigungen und Korrekturen

Tabelle 4 zeigt die von den verschiedenen Bereinigungs- und Korrekturmaßnahmen (siehe Kap. 2.2) betroffenen Fallmengen. Die Prozentangaben beziehen sich auf die 5.222.713 geprüften Datensätze.

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

Tabelle 4: Ergebnis der Datenbereinigungen und -korrekturen (bezogen auf 5.222.713 Datensätze, Entgeltbereich „DRG“), Basis: Datenjahr 2018

Datenumfang nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen

Nach den Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie den Bereinigungen und Korrekturen (siehe Kap. 2.1, 2.2 und 3.3.1.1) standen schließlich 4.648.395 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 89.819 Kalkulationsdatensätze (1,7% der Datensätze) entschieden. Insgesamt wurden 11,0% der 5.222.713 geprüften Datensätze durch Bereinigung sowie durch Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen von der Kalkulation ausgeschlossen.

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

Abteilungsart	Fallzahl vor Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen	Fallzahl nach Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen
Versorgung in Hauptabteilung	4.957.625	4.466.784
Belegärztliche Versorgung	72.307	59.064
Teilstationäre Versorgung	192.781	122.547
Gesamt	5.222.713	4.648.395

Tabelle 5: Fallmengen der Kalkulationskrankenhäuser (nur Fälle mit Kosten- und Leistungsdaten, Entgeltbereich „DRG“) vor und nach Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen, differenziert nach Abteilungsart, Basis: Datenjahr 2018

Der Anteil plausibler Fälle lag im Datenjahr 2018 damit bei 86% (Vorjahr: 86%).

3.2.1.2 Ergänzende Datenbereitstellung

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

Neben dieser Differenzierung der Datenbasis ermöglicht die ergänzende Datenbereitstellung in Einzelfällen ein Verkürzen der sogenannten Kalkulationslücke durch die Abfrage von Leistungen und Leistungsdifferenzierungen aus der ICD-10-GM Version 2019 und dem OPS Version 2019 ebenso wie von Leistungen, die in diesen Katalogen noch nicht abgebildet sind. Diese standen in den regulären Daten der Kalkulationskrankenhäuser aus dem Jahr 2018 noch nicht zur Verfügung. Ohne die ergänzende Datenbereitstellung hätten diese Informationen erst in der Kalkulation des Jahres 2020 oder – nach Einführung neuer Codes für 2020 – erst im Jahr 2021 untersucht werden können. Somit kann sich die Zeitspanne von der Identifizierung eines neuen Verfahrens über die Einführung eines entsprechenden OPS-Kodes bis hin zur Berücksichtigung in der Kalkulation deutlich verkürzen. Damit steht für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems ein Verfahren zur Verfügung, das zeitnah eine aufwandsgerechtere Vergütung insbesondere innovativer Verfahren ermöglicht.

Wie im Vorjahr war in diesem Jahr die Analyse einiger der im Verfahren für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG (NUB-Verfahren) als möglicherweise nicht sachgerecht vergütet angesehenen Leistungen anhand der Daten der ergänzenden Datenbereitstellung möglich.

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

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

Insgesamt haben 270 Kalkulationskrankenhäuser 314.149 Leistungsdaten übermittelt. Eine detaillierte Übersicht über die ergänzend bereitgestellten Leistungsdaten zeigt Tabelle 6.

Daten	Anzahl Krankenhäuser	Anzahl Daten
Leistungs- und Kostendaten zu Medikamenten	268	225.640
Leistungs- und Kostendaten zu Blutprodukten	229	52.766
Leistungs- und Kostendaten zu Neurostimulatoren, mit Angaben zum Typ des Implantats	107	2.555
Leistungs- und Kostendaten zu minimalinvasiven Operationen an Herzklappen, mit Angaben zum Typ des Implantats	49	12.258
Leistungs- und Kostendaten zu Stentgraft-Prothesen an der Aorta	62	540
Leistungs- und Kostendaten zu bestimmten Koronarstents	49	423
Leistungs- und Kostendaten zu bestimmten Hörimplantaten und bestimmten Kochleaimplantaten	27	217
Leistungsdaten zu anderen operativen und interventionellen Verfahren	50	629
Leistungsdaten zu Dialysen	179	19.121

Tabelle 6: Ergänzend bereitgestellte Daten (Übersicht)

Da sich an der ergänzenden Datenbereitstellung nahezu alle an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser beteiligen, diese Informationen aber nicht aus allen gem. § 21 KHEntgG zur Datenlieferung verpflichteten Krankenhäusern vorliegen, wird zwar eine bessere Beurteilung von Mehrkosten bestimmter Verfahren ermöglicht, eine sichere Abschätzung über die bundesweite Leistungsmenge ist aber nicht in jedem Fall möglich. Infolgedessen ist es nur bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen möglich, den DRG-Algorithmus basierend auf den Daten der ergänzenden Datenbereitstellung aufzubauen. Zur Analyse und Bewertung ZE-relevanter Leistungen sind die ergänzenden Daten aber unverzichtbar.

3.2.2 Vorschlagsverfahren

3.2.2.1 Grundzüge des Verfahrens

Wie in den vergangenen Jahren hatten die Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG das InEK erneut beauftragt, das sogenannte „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2020 (Vorschlagsverfahren für 2020)“ durch ein regelhaftes Verfahren zu führen. Die Konzeption des Verfahrens (siehe Punkt 1–4) entspricht im Wesentlichen den vorangegangenen Vorschlagsverfahren:

1. Vorschläge konnten ausschließlich über das InEK-Datenportal übermittelt werden.
2. Nur für Vorschläge, die bis zum 28. Februar eingebracht worden waren, wurde eine Rückfrage im Falle von Unklarheiten zugesagt.
3. Änderungsvorschläge zum ICD-10-GM bzw. OPS konnten ausschließlich beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) eingereicht werden.
4. Gemäß Beschluss der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG im Spitzengespräch am 9. Februar 2004 wurden die Namen der Antragsteller sowie eine gekürzte Darstellung des Inhalts der Vorschläge veröffentlicht.

Das Vorschlagsverfahren für 2020 wurde am 30. November 2018 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 2019 auf der Internetseite des InEK veröffentlicht.

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

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

3.2.2.2 Beteiligung

Die Beteiligung am Verfahren bewegte sich in einem ähnlichen Rahmen wie im Vorjahr. Insgesamt sind 239 Vorschlagssendungen eingegangen. Dabei wurden 106 Vorschlagssendungen von Fachgesellschaften oder Verbänden sowie weitere 133 Vorschlagssendungen von Einzelpersonen/Institutionen eingebracht. Da eine Vorschlagssendung aus mehreren Teilvorschlägen (also Vorschlägen zu verschiedenen Problemstellungen oder DRGs) bestehen konnte, ergaben sich rund 286 rechenbare einzelne Vorschläge. Dazu kamen Vorschläge aus den beiden vorherigen Vorschlagsverfahren, die erst in diesem Jahr rechenbar waren, typischerweise weil die beschriebenen Leistungen erst in den Kalkulationsdaten des Jahres 2018 zweifelsfrei identifizierbar waren.

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

Im diesjährigen Vorschlagsverfahren ging erneut eine nicht unerhebliche Anzahl von Vorschlägen ein, die auf Einzelfallbeispielen gründeten, also z.B. auf der Verschiebung

von Einzelkodes ohne Berücksichtigung „benachbarter“ Kodes vergleichbaren Aufwands. Damit diese Vorschläge sinnvoll bearbeitet werden konnten, bedurfte es wiederum einiger Nachfragen und Konkretisierungen sowie der Erarbeitung umfassenderer Lösungen, teilweise auch durch Kontaktaufnahmen mit Fachgesellschaften.

3.2.2.3 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge

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

Beim Vorschlagsverfahren für 2020 war die Mehrzahl der eingebrachten Vorschläge auf den Daten der Kalkulationskrankenhäuser direkt simulierbar. Aber auch bei den nicht direkt simulierbaren Vorschlägen fand sich eine Verschiebung hin zu Lösungen innerhalb des Systems. Nicht direkt simulierbare Vorschläge waren insbesondere:

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

Die Weiterentwicklung der Klassifikationen ICD-10-GM und OPS ist Aufgabe des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Darauf wurde in der Verfahrensbeschreibung hingewiesen. Die im Rahmen des Verfahrens eingegangenen Vorschläge zur Neuformulierung von Kodes wurden an die zuständigen Stellen beim DIMDI weitergeleitet, allerdings hatte dies keine Verlängerung der Annahmefrist des DIMDI (28. Februar 2019) zur Folge.
- **Vorschläge zur Finanzierung über Zusatzentgelte**

Generell ist die Vergütung einzelner Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel nach § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG nur für eng begrenzte Ausnahmefälle vorgesehen. Die Ermittlung von Zusatzentgelten erfordert typischerweise ergänzende Fallinformationen und eine eigene Methodik. In Kapitel 3.4.1.3 wird zur Ermittlung von Zusatzentgelten ausführlich Stellung genommen.
- **Vorschläge zur Änderung der CCL-Matrix**

Im Rahmen der Bearbeitung der CCL-Matrix wurden in diesem Jahr wieder detaillierte Prüfungen von Diagnosen und Diagnosegruppen im Hinblick auf beispielsweise streitbefangene, wenig belastbare Kodierung und Besonderheiten bei der Verschlüsselung durchgeführt. Schließlich wurden für das G-DRG-System 2020 zahlreiche Diagnosen in die CCL-Matrix aufgenommen bzw. aufgewertet oder aus der CCL-Matrix gestrichen. Zudem erfolgte eine Neubewertung der CCL-Werte von Diagnosen in einzelnen DRGs. Vorschläge aus dem Vorschlagsverfahren bezüglich der Neugruppierung einzelner Diagnosen wurden nur bei eindeutigen Simulationsergebnissen und einer relevanten Fallzahl implementiert. Die Überarbeitung der CCL-Matrix wird in Kapitel 3.3.1.4 detailliert beschrieben.

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

Simulationen auf den Daten der Kalkulationskrankenhäuser konnten nur anhand von Codes durchgeführt werden, die in den Datensätzen vorhanden waren oder aufgrund einer ergänzenden Datenbereitstellung zur Verfügung standen. Mit neu beantragten Codes wurde wie oben beschrieben verfahren. Wurden diese Codes vom DIMDI in die Klassifikationen aufgenommen, können sie ab dem Jahr 2020 verschlüsselt werden und stehen dann spätestens im Jahr 2021 in den Kalkulationsdaten zur Analyse zur Verfügung. Vorschläge, die auf Codes des Jahres 2019 basieren, wurden weitestgehend auf Codes des Jahres 2018 übergeleitet. War dies nicht möglich, wurden diese Vorschläge für eine erneute Bearbeitung im nächsten Jahr vorgemerkt.
- **Duplikate**

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

Der Schwerpunkt der diesjährigen Überarbeitung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) war die Einarbeitung von Klarstellungen und redaktionellen Anpassungen. Grundlagen hierfür waren umfangreiche Hinweise im Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2020. Weiterhin wurden die DKR an Änderungen der Diagnosen-/Prozedurenklassifikation sowie der G-DRG-Klassifikation für 2020 angepasst.
- **Vorschläge zur Änderung von Rahmenbedingungen des G-DRG-Systems**

Vorschläge, die grundsätzlich von den Rahmenbedingungen der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPV) für das Jahr 2019 abweichen bzw. außerhalb der Systemarchitektur des G-DRG-Systems lagen, wurden auf innerhalb des G-DRG-Systems simulierbare Hinweise untersucht oder flossen in die Diskussion bei der Änderung methodischer Ansätze (z.B. Wiederaufnahmeregelung) ein.
- **Vorschläge zur Herausnahme einzelner Fachgebiete/Erkrankungen/Einrichtungen**

Wie bereits in den Vorjahren gingen nur noch wenige Vorschläge zur Herausnahme einzelner Fachgebiete/Erkrankungen/Einrichtungen im Rahmen des Verfahrens ein. Primär war es Ziel des Verfahrens, eine Lösung innerhalb des G-DRG-Systems zu finden. Einige DRGs wurden jedoch im Fallpauschalen-Katalog für das Jahr 2020 nicht mit einer Bewertungsrelation belegt (Anlagen 3a und 3b der FPV 2020) und müssen daher vor Ort zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern verhandelt werden. Diese Nichtbelegung mit einer Bewertungsrelation wurde nicht auf Antrag durchgeführt, sondern anhand einer Gesamtwürdigung objektiver Kriterien wie Homogenität, Langlieger-Anteil, Fallzahl etc. entschieden.

Die direkt simulierbaren Vorschläge wurden alle auf den Kalkulationsdaten – zum Teil mehrfach – berechnet und bewertet. Zusätzlich dazu wurden häufig mehrere Vorschlagsvarianten analysiert. Aber auch nicht direkt simulierbare Vorschläge wurden bearbeitet und teilweise mittels aufwendiger Analysen untersucht. Insgesamt lassen sich rund 1.000 durchgeführte Simulationen direkt auf das Vorschlagsverfahren zurückführen. Grundsätzlich wurde bei allen Vorschlägen die geschilderte Problematik aufge-

griffen und intensiv nach Lösungen gesucht. So wurde – angeregt durch die eingebrachten Problemdarstellungen – vor und während der Kalkulation eine Vielzahl von Änderungsvorschlägen entwickelt und stets eine Umsetzung in größtmöglichem Umfang angestrebt.

3.2.3 Ausgliederung der Pflegepersonalkosten

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurde in § 17b Abs. 4 KHG bestimmt, dass erstmals für den Fallpauschalen-Katalog 2020 die Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Stationen aus dem G-DRG-System ausgegliedert und einer eigenständigen tagesbezogenen Vergütung zugeführt werden. Damit wurde der ordnungspolitische Rahmen für die Vergütung stationärer Leistungen neu ausgerichtet. Den Vertragsparteien auf Bundesebene fiel dabei die Aufgabe zu, die Details zur Umsetzung der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten zu vereinbaren. Bis zum 31. Januar 2019 mussten die Vertragsparteien auf Bundesebene konsentieren, welche Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System ausgegliedert werden und wie die Höhe dieser Kosten bestimmt wird. Die getroffenen Regelungen waren von den Krankenhäusern rückwirkend zum 1. Januar.2019 anzuwenden.

In der am 18. Februar 2019 geschlossenen Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung wurden zentrale Eckpunkte der Ausgliederung konsentiert. Danach sollen die gemäß Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV) in den relevanten Konten (60–64) der Dienstart „Pflege“ gebuchten Kosten für Kostenstellen der bettenführenden Abteilungen/Stationen als Pflegepersonalkosten für „Pflege am Bett“ ausgegliedert werden. In Anlage 2 der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung wird die Vorgehensweise anhand der InEK-Kalkulationsmatrix illustriert. Entsprechend sind die Personalkosten des Pflegedienstes in Kostenstellen der Kostenstellengruppen 1 (Normalstation), 2 (Intensivstation) und 3 (Dialyse) vollständig auszugliedern. Die Personalkosten des Pflegedienstes in Kostenstellen der Kostenstellengruppe 13 (Patientenaufnahme) sind nur insoweit auszugliedern, als dass sie in Kostenstellen der bettenführenden Aufnahmestationen anfallen.

Die Informationen über den Umfang der anteilig auszugliedernden Pflegepersonalkosten in bettenführenden Aufnahmestationen lagen dem InEK nicht vor. Im Rahmen der bisherigen Kostenerhebungen war die konkrete Zusammensetzung der Pflegepersonalkosten in der Kostenstellengruppe 13 zur Bestimmung der durchschnittlichen Fallkosten nicht maßgeblich. Entsprechend mussten alle Kalkulationsteilnehmer befragt werden, welcher Anteil der in Kostenstellengruppe 13 (Patientenaufnahme) gebuchten Pflegepersonalkosten auf Pflegepersonal in bettenführenden Aufnahmestationen entfällt. Abgefragt wurden die Angaben sowohl für das Datenjahr 2018 als auch für das Datenjahr 2017 (siehe auch Kap. 3.3.1.6). Die Rückmeldungen der Krankenhäuser für die Datenjahre 2017 und 2018 wurden auf Nachvollziehbarkeit plausibilisiert. Nach Erhalt aller Rückmeldungen und Abschluss der Plausibilisierung lagen die finalen Beträge für die anteilige Ausgliederung der Pflegepersonalkosten in Kostenstellengruppe 13 (Patientenaufnahme) Mitte Juni 2019 vor.

Die Ausgliederung sei am Beispiel der DRG L60C *Niereninsuffizienz* [...] verdeutlicht. Abbildung 4 zeigt beispielhaft die Werte der DRG L60C auf Basis der vollständigen Kosten, die von den Kalkulationsteilnehmern an das InEK übermittelt wurden (Kosten vor Ausgliederung der Pflegepersonalkosten). Vor der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten zeigte die DRG L60C durchschnittliche Fallkosten von 4.849,21 €, davon entfielen 1.418,86 € auf Pflegepersonalkosten.

	Personalkosten			Sachkosten						Infrastruktur	
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8
1 Normalstation	524,92	1.040,72	30,69	84,34	14,21		73,18	3,89	9,24	251,36	700,82
2 Intensivstation	140,91	269,95	3,22	23,50	4,86	0,28	41,42	0,80	0,50	46,96	125,63
3 Dialyse	64,70	91,57	36,27	14,16	4,76		68,58	19,07	94,98	24,03	63,28
4 OP-Bereich	18,05		17,54	0,74	0,07	12,11	9,95	12,46	0,08	9,57	12,99
5 Anästhesie	15,52		10,93	0,73	0,02		2,88	0,01		2,09	4,43
7 Kardiologie	4,80		5,58	0,24	0,01	0,41	2,70	2,80	1,79	2,01	3,43
8 Endoskopie	17,30		19,15	0,80	0,02	0,71	8,14	2,99		9,97	11,96
9 Radiologie	34,07		35,30	0,68	0,60	0,86	5,72	3,90	13,45	14,10	21,59
10 Laboratorien	15,19		74,14	1,47	35,96		57,58	0,29	69,67	9,92	30,77
11 Diagnost. Bereiche	41,95	0,23	27,00	0,66	0,02	0,17	4,22	1,43	1,29	6,49	15,45
12 Therapeut. Verfahren	3,49	1,57	47,77	0,12			0,88	0,05	6,18	2,00	14,13
13 Patientenaufnahme	49,45	14,82	39,58	1,88	0,39		6,20		0,08	9,22	29,45
Summe	930,35	1.418,86	347,17	129,32	60,92	14,54	281,45	47,69	197,26	387,72	1.033,93

Abbildung 4: Kostenmatrix der DRG L60C vor Ausgliederung der Pflegepersonalkosten

Die Pflegepersonalkosten in den Kostenstellengruppen 1 (Normalstation, 1.040,72 €), 2 (Intensivstation, 269,95 €) und 3 (Dialyse, 91,57 €) wurden vollständig ausgegliedert. Auf Basis der o.g. Befragung der Kalkulationskrankenhäuser wurden die anteiligen Pflegepersonalkosten in Kostenstellengruppe 13 (Patientenaufnahme, 7,24 € der insgesamt gebuchten 14,82 €) ausgegliedert. Nach der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten haben sich die durchschnittlichen Fallkosten entsprechend auf 3.439,73 € reduziert (siehe Abb. 5), davon 7,58 € als anteilige nicht auszugliedernde Pflegepersonalkosten in Kostenstellengruppe 13 (Patientenaufnahme). Damit wurden in der DRG L60C insgesamt Pflegepersonalkosten in Höhe von 1.409,48 € ausgegliedert.

	Personalkosten			Sachkosten						Infrastruktur	
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8
1 Normalstation	524,92		30,69	84,34	14,21		73,18	3,89	9,24	251,36	700,82
2 Intensivstation	140,91		3,22	23,50	4,86	0,28	41,42	0,80	0,50	46,96	125,63
3 Dialyse	64,70		36,27	14,16	4,76		68,58	19,07	94,98	24,03	63,28
4 OP-Bereich	18,05		17,54	0,74	0,07	12,11	9,95	12,46	0,08	9,57	12,99
5 Anästhesie	15,52		10,93	0,73	0,02		2,88	0,01		2,09	4,43
7 Kardiologie	4,80		5,58	0,24	0,01	0,41	2,70	2,80	1,79	2,01	3,43
8 Endoskopie	17,30		19,15	0,80	0,02	0,71	8,14	2,99		9,97	11,96
9 Radiologie	34,07		35,30	0,68	0,60	0,86	5,72	3,90	13,45	14,10	21,59
10 Laboratorien	15,19		74,14	1,47	35,96		57,58	0,29	69,67	9,92	30,77
11 Diagnost. Bereiche	41,95	0,23	27,00	0,66	0,02	0,17	4,22	1,43	1,29	6,49	15,45
12 Therapeut. Verfahren	3,49	1,57	47,77	0,12			0,88	0,05	6,18	2,00	14,13
13 Patientenaufnahme	49,45	7,58	39,58	1,88	0,39		6,20		0,08	9,22	29,45
Summe	930,35	9,38	347,17	129,32	60,92	14,54	281,45	47,69	197,26	387,72	1.033,93

Abbildung 5: Kostenmatrix der DRG L60C nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten

Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Stationen zeigt unterschiedliche Auswirkungen auf die einzelnen Fallpauschalen. Unterschiede zeigen sich hinsichtlich des Anteils der ausgegliederten Kosten sowie der damit korrespondierenden Auswirkungen auf die Varianz und Homogenität der Fallkosten.

In der „Vereinbarung von Grundsätzen für die Systementwicklung 2020 gemäß § 4 Absatz 4 Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung (DRG-Grundlagenvereinbarung)“ vom 6. Mai 2019 haben die Vertragsparteien auf Bundesebene konsentiert, dass Zusatzentgelte mit hohen Anteilen von ausgegliederten Pflegepersonalkosten im aG-DRG-System verbleiben. Der Pflegeerlös-Katalog wird allerdings keine Zusatzentgelte enthalten. Entsprechend waren auch bei der Berechnung der Zusatzentgeltbeträge die Kosten nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten zu berücksichtigen. Die Ausglie-

derung der Pflegepersonalkosten hat unterschiedliche Auswirkungen auf die Berechnung der Entgeltbeträge für die bewerteten Zusatzentgelte. Die pflegeorientierten Zusatzentgelte ZE 162/163 für erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten, ZE 130/131 für die hochaufwendige Pflege (PKMS) und ZE 60/145 für die palliativmedizinische Komplexbehandlung zeigen die deutlichsten Rückgänge im Entgeltbetrag. Die Entgeltbeträge der bewerteten Zusatzentgelte für Dialysen und andere Nierenersatzverfahren gehen im Vergleich zum Vorjahr durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten ebenfalls zurück (Details siehe Kap. 3.4.1.3).

Homogenität

Bei der Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems wird neben weiteren Parametern auch die Homogenität der Fallkosten berücksichtigt. Ein geeignetes Maß zur Messung der Homogenität von Fallkosten ist der Homogenitätskoeffizient (HK). Zur Berechnung des HK werden der arithmetische Mittelwert und die Standardabweichung der Kosten aller Fälle einer DRG in Beziehung gesetzt: $HK = \frac{\mu}{\mu + \sigma}$ mit μ als arithmetischem Mittelwert der Fallkosten und σ als Standardabweichung der Fallkosten. Der Homogenitätskoeffizient kann Werte zwischen 0 und 1 annehmen. Die Homogenität einer Fallpauschale ist größer (die Fallkosten der unterschiedlichen Fälle der DRG sind sich ähnlicher), je dichter der HK an 1 liegt. Durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten kann sich der HK einer DRG im Vergleich zur Situation vor Ausgliederung der Pflegepersonalkosten ändern. Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten führt zu einer Reduktion der durchschnittlichen Fallkosten (d.h. μ wird kleiner) und einer Verringerung oder Erhöhung der Standardabweichung der Fallkosten σ – dies ist von der Zusammensetzung der Fallkosten der einzelnen der Berechnung zugrunde liegenden Fälle abhängig. Der HK einer DRG kann nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten damit höher, gleich hoch oder niedriger sein als vor der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten.

Fallpauschalen, bei denen der HK nach der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten sinkt, können unter dem Gesichtspunkt der Sachgerechtigkeit der Vergütung („Mindervergütung bei Mehrleistung“) problematisch sein. Dabei ist vor allem eine Konstellation von Bedeutung, die sich bei der Weiterentwicklung insbesondere durch die Verbesserung der Abbildung der Extremkostenfälle ergeben hat. Dabei wurden beispielsweise Fälle mit hohen Sachkosten (und vergleichsweise geringen Pflegepersonalkosten) einer Fallpauschale mit hohen Pflegepersonalkosten (und vergleichsweise geringen Sachkosten) zugeordnet, solange die DRG mit ihren durchschnittlichen Fallkosten für eine verbesserte Abbildung der betroffenen (Extremkosten-)Fälle sorgte. Im bisherigen Fallpauschalensystem waren solche Konstellationen unproblematisch, da bei einer pauschalierten Vergütung die Vergütungshöhe ausschlaggebend ist. Die konkrete Zusammensetzung der Fallkosten auf Basis der InEK-Kalkulationsmatrix ist dabei von untergeordneter Bedeutung.

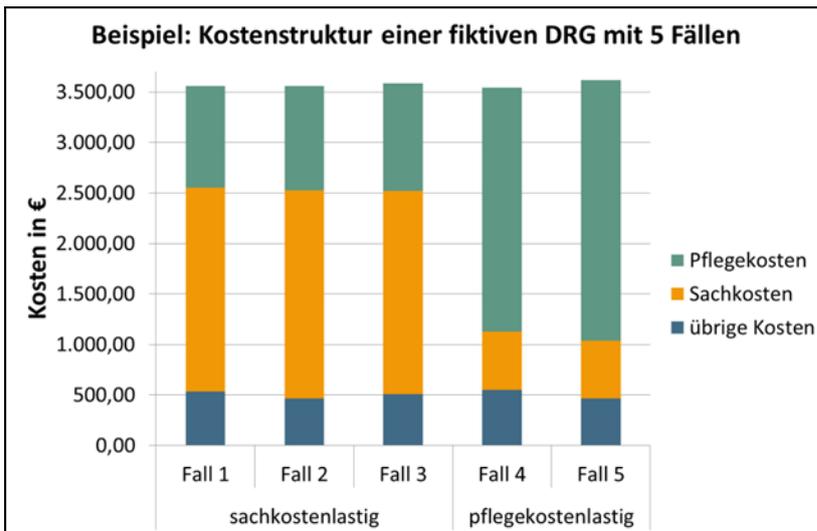


Abbildung 6: Fiktives Beispiel zur Illustration der Auswirkungen auf den HK – DRG vor Ausgliederung der Pflegepersonalkosten (HK: 99%)

Abbildung 6 soll die Auswirkungen der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System verdeutlichen. Die fiktive DRG in Abbildung 6 enthält fünf Fälle mit annähernd identischen Gesamtkosten, bei denen die Fälle 1 bis 3 mit hohen Sachkosten und vergleichsweise niedrigen Pflegepersonalkosten assoziiert sind. Die Fälle 4 und 5 zeigen dagegen hohe Pflegepersonalkosten und vergleichsweise niedrige Sachkosten. Der HK dieser fiktiven DRG beträgt 99%. Der HK dieser fiktiven DRG sinkt nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf 71% (siehe Abb. 7)

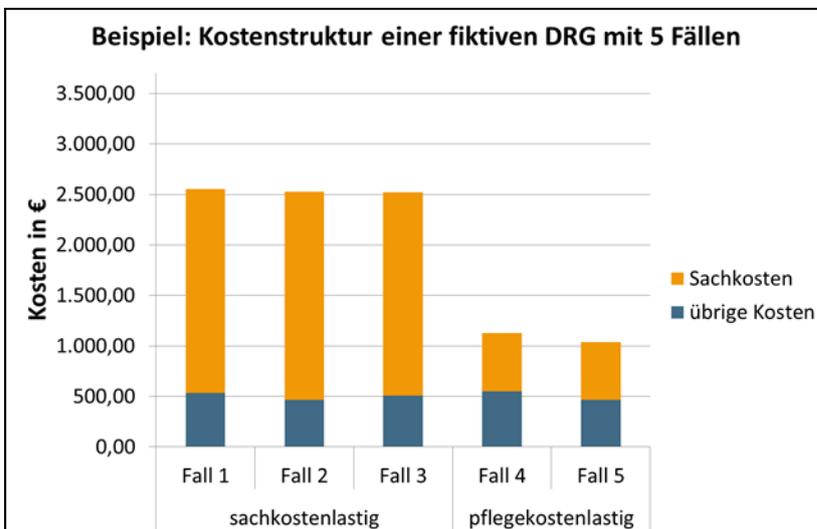


Abbildung 7: Fiktives Beispiel zur Illustration der Auswirkungen auf den HK – DRG nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten (HK: 71%)

DRGs, die strukturell der fiktiven DRG aus dem obigen Beispiel ähneln, können identifiziert werden, indem die Korrelation zwischen den Sachkosten und den Pflegepersonalkosten untersucht wird. Im obigen Beispiel ist die Korrelation zwischen den Sachkosten und den Pflegepersonalkosten der fiktiven DRG negativ, d.h. Fälle mit hohen Sachkos-

ten weisen niedrige Pflegepersonalkosten aus und Fälle mit niedrigen Sachkosten weisen hohe Pflegepersonalkosten aus.

Insgesamt ergab sich bei 37 DRGs eine negative Korrelation (wenn auch mit sehr geringen Ausprägungen). Von den 37 DRGs zeigen 22 DRGs einen höheren HK nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten. Bei 15 DRGs sinkt der HK durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten. Diese 15 DRGs wurden einer vertiefenden Analyse unterzogen, ob die bisherige Abbildung des mit der DRG vergüteten Fallkollektivs unverändert beibehalten werden kann oder ob die verbleibende Homogenität der Fallkosten auf eine nicht mehr sachgerechte Vergütung hinweist. Unter Berücksichtigung der Vorgabe, dass das erste aG-DRG-System so wenig klassifikatorische Änderungen wie möglich erfahren sollte, wurden die DRGs einer ersten vertiefenden Analyse untersucht. Im Ergebnis wurden nur punktuelle Fallverschiebungen innerhalb der betroffenen Basis-DRGs in das aG-DRG-System 2020 integriert (z.B. eine Aufwertung von Fällen der DRG F36B mit minimalinvasivem Eingriff an mehreren Herzklappen und bestimmter intensivmedizinischer Komplexbehandlung in die DRG F36A aufgrund vergleichsweise deutlich höherer Kosten). Im Übrigen werden die zunächst identifizierten DRGs mit negativer Korrelation bei der zukünftigen Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems erneut einer vertiefenden Analyse unterzogen. Entsprechend sind zukünftig klassifikatorische Anpassungen bei diesen DRGs möglich.

Abbildung von Kindern (Kindersplits)

Bei der Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems gilt für die Abbildung der Behandlung von Kindern ein Besserstellungsgrundsatz, nach dem eine klassifikatorische Änderung im Katalog nicht aufgenommen wird, wenn die klassifikatorische Anpassung zu einer niedrigeren Vergütung für die Behandlung von Kindern führen würde. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass alle in das Fallpauschalensystem integrierten Kindersplits die Vergütung für die Behandlung von Kindern eindeutig verbessern. Entsprechend waren alle im G-DRG-System 2019 enthaltenen Kindersplits daraufhin zu überprüfen, ob der Besserstellungsgrundsatz nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten im aG-DRG-System 2020 immer noch korrekt umgesetzt war. Die durchschnittlichen Fallkosten bei der Behandlung von Kindern zeichnen sich in der Regel dadurch aus, dass diese mit unterdurchschnittlichen Verweildauern bei gleichzeitig höheren durchschnittlichen Tageskosten assoziiert sind. Die höheren mittleren Tageskosten wurden häufig durch höhere tagesbezogene Pflegepersonalkosten generiert; diese (höheren) Pflegepersonalkosten werden für das aG-DRG-System 2020 allerdings ausgegliedert. Im Ergebnis wurden 17 Kindersplits identifiziert, bei denen der Besserstellungsgrundsatz verletzt worden wäre. Diese 17 Kindersplits wurden entsprechend aus der Klassifikation gestrichen. Gleichzeitig haben die Analysen auch gezeigt, dass an anderen Stellen im aG-DRG-System 2020 nach dem Besserstellungsgrundsatz neue Kindersplits zu integrieren waren. Weitere Details enthält Kapitel 3.3.2.29.

Sortierung

Durch die unterschiedlichen Pflegepersonalkosten-Anteile in den einzelnen DRGs ergeben sich unterschiedliche Auswirkungen durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf die einzelnen DRGs. Das Fallpauschalensystem ist hierarchisch so sortiert, dass sich für eine gegebene fallbezogene Leistungsdokumentation im Großen und Ganzen die jeweils höchstmögliche DRG-Vergütung ergibt. Durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten kann nun die Situation entstehen, dass im G-DRG-System 2019 korrekt sortierte Fallpauschalen nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten im aG-DRG-System 2020 nicht mehr hierarchisch korrekt sortiert wären. Die Sortierung

der Fallpauschalen war entsprechend darauf zu prüfen und so anzupassen, dass der hierarchische Grundsatz nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten wieder vollständig korrekt im aG-DRG-System 2020 eingehalten wird (zu Details siehe Kap. 3.3.4).

Im finalen Schritt ist für das aG-DRG-System 2020 im Rahmen der Normierung auch die Erlösskalierung durch die Sachkostenkorrektur sowie die gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen durchzuführen. Die Sachkostenkorrektur und die gezielte Absenkung werden nach der bekannten Methodik durchgeführt (zu Details siehe Kap. 3.2.4). Bei der Normierung des aG-DRG-Systems 2020 war zu beachten, dass die Case-Mix-Summe der effektiven Bewertungsrelationen des G-DRG-Katalogs 2019 nicht als Normierungsbasis verwendet werden konnte. Vielmehr musste die Frage beantwortet werden, welche Case-Mix-Summe an effektiven Bewertungsrelationen 2019 in Deutschland abrechnungstechnisch geflossen wäre, wenn 2019 bereits ein Fallpauschalen-Katalog unter Ausgliederung der Pflegepersonalkosten gegolten hätte (zu Details siehe Kap. 3.3.1.6).

Pflegeerlös-Katalog 2020

Der Pflegeerlös-Katalog ist nach den Vorgaben in § 17b Abs. 4 KHG als bundeseinheitlicher Katalog mit tagesbezogenen Bewertungsrelationen auszugestalten. In der G-DRG-Grundlagenvereinbarung haben die Vertragsparteien auf Bundesebene konsentiert, dass der Pflegeerlös-Katalog als ergänzende Spalte im Fallpauschalen-Katalog dargestellt wird. Gleichzeitig wurde vereinbart, dass für die Pflegeerlöse keine Zusatzentgelte berechnet werden und so weit wie möglich Bewertungsrelationen auch für die unbewerteten DRGs der Anlagen 3a und 3b berechnet werden sollen. Für die Berechnung der tagesbezogenen Bewertungsrelationen wurden die aus dem G-DRG-System ausgegliederten Pflegepersonalkosten aller plausiblen Fälle (Inlier, Kurz- und Langlieger) verwendet. Die durchschnittlichen tagesbezogenen Pflegepersonalkosten je DRG ergaben sich als Verhältnis der Summe der ausgegliederten Pflegepersonalkosten des Fallkollektivs der DRG und der Summe der Verweildauer der entsprechenden Fälle. Analog wurden auch für die DRGs mit gezielter Absenkung der Bewertungsrelationen in Verbindung mit der Median-Fallzahl (Anlagen 1d und 1e) Bewertungsrelationen für den Pflegeerlös-Katalog berechnet.

Unbewertete DRGs Anlage 3a/3b

Für die unbewerteten DRGs in den Anlagen 3a und 3b wurden ebenfalls tagesbezogene Bewertungsrelationen für den Pflegeerlös-Katalog berechnet. Voraussetzung dafür war, dass mindestens 20 Fälle aus mindestens drei Kalkulationskrankenhäusern vorlagen. Auf diese Weise konnten für 30 der 42 unbewerteten DRGs der Anlage 3a und zwei der drei unbewerteten DRGs der Anlage 3b tagesbezogene Bewertungsrelationen berechnet werden.

Zur Vereinfachung der Umsetzung der Übergangsregelung zum 1. Januar 2020 (Abrechnung von Pflegeerlösen bei noch nicht abgeschlossener Budgetvereinbarung für 2020) wurden die 12 unbewerteten DRGs ohne kalkulierte Bewertungsrelation der Anlage 3a mit dem Wert 1,0000 und die unbewertete DRG ohne kalkulierte Bewertungsrelation der Anlage 3b mit dem Wert 0,5000 versehen. Diese Ersatzwerte wurden von den Vertragsparteien auf Bundesebene konsentiert (siehe auch § 8 Abs. 5 FPV 2020).

Bewertungsrelationen für Belegabteilungen

Für den Pflegeerlös-Katalog bei Versorgung durch Belegabteilungen wurden eigenständige tagesbezogene Bewertungsrelationen berechnet, wenn mindestens 200 Fälle aus mindestens fünf Krankenhäusern vorlagen. Auf diese Weise konnten für 32 DRGs eigenständige tagesbezogene Bewertungsrelationen berechnet werden. Für die übrigen im Katalog für die Versorgung durch Belegabteilungen ausgewiesenen DRGs wurden die tagesbezogenen Bewertungsrelationen für den Pflegeerlös-Katalog unverändert aus dem Pflegeerlös-Katalog bei Versorgung durch Hauptabteilungen übernommen.

Normierung

Um aus den tagesbezogenen Kostenwerten dimensionslose Bewertungsrelationen zu erzeugen, mussten die durchschnittlichen tagesbezogenen Pflegepersonalkosten durch eine entsprechende Bezugsgröße dividiert werden, d.h. der Pflegeerlös-Katalog musste normiert werden. Da der Pflegeerlös-Katalog erstmals berechnet wurde, erfolgte die Normierung nach der Maßgabe, dass die durchschnittliche tagesbezogene Bewertungsrelation in Deutschland den Wert 1,0 annimmt. Dazu wurden alle Fälle in der Datenlieferung nach § 21 KHEntgG für das Datenjahr 2018 bei Versorgung durch Haupt- oder Belegabteilungen mit den entsprechenden Verweildauertagen bewertet. Um im Durchschnitt den Wert 1,0 zu erzielen, musste eine Bezugsgröße in Höhe von 137,90 € verwendet werden.

3.2.4 Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG)

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

3.2.4.1 Sachkostenkorrektur

Die Bundesschiedsstelle hat am 20. Mai 2019 eine Sachkostenvereinbarung festgesetzt, nach der die Sachkostenkorrektur für das aG-DRG-System 2020 zu 60% umgesetzt wird. Die Sachkostenkorrektur verfolgt das Ziel, den Erlös für den in den Bewertungsrelationen enthaltenen Sachkostenanteil auf die Höhe der tatsächlich durchschnittlich angefallenen Kosten abzusenken. Die Sachkostenkorrektur wird dabei als reiner Umverteilungseffekt nach der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten umgesetzt, d.h. die Korrektur der Sachkosten (absenkende Berücksichtigung) geht mit einer korrespondierenden Aufwertung der Personal- und Infrastrukturkosten einher. Durch die Sachkostenkorrektur wird der Case-Mix in Deutschland (Summe der effektiven Bewertungsrelationen aller Fälle in Deutschland) – von unvermeidbaren Rundungsdifferenzen abgesehen – nicht verändert.

Grundlagen

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

	Personalkosten			Sachkosten						Infrastruktur	
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8
1 Normalstation	535,83		48,53	54,49	5,46		63,89	7,97	5,95	294,23	851,15
2 Intensivstation	457,97		7,85	60,24	7,58		159,75	1,33	1,67	159,64	450,26
4 OP-Bereich	288,88		291,82	17,00	1,43	6.487,61	249,27	337,80	49,23	116,74	186,41
5 Anästhesie	318,86		176,26	23,33	3,98		86,01	7,75	0,01	41,12	80,67
7 Kardiologie	279,93		230,07	9,27	1,45	7.511,45	113,74	613,91	114,41	96,28	171,20
8 Endoskopie	1,82		2,09	0,06		0,01	0,75	0,32	1,27	1,22	1,27
9 Radiologie	81,61		77,56	2,35	0,13	2,31	11,44	11,53	63,34	31,94	45,33
10 Laboratorien	18,69		88,51	1,72	34,53		72,19	1,00	61,10	11,74	38,22
11 Diagnost. Bereiche	92,51	1,04	64,43	1,08			16,88		2,12	22,33	37,41
12 Therapeut. Verfahren	1,38	0,02	69,52	0,12			0,56		4,82	3,22	15,92
13 Patientenaufnahme	22,30	0,39	17,53	0,24	0,17		1,47	0,03		6,96	11,26
Summe	2.099,78	1,45	1.074,17	169,90	54,73	14.001,38	775,95	981,64	303,92	785,42	1.889,10
		3.175,40				16.287,52				2.674,52	

Abbildung 8: Kostenmatrix DRG F98B Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen, [...], Basis: Datenjahr 2018

Der gelb hinterlegte Teil der Kostenmatrix stellt die Personalkosten nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten (in Summe 3.175,40 €), der grün hinterlegte Teil die Sachkosten (16.287,52 €) und der blau hinterlegte Teil die Infrastrukturkosten (2.674,52 €) dar. In der Vorgehensweise ohne Sachkostenkorrektur wurden die drei Teilsummen für die Bestimmung der Bewertungsrelation jeweils einheitlich durch die Bezugsgröße dividiert. Im Beispiel der DRG F98B hätte sich für den aG-DRG-Entgeltkatalog 2020 bei einer Bezugsgröße von 3.163,74 € eine Bewertungsrelation nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten in Höhe von 6,997 ergeben. Diese Bewertungsrelation setzt sich aus den drei Teilwerten für die

- Personalkosten 1,004 (= 3.175,40 € / 3.163,74 €),
- Sachkosten 5,148 (= 16.287,52 € / 3.163,74 €) und
- Infrastrukturkosten 0,845 (= 2.674,52 € / 3.163,74 €)

zusammen (1,004 + 5,148 + 0,845 = 6,997).

Umsetzung Sachkostenkorrektur

Um das Ziel der Sachkostenkorrektur zu erreichen, müssten die in Abbildung 4 grün hinterlegten Sachkosten nicht durch die Bezugsgröße, sondern durch den gewichteten Mittelwert der landesweiten Basisfallwerte für 2020 dividiert werden. Dieser Mittelwert

liegt zum Zeitpunkt der Katalogerstellung noch nicht vor. Diesem Wert am nächsten liegt das Berechnungsergebnis gem. § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntgG für 2020, das als gewichteter Mittelwert der landesweiten Basisfallwerte für 2019 die Ausgangsbasis zur Bestimmung des Bundesbasisfallwerts für 2020 darstellt. Die Differenz zwischen der Bezugsgröße (3.163,74 €) und dem Berechnungsergebnis gem. § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntgG (3.541,56 €) beträgt 377,82 € (=11,14%). Die in der Sachkostenvereinbarung festgelegte Umsetzung zu 60% wird dadurch erreicht, dass 60% der Differenz von 377,82 € (= 226,69 € bzw. 6,69%) bei der Sachkostenkorrektur berücksichtigt werden. Entsprechend wird als Divisor für die Sachkosten der Wert $3.163,74 € + 226,69 € = 3.390,43 €$ (im Folgenden Berech60 genannt) verwendet. Damit bei der Division mit dem Berech60-Wert der nationale Case-Mix nicht absinkt, können bei Ermittlung der Bewertungsrelationen die übrigen Kostenarten ebenfalls nicht mehr durch die Bezugsgröße dividiert werden. Vielmehr ist ein Korrekturwert so zu ermitteln, dass bei Division der Sachkosten durch Berech60 und der Division der Personal- und Infrastrukturkosten (nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten) durch den Korrekturwert der nationale Case-Mix dem Wert entspricht, der sich bei Anwendung der Bezugsgröße als einheitlicher Divisor ergeben hätte. Als Korrekturwert für den Fallpauschalen-Katalog 2020 ergibt sich dann 3.094,86 €.

Die Bewertungsrelation der DRG F98B für den Entgeltkatalog 2020 setzt sich aus den drei Teilwerten für die Personal-, Sach- und Infrastrukturkosten nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten zusammen. Dabei werden im Rahmen der Sachkostenkorrektur die Sachkosten durch den Wert Berech60 und die Personal- und Infrastrukturkosten nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten durch den Korrekturwert dividiert. Die Bewertungsrelation bei Umsetzung der Sachkostenkorrektur setzt sich beispielsweise für die DRG F98B aus den drei Teilwerten für die

- Personalkosten 1,026 (=3.175,40 € / 3.094,86 €),
- Sachkosten 4,804 (=16.287,52 € / 3.390,43 €) und
- Infrastrukturkosten 0,864 (= 2.674,52 € / 3.094,86 €)

zusammen ($1,026 + 4,804 + 0,864 = 6,694$).

Bei der Umsetzung der Sachkostenkorrektur ergibt sich demnach eine reine Umverteilung von der anteiligen Bewertung der Sachkosten hin zur anteiligen Bewertung der Personal- und Infrastrukturkosten nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten. Der anteiligen Absenkung der Sachkostenbewertung (-6,69%) steht eine korrespondierende anteilige Aufwertung der Personal- und Infrastrukturkosten nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten in Höhe von +2,23% gegenüber. Die Bewertungsrelationen von DRG-Fallpauschalen mit hohem Sachkostenanteil werden durch die Sachkostenkorrektur abgesenkt. Durch den Umverteilungseffekt sinkt die Bewertungsrelation allerdings niemals um den maximal möglichen Wert, da sich in jeder DRG stets Aufwertungen der Personal- und Infrastrukturkosten nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten ergeben. Der Case-Mix für Deutschland wird durch die Sachkostenkorrektur – von unvermeidbaren Rundungsdifferenzen abgesehen – nicht verändert. Krankenhausbezogen ergeben sich in Abhängigkeit von der Leistungsstruktur unterschiedliche Auswirkungen auf den krankenhausindividuellen Case-Mix.

3.2.4.2 Gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen

Zur Umsetzung der gesetzlichen Regelungen zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen hat die Bundesschiedsstelle am 20. Mai 2019 eine entsprechende Vereinbarung festgesetzt. In den Anlagen der Vereinbarung sind die DRGs mit gezielter Absenkung der Bewertungsrelation aufgeführt. Die Höhe der Absenkung ergibt sich aus der Sachkostenkorrektur – für 2020 ist 60% der Differenz zwischen der Bezugsgröße und dem Berechnungsergebnis gem. § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntgG für 2020 als Grundlage zu verwenden.

Umsetzung

In der technischen Umsetzung wird zur Ermittlung der Bewertungsrelationen der Wert Berech60 aus der Sachkostenkorrektur (vgl. Kap. 3.2.4.1) als einheitlicher Divisor für die Gesamtkosten der in der Anlage der Vereinbarung genannten DRGs verwendet. Die Sachkostenkorrektur wird für diese DRGs gem. § 2 Abs. 2 der Vereinbarung nicht zusätzlich angewendet, um „eine doppelte Absenkung von Sachkosten“ zu vermeiden. Die DRGs mit gezielter Absenkung der Bewertungsrelationen sind in Tabelle 7 aufgeführt. Grün hinterlegt sind dabei die zwei DRGs, bei denen die gezielte Absenkung der Bewertungsrelationen abrechnungstechnisch in Abhängigkeit von der Median-Fallzahl durchgeführt wird.

DRG	Bezeichnung
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, ohne bestimmten anderen Eingriff an der Wirbelsäule
I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne Diszitis, ohne Bandscheibeninfektion, mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als 1 Belegungstag, Alter < 18 Jahre
I10F	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre
I10G	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne wenig komplexen Eingriff oder ein Belegungstag, mit anderem kleinen Eingriff
I10H	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne anderen kleinen Eingriff
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne best. kompliz. Faktoren, ohne komplexe Diagnose an Becken/OS, ohne best. endoproth. Eingriff, ohne gelenkpl. Eingriff am Hüftgelenk, ohne Impl. oder Wechsel einer Radiumkopfprothese, ohne Entf. Osteosynthesemat.
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, mehr als ein Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh.
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag

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

Die Median-Fallzahl ist die Fallzahl, bei der jeweils genau 50% der Krankenhäuser eine Leistungserbringung oberhalb und 50% der Krankenhäuser eine Leistungserbringung unterhalb dieser Fallzahl aufweisen. Die Median-Fallzahl für die DRG I68D beträgt 161 Fälle und für die DRG I68E 40 Fälle. Von den Vertragsparteien auf Bundesebene wurde konsentiert, eine krankenhausbezogene (IK-Nummer-bezogene) Berechnung vorzunehmen. Das bedeutet, bei der Betrachtung der Fallzahlen werden die Fälle sowohl bei Versorgung durch Hauptabteilungen als auch bei Versorgung durch Belegabteilungen insgesamt (gemeinsam) gezählt. Für die DRGs I68D und I68E sind damit zwei verschiedene Berechnungen vorzunehmen:

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

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

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

3.3 Schwerpunkte der Weiterentwicklung

3.3.1 Anpassung der Methodik

3.3.1.1 Aktualisierung der Plausibilitätsprüfungen

Die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen analysieren, ob die von den Kalkulationskrankenhäusern übermittelten Datensätze den Anforderungen genügen und inhaltlich ein stimmiges Bild des Behandlungsfalls vermitteln.

Die Prüfungen gehen der Frage nach, ob das methodische Vorgehen der Kostenkalkulation mit den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs bzw. die Kodierung mit den Vorgaben der Deutschen Kodierrichtlinien übereinstimmen.

Der Zusammenhang zwischen den für einen Behandlungsfall dokumentierten medizinischen Informationen (z.B. Diagnose- und Prozedurenkodes, aber auch persönliche Patientenmerkmale) und den sich daraus begründenden Behandlungskosten steht bei den inhaltlichen Prüfungen im Mittelpunkt der Analyse.

Die zusätzlichen krankenhausespezifischen Informationen zur Kalkulationsgrundlage stellen einen zentralen Bestandteil der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen zur Beurteilung der Integrität der Gesamtdaten eines Krankenhauses dar. Dazu gehören u.a.

- die Summe der Kosten und PPR-Minuten je Kostenstelle,
- Angaben zur Kodierung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS),
- das Verfahren der Personalkostenverrechnung, insbesondere für die Personalkosten des Ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes,
- Informationen über die Leistungsdokumentation in den Kostenstellengruppen 4 (OP-Bereich) und 5 (Anästhesie),
- detaillierte, strukturelle Angaben zu den Intensivseinheiten sowie
- Informationen über die Leistungsdokumentation bei intensivmedizinischer Betreuung (insbesondere Aufenthaltsdauer, TISS/SAPS-Score, Kosten).

Die Leistungsdaten stehen in einem engen Zusammenhang mit den Kosteninformationen im Kalkulationsdatensatz. Daher wurde auf Fallebene geprüft, ob die ausgewiesenen Kosten in Bezug auf die angegebenen Leistungsdaten der Höhe nach plausibel sind. Die fallbezogenen Prüfergebnisse wurden in Verbindung mit den Ergebnissen der krankenhausespezifischen bzw. systematischen Konformitätsprüfungen in einem zusammenhängenden Report an die Kalkulationsteilnehmer übermittelt.

Auf Grundlage der Reporte haben die Krankenhäuser die Kalkulationsdatensätze überarbeitet und erneut an das InEK übermittelt. Mehrheitlich wurden in Absprache mit dem InEK mehrere Korrekturlieferungen zur Erreichung der erforderlichen Datenqualität durchgeführt. Alternativ zu einer Korrekturlieferung von Datensätzen konnte das Kalkulationskrankenhaus plausible, krankenhausespezifische Erklärungen für einzelne Auffälligkeiten übermitteln. Kalkulationsdatensätze wurden tendenziell nicht für die Kalkulation verwendet, wenn das Krankenhaus keine nachvollziehbare Erläuterung für die Kostenhöhe in Bezug zur dokumentierten Leistung lieferte und die übermittelten Kosten von einer plausiblen Größenordnung nennenswert abwichen.

Prüfungen auf Krankenhausebene

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

Da die Personalkosten den größten Kostenblock darstellen, bildet die inhaltliche Prüfung der Personalkostenverrechnung auf Krankenhausebene einen Hauptaspekt der Prüfungen. Ein Prüfungsschwerpunkt lag auf der Plausibilität der Personalkostenverrechnung zwischen den einzelnen Kostenstellengruppen unter besonderer Berücksichtigung der Vorgaben zur Mindestdifferenzierung im Kostenstellenplan. Ein zweiter Prüfungsschwerpunkt fokussierte innerhalb einer Kostenstellengruppe auf die Zurechnung der Personalkosten zu den einzelnen Behandlungsfällen. Neben den Kosten für den Pflegedienst auf den bettenführenden Stationen im Bereich der Fachbereiche mit Normalpflege wurden die Zurechnungen von Personalkosten im ärztlichen bzw. pflegerischen und medizinisch-technischen Dienst für die intensivmedizinische Betreuung (Kostenstellengruppe 2) sowie im OP-Bereich (Kostenstellengruppe 4) und in der Anästhesie (Kostenstellengruppe 5) einer besonders intensiven Analyse unterzogen. Auf Basis fallbezogener Leistungsinformationen wurden krankenhausespezifische Kostensätze ermittelt und einer Plausibilitäts- und Konformitätsprüfung in einem übergeordneten Gesamtkontext unterzogen. Bei auffälligen Abweichungen wurde das Krankenhaus kontaktiert, um die Auffälligkeiten zu erläutern. Dabei war insbesondere zu klären, ob eine besondere krankenhausespezifische Situation die Auffälligkeit – inhaltlich korrekt – determinierte oder ob ein systematischer Kalkulationsfehler vorlag.

Zur Umsetzung der Vorgaben der Vertragsparteien auf Bundesebene zur Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Stationen war in jedem Kalkulationshaus zu eruieren, in welchem Umfang Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Aufnahmestationen in Kostenstellengruppe 13 (Patientenaufnahme) gebucht wurden. Dabei wurde nicht nur das Datenjahr 2018, sondern auch das Datenjahr 2017 in Augenschein genommen. Bei nennenswerten Kostenunterschieden in den beiden Datenjahren wurde zur Plausibilisierung der Kostendaten nach der Ursache für diese Abweichung gefragt. Typischerweise lagen entweder strukturelle Unterschiede vor (Auf- oder Abbau von Betten in bettenführenden Aufnahmestationen) oder die buchhalterische Kostenzuordnung von in Aufnahmestationen beschäftigtem Personal wurde zwischen den Datenjahren geändert. Insgesamt ergaben sich zwischen den Datenjahren 2017 und 2018 keine Unterschiede in der Größenordnung der Pflegepersonalkosten in bettenführenden Aufnahmestationen. Die von den Krankenhäusern bereitgestellten Informationen zum Umfang der Pflegepersonalkosten in bettenführenden Aufnahmestationen wurden abschließend für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf der Fallebene verwendet.

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

Prüfungen auf Fallebene

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

Die fallindividuelle Kostenzuordnung im OP-Bereich, in der Anästhesie und auf den Intensivstationen stand besonders im Fokus der überarbeiteten Plausibilitätsprüfungen. Für die Plausibilisierung der Personalkosten für den Ärztlichen Dienst und den Funktionsdienst in OP und Anästhesie wurden die verschiedenen dem InEK vorliegenden Datenquellen in einen Prüfungszusammenhang überführt und analysiert, inwieweit die fallbezogenen Angaben zu den Leistungszeiten in OP und Anästhesie in einem plausiblen Verhältnis zu den übermittelten Kosteninformationen in den Kostenstellengruppen 4 (OP-Bereich) und 5 (Anästhesie) standen. Dabei wurde nicht nur die kostenstellenbezogene Zuordnung von Personalkosten, sondern auch die Plausibilität der übermittelten Leistungsminuten (Schnitt-Naht-Zeit bzw. Anästhesiologiezeit) geprüft. Die aus den übermittelten Anwesenheitszeiten für die verschiedenen Personen (ärztliches Personal und Funktionspersonal) resultierende Anzahl von gleichzeitig und insgesamt anwesenden Personen während der OP bzw. Anästhesie wurde ebenfalls bei Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen verwendet. Häufig wurde die fehlerhafte Erfassung der Leistungsdaten als Ursache für eine auffällige Kostenzuordnung erkannt und korrigiert.

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

Individuelle Entscheidungen über die Verwendung eines Falles bei der Weiterentwicklung des Entgeltsystems konnten für das Datenjahr 2018 hinsichtlich der Plausibilität von Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Stationen angepasst werden. Auffälligkeiten in der fallbezogenen Kostenzuordnung der Pflegepersonalkosten mussten nicht direkt zu einem Ausschluss des Falles bei der Weiterentwicklung des Entgeltsystems führen, da die Pflegepersonalkosten nach Abschluss der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen aus den Fallkosten ausgegliedert wurden. Fälle mit Auffälligkeiten bei den Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Stationen konnten für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems verwendet werden, wenn die pflegeassoziierten Kosten (Verbrauchsmaterial mit identischem Schlüssel bei der fallbezogenen Kostenzuordnung) nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten keinen nennenswerten Einfluss auf die verbleibenden Gesamtkosten des Falles aufwiesen. Im Vergleich mit der bisherigen Entscheidungslogik zur Verwendung von Fällen konnten auf diese Weise mehr Fälle in der Datengrundlage für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems bereitgestellt werden. Die Pflegepersonalkosten der Fälle mit auffälligen Pflegepersonalkosten

auf bettenführenden Stationen konnten nach der Ausgliederung für die Berechnung der Bewertungsrelationen des Pflegeerlös-Katalogs verwendet werden.

Die Plausibilisierung der Kalkulationsergebnisse in der Kostenstellengruppe 12 (Therapeutische Verfahren) legte einen Schwerpunkt auf die mit einem OPS-Komplexcodes kodierbaren Leistungen. Dabei wurde das Vorliegen von Mindestkosten bei Angabe entsprechender OPS-Kodes (z.B. Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, Komplexbehandlung bei schwer behandelbarer Epilepsie, Multimodale Schmerztherapie) unter Berücksichtigung der in den OPS-Kodes definierten Leistungen und Leistungsmengen geprüft. Auffällige Kostenwerte wurden als Nachfrage an das Kalkulationskrankenhaus zurückgespielt. Häufig lag die Ursache auffälliger Kostenwerte in einer fehlerhaften Datenerfassung oder Datenverarbeitung. Im Übrigen ließen sich die Auffälligkeiten mit krankenhausindividuellen Besonderheiten erklären. Einige prüfungsrelevante Aspekte der Versorgung von Patienten in der Kostenstellengruppe 13 (Patientenaufnahme) konnte nur im Zusammenspiel mit den Kostenwerten der Kostenstellengruppe 1 (Normalstation) geprüft werden. Ursächlich hierfür ist die unterschiedliche Organisationsstruktur der Krankenhäuser hinsichtlich der Bereitstellung von Betten in den Leistungsbereichen der Patientenaufnahme. So können bei bettenführenden Aufnahmestationen Patienten mit kurzer Verweildauer und vergleichsweise weniger komplexem Behandlungsablauf direkt dort abschließend stationär versorgt werden; sie müssen nicht auf eine bettenführende Normalstation im übrigen Krankenhaus verlegt werden. In der Konsequenz sind dann für diese Patienten die Matrixfelder der Kostenstellengruppe 1 (Normalstation) nicht besetzt. Die Prüfungen fokussierten dabei auch auf die Größenordnung der auszugliedernden Pflegepersonalkosten in bettenführenden Aufnahmestationen.

Ein weiterer Schwerpunkt lag erneut auf der Steigerung der Datenqualität im Bereich der Einzelkostenzuordnung. Zusätzlich zu den fallbezogenen Prüfungen wurden krankenhausübergreifende Analysen zu ausgewählten Artikelgruppen mit Relevanz für die Pflege und Weiterentwicklung des Entgeltsystems erstellt. Dabei wurden die Fälle identifiziert, die in einer Gesamtschau deutliche Abweichungen in den zugeordneten Einzelkosten im Vergleich zu den durchschnittlichen Kosten der entsprechenden Implantate oder des entsprechenden medizinischen Sachbedarfs aufwiesen. Die Krankenhäuser mit auffälligen Einzelkostenzuordnungen wurden kontaktiert und um Überprüfung der Kosten gebeten. Sie haben in Reaktion darauf die Kostenzuordnung überprüft und ggf. korrigiert oder die Kostenhöhe in geeigneter Weise nachvollziehbar belegt. Teilweise konnte die Übermittlung auffälliger Kostenwerte auf die fehlende Berücksichtigung von (Natural-)Rabatten und Skonti zurückgeführt werden.

Die intensivierten Analysen auf Fallebene haben dazu geführt, dass in diesem Jahr erneut zahlreiche Nachfragen an die Kalkulationskrankenhäuser gestellt wurden. Die Nachfragen haben zur Identifikation wichtiger Kalkulationsauffälligkeiten beigetragen, die somit in der endgültigen Datengrundlage nicht mehr enthalten sind. Die Rückmeldungen der Krankenhäuser haben darüber hinaus wichtige Impulse für die Weiterentwicklung sowohl des aG-DRG-Systems als auch der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen geliefert. Nicht zuletzt dienten die Nachfragen zur Herstellung der größtmöglichen Kongruenz zwischen der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Stationen im Rahmen der Weiterentwicklung des Entgeltsystems auf der einen Seite und der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten der einzelnen Krankenhäuser im Rahmen der Vereinbarungen eines Pflegeerlösbudgets gem. § 6a KHEntgG auf der anderen Seite.

Medizinische Plausibilitätsprüfungen

Im Rahmen der medizinischen Plausibilitätsprüfungen wurde in gewohnter Weise wieder formal die Kodierung nach den amtlichen Klassifikationen ICD-10-GM und OPS sowie den Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils gültigen Version überprüft. Ein dabei kontrollierter Sachverhalt war z.B. die korrekte Reihenfolge von Diagnosen in Zusammenhang mit der Hauptdiagnose, die bei falscher Verschlüsselung eine andere Eingruppierung des Falles zur Folge gehabt hätte. Grundsätzlich beschränkte sich die Überprüfung auf Sachverhalte, die bereits Gruppierungsrelevanz hatten bzw. bei denen dies zu erwarten war. Dies beinhaltet auch die Verschlüsselung von Codes, die für die Definition und Kalkulation von Zusatzentgelten verwendet werden, wie z.B. die Diagnosen für die dauerhaft erworbene oder temporäre Blutgerinnungsstörung (U69.11! und U69.12!). Die korrekte Anwendung von Codes z.B. hinsichtlich der Tatsache, dass bestimmte Codes nur einmal pro stationärem Aufenthalt anzugeben sind, wurde durch medizinische Plausibilitätsprüfungen kontrolliert. Prinzipiell wurden auch alle bestehenden Prüfungen auf ihre Relevanz im Gruppierungsalgorithmus überprüft und – falls erforderlich – gestrichen bzw. angepasst. Dies beinhaltet auch die Schaffung neuer Prüfungen, wenn beispielsweise aufgrund geänderter Kodiervorgaben eine unvollständige Kodierung zu einer anderen Eingruppierung eines Falles führen würde. In den Daten der Kalkulationskrankenhäuser aus dem Jahr 2018 betrifft dies z.B. die Kodierung von ablativen Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen (OPS-Kodebereich 8-835). Zudem wurden Prüfungen angepasst, um inhaltliche Überschneidungen mit anderen Prüfungen zu vermeiden. Dabei wurden auch Rückmeldungen der Krankenhäuser zu einzelnen Prüfungen berücksichtigt.

Insbesondere der Bereich der Prüfungen, die die medizinische Plausibilität eines Falles zum Inhalt haben und die Kategorie „Fehler bis erklärt“ aufweisen, wurde weiter konsolidiert. Dabei wurden vor allem Prüfungen gestrichen, bei denen sich aufgrund der Erfahrungen aus den Rückmeldungen der Krankenhäuser zu bestimmten Kodierungen in den letzten Jahren kein Anlass mehr ergab, den jeweiligen Sachverhalt zu prüfen. Grundsätzlich bestand bei diesem Prüfungstyp unverändert die Möglichkeit für die Krankenhäuser, die Korrektheit der Kodierung zu erläutern bzw. falls notwendig eine Korrektur des Falles vorzunehmen. Zu einer Rückfrage bei den Krankenhäusern führten in diesem Zusammenhang beispielsweise Fälle mit der Hauptdiagnose Kopfschmerz und einer Nebendiagnose für Apoplex oder eine bösartige Neubildung. Das Ziel, kostenintensive Fälle zu erkennen, die aufgrund einer nicht korrekt verschlüsselten Hauptdiagnose DRGs zugeordnet wurden, die überwiegend der Abbildung leichterer Krankheitsbilder vorbehalten sind, was entsprechend zu Inhomogenitäten führt, wurde dadurch unverändert weiterverfolgt.

3.3.1.2 Berechnung der Bewertungsrelationen für Belegversorgung

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

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

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

Zur Verbesserung der Datenqualität für die Kalkulation des Entgeltkatalogs 2020 wurden auch in diesem Jahr im Vorfeld der Kalkulation die Plausibilitätsprüfungen erweitert und weitere Analysen vorgenommen.

Kalkulation

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

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

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

Mit 44.004 Datensätzen wurden somit 75 DRGs eigenständig kalkuliert. Eine Aufstellung dieser DRGs befindet sich im Anhang (siehe Tab. A-2). Die Datenbasis ist damit gegenüber dem Vorjahr deutlich angestiegen. Wird die Gesamtheit der gelieferten §-21-Daten betrachtet, repräsentieren diese DRGs gut 65% aller abrechenbaren Belegfälle in Deutschland. Die Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung (Spalte 4, Teil b des Fallpauschalen-Katalogs) liegen bei den eigenständig kalkulierten DRGs nach durchgeführter Sachkostenkorrektur im Mittel 38,4% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tab. 8).

Differenz Bewertungsrelation	DRGs kalkuliert	DRGs abgeleitet
Bis 10%	0	44
Über 10% bis 20%	1	406
Über 20% bis 30%	11	261
Über 30% bis 40%	33	3
Über 40% bis 50%	30	0
Mittelwert (ungew.)	38,4%	18,3%

Tabelle 8: Differenz der Bewertungsrelation Belegabteilung zur Bewertungsrelation Hauptabteilung

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

Normativ-analytische Ableitung

Die Methodik der normativ-analytischen Ableitung wurde unverändert beibehalten. Auf Basis der Verweildauer-Strukturanalyse wurde bei 417 DRGs zusätzlich zum Abzug der Arztkosten ein Zu- bzw. Abschlag der verweildauerabhängigen Module vorgenommen (151 DRGs mit Zuschlag, 266 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 18,3% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tab. 8). Bei 37,6% der DRGs wurden lediglich die Arztkosten abgezogen, ohne dass weitere Anpassungen vorgenommen wurden (siehe Tab. 9). Die untere und die obere Grenzverweildauer wurden nach den üblichen Vorschriften abgeleitet. Entsprechend wurde für den Entgeltkatalog bei belegärztlicher Versorgung die obere Grenzverweildauer im Vergleich zur Hauptabteilung 158 Mal abgesenkt und 66 Mal angehoben. Die untere Grenzverweildauer wurde im Vergleich zur Hauptabteilung 35 Mal abgesenkt und 12 Mal angehoben.

Verfahren	Anzahl DRGs
Zu- und Abschläge durch VWD-Anpassung	417
Nur Abzug Arztkosten	297
Eigenständig kalkulierte DRGs	75
Gesamt	789

Tabelle 9: Überblick Kalkulationsmethodik der DRGs bei belegärztlicher Versorgung

Für 453 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 33 verringert (Vorjahr: 822 DRGs).

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

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

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

3.3.1.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen

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

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

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

Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung

Für das Datenjahr 2018 wies die Beschaffenheit der Datenmenge für die DRG A90A *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung* und A90B *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung* eine Verletzung der Kalkulationsbedingungen sowie eine mangelnde Kostendifferenz zwischen den DRG-Fallpauschalen auf, sodass keine Bewertung der beiden Fallpauschalen vorgenommen werden konnte. Die Definition der teilstationären geriatrischen Fallpauschalen wird unverändert im unbewerteten Teil des Entgeltkatalogs (Anlage 3b) ausgewiesen.

Niereninsuffizienz, teilstationär

Drei DRG-Fallpauschalen für teilstationäre Dialysen bei Kindern und Erwachsenen wurden unverändert in den Fallpauschalen-Katalog übernommen. Die Fallpauschale für die teilstationäre Dialyse bei Kindern (L90A) konnte wegen Verletzung der Kalkulati-

onsbedingungen nicht bewertet werden. Die mittleren Kosten nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten für die teilstationären DRGs L90B *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse* und L90C *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse* werden in Tabelle 10 für insgesamt 2.237 Kalkulationsdatensätze der L90B und 170.187 Kalkulationsdatensätze der L90C in modularer Struktur dargestellt. In den Tabellen 11 und 12 werden die häufigsten Hauptdiagnosen und in den Tabellen 13 und 14 die häufigsten Prozeduren abgebildet.

Bezeichnung	Kostenarten- gruppe	Kosten (€) L90B	Kosten (€) L90C
Ärztlicher Dienst	1	36,23	36,94
Med.-technischer Dienst	3	85,07	21,30
Arzneimittel	4a	15,00	8,19
Arzneimittel Einzelkosten	4b	5,91	3,81
Implantate/Transplantate	5	0,00	0,00
Übriger med. Bedarf	6a	46,29	32,99
Übriger med. Bedarf Einzelkosten	6b	10,42	8,64
Sachkosten für von Dritten bezogene med. Behandlungsleistungen	6c	0,72	28,36
Med. Infrastruktur	7	21,35	16,93
Nicht med. Infrastruktur	8	56,34	47,81
Gesamt		277,33	204,97

Tabelle 10: Mittlere Kosten der teilstationären DRGs L90B *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse* und L90C *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse*, Basis: Datenjahr 2018

Kode	Hauptdiagnose	Fälle
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	72
Z49.1	Extrakorporale Dialyse	32

Tabelle 11: Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90B *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse*, Basis: Datenjahr 2018

Kode	Hauptdiagnose	Fälle
Z49.1	Extrakorporale Dialyse	10.983
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	2.327

Tabelle 12: Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90C *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse*, Basis: Datenjahr 2018

Kode	Prozeduren	Anzahl
8-857.0	Peritonealdialyse: Intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	2.712
8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	189

Tabelle 13: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90B Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2018

Kode	Prozeduren	Anzahl
8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	123.105
8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	53.316
8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	11.861

Tabelle 14: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2018

3.3.1.4 Überarbeitung der CCL-Matrix

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

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

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

Mit dem PCCL wird jedem Fall in Abhängigkeit von der Kostenrelevanz seiner Begleiterkrankungen auf hochdifferenzierte Weise ein DRG- und fallspezifischer Wert zugeordnet, durch den die Begleiterkrankungen des Falles implizit in die Zuordnung zu

einer Fallpauschale eingehen können, ohne die Aufwandserhöhung durch die Begleiterkrankungen für jeden Fall und jede DRG für jede mögliche Diagnose und Diagnosekombination einerseits explizit messen und andererseits für jede DRG mit individuellen Splitkriterien mit langen Diagnosetabellen und entsprechender Intransparenz definieren zu müssen. Dessen ungeachtet werden einzelne, besonders kostenrelevante Nebendiagnosen auch explizit in Gruppierungsbedingungen berücksichtigt.

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

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

Nach beständigen Anpassungen der CCL-Werte und der Exklusionslisten in den ersten Jahren des G-DRG-Systems wurde im Jahr 2013 mit der ersten grundsätzlichen Überarbeitung aller Schritte der PCCL-Berechnung begonnen. Sie erfolgt in mehreren Stufen: Als erste Stufe wurde die PCCL-Formel für den Fallpauschalen-Katalog 2014 angepasst, die aus dem australischen AR-DRG-System unverändert übernommen worden war. Auslöser hierfür war die Veränderung der Kodierung von Nebendiagnosen. Die zweite Stufe mit Einführung der PCCL-Werte 5 und 6 („schwerste CC“) wurde für den Fallpauschalen-Katalog 2016 umgesetzt, um Fälle mit schweren CC differenzierter abbilden zu können. Seit dem G-DRG-System 2018 schließen Hauptdiagnosen, die den CCL-Wert 0 haben, Nebendiagnosen mit einem CCL-Wert größer als 0 nicht mehr aus. Diese Änderung des G-DRG-Groupers führt in der Konsequenz systemweit zu einem Anstieg des PCCL-Niveaus. Wie in den letzten beiden Jahren wurden auch bei der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems verstärkt die CCL-Werte einzelner Diagnosen und Diagnosegruppen als Themenschwerpunkt der Weiterentwicklung des Schweregrad-Systems analysiert.

Nachdem früher Diagnosen oder Diagnosegruppen überwiegend systemweit auf- bzw. abgewertet wurden, verlagerte sich die Anpassung der CCL-Werte in den letzten Jahren verstärkt hin zu einer individuellen Anpassung bestimmter Diagnosen in bestimmten Basis-DRGs. Standen zu Beginn der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems vor allem die Überprüfung der inhaltlichen Nähe zum typischen DRG-Inhalt, eine streitbefangene und/oder wenig belastbare Kodierung, Hinweise auf Besonderheiten bei der Verschlüsselung sowie die „Schieflage“ der Kalkulationsstichprobe bei den Analysen zur CCL-Matrix im Vordergrund, lag der Fokus auch in diesem Jahr vor allem auf Diagnosen mit signifikantem Fallzahlwachstum in den letzten Jahren sowie Diagnosen mit großer Häufigkeit oder Bedeutung für das Gesamtsystem. Zudem werden auch die Auswirkungen von Änderungen in der ICD-10-GM (z.B. Kodedifferenzierungen) analysiert.

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

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

Auch im Datenjahr 2018 zeigt sich unverändert ein Anstieg der Anzahl an Nebendiagnosen (siehe Abb. 5). Bei gleichbleibenden CCL-Werten würde dies zu einem Anstieg des nach oben begrenzten PCCL-Niveaus führen. Für Diagnosen mit starkem Fallzahlwachstum sowie großer Häufigkeit im oder Bedeutung für das Gesamtsystem ist zu prüfen, ob sie im Schweregrad-System einen Mehraufwand noch begründen. Im Rahmen der Untersuchungen solcher Diagnosekodes bzw. Diagnosegruppen erfolgte eine Abwertung der CCL-Werte in Basis-DRGs, in denen sie einen Ressourcenmehraufwand nicht mehr begründen, in der Regel jeweils um 1.

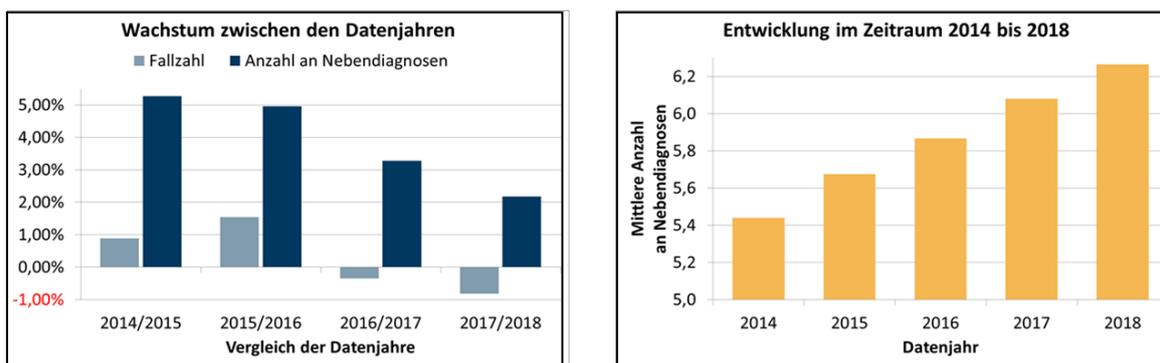


Abbildung 9: Vergleich des Wachstums von Fallzahl und Anzahl an Nebendiagnosen zwischen den Datenjahren 2014 und 2015, 2015 und 2016, 2016 und 2017 sowie 2017 und 2018 (links) sowie Entwicklung der mittleren Anzahl an Nebendiagnosen je Fall für die Datenjahre 2014 bis 2018 (rechts) auf Basis der validen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

Weitere Anpassungen der CCL-Matrix, Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren

Nach der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten für die „Pflege am Bett“ galt es zunächst zu klären, inwieweit die bestehenden CC-Werte potentielle Kostenunterschiede einzelner Fälle noch erklären. Daher konzentrierten sich in diesem Jahr die Anpassungen auf einige wenige Diagnosen, bei denen inhaltlich eine gewisse Nähe zum Pflegeaufwand der Patienten zu vermuten war. Änderungen wurden vor allem bei starkem Fallzahlwachstum oder großer Häufigkeit von Diagnosen, einer inhaltlichen Nähe zum typischen Inhalt der jeweiligen Basis-DRG oder einer streitbefangenen bzw. wenig belastbaren Kodierung vorgenommen.

Die Beteiligung im Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverstandes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems zur Überarbeitung der CCL-Matrix war in diesem Jahr im Vergleich zu den Vorjahren erneut rückläufig. Darüber hinaus wurden im Rahmen interner Analysen viele weitere Diagnosen hinsichtlich ihrer Abbildung in der CCL-Matrix untersucht. Multiple Abwertungen, Streichungen, Aufwertungen und Aufnahmen wurden simuliert. Diese umfangreichen Analysen führten zur Anpassung der Werte bestimmter Diagnosen innerhalb mehrerer Basis-DRGs (siehe Abb. 6). Die Anzahl der CCL-Matrix-Anpassungen wurde jedoch aus den genannten Gründen im Vergleich zu den Vorjahren in etwa halbiert.

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

Abbildung 10: Veränderungen an der CCL-Matrix für 2017 bis 2020

Zu den typischerweise pflegeassoziierten Diagnosen zählen beispielsweise

- U50.40 *Schwere motorische Funktionseinschränkung*
- U50.50 *Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung*

Bislang zeigten diese Diagnosekodes häufig einen Mehraufwand, der eine Höhergruppierung rechtfertigte. Nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten zeigten die betroffenen Fälle jedoch innerhalb der Basis-DRGs häufig keine erhöhten Kosten, sodass eine Höhergruppierung nicht mehr im bisherigen Maß gerechtfertigt war. Für das aG-DRG-System 2020 wurden in 15 (U50.40) bzw. 22 (U50.50) Basis-DRGs die CC-Werte um 1 reduziert.

Die CC-Werte der pflegenahen Diagnosen für Pneumonie

- J15.- *Pneumonie durch Bakterien*
- J16.- *Pneumonie durch sonstige Infektionserreger*
- J17.- *Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*
- J18.- *Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet*

lieferten ebenfalls keinen zusätzlichen Erklärungsbeitrag für pflegeaufwendige Fälle innerhalb der jeweiligen Basis-DRGs. Aufgrund dessen wurden vor allem die Diagnosen für „sonstige“ und „nicht näher bezeichnete“ Pneumonien systemweit angepasst.

Ein Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren bemängelte, dass im Gegensatz zu der Diagnose Z95.80 *Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems* die Diagnose Z45.02 *Anpassung und Handhabung eines herzunterstützenden Systems* keinen CC-Wert aufweist. Daher wurde Letztere systemweit neu und kostenentsprechend mit CC-Werten versehen.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass die Analyse der CCL-Matrix durch die im aG-DRG-System 2020 fehlende Kostenvarianz der Pflege ein mehrjähriger Prozess ist und demzufolge noch nicht abgeschlossen sein kann.

3.3.1.5 Einbeziehung von verlegten Fällen und Überliegern

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

Regelhafte Zuordnung der berücksichtigten Verlegungsart je DRG

Die je DRG zur Kalkulation des Relativgewichts herangezogene Fallmenge wurde regelhaft – unverändert gegenüber dem Vorjahr – durch Analyse des arithmetischen Kostenmittelwerts je Verlegungsart bestimmt. Dabei ergeben sich vier Fallkonstellationen, die sich auf die 1.292 DRGs wie in Tabelle 15 dargestellt verteilen (siehe auch Tab. A-4-1 bis A-4-3 im Anhang).

Kalkulationsbasis	Anzahl DRGs	Anteil DRGs (in %)
Nicht verlegte Fälle	214	16,6
Nicht verlegte und zusätzlich aufnahmeverlegte Fälle	195	15,1
Nicht verlegte und zusätzlich entlassverlegte Fälle	207	16,0
Alle Fälle (nicht verlegte und zusätzlich aufnahme- oder entlassverlegte Fälle)	631	48,8
DRGs ohne Bewertung (Anlage 3a und 3b)	45	3,5
Gesamt	1.292	100,0

Tabelle 15: Überblick über die Berücksichtigung der Verlegungsarten im aG-DRG-System 2020

Überlieger aus dem Vorjahr

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

Soweit möglich, werden Überlieger im Rahmen der Kalkulation berücksichtigt. Hintergrund ist, dass Langlieger (LL) und Fälle aus DRGs mit langer mittlerer Verweildauer besonders häufig unter den Überliegern zu finden sind.

Beispielsweise wäre die DRG A18Z *Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion* mit einer mittleren Verweildauer von 103,9 Tagen (Fallpauschalen-Katalog 2020) von einer Löschung vieler Überlieger stark betroffen, da rein rechnerisch rund ein Viertel der Fälle Überlieger aus dem Vorjahr oder Überlieger ins nächste Jahr sind. Unter den Langliegern dieser DRG ist der Anteil an Überliegern noch höher.

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

- Korrekte Kostenkalkulation
- Überleitbarkeit der verwendeten Codes

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

Eine klassifikatorische Voraussetzung für den Verbleib von Überliegern in den Kalkulationsdaten ist die Überleitbarkeit der Leistungsbezeichner (ICD- und OPS-Kodes). Bei einer Differenzierung von Kodes (von 2017 auf 2018) ist diese unter Umständen nicht gegeben, da für Überlieger (die noch mit undifferenzierten Kodes aus 2017 verschlüsselt sind) keine Information darüber verfügbar ist, mit welchem der inzwischen verfügbaren differenzierten Kodes der Fall im Jahr 2018 verschlüsselt würde.

Ein Beispiel hierfür ist der Code 5-513.3 *Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Exzision*. Mit dem OPS Version 2018 wurde der Code weiter differenziert:

- 5-513.30 *Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Exzision: Exzision an der Papille*
- 5-513.31 *Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Exzision: Papillektomie*
- 5-513.32 *Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Exzision: Exzision am Gallengang*

Wenn auf Grundlage neu ausdifferenzierter Kodes z.B. eine neue DRG definiert wurde und daher Fälle, die 2017 mit dem gleichen Code verschlüsselt wurden, 2018 aufgrund dieser Differenzierung unterschiedliche Gruppierungsergebnisse aufweisen, kann es erforderlich sein, nicht überleitbare Fälle aus der Kalkulationsbasis auszuschließen.

In bestimmten Fällen können jedoch auch Fälle mit formal nicht überleitbaren Kodes aus 2017 in der Kalkulationsmenge verbleiben, beispielsweise wenn es sich um eine DRG mit sehr kleinen Fallzahlen handelt und der problematische Code (bei jeder möglichen Überleitungsentscheidung) ohne Gruppierungsrelevanz ist. Beispielsweise sind für die oben genannte DRG A18Z nur die Beatmungszeit und ein OPS-Code (Transplantation) gruppierungsrelevant. Haupt- oder Nebendiagnose haben bei diesen Fällen nie einen Einfluss auf das Gruppierungsergebnis, sodass eine nicht überleitbare Diagnose hier keinen Grund darstellt, einen Überlieger aus der Kalkulationsmenge auszuschließen.

3.3.1.6 Berechnung der Bezugsgröße

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

Im Unterschied zu den Vorjahren musste für das aG-DRG-System 2020 zunächst bestimmt werden, auf welche Case-Mix-Summe für 2019 die Bezugsgröße bestimmt werden sollte. Der im Jahr 2019 zur Abrechnung gelangte Fallpauschalen-Katalog 2019 enthielt Bewertungsrelationen inklusive der Pflegepersonalkosten auf bettenführenden

Stationen. Der Fallpauschalen-Katalog 2020 ist aber der erste Katalog, aus dem die Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Stationen ausgegliedert werden. Eine Normierung auf die nach herkömmlicher Weise berechnete Case-Mix-Summe war somit nicht möglich, da diese Case-Mix-Summe auch Anteile für Pflegepersonalkosten enthalten hätte. Die Normierungsbasis musste entsprechend eine Datengrundlage ohne Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Stationen darstellen. Zur Beantwortung der Frage, welches Case-Mix-Volumen in Deutschland an die Krankenhäuser geflossen wäre, wenn bereits 2019 ein Fallpauschalen-Katalog ohne Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Stationen Anwendung gefunden hätte, wurde ein entsprechender aG-DRG-Katalog 2019 erstellt. Für diesen Katalog wurden nach den Vorgaben der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung die Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Stationen (Kostenstellengruppen 1 (Normalstation), 2 (Intensivstation), 3 (Dialyse) und anteilig 13 (Patientenaufnahme)) auf der Fallebene in den Daten des Datenjahres 2017 ausgegliedert und die Bewertungsrelationen auf Basis der bekannten Normierungswerte für den Fallpauschalen-Katalog 2019 (siehe Kap. 3.2.3 im Abschlussbericht 2019) neu berechnet. Im Ergebnis lag damit ein aG-DRG-Katalog 2019 vor, der keine klassifikatorischen Änderungen enthält und lediglich neu berechnete Bewertungsrelationen nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aufweist. Der aG-DRG-Katalog 2019 steht zur Vorbereitung der Budget- und Entgeltverhandlungen der örtlichen Vertragsparteien auf der InEK-Internetseite zum Herunterladen zur Verfügung. Mit diesem aG-DRG-Katalog 2019 konnte das Case-Mix-Volumen (ohne Pflegepersonalkosten) als Normierungsbasis für den aG-DRG-Katalog 2020 bestimmt werden.

Für den aG-DRG-Katalog 2019 ergab sich auf Basis der §-21-Daten für das Datenjahr 2018 eine Summe effektiver Bewertungsrelationen in Höhe von 16.228.619. Unter Verwendung identischer Daten ergab sich für den aG-DRG-Katalog 2020 nach Umsetzung der Sachkostenvereinbarung gem. § 17b Abs. 1 Satz 6 KHG und der Vereinbarung zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen gem. § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG i.V.m. § 9 Abs. 1c KHEntgG (vgl. Kap. 3.2.3) eine Summe effektiver Bewertungsrelationen in Höhe von 16.226.161. Die Differenz der effektiven Bewertungsrelationen beträgt -2.458. Die Bezugsgröße zur Ermittlung der Bewertungsrelationen für den aG-DRG-Katalog 2020 beträgt 3.163,74 €. Die Differenz der effektiven Bewertungsrelationen begründet sich durch die erstmalige Berücksichtigung von NUB-Leistungen bei der Kostenbereinigung, dem Wegfall von NUB-Leistungen („Rücknahme Kostenbereinigung“) und der klassifikatorischen „Wanderung“ von Fällen aus unbewerteten in bewertete DRGs. Damit fällt das Case-Mix-Volumen durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten um rund 4,22 Mio. Bewertungsrelationen.

Der Bezugsgröße muss in diesem Jahr eine ganz andere Bedeutung als in den vergangenen Jahren zugemessen werden. Einerseits reflektiert sie die Auswirkungen der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System und andererseits bildet sie die zentrale Ausgangsbasis für die Umsetzung der Sachkostenvereinbarung und der Vereinbarung zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen unter der Prämisse, dass die klassifikatorische Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems (nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten) keine Auswirkung auf den Case-Mix für Deutschland hat. Ein Vergleich der Bezugsgröße mit Werten vergangener Jahre ist somit schon wegen der in Kapitel 3.2.3 beschriebenen Umsetzung der Sachkostenvereinbarung und der Auswirkungen der Vereinbarung zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen nicht möglich.

3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation

3.3.2.1 Grundsätzliche Auswirkungen der Pflegepersonalkostenausgliederung auf die Klassifikation

Neben der jährlichen Weiterentwicklung auf Basis der Vorschläge aus dem Vorschlagsverfahren lag in der diesjährigen Kalkulationsphase zwangsläufig ein Schwerpunkt auf den Auswirkungen der Pflegepersonalkostenausgliederung auf die Klassifikation.

Durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten verändern sich die Fallkosten mit zahlreichen Auswirkungen auf die G-DRG-Klassifikation. Die Kosten verschiedener Fallmengen werden durch die Herausnahme einander entweder stärker ähnlich, dies hat als mögliche Auswirkung die Zusammenfassung von DRGs, oder weniger ähnlich was wiederum eine Differenzierung von DRGs zur Folge haben kann. Kinder sind diesbezüglich besonders betroffen, da, wie in Kapitel 3.3.2.29 „Versorgung von Kindern“ beschrieben wird, eine Schlechterstellung von Kindern im G-DRG-System weiterhin vermieden werden soll. Die Auswirkungen der Pflegepersonalkostenausgliederung auf die Homogenität der Fallkosten innerhalb der DRGs werden mit Hilfe des Homogenitätskoeffizienten HK analysiert. DRGs mit sinkendem HK „ohne Pflege“ wurden besonders betrachtet. Dies war bei 15 DRGs der Fall und führte zu einer tiefer gehenden Analyse, in Folge aber nur zu einzelnen wenigen Anpassungen mit geringen Fallverschiebungen innerhalb der betroffenen Basis-DRGs (siehe auch Kap. 3.2.3).

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass die DRGs in sehr unterschiedlichem Umfang von der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten betroffen sind. Die mittleren Kosten der DRGs sinken in unterschiedlichem Maß. Die bisherige Abfragereihenfolge innerhalb des Systems orientierte sich an den mittleren Kosten der Inlier „mit Pflege“. Im aG-DRG-System orientiert sich die Abfragereihenfolge jedoch an den mittleren Kosten der Inlier „ohne Pflege“. Daraus resultiert eine mögliche Umsortierung der einzelnen DRGs, die auf den Einfluss der Pflegepersonalkosten-Ausgliederung zurückzuführen ist (siehe Kap. 3.3.4).

Im G-DRG-System werden Komplikationen und/oder Komorbiditäten (CC) mit Hilfe des patientenbezogenen Gesamtschweregrads (PCCL) abgebildet. Dieser berechnet sich aus den Schweregraden von Komplikationen und/oder Komorbiditäten (CCL) der einzelnen Diagnosen eines Patienten in Abhängigkeit von der Basis-DRG und der Hauptdiagnose. Auch die CCL-Matrix steht in direktem Zusammenhang mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten. Insbesondere Diagnosen mit „Nähe“ zum Pflegeaufwand galt es dahingehend zu analysieren, ob eine Aufwertung ohne den Kostenfaktor „Pflege am Bett“ noch oder noch im aktuellen Maße gerechtfertigt ist (siehe Kap. 3.3.1.4).

Die Beurteilung von Systemveränderungen ist bisher schon äußerst komplex und multidimensional. Durch die zusätzliche Dimension „mit Pflege“ bzw. „ohne Pflege“ ist die Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems nochmals komplexer geworden. Die für jeden Umbau genutzten statistischen Parameter zur „Güte des Systems“ (u.a. R^2) wurden angepasst oder durch entsprechende Parameter „ohne Pflege“ erweitert.

Neben den hier aufgeführten Punkten sind auch andere Komponenten des Vergütungssystems durch die Herausnahme der „Pflege am Bett“ betroffen, die in der Methodik für 2020 noch unverändert geblieben sind. Hierunter fallen z.B. die Kalkulation der Vergütung von Kurzliegern, die Kalkulation der Langliegerzuschläge und der Umgang mit verlegten Patienten.

Aus dem G-DRG-Katalog wird in Folge der Pflegepersonalkostenausgliederung der aG-DRG-Katalog. Als Normierungsgrundlage für die Erstellung des aG-DRG-Katalogs 2020 diente ein berechneter aG-DRG-Katalog 2019 als Basis, wie in Kapitel 3.3.1.6 zur Berechnung der Bezugsgröße beschrieben wird.

3.3.2.2 Abdominalchirurgie

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

Ausgehend von externen Vorschlägen und internen Analysen konnte im Ergebnis für das aG-DRG-System 2020 im Bereich der Abbildung von Fällen der Abdominalchirurgie eine Vielzahl von Änderungen vorgenommen werden.

Die folgende Auflistung gibt eine orientierende Darstellung derjenigen Basis-DRGs, die im Zuge der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2020 hinsichtlich ihrer Definitionskriterien (Basis-DRG oder Splitbedingungen) verändert wurden:

- **G03** *Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...]*
- **G07** *Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis [...]*
- **G09** *Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien [...]*
- **G10** *Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz*
- **G11** *Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik [...]*
- **G12** *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen*
- **G16** *Komplexe Rektumresektion [...]*
- **G17** *Andere Rektumresektion [...]*
- **G18** *Bestimmte Eingriffe an Dünn- / Dickdarm [...]*
- **G19** *Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...]*
- **G21** *Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum [...]*
- **G23** *Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse [...]*
- **G26** *Andere Eingriffe am Anus [...]*
- **H06** *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas*
- **H09** *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen*
- **H33** *Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren [...]*

Die einzelnen Umbauten im Bereich der Abdominalchirurgie sind nachfolgend beschrieben.

Extremkostenaufwertung in der MDC 06

Eine sehr relevante Anpassung im Bereich der Extremkosten in der MDC 06 erfolgte in der Basis-DRG G03 *Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...]* mit der Aufwertung von in diesem Bereich nicht sachgerecht vergüteten komplexen Leistungen, wie

- der intensivmedizinischen Versorgung,
- der Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern und
- bei aufwendigen Operationen und komplexen Verläufen.

Fälle aus der DRG G18A *Bestimmte Eingriffe an Dünn- / Dickdarm [...]* mit aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung ab 369 Punkten und Komplexbehandlungen bei multiresistenten Erregern ab 14 Behandlungstagen auf einer speziellen Isoliereinheit bzw. ab 21 Behandlungstagen ohne spezielle Isolierungsmaßnahmen konnten in die Basis-DRG G03 *Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...]* aufgewertet werden.

In gleicher Weise konnten Fälle aus der Basis-DRG G19 *Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...]* mit aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung ab 185 Punkten sowie mit der Anlage oder dem Wechsel eines Systems zur endoösophagealen Vakuumtherapie innerhalb der Basis-DRG G03 aufgewertet werden (siehe Abb. 11). Im Ergebnis resultiert daraus eine erhebliche Besserstellung der betroffenen Fälle, insbesondere von Extremkostenfällen. Bei der Zuordnung in die DRG G03A verbesserte sich auch die Abbildung der Langlieger deutlich.

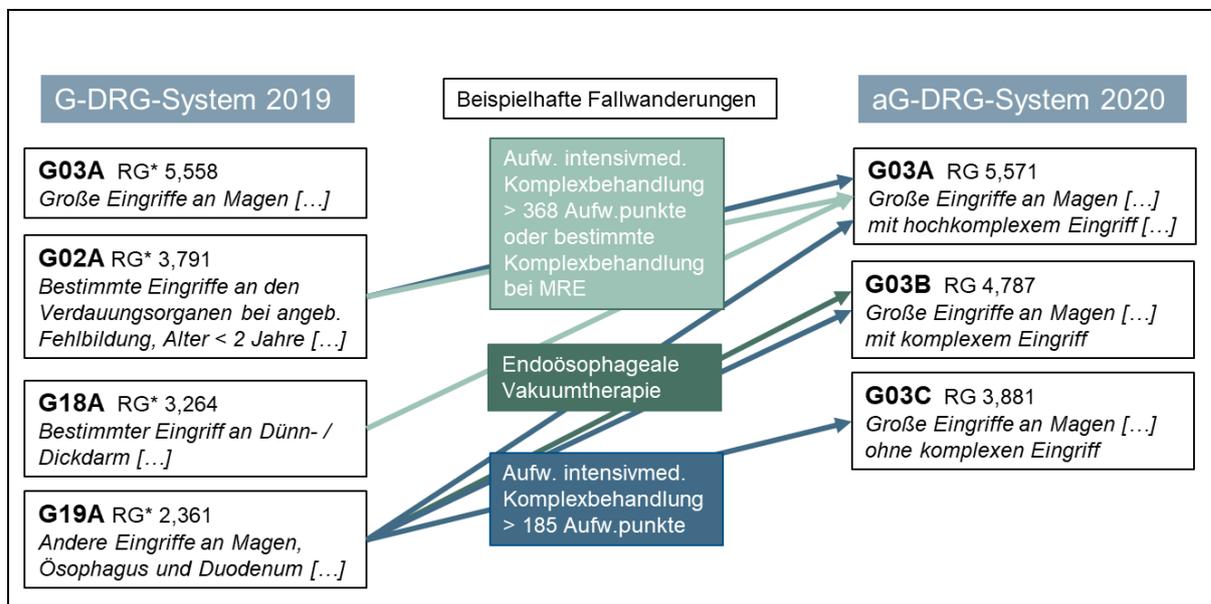


Abbildung 11: Extremkostenaufwertung innerhalb der Basis-DRG G03 (* nur zu Vergleichszwecken: Relativgewicht nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)

Zudem zeigte sich innerhalb der Basis-DRG G03, dass Fälle mit pyloruserhaltender partieller Pankreaskopfresektion wie auch Fälle mit endoösophagealer Vakuumtherapie in der DRG G03C nicht sachgerecht abgebildet sind. Diese Fälle konnten ihren Kosten

entsprechend der DRG G03B zugeordnet und somit ebenfalls deutlich aufgewertet werden.

Ergänzt werden die beschriebenen Umbauten von einer Abwertung bestimmter partieller Ösophagusresektionen mit Wiederherstellung der Kontinuität über einen thorakoabdominalen Zugang bei geringeren Kosten dieser Fälle.

Eingriffe am Gastrointestinaltrakt

In der Basis-DRG G07 *Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolelyse bei Peritonitis [...]* sind weniger aufwendige Prozeduren wie z.B. Biopsien an Rektum, Darm und perirektalem Gewebe, diagnostische Endoskopien des Verdauungstraktes sowie die Inzision und Drainage eines perityphlitischen Abszesses mit geringeren Kosten verbunden. Die Aufnahme dieser Prozeduren in die DRG G09Z *Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien [...]* zeigte sich als aufwandsgerecht.

Eine Präzisierung der Bedingung der Basis-DRG G11 *Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik [...]* führt im aG-DRG-System 2020 dazu, dass Fälle mit *Anoproktoplastik oder Rekonstruktion am Anus und Sphinkter* in Verbindung mit den Hauptdiagnosen für Hämorrhoiden, Analfissuren, Analpolypen und Hämorrhagien des Anus zukünftig ihren geringeren Kosten entsprechend in die Basis-DRG G26 *Andere Eingriffe am Anus [...]* eingruppiert werden.

Fälle mit *Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung* (bei sonstigem abdominoperinealen oder perinealem Zugang) waren bisher der Basis-DRG G16 *Komplexe Rektumresektion [...]* zugeordnet. Jedoch zeigten sich diese Fälle mit geringeren Kosten verbunden, weshalb für das Jahr 2020 eine kostengerechte Zuordnung zur Basis-DRG G17 *Andere Rektumresektion [...]* erfolgt.

In der DRG G18A *Bestimmte Eingriffe an Dünn- / Dickdarm [...]* waren Fälle mit bestimmten Prozeduren wie Naht an der Vena gastrica und der Vena mesenterica inferior, Segment- und Teilresektion von Jejunum und Ileum, Bypass-Anastomose von Dünndarm zu Dünndarm sowie Omentoplastik mit geringeren Kosten verbunden. Diese wurden aus der Splitbedingung der DRG G18A gestrichen und werden somit in die DRGs G18B und G18C verschoben.

In der DRG G19B *Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...], Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff* zeigten sich Fälle mit laparoskopischer oder sonstiger Kardioplastik oder andere, sonstige Rekonstruktionen am Magen mit laparoskopischem oder offen chirurgischem Zugang mit geringeren Kosten verbunden. Diese werden in der aG-DRG-Version 2020 aufwandsgerecht der DRG G19C zugeordnet.

Außerdem erfolgt eine kostengerechte Neubewertung von Fällen aus der Basis-DRG G19 *Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...]* mit Biopsien am Magen und Ösophagus durch Inzision, Myotomie des M. constrictor pharyngis, endoskopische Schwellendurchtrennung eines Zenker-Divertikels und lokaler Exzision/Destruktion von Gewebe am Pharynx in der Basis-DRG G21 *Komplexe Adhäsiolelyse am Peritoneum [...]* oder *bestimmte Operationen am Pharynx*.

In die Basis-DRG G10 werden *Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz* eingruppiert. Dabei zeigt sich die Prozedur für die partielle Resektion des Omentum in der Basis-DRG G10 mit geringeren Kosten verbunden. Die Fälle mit diesem Verfahren werden den DRGs G18B und G19C kostengerecht zugeordnet.

Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen

Die Basis-DRG G12 *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen* bildet als sogenannte operative „Reste“-DRG sowohl Eingriffe an den Verdauungsorganen als auch für die MDC 06 nicht typische Eingriffe wie beispielsweise Eingriffe an Gefäßen, Wunddebridement oder Hauttransplantationen ab. Die in dieser Basis-DRG gruppierungsrelevanten Prozeduren wurden hinsichtlich ihrer aufwandsgerechten Abbildung überprüft.

Im Ergebnis wurden innerhalb der Basis-DRG G12 Fälle mit bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane und des Peritoneums aus der DRG G12E der DRG G12D zugeordnet und aufgewertet.

Weniger aufwendige Prozeduren an abdominellen Gefäßen und der Papilla duodeni sowie laparoskopische Resektion von retroperitonealem Gewebe wurden innerhalb der Basis-DRG G12 neu zugeordnet (siehe Abb. 12).

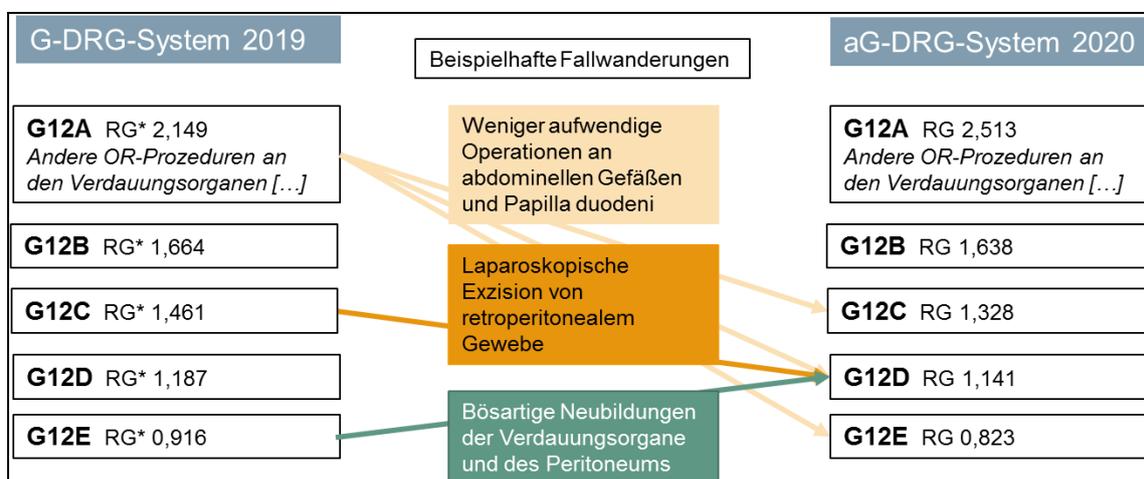


Abbildung 12: Umbauten „Reste“-DRG G12 (* nur zu Vergleichszwecken: Relativgewicht nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)

Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas

Wie in den vergangenen Jahren erfolgte eine Analyse und Neubewertung von Fällen und Leistungen der Basis-DRG H06 *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas*. Die Basis-DRG H06 ist eine operative „Reste“-DRG, in der aufwendige Fälle mit bestimmten Eingriffen und komplizierenden Faktoren in die DRGs H06A und H06B eingruppiert werden. Die Analysen der Daten des Jahres 2018 verdeutlichten, dass Fälle mit perkutaner (Ballon-) Angioplastie, Thrombolyse und Thrombektomie eines portosystemischen Shunts (TIPS) in der DRG H06C mit höheren Kosten verbunden waren. Im aG-DRG-System 2020 werden diese Fälle ihren Kosten entsprechend der DRG H06B zugeordnet und damit aufgewertet.

Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren

Analysen der Funktion „Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren“ in der Basis-DRG H33Z zeigten, dass Fälle mit Prozeduren für die Inzision der Leber mit geringeren Kosten verbunden sind. Im aG-DRG-System 2020 sind diese Prozeduren in der DRG H33Z

Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas nicht mehr gruppierungsrelevant.

Eingriffe an Pankreas und Leber

Fälle mit Inzision der Leber und Rekonstruktion der Leber mit Naht und blutstillender Umstechung (nach Verletzung) zeigten sich in der Basis-DRG H09 *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen* mit weniger Kosten verbunden und werden zukünftig nur noch bei äußerst schweren CC der Basis-DRG H09 zugeordnet. Ansonsten erfolgt eine Zuordnung zur Basis-DRG H07 *Cholezystektomie und wenig komplexe Eingriffe an Gallenblase, Gallenwegen, Leber*.

Des Weiteren zeigten sich Fälle mit lokaler Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber mittels offener oder sonstiger Keilexzisionen, offener, laparoskopischer und sonstiger lokaler Alkoholinjektionen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, offener hochfrequenzinduzierter Thermotherapie, offener, laparoskopischer oder sonstiger Destruktion durch Laser, offener irreversibler Elektroporation und sonstiger offener Exzision in der DRG H09A als weniger aufwendig als andere Fälle dieser DRG. Die entsprechenden Prozeduren sind dementsprechend im aG-DRG-System 2020 in der DRG H09A nicht mehr gruppierungsrelevant.

3.3.2.3 Augenheilkunde

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2020 wurden im Bereich der MDC 02 *Krankheiten und Störungen des Auges* erneut Vorschläge zur Verbesserung der sachgerechten Abbildung von Fällen mit ophthalmologischen Erkrankungen eingereicht.

So wurden nach Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren Fälle mit einer Kataraktoperation bei *anderenorts klassifizierten Krankheiten* (H28.-*) überprüft. Diese Fälle weisen in der Regel keine Augenerkrankung als Hauptdiagnose auf und werden somit nicht in die für die Katarakt-OP typischen DRGs der MDC 02 eingruppiert. Zur sachgerechten Abbildung dieser Fälle wurde eine Umleitung in der MDC 24 *Sonstige DRGs* etabliert, sodass Fälle mit operativem Eingriff am Auge und einer Verweildauer von weniger als acht Tagen zukünftig differenziert und kostenentsprechend in der MDC 02 *Krankheiten und Störungen des Auges* abgebildet werden (siehe Abb. 13).

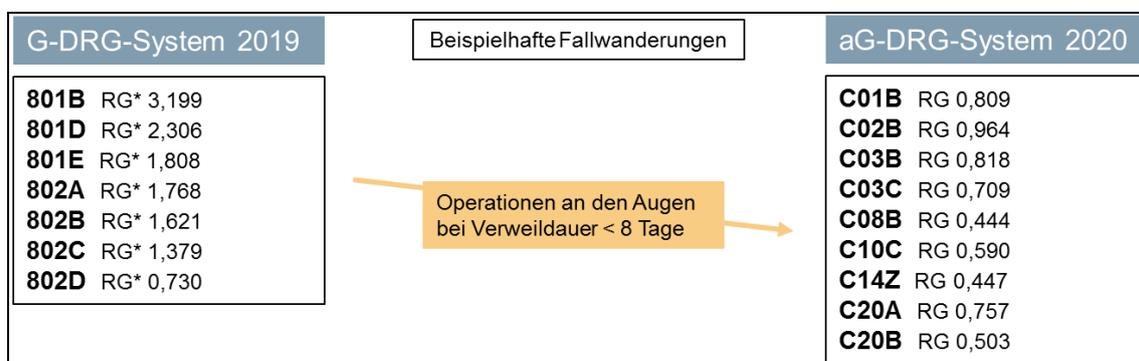


Abbildung 13: Umleitung aus der MDC 24 in die MDC 02: Beispielhafte Fallwanderungen (* nur zu Vergleichszwecken: Relativgewicht nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)

In der Basis-DRG C07 *Andere Eingriffe bei Glaukom* sind Fälle mit bestimmten Eingriffen bei Glaukom abgebildet. Nach Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren wurden Fälle in der DRG C07A mit *Senkung des Augeninnendruckes durch Aspiration am Trabekelwerk* bei Glaukom untersucht. Die Analyse bestätigte den Hinweis, dass der zusätzliche Aufwand für die Durchführung einer Trabekelwerkaspiration im Rahmen einer Katarakt-OP eine Gruppierung in die DRG C07A nicht rechtfertigt. Im Ergebnis erfolgte eine aufwandsentsprechende Abwertung der Fälle in die DRG C07B *Andere Eingriffe bei Glaukom [...] ohne komplexen Eingriff*.

Im Rahmen weiterer Analysen sind Fälle in den Basis-DRGs C08 *Extrakapsuläre Ex-traktion der Linse (ECCE) oder bestimmte andere Eingriffe am Auge* bzw. C14 *Andere Eingriffe am Auge* („Reste“-DRG) durch ihre abweichenden Kosten im Vergleich zu den anderen Fällen in der jeweiligen DRG aufgefallen. Es erfolgte eine kostenentsprechende Neuordnung von Fällen mit bestimmten Prozeduren für extrakapsuläre Ex-traktion der Linse (ECCE) aus der DRG C08B in die DRG C14Z. Des Weiteren werden Fälle mit Parazentese sowie mit bestimmter Vorderkammerspülung zukünftig sachgerecht in der Basis-DRG C08 anstatt in der „Reste“-DRG C14Z abgebildet.

Weiterhin erfolgte eine kostenentsprechende Abwertung von Fällen mit Revision eines Orbitaimplantats und den entsprechenden unspezifischen Codes aus der Basis-DRG C02 *Enukleationen und Eingriffe an der Orbita [...]* in die Basis-DRG C03 *Eingriffe an der Retina [...]* oder *Eingriffe an der Orbita*.

Aufgrund eines fehlenden Kostenunterschieds wurden die DRGs C63Z *Andere Erkrankungen des Auges* und C66Z *Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus* zur DRG C63Z *Andere Erkrankungen des Auges oder Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus* kondensiert.

3.3.2.4 Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma

In der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* finden sich Fälle mit Hauteingriffen oder mit Operationen an der Mamma. Im diesjährigen Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2020 (Vorschlagsverfahren 2020) betrafen die Vorschläge hauptsächlich die Fälle mit Eingriffen an der Haut und Unterhaut. Dennoch konnten nach internen Analysen auch einige Anpassungen im Bereich Mamma-Eingriffe erfolgen.

Lymphödem und Lipödem

Aus dem Vorschlagsverfahren 2020 gab es Hinweise, dass Fälle mit Lymphödem und Lipödem Stadium II und III verschiedener Ursachen und Lokalisationen bei nicht operativer Behandlung in der DRG J61C *Schwere Erkrankungen der Haut [...]* nicht kostengerecht abgebildet sind.

Thematisiert wurden für diese Patientengruppe u.a. hohe Aufwände für physiotherapeutische Maßnahmen und Patientenschulungen. Allerdings war auf Basis der kodierten physiotherapeutischen Leistungen, sofern diese überhaupt im OPS präzise kodierbar sind, bei uneinheitlichen Kosten, unzureichenden Fallzahlen und des vorliegenden Krankenhaus-Mixes kein Umbau möglich.

Nach Analyse stellte sich heraus, dass die mittleren Kosten der Fälle mit Lipödem und Lymphödem ab Stadium II in der DRG J61C eine Höhergruppierung der entsprechenden Diagnosen in die DRG J61B rechtfertigen.

Über den Vorschlag hinaus wurden bei vergleichbaren Kosten auch die Diagnosen für das hereditäre Lymphödem Stadium II und III aufgewertet (zuvor in DRG J67Z) (siehe Abb. 14).

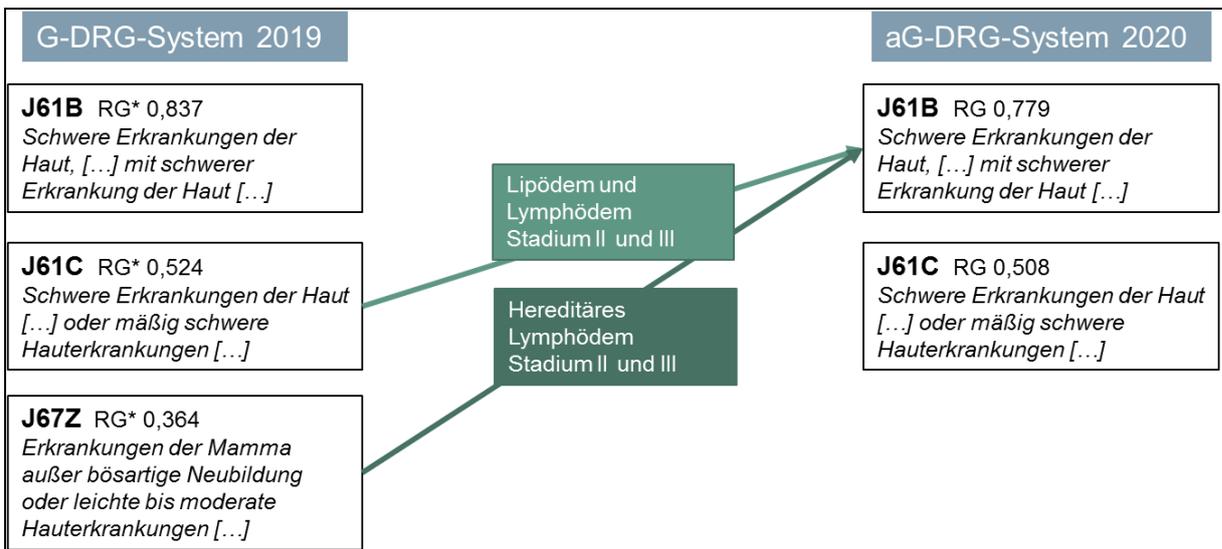


Abbildung 14: Aufwertung des Lymph- und Lipödems (* nur zu Vergleichszwecken: Relativgewicht nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)

In diesem Rahmen wurden auch operative Verfahren in der Behandlung des Lymphödems überprüft. Im Vorschlagsverfahren 2020 gab es Hinweise zu mikrochirurgischen Operationen an Lymphgefäßen wie Anastomose von Lymphgefäßen zur Beseitigung eines Lymphödems sowie die Transplantation oder Transposition von Lymphgefäßen, die in der Basis-DRG J11 *Andere Eingriffe an Haut [...]* nicht sachkostengerecht abgebildet sind. Diese konnten nach Analyse kostenentsprechend in die J07A *Kleine Eingriffe an der Mamma [...]* aufgewertet werden (siehe Abb. 15).

Hingegen zeigten sich operative Eingriffe bei Lipödem auch in diesem Jahr als sachgerecht vergütet.

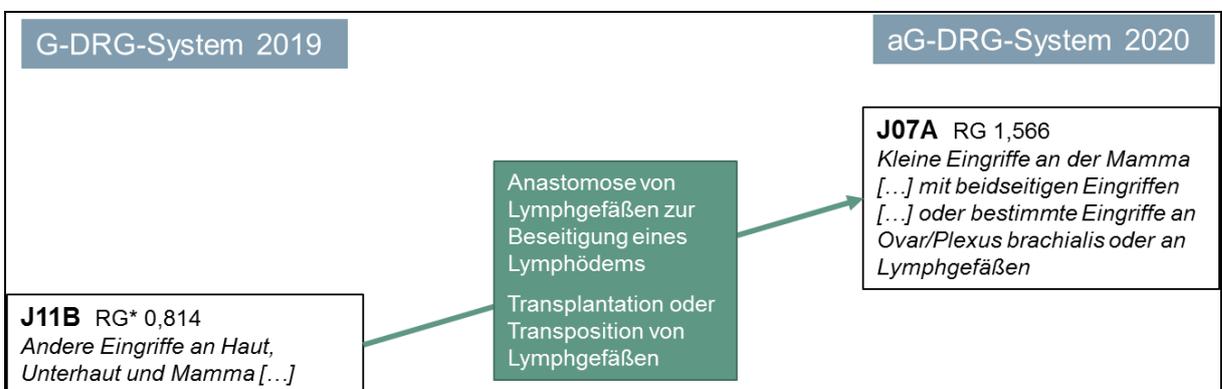


Abbildung 15: Aufwertung von Operationen an den Lymphgefäßen (* nur zu Vergleichszwecken: Relativgewicht nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)

Eingriffe an der Haut und Unterhaut

In der DRG J02A *Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extremität [...]* zeigten sich die bisher als Splitkriterium verwendeten Diagnosen für chronische Para-/Tetraplegien und -paresen nicht mehr als geeignete Kostentrenner.

Zukünftig erfolgt eine kostenentsprechende Abbildung dieser Fälle in der DRG J02B.

In der Basis-DRG J08 *Bestimmte Hauttransplantation oder Debridement [...]* waren die Prozeduren für Inzisionen an Muskel, Sehne und Faszie längs und quer an Kopf und Hals sowie verschiedene großflächige Lappenplastiken an Brustwand und Rücken mit geringeren Kosten verbunden. Die kostengerechte Neuordnung erfolgt in den Basis-DRGs J22 bzw. J25.

Wie schon für das G-DRG-System 2019 befassten sich die internen Analysen auch für das aG-DRG-System 2020 u.a. mit der „Reste“-DRG der MDC 09, der Basis-DRG J11 *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma*. In diese Basis-DRG werden Fälle mit operativen Verfahren eingruppiert, die in der MDC 09 nicht spezifisch zugeordnet werden. Dadurch entsteht eine Misch-Basis-DRG verschiedener Fallkollektive. Im Rahmen der klassifikatorischen Analysen erfolgten weitere intensive Umstrukturierungen in der „Reste“-DRG J11.

Die Überprüfung der gruppierungsrelevanten Prozeduren hinsichtlich ihrer aufwandsgerechten Abbildung in der gesamten Basis-DRG J11 ergab für 2020 aufwandsentsprechende Neuordnungen bestimmter Leistungen (siehe Abb. 16).

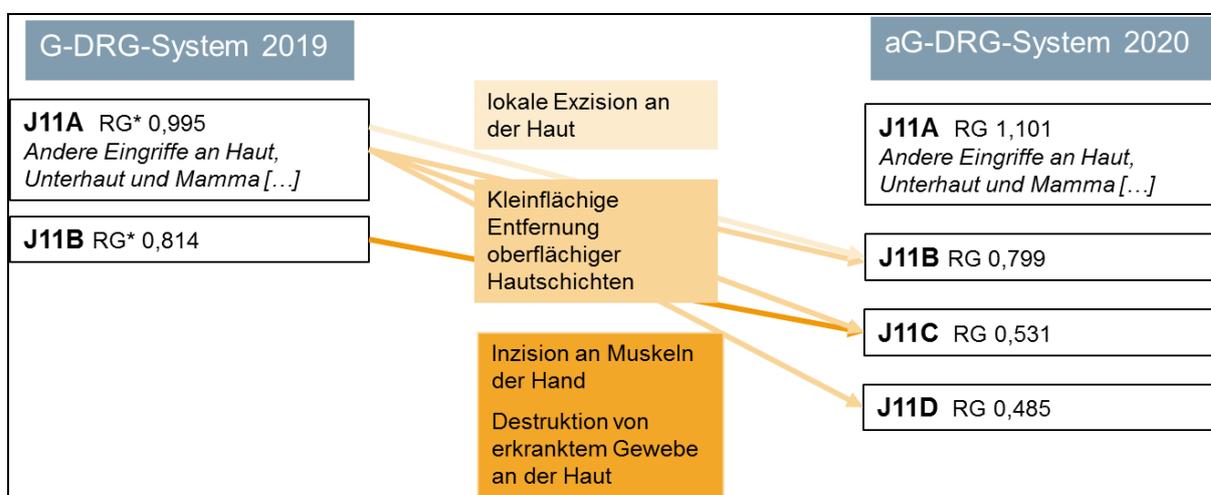


Abbildung 16: Umbauten in der „Reste“-DRG J11 (* nur zu Vergleichszwecken: Relativgewicht nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)

Erkrankungen der Haut und Unterhaut

Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren 2020 zeigten, dass Fälle in der DRG J64B *Bestimmte Infektion/Entzündung der Haut und Unterhaut [...]* mit bestimmten Diagnosen mit niedrigeren Kosten verbunden sind als andere Fälle dieser DRG, wie z.B. Impetigo contagiosa, Hautabszess, Furunkel und Karbunkel verschiedener Lokalisationen, Phlegmone verschiedener Lokalisationen und Lymphangitis.

Es erfolgte eine kostengerechte Abbildung durch Split der DRG J64B und Eingruppierung dieser Diagnosen in die neue DRG J64C mit Ausnahme von Patienten jünger als 6 Jahre (siehe Abb. 17).

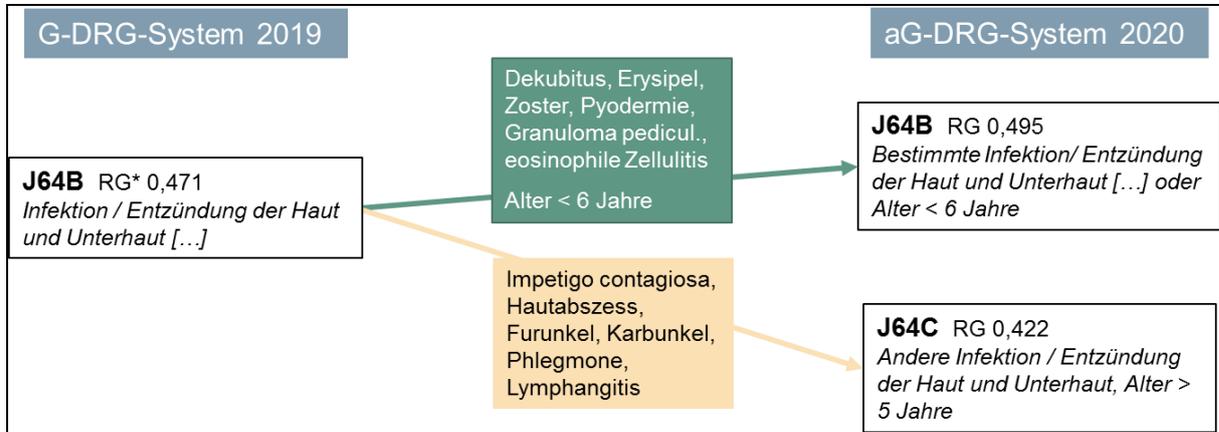


Abbildung 17: Neue DRG J64C (* nur zu Vergleichszwecken: Relativgewicht nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)

Außerdem erfolgte eine Differenzierung der DRG J67Z *Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte bis moderate Hauterkrankungen* durch Trennung nach weniger schwerwiegenden Hauterkrankungen durch Split der DRG J67Z in die DRG J67A *Bestimmte Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder moderate Hauterkrankungen* und DRG J67B *Andere Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte Hauterkrankungen* (siehe Abb. 18).

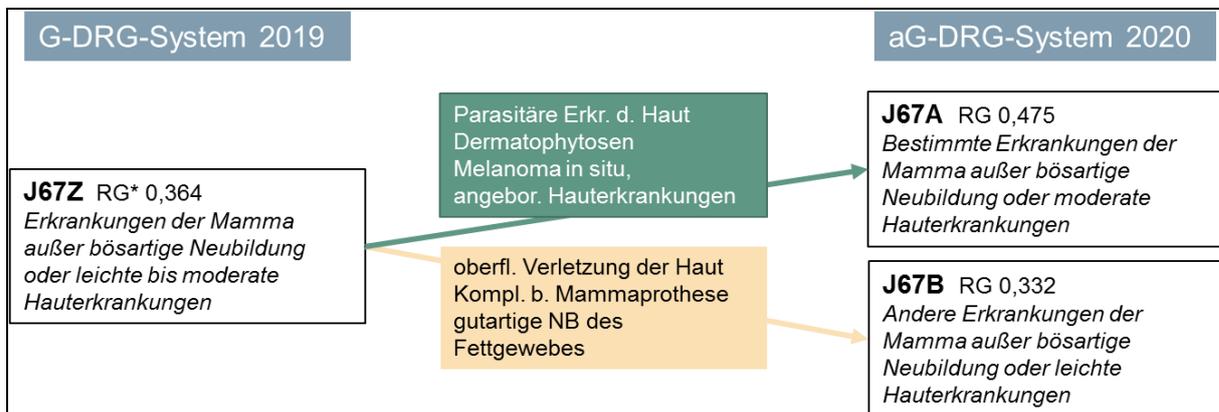


Abbildung 18: Neue DRGs J67 A und B (* nur zu Vergleichszwecken: Relativgewicht nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)

Hingegen zeigte sich die bisherige Diagnosebedingung der DRG J65A *Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma [...]* als nicht mehr kostentrennend. Hier wurde stattdessen eine neue explizite Ein-Belegungstag-DRG etabliert.

Eingriffe an der Mamma

In Bezug auf Eingriffe an der Mamma wurden innerhalb der Basis-DRG J07 *Kleine Eingriffe an der Mamma [...]* aufwandsentsprechende Neuordnungen bestimmter Leistungen vollzogen. Die Fälle mit partieller brusterhaltender Resektion von Mammagewebe, Exzision und Rekonstruktion der Brustwarze oder Duktektomien werden aus der DRG J07B in die DRG J07C verschoben und abgewertet. Andererseits werden Fälle mit Prozeduren für Neurolyse und Dekompression des Plexus brachialis bei höheren Fallkosten zukünftig der DRG J07A zugeordnet (siehe Abb. 19).

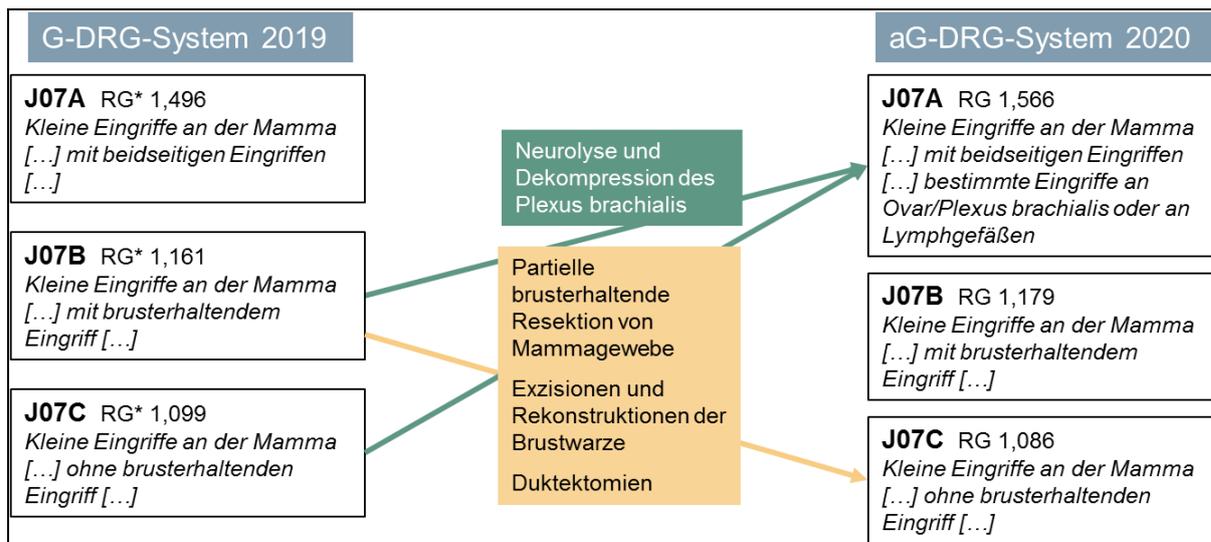


Abbildung 19: Umbauten von Eingriffen an der Mamma (* nur zu Vergleichszwecken: Relativgewicht nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)

3.3.2.5 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen

Innerhalb der MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen* ist typischerweise ein hoher Anteil von operativen Fällen mit verschiedenen Eingriffen an der Schilddrüse verbunden. Nach den medizinischen Basis-DRGs K62 *Verschiedene Stoffwechselerkrankungen* und K60 *Diabetes mellitus [...]* ist die Basis-DRG K06 *Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus* die fallzahlstärkste operative Basis-DRG der MDC 10.

Die Abbildung von Fällen innerhalb der Basis-DRG K06 ist in vier DRGs ausdifferenziert, wobei z.B. Fälle mit bestimmter intensivmedizinischer Komplexbehandlung oder mit einer bösartigen Neubildung und äußerst schweren CC der höchstbewerteten DRG K06A *Eingriffe an Schilddrüse [...]* mit *IntK > 392 / 368 / - Punkte oder bei BNB [...]* zugeordnet sind. Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung erfolgte anhand der Kalkulationsdaten des Jahres 2018 eine Präzisierung der Zuordnung von Prozeduren zu einzelnen DRGs dieser Basis-DRG. So wird im aG-DRG-System 2020 z.B. die Prozedur für eine *Hemithyreoidektomie mit Parathyreoidektomie* der DRG K06C statt der DRG K06B zugeordnet. Die betroffenen Fälle werden damit entsprechend ihren Kosten abgewertet. Neben den Eingriffen an der Schilddrüse sind seit einigen Jahren in der Basis-DRG K06 auch Fälle mit bestimmten weniger aufwendigen Lymphadenektomien bei endokrinen Erkrankungen abgebildet, z.B. mit der Prozedur für eine *radikale zervika-*

le Lymphadenektomie selektiv, 1 Region. Aufwendigere Lymphadenektomien sind der DRG K14Z *Andere Eingriffe an der Nebenniere oder ausgedehnte Lymphadenektomie* zugeordnet. Für das aG-DRG-System 2020 zeigte es sich jedoch als sachgerecht, aus dieser DRG auch die Prozedur für eine *radikale zervikale Lymphadenektomie selektiv, 2 Regionen* in die DRG K06B zu verschieben und somit kostenentsprechend neu zuzuordnen.

In Abbildung 20 sind alle Neuuzuordnungen der signifikanten Prozeduren innerhalb der Basis-DRG K06 dargestellt:

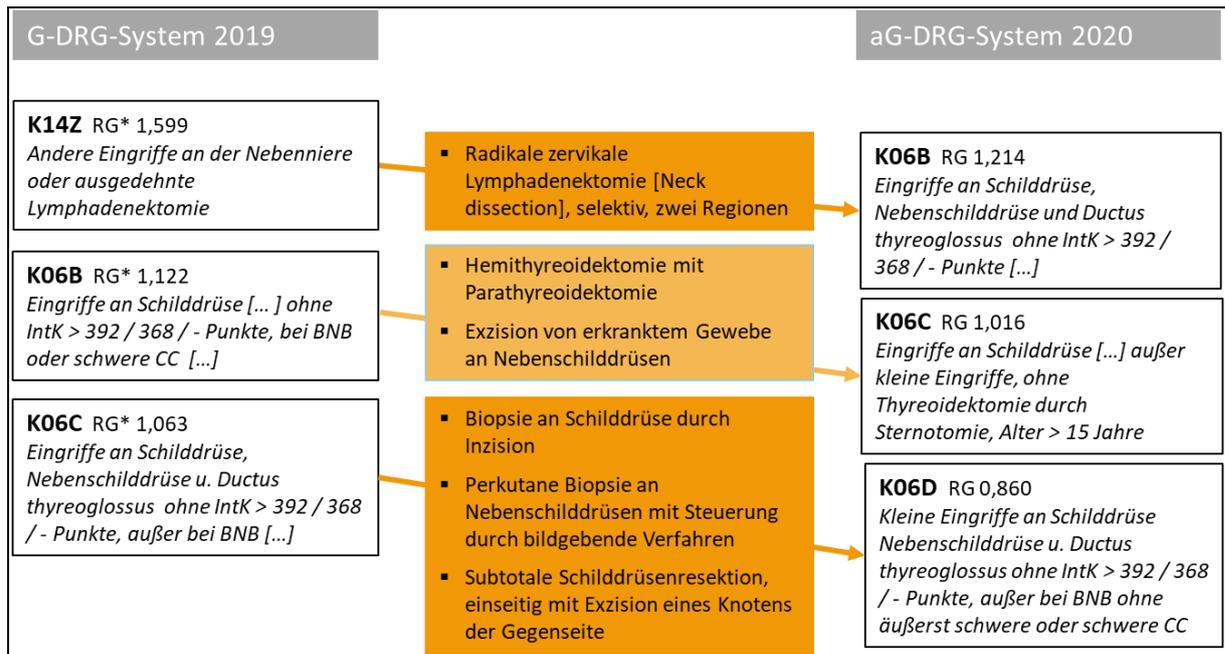


Abbildung 20: Änderungen innerhalb der Basis-DRG K06 (* nur zu Vergleichszwecken: Relativgewicht nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)

Fälle mit Radiojodtherapien oder anderen Strahlentherapien und mehr als einem Belegungstag sind bei endokrinen oder Stoffwechselerkrankungen in der Basis-DRG K15 *Strahlentherapie [...], mehr als ein Belegungstag* abgebildet. Bei der fünffachen Ausdifferenzierung dieser Basis-DRG spielen vor allem die Komplexität einer Radiojodtherapie, wie z.B. Dosis, mit/ohne rekombinantes Thyreotropin, sowie verschiedene strahlentherapeutische Verfahren und Erkrankungen bei einer bösartigen Neubildung (BNB) eine Rolle.

Für das aG-DRG-System 2020 wurden aus der DRG K15B *Strahlentherapie [...] ohne hochkomplexe Radiojodtherapie* in die niedriger bewertete DRG K15C *mit mäßig komplexer Radiojodtherapie, bei bösartiger Neubildung* einige Prozeduren für bestimmte nuklearmedizinische Verfahren verschoben, und zwar:

- *Intravenöse Radioliganden-Therapie*
- *Intravenöse Therapie mit radioaktiven rezeptorgerichteten Substanzen*
- *Sonstige Therapie mit offenen Radionukliden*
- *Andere nuklearmedizinische Therapie*

Fälle mit diesen Prozeduren zeigten im Datenjahr 2018 deutlich niedrigere Kosten und auch eine niedrigere Verweildauer gegenüber den übrigen Fällen der DRG K15B. Die sachgerechte Abwertung dieser Fälle durch ihre zukünftige Abbildung in der DRG K15C *Strahlentherapie [...] mit mäßig komplexer Radiojodtherapie bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmter nuklearmedizinischer Therapie* brachte noch in höherem Maße als im Vorjahr die Tatsache zum Ausdruck, dass innerhalb der Basis-DRG K15 eine Differenzierung und auch Sortierung bei unterschiedlichen Verweildauern und Sachkostenanteilen der einzelnen DRGs nicht eindimensional möglich sind. Den Unterschied der Bewertungsrelationen und der mittleren Verweildauern zwischen den DRGs K15A und K15B verdeutlicht Tabelle 16.

DRG		G-DRG 2019		G-DRG 2020	
		RG*	Mittlere Verweildauer	RG	Mittlere Verweildauer
K15A	<i>Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Radiojodtherapie</i>	1,045	3,3	0,994	3,1
K15B	<i>Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Radiojodtherapie</i>	0,853	6,4	1,304	10,4
K15C	<i>Strahlentherapie [...] mit mäßig komplexer Radiojodtherapie bei bösartiger Neubildung oder mit best. nuklearmedizinischer Th.</i>	0,726	3,4	0,778	3,4

Tabelle 16: Änderung der Bewertungsrelation und der Verweildauer in der DRG K15B (* nur zu Vergleichszwecken: Relativgewicht nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)

In der medizinischen Partition der MDC 10 werden Fälle mit einer bösartigen Neubildung an Schilddrüse, Nebenschilddrüse oder Hypophyse in der vierfach ausdifferenzierten Basis-DRG K64 *Endokrinopathien* abgebildet. Im G-DRG-System 2019 resultiert beispielsweise für Fälle mit einer bösartigen Neubildung an der Schilddrüse bei Alter > 5 Jahre ohne bestimmte intensivmedizinische Komplexbehandlung und ohne äußerst schwere CC die Eingruppierung in die DRG K64D. Der DRG K64C werden Fälle bei einer bösartigen Neubildung an Nebenniere bzw. an mehreren endokrinen Drüsen zugeordnet. Für das aG-DRG-System 2020 erfolgte eine Erweiterung der Bedingung der DRG K64C. Zukünftig werden in die DRG K64C *Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC [...] oder Alter < 18 Jahre bei bösartiger Neubildung* alle Fälle bei einer BNB an endokrinen Organen bei Alter < 18 Jahre eingruppiert und somit sachgerecht aufgewertet.

3.3.2.6 Extremkosten

Mit § 17b Abs. 10 KHG hat der Gesetzgeber die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene dazu aufgefordert, das InEK mit der systematischen Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern zu beauftragen. Seit 2014 liegt der Fokus bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems neben der sachgerechten Vergütung der DRG-Fallpauschalen deshalb verstärkt auch auf der Kosten- und Erlössituation der Kostenausreißer („Extremkostenfälle“). In den seit vier Jahren jährlich veröffentlichten Extremkostenberichten wird transparent und umfassend die Vorgehensweise zur Ermittlung und Analyse von

Extremkostenfällen erläutert sowie auf verbesserte Abbildungen dieser Fälle im G-DRG-System eingegangen. Wie dort dargestellt, können Veränderungen in der G-DRG-Klassifikation einen erheblichen Beitrag zur verbesserten Abbildung der Extremkostenfälle leisten. Selbstverständlich beeinflusst umgekehrt auch die Betrachtung der Extremkostenfälle die Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation selbst. Wie bereits in den vergangenen Jahren ist auch die diesjährige Weiterentwicklung des G-DRG-Systems in starkem Maße durch Erkenntnisse aus den Extremkostenanalysen geprägt. Für jeden möglichen Klassifikationsumbau ist neben den Auswirkungen auf die Gesamtvergütung u.a. auch die Bedeutung für die sachgerechte Finanzierung der Kostenausreißer zu untersuchen. Dabei können Klassifikationsveränderungen mit Blick auf die Abbildung der Extremkostenfälle gleichgerichtete oder gegenläufige Auswirkungen haben.

Aufgrund verschiedener Faktoren (z.B. Änderungen in der Kodierung, generelle Seltenheit bestimmter Krankheitsverläufe in den Kalkulationsdaten, Schiefelage der Kalkulationsstichprobe, Integration von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Zusatzentgelten) finden sich im G-DRG-System immer wieder Konstellationen, die entweder wegen der absoluten Höhe ihrer Kosten oder einer gewissen Unter- oder Überdeckung in ihrer jeweiligen DRG auffallen. Nach diesen Extremkostenfällen wird in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser in jedem Jahr gezielt gesucht und eine verbesserte Abbildung angestrebt. Wie in den Vorjahren wurde auch im Rahmen der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für 2020 darüber hinaus das Augenmerk auf Extremkostenausreißer im Sinne des Extremkostenberichts gelegt. Insgesamt handelt es sich häufig um verschiedene, sehr außergewöhnliche Fallkonstellationen, bei deren Identifizierung u.a. Analysen in über die nach §-21-Daten hinausgehenden Fallinformationen sowie ergänzende Datenlieferungen notwendig sind. Dabei gestaltet sich die klassifikatorische Abbildung von Extremkostenfällen in vielen DRGs als zunehmend schwierig, da die in der Regel sehr aufwendigen und teuren Fälle zwar eine Vielzahl von Attributen bzw. Leistungen aufweisen, mitunter jedoch mit sehr kleinen Fallzahlen.

Die Abbildung von Kostenausreißern kann neben systematischen Ansätzen wie z.B. Anpassungen bei der Abbildung von Kindern (siehe Kap. 3.3.2.29), Anpassungen im Bereich der intensivmedizinischen Versorgung (siehe Kap. 3.3.2.15) oder Anpassungen im Schweregrad-System (CCL-Matrix, siehe Kap. 3.3.1.4) auf viele weitere Weisen verbessert werden, z.B. durch Veränderungen der G-DRG-Klassifikation mit direkter Zuordnung hochteurer Fälle zu entsprechend höher bewerteten DRGs oder indirekt durch die Präzisierung von DRG-Definitionen mit konsekutiver Aufwertung der in der DRG verbleibenden Fälle (z.B. „Differenzierung am unteren Ende einer Basis-DRG“). Auch eine differenziertere Anwendung der etablierten Kalkulationsmethodik (z.B. angepasste Langlieger-Zuschläge im Bereich Kinderonkologie) oder ergänzende Vergütungselemente (wie z.B. ZE, NUB, unbewertete DRGs) können hilfreich sein, um Extremkostenfälle besser abzubilden. Während die auch in diesem Jahr wieder verfolgten systematischen Ansätze bereits in den Abschlussberichten zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für die Jahre 2018 und 2019 detailliert aufgeführt wurden, werden in diesem Jahr im Folgenden exemplarisch Beispiele für die *weiteren* Ansätze benannt.

Ein Beispiel für eine direkte Aufwertung hochteurer Fallkonstellationen findet sich in der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*. Dort sind in der Basis-DRG B02 *Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation* auch Kinder abgebildet, die aufgrund einer bösartigen Neubildung – intrazerebral oder an der Schädelbasis – neurochirurgisch operiert werden mussten. Analysen in den aktuellen Daten zeigten eine Unterdeckung bestimmter Konstellationen. Trotz vergleichsweise geringer Fallzahl konnte für das aG-DRG-System 2020 für derartige Fälle mit einem intraoperativen neu-

rophysiologischen Monitoring eine Abbildung in der höher bewerteten DRG B02B umgesetzt werden.

Auch im Bereich der Abdominalchirurgie fanden sich im Rahmen der Extremkostenanalysen vereinzelt Fälle mit teuren, hochkomplexen Eingriffen, deren Erlöse die Kosten nicht deckten. In der Basis-DRG G03 *Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...]* zeigte sich, dass Fälle mit pyloruserhaltender partieller Pankreaskopfresektion wie auch Fälle mit endoösophagealer Vakuumtherapie nicht sachgerecht abgebildet sind. Auch in den Basis-DRGs G18 *Bestimmte Eingriffe an Dünn- / Dickdarm [...]* und G19 *Andere Eingriffe an Magen [...]* gab es derartige Konstellationen. Fälle mit aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung, bestimmter Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder endoösophagealer Vakuumtherapie konnten letztlich aufgewertet werden.

Darüber hinaus stellt ein nennenswerter Teil der Veränderungen in der G-DRG-Klassifikation für 2020 in gewissem Umfang auch „Extremkostenumbauten“ dar, die in den jeweiligen Abschnitten zu den einzelnen Themengebieten detailliert beschrieben werden.

Ferner ist auf den sechsten Extremkostenbericht hinzuweisen, der Anfang 2020 vom InEK veröffentlicht werden wird.

3.3.2.7 Gastroenterologie

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

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

Laparoskopische Cholezystektomie

Von der Fachgesellschaft wurde thematisiert, dass sich die Behandlung von Patienten mit Gallen(gangs)steinen geändert hat. In der Vergangenheit wurden Patienten nach erfolgreicher endoskopischer Entfernung der Gallengangssteine häufig erst vier bis sechs Wochen später zur (laparoskopischen) Gallenblasenentfernung (Cholezystektomie) einbestellt. Dementsprechend erfolgte in der Regel die Abrechnung zweier DRGs, typischerweise aus den Basis-DRGs H41 *ERCP oder bestimmte endoskopische Eingriffe* und H08 *Laparoskopische Cholezystektomie*. Gemäß aktueller Leitlinie wird eine (laparoskopische) Gallenblasenentfernung aber möglichst innerhalb von 72 Stunden nach erfolgreicher endoskopischer Steinentfernung empfohlen. Dies bedeutet im G-DRG-System 2019 in der Regel eine Eingruppierung in eine Fallgruppe der Basis-DRG H08. Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung erfolgte eine eingehende Analyse der beschriebenen Fälle. Es zeigte sich, dass Fälle mit laparoskopischer Cholezystektomie und Steinentfernung mit deutlich höheren Kosten verbunden waren als andere Fälle

dieser DRG. Gemäß dem Vorschlag der Fachgesellschaft werden diese Fälle im aG-DRG-System 2020 einer neu etablierten, für diese Fälle spezifischen DRG (H08B) zugeordnet. Die Analysen der Fälle der Basis-DRG H08 verdeutlichten darüber hinaus, dass die Behandlung von Kindern mit einem Alter unter 12 Jahren ebenfalls mit höheren Kosten verbunden ist. Die entsprechenden Fälle werden ebenfalls der neuen DRG H08B *Laparoskopische Cholezystektomie [...], Alter < 12 Jahre oder mit laparoskopischer Steinentfernung* zugeordnet (siehe Abb. 21).

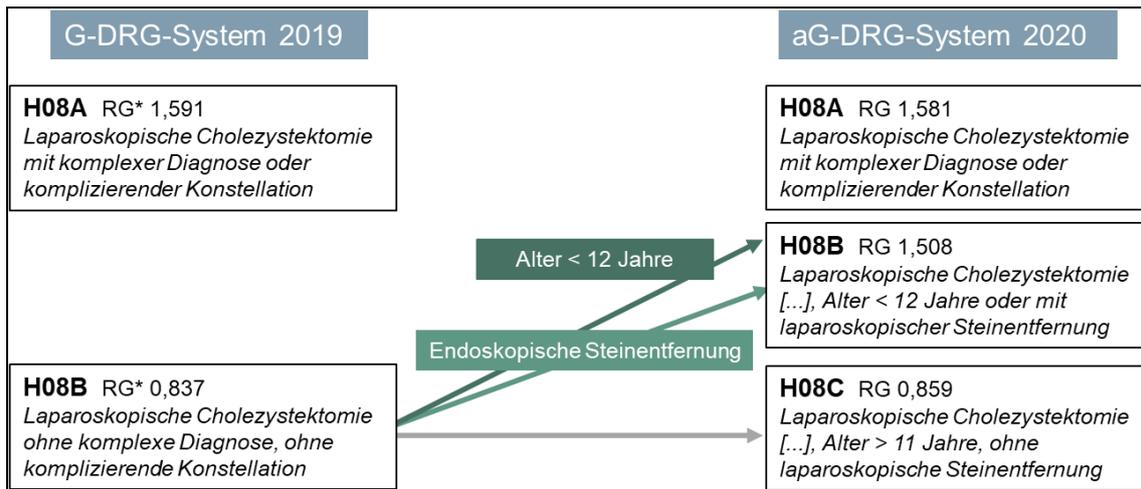


Abbildung 21: Etablierung der neuen DRG H08B *Laparoskopische Cholezystektomie [...], Alter < 12 Jahre oder mit laparoskopischer Steinentfernung* (* nur zu Vergleichszwecken: Relativgewicht nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)

ERCP und bestimmte endoskopische Eingriffe

Im G-DRG-System 2019 werden Behandlungsfälle der MDC 07 mit endoskopischer Sondierung oder Behandlung der Gallenwege oder des Pankreasganges je nach Behandlungsaufwand in die fünffach ausdifferenzierte Basis-DRG H41 *ERCP* eingruppiert. Aufwendige Fälle z.B. mit Zugang durch retrograde Endoskopie, Radiofrequenzablation und endoskopische Stentimplantation oder äußerst schweren CC oder Kinder sind den DRGs H41A, H41B und H41C zugeordnet. Der überwiegende Anteil der Fälle ist dagegen in den DRGs H41D und H41E abgebildet.

Auf Basis von Hinweisen der Fachgesellschaft wurden Fälle mit diagnostischer Cholangioskopie der Gallenwege proximal der Hepatikusgabel oder direkter Endoskopie des Pankreasganges innerhalb der Basis-DRG H41 eingehend, erstmals auf Basis der für den OPS Version 2018 eingeführten spezifischen Codes, analysiert. In der DRG H41D zeigten sich die Fälle mit höheren Kosten verbunden und werden ihren Kosten entsprechend im aG-DRG-System 2020 auch ohne weitere aufwendige ERCP in die DRG H41C *Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, [...]* eingruppiert und damit aufgewertet (Abb. 22). Im Rahmen dieser Neuordnung erfolgte des Weiteren wie von der Fachgesellschaft vorgeschlagen eine Gleichstellung der entsprechenden, ebenfalls erst seit 2018 spezifisch kodierbaren therapeutischen Verfahren (therapeutische Endoskopie des Pankreasganges bzw. therapeutische direkte Endoskopie der Gallenwege proximal der Hepatikusgabel) mit den genannten diagnostischen Verfahren.

Die weiteren Analysen von Fällen der DRG H41D verdeutlichten, dass der Wechsel von nicht selbstexpandierenden Prothesen, die Einlage oder der Wechsel von einem selbstexpandierenden ungecoverten Stent an den Gallengängen, bestimmte Destruktion an Leber und Gallengängen sowie die Entfernung von alloplastischem Material mit geringeren Kosten verbunden war. Im aG-DRG-System 2020 werden die betroffenen Fälle der DRG H41E *Andere ERCP ohne bestimmte ERCP, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff, ohne Radiofrequenzablation mit endoskopischer Stentimplantation* zugeordnet. Infolgedessen wurden die verbleibenden Fälle der DRG H41D wie bereits im letzten Jahr aufgewertet (siehe Abb. 22).

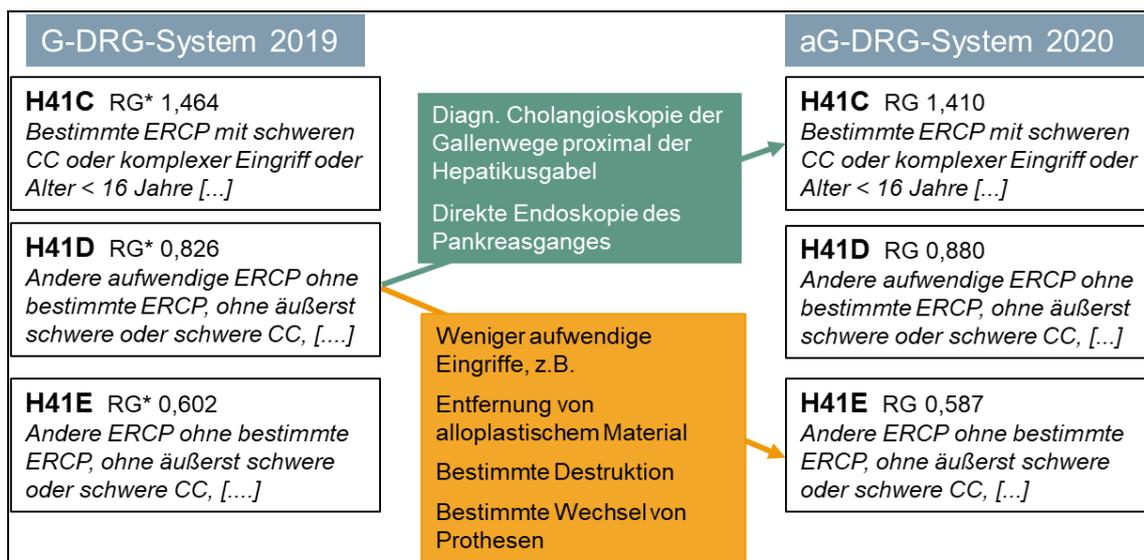


Abbildung 22: Basis-DRG H41 ERCP oder bestimmte endoskopische Eingriffe – Ergebnisse der Weiterentwicklung für das aG-DRG-System 2020 (* nur zu Vergleichszwecken: Relativgewicht nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)

Endoskopie in der MDC 06

Im Vorschlagsverfahren erreichten uns wieder zahlreiche Hinweise zur Abbildung endoskopischer Leistungen in der MDC 06. Thematisiert wurde dabei u.a. die Abbildung von Fällen mit endoskopischer Submukosadisektion (ESD) am Dickdarm und Rektum. Dieses Verfahren kann mittels OPS spezifisch und differenziert nach Lokalisation verschlüsselt werden. Hingewiesen wurde dabei auf die hohen Materialkosten für dieses Verfahren, die unabhängig von der behandelten Lokalisation entstehen. Die Behandlung der Patienten mit ESD am Dickdarm oder Rektum werde zudem überwiegend als Tagesfall durchgeführt. Aufgrund des hohen Sachkostenanteils der Leistung seien die betroffenen Fälle im G-DRG-System aber nicht sachgerecht vergütet. Bereits für die G-DRG-Version 2019 konnte der Code für die endoskopische Submukosadisektion am Rektum (OPS 5-482.11) in die Basis-DRG G47 *Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe* aufgenommen und damit die Abbildung der Lokalisation Dickdarm in der MDC 06 gleichgestellt werden. In den diesjährig durchgeführten Analysen zeigten lediglich Fälle mit einer endoskopischen Submukosadisektion am Dickdarm (OPS 5-452.64 und 5-452.74) höhere Kosten, sodass diese in Kombination mit einer Verweildauer von einem Belegungstag in die DRG G47A [...] oder mit endoskopischer submukosaler Dissektion am Dickdarm, ein Belegungstag aufgewertet werden konnten.

Thematisiert wurde darüber hinaus im Vorschlagsverfahren auch die Abbildung von Fällen mit Polypektomie durch Schlinge oder durch endoskopische Mukosaresektion im Bereich des Dickdarms, wenn die Fälle aufgrund ihrer Hauptdiagnose der Basis-DRG G67 *Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane [...]* zugeordnet werden. Auch hier wurde besonders für Tagesfälle eine nicht sachgerechte Vergütung in den DRGs G67B und G67C beschrieben. Für die Kodierung von Polypektomien durch Schlinge bzw. einer endoskopischen Mukosaresektion des Dickdarms existieren im OPS spezifische Prozeduren, die sowohl nach der Anzahl der entfernten Polypen als auch nach der Durchführung in Push- bzw. Push-and-pull-back-Technik differenziert sind. In der G-DRG-Version 2019 sind diese Codes allerdings nur in der Basis-DRG G48 *Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung* gruppierungsrelevant, sofern das Alter < 15 Jahre beträgt oder äußerst schwere oder schwere CC vorliegen. Die durchgeführten Analysen führten zu einer Aufwertung der Prozeduren für Polypektomie durch Schlinge und für endoskopische Mukosaresektion am Dickdarm (therapeutische Koloskopie) in der Basis-DRG G67 für Fälle, bei denen während des stationären Aufenthalts auch eine komplexe therapeutische oder andere Gastroskopie durchgeführt wurde. Ab 2020 werden dadurch zum einen Fälle der DRG G67C in die DRG G67B aufgewertet. Zum anderen wird die beschriebene Kombination von Prozeduren bei einer Verweildauer von einem Belegungstag ab 2020 der DRG G67A zugeordnet (siehe Abb. 23).

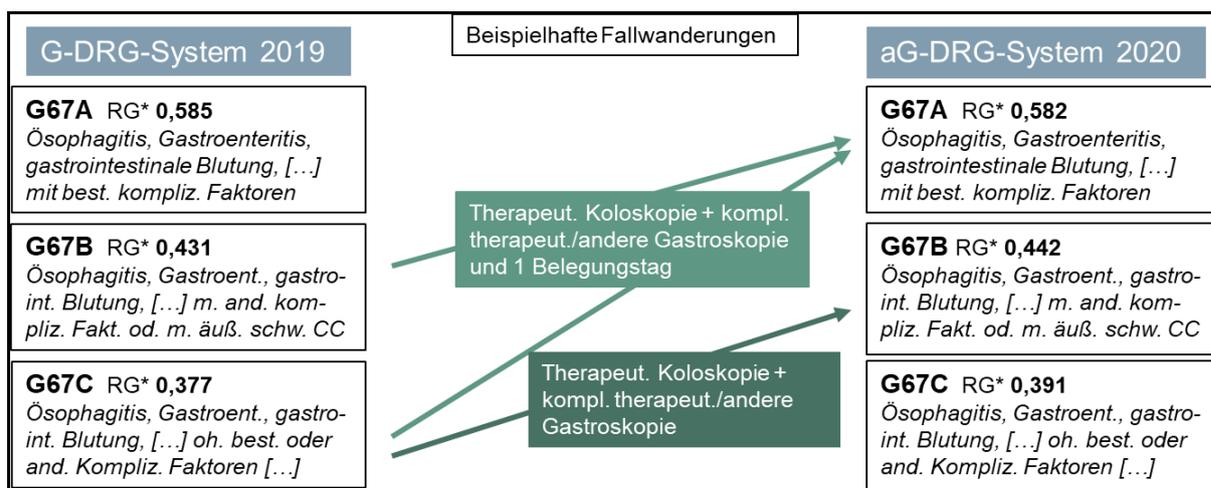


Abbildung 23: Aufwertung von Fällen mit therapeutischer Koloskopie am Dickdarm innerhalb der Basis-DRG G67 (* nur zu Vergleichszwecken: Relativgewicht nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)

Aufgrund eines Hinweises im Vorschlagsverfahren wurde auch die Abbildung von Fällen mit *Ösophago-Gastromyotomie [Kardiomyotomie]* (OPS 5-420.2) untersucht. Als problematisch wurde hier gesehen, dass bei der Durchführung über einen endoskopischen Zugang mit der DRG G46B *Komplexe therapeutische Gastroskopie mit schw. CC od. and. Gastroskopie bei auß. schw. CC, bei schw. Krankh. der Verd.organe [...]* die Leistung gemäß G-DRG-Version 2019 besser vergütet wurde als bei Durchführung über einen laparoskopischen Zugang, der zu einer Abbildung der Fälle in der DRG G19C *Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...], ohne IntK > - / 368 / - Punkte, ohne komplexen Eingriff* führt. Neben der Prozedur für die endoskopische Ösophago-Gastromyotomie wurde zusätzlich auch die Abbildung von Fällen mit einer endoskopischen Ösophagomyotomie untersucht. Bei beiden Leistungen zeigte sich,

dass die betroffenen Fälle in der DRG G46B mit geringeren Kosten verbunden waren. Soweit keine schwere Krankheit der Verdauungsorgane vorliegt, werden diese Verfahren ab dem aG-DRG-System 2020 in der DRG G46C abgebildet (siehe Abb. 24).

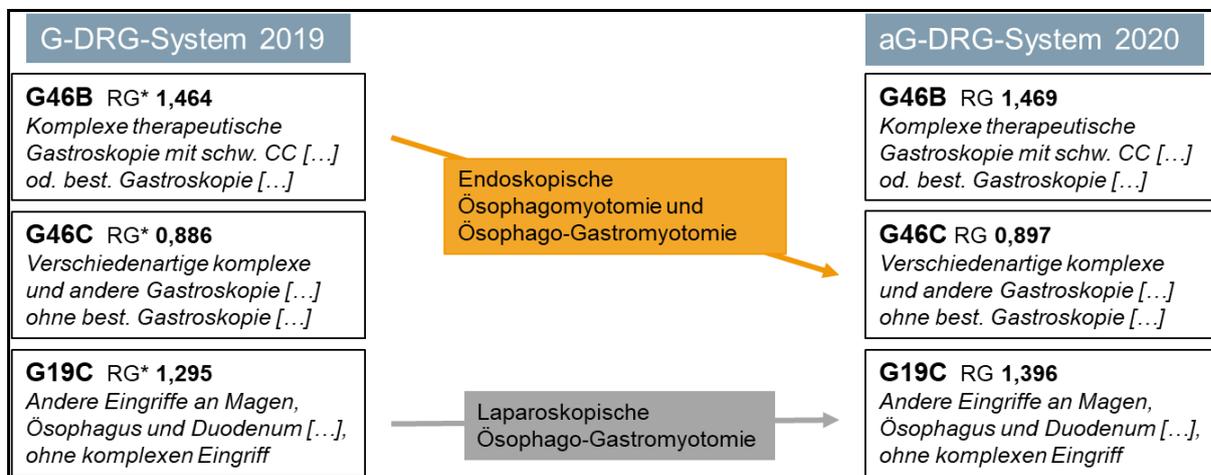


Abbildung 24: Abbildung von Fällen mit Ösophago-(Gastro)myotomie (* nur zu Vergleichszwecken: Relativgewicht nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)

In der DRG G46C zeigten sich einige Fälle als nicht sachgerecht vergütet, bei denen zusätzlich zu der gastrokopischen Leistung ein perkutan-transhepatischer Eingriff an den Gallengängen vorgenommen wurde. Dazu zählen das Einlegen und der Wechsel einer Drainage sowie die Exzision, Dilatation und Bougierung an den Gallengängen. Die betroffenen Fälle werden zukünftig in der DRG G46B statt G46C abgebildet. Durch diese Änderung der Eingruppierung wurden zusätzlich einige Fälle der DRG G60A mit bösartiger Neubildung an den Verdauungsorganen in die DRG G46B aufgewertet.

Endoskopische Leistungen am Verdauungstrakt werden zum Zwecke der Eingruppierung in die Basis-DRGs G46, G47 und G50 nach ihrem Aufwand unterteilt in „komplexe therapeutische Gastroskopien“ und „andere Gastroskopien“. Einige Verfahren, die bisher den „komplexen therapeutischen Gastroskopien“ zugeordnet wurden, zählen zukünftig ihrem Aufwand entsprechend als „andere Gastroskopie“ und werden damit innerhalb der Basis-DRG G46 und in die Basis-DRG G47 abgewertet. Davon betroffen sind

- die sonstige endoskopische Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus,
- sonstige Maßnahmen bei Prothesen im Ösophagus,
- die sonstige endoskopische Destruktion und sonstige lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens,
- die sonstige Inzision des Darmes.

Weitere Änderungen

MDC 06

In den Daten der Kalkulationskrankenhäuser des Jahres 2018 standen erstmals neue Diagnosen für eine Analyse zur Verfügung, die in der ICD-10-GM Version 2018 etabliert

wurden. Dazu zählen zum einen Codes für Varizen des Darmes (ICD-10-GM I86.80, .81 und .82) und zum anderen der Code T85.74 *Infektion und entzündliche Reaktion durch perkutan-endoskopische Gastrostomie-Sonde [PEG-Sonde]*. Vor 2018 war für beide Entitäten nur eine Verschlüsselung über unspezifische Diagnosen (I86.8 *Varizen sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen* bzw. T85.78 [...] *durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate*) möglich. Dies führte bisher dazu, dass Fälle mit Varizen des Darmes der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* und Fälle mit Infektion einer PEG-Sonde der MDC 21B *Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten* zugeordnet wurden. Aufgrund der Tatsache, dass endoskopische Therapien des Verdauungssystems in den MDCs 05 und 21B nicht abgebildet sind, erfolgte die Abbildung der betroffenen Fälle trotz durchgeführter Intervention überwiegend in konservativen Basis-DRGs (F65 *Periphere Gefäßkrankheiten* und X62Z *Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung [...]*). Im Vorschlagsverfahren wurde angeregt, die genannten Diagnosen zukünftig in der MDC 06 abzubilden. Ab 2020 werden Fälle mit den genannten Diagnosen der MDC 06 zugeordnet. Bei Fällen mit Varizen des Darmes ist dies die DRG G71Z *Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane*. Fälle mit endoskopischer Intervention werden überwiegend in die DRG G48B *Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, [...], ohne schwere Darminfektion, außer bei Zustand nach Organtransplantation* eingruppiert. Fälle mit der Hauptdiagnose T85.74 werden zukünftig in Abhängigkeit vom PCCL und der Verweildauer den Basis-DRGs G67 und G73 *Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag* bzw. bei endoskopischer Intervention überwiegend der DRG G50Z zugeordnet.

Aufgrund von eigenen Analysen wurde die Definition von konservativen Basis-DRGs präzisiert und zahlreiche Hauptdiagnosen, die bisher zu einer Eingruppierung in die DRG G71Z führten, ihrem Aufwand entsprechend neu zugeordnet. Diagnosen für bestimmte Hernien sowie Analfissuren und -fisteln werden zukünftig in der DRG G74Z *Hämorrhoiden oder andere wenig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane* abgebildet. Hauptdiagnosen für bestimmte angeborene Fehlbildungen des oberen Verdauungstraktes, für die Versorgung eines Gastrostomas und anderer künstlicher Körperöffnungen des Verdauungstraktes sowie für Bauchdeckenspannung führen ab 2020 zu einer Eingruppierung in die Basis-DRG G72 *Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis [...]*.

Darüber hinaus wurde die DRG G65Z *Obstruktion des Verdauungstraktes* aufgrund ähnlicher Kosten überwiegend mit der DRG G67B kondensiert. Zugleich wurden dadurch auch einige Fälle der DRG G65Z in die DRG G67A aufgewertet.

Im Rahmen der Überprüfung der Abbildung von Kindern im G-DRG-System konnten in zwei Basis-DRGs Kinder mit einem Alter < 16 Jahre und äußerst schweren oder schweren CC aufgewertet werden. Davon betroffen sind Fälle der DRGs G64B *Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere CC* und G67B, die jeweils in den höchsten Schweregrad (A) der Basis-DRG aufgewertet wurden. Weiterführende Informationen zur Abbildung der Versorgung von Kindern finden sich in Kapitel 3.3.2.29.

3.3.2.8 Geburtshilfe

Grundlage einiger Änderungen in der Definition geburtshilflicher DRGs für die aG-DRG-Version 2020 bildeten in diesem Jahr eigene Analysen zur Präzisierung von DRG-Definitionen sowie zur Abbildung besonders aufwendiger Fälle. Diese betreffen ausschließlich die Basis-DRGs O01 *Sectio caesarea [...]* und O02 *Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur*.

- Bei Fällen mit mehreren komplizierenden Diagnosen der DRG O01D *Sekundäre Sectio caesarea m. mehrer. kompliz. Diagn., Schwangerschaftsdauer > 33 vollendete Wochen (SSW) [...]* führen bestimmte Diagnosen für Zwillinge als Resultat der Entbindung nicht mehr zu einer Höhergruppierung. Die betroffenen Fälle werden zukünftig der DRG O01E *Sekundäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW) [...]* zugeordnet.
- Bestimmte Komplikationen bei der Anästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung im Rahmen einer Sectio caesarea führen zukünftig in die DRG O01H *Primäre Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose [...]* statt in die DRG O01G *Primäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose [...]* und wurden damit abgewertet.
- Innerhalb der Basis-DRG O02 *Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur* werden Fälle mit einer Mehrlingsschwangerschaft sowie mit der Entbindung von Zwillingen und anderen Mehrlingen aufgewertet und in der DRG O02A *Vaginale Entbindung [...]* *Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder komplizierende Diagnose [...]* abgebildet.

3.3.2.9 Gefäßchirurgie und -interventionen / Angiologie

Neben der Behandlung von kardiologischen Erkrankungen wird auch die Therapie von Erkrankungen nichtkoronarer Arterien, Venen und Kapillargefäße in der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* abgebildet.

Wichtige Themen in den Gebieten Gefäßchirurgie und -interventionen bzw. Angiologie waren im diesjährigen Vorschlagsverfahren:

- Der Einfluss der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf die Abbildung von Fällen mit interventionellen Gefäßeingriffen
- Die Abbildung von Fällen mit Implantation eines Venenstents
- Die Abbildung von Fällen mit endovaskulärem Aorteneingriff

Dementsprechend waren vor allem DRGs der operativen Partition der MDC 05 von den Änderungen der Abbildung von Fällen mit Gefäßeingriffen/-erkrankungen für das aG-DRG-System 2020 betroffen.

Mäßig komplexe Gefäßeingriffe

Die Basis-DRG F59 *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe* ist eine vierfach differenzierte DRG, in der offen chirurgische und interventionelle Gefäßeingriffe abgebildet werden.

Im Vorschlagsverfahren wurde hinsichtlich der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten eine heterogene Zusammensetzung der Fallkollektive in den einzelnen DRGs dieser Basis-DRG thematisiert: So gebe es Fallgruppen mit stark sachkostenlastigen Leistungen, wie der Rotationsthrombektomie an Extremitätengefäßen, und Fallgruppen mit Verfahren, die mit vergleichsweise geringem Sach-, aber hohem Personalkostenanteil assoziiert seien. (Ein Beispiel hierfür wären im Datenjahr 2018 Fälle mit Enderarteriektomie an der Arteria femoralis und hohem PCCL.) Es wurde angemerkt, dass nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aufgrund unterschiedlicher Auswirkungen auf die Gesamtkosten eine gemeinsame Abbildung dieser Fallgruppen nicht mehr sachgerecht sein könnte, insbesondere bei Fällen mit einem geringen Anteil an Pflegepersonalkosten, einem hohen Sachkostenanteil und kurzer Verweildauer.

Bei den Analysen innerhalb der DRG F59A *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit äußerst schweren CC [...]* erwies sich die Zuordnung von Fällen mit *Rotationsthrombektomie* ohne äußerst schwere CC zu dieser DRG bei geringeren Kosten der Inlier als nicht mehr sachgerecht. Dies zeigte sich sowohl vor wie nach der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten. Für das aG-DRG-System 2020 wurde für diese Fälle eine eigene DRG etabliert. Die DRG F59A wurde den Kosten gemäß aufgeteilt mit Zuordnung von Fällen der Basis-DRG F59 mit äußerst schweren CC zur F59A und Zuordnung von Fällen mit *Rotationsthrombektomie* ohne äußerst schwere CC zur „neuen“ DRG F59B *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit aufwendiger Gefäßintervention, ohne äußerst schwere CC*.

Eine Überprüfung der Abbildung von Fällen mit anderen interventionellen Verfahren hinsichtlich ihrer Inlier-Kosten und der Abbildung von Kurzliegern innerhalb der Basis-DRG F59 führte zur Aufwertung von weiteren sachkostenlastigen Verfahren der Basis-DRG F59 durch Zuordnung in die „neue“ DRG F59B (siehe Abb. 25). Hiervon betroffen waren:

- Fälle mit Verwendung eines hydrodynamischen Thrombektomiesystems
- Fälle mit Verwendung eines Mikrodrahtretrieversystems zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung
- Fälle mit (perkutan-)transluminaler Implantation von mehr als einem gecoverten Stent (Stent-Graft) an Gefäßen viszeral und Arterien abdominal und pelvin

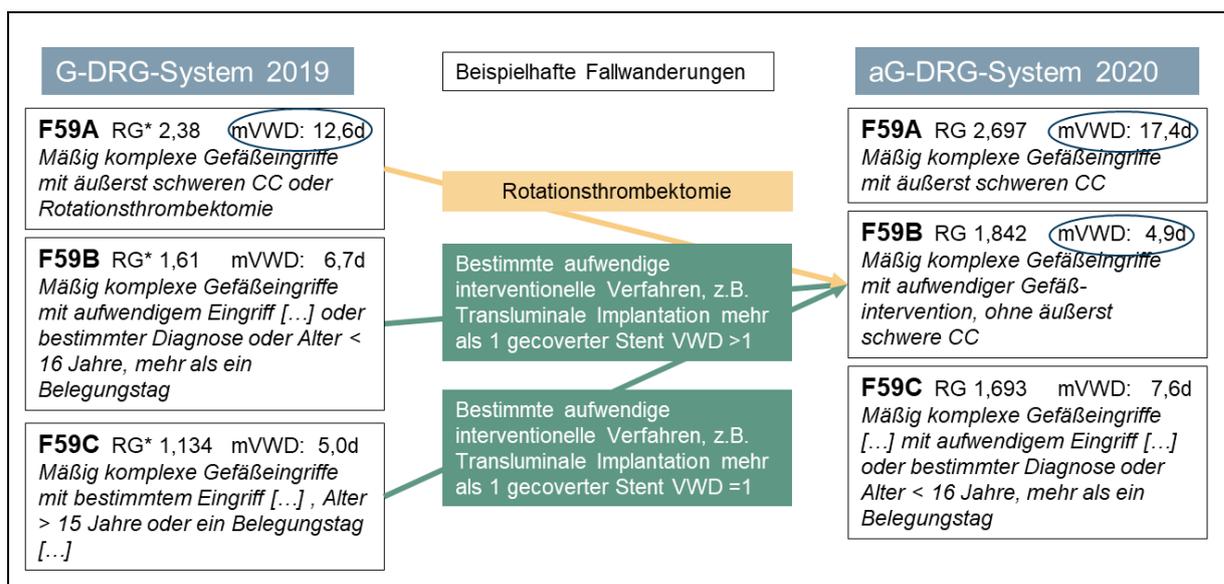


Abbildung 25: Beispielhafte Fallwanderung in die neue DRG F59B (* nur zu Vergleichszwecken: Relativgewicht nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)

Bei weiteren Analysen erwies sich aber auch eine Reihe von Verfahren, die innerhalb der Basis-DRG F59 abgebildet werden, als weniger kostenaufwendig, sodass eine den Kosten entsprechende Abwertung von Fällen mit diesen Verfahren innerhalb der Basis-DRG F59 erfolgte. Betroffen waren sowohl Fälle mit *(Perkutan-)transluminalen Gefäßinterventionen*, wie beispielsweise der *Laser-Angioplastie*, als auch Fälle mit chirurgischen Eingriffen, wie beispielsweise die *Transplantatentnahme an der A. radialis* oder *sonstige Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen an Arterien abdominal und pelvin* (siehe Abb. 26).

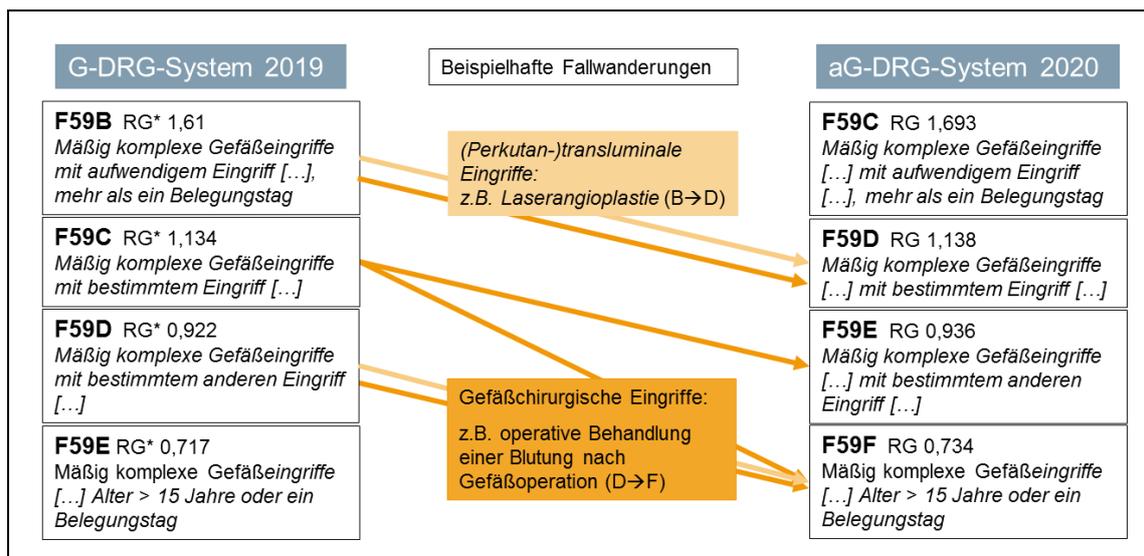


Abbildung 26: Beispielhafte Fallwanderung weiterer Umbauten innerhalb der Basis-DRG F59 (* nur zu Vergleichszwecken: Relativgewicht nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)

Venöse Gefäße

Wie auch in den vergangenen Jahren wurden im Vorschlagsverfahren der höhere Aufwand von Fällen mit interventionellem Eingriff (vor allem Stentimplantationen) an peripheren, venösen Gefäßen thematisiert. Diese können seit dem OPS Version 2017 für die Gefäßlokalisationen *abdominal und pelvin* und *Oberschenkel* differenziert nach venösen und arteriellen Gefäßen abgebildet werden. Im vergangenen Jahr, d.h. nach Analysen auf Basis des ersten Datenjahres mit Einführung der neuen Kodierung, war bei geringen Fallzahlen und einem uneinheitlichen Kostenbild nur eine geringfügig differenziertere Abbildung mit Aufwertung venöser Eingriffe für das G-DRG-System 2019 möglich. Aufgrund von Hinweisen im Vorschlagsverfahren erfolgte für das aG-DRG-System 2020 eine erneute Überprüfung der Abbildung insbesondere von Fällen mit Implantation von venösen Stents in der Basis-DRG F59. Hierbei zeigte sich, dass auch im zweiten Jahr mit differenzierter Kodierung für viele Eingriffe an venösen Gefäßen nur geringe Fallzahlen in den Daten vorlagen. Dennoch konnte bei ausreichend hohen Fallzahlen und entsprechenden Kosten eine Aufwertung von Fällen mit (perkutan-) transluminaler Implantation von einem nicht gecoverten Stent an venösen Oberschenkelgefäßen und an anderen Venen abdominal und pelvin innerhalb der Basis-DRG F59 erfolgen (siehe auch Abb. 27).

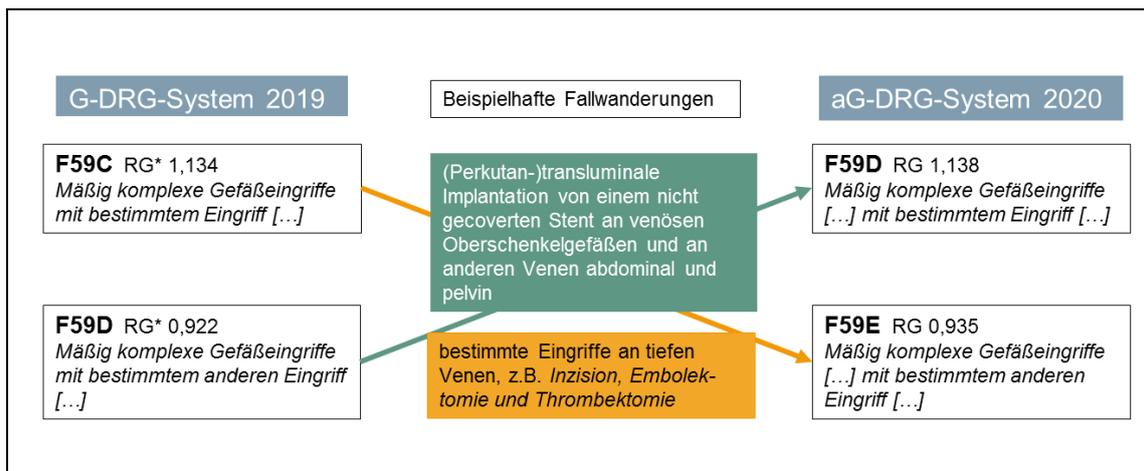


Abbildung 27: Eingriffe an venösen Gefäßen (* nur zu Vergleichszwecken: Relativgewicht nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)

Bei einer Analyse der Abbildung von Fällen mit verschiedenen chirurgischen Veneneingriffen zeigten sich Fälle mit einigen Verfahren als deutlich weniger aufwendig als die übrigen Fälle ihrer DRG. Die betroffenen Eingriffe wurden für das aG-DRG System 2020 abgewertet. Betroffen waren Fälle mit

- Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen an V. subclavia, V. axillaris und V. brachiocephalica: kostenentsprechende Abwertung aus der Basis-DRG F14 in die Basis-DRG F59,
- Patchplastik an oberflächlichen Venen am Oberschenkel sowie sonstiger und nicht näher bezeichneter Patchplastik: kostenentsprechende Abwertung aus den Basis-DRGs F14 und F59 in die Basis-DRG F39,
- bestimmten Eingriffen an tiefen Venen, z.B. Inzision, Embolektomie und Thrombektomie: kostenentsprechende Abwertung innerhalb der Basis-DRG F59.

Atherektomie unter peripherem Embolieschutz

Aus dem Vorschlagsverfahren gab es Hinweise von einer Fachgesellschaft zur unterschiedlichen Eingruppierung von Fällen mit einem Verfahren für

- (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Atherektomie unter peripherem Embolieschutz
- (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Atherektomie an bestimmten Lokalisationen in Kombination mit dem Einsatz eines Embolieprotektionssystems

Parallel erfolgte von der Fachgesellschaft ein Antrag beim DIMDI zur Vereinheitlichung der Kodierung mit Streichung des Codes für die (perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Atherektomie unter peripherem Embolieschutz im OPS Version 2020.

Im G-DRG-System 2019 bestehen Unterschiede in der Abbildung von Fällen mit diesen Verfahren innerhalb der Basis-DRGs F14 und F59. So wurden im G-DRG-System 2019 Fälle mit *Atherektomie unter peripherem Embolieschutz* vornehmlich der Basis-DRG F14 und innerhalb der Basis-DRG F59 der DRG F59B zugeordnet, während Fälle mit *Atherektomie an bestimmten Lokalisationen* unabhängig vom Einsatz eines Embolie-

protektionssysteme vor allem der DRG F59C zugeordnet wurden. Für das aG-DRG-System 2020 erfolgte eine aufwandsentsprechende Gleichstellung beider Verfahren mit aufwandsgemäßer Aufwertung von Fällen mit *Atherektomie an bestimmten Lokalisationen* in Kombination mit dem *Einsatz eines Embolieprotektionssystems* in den Basis-DRGs F14 und F59. Damit hat eine entsprechende Änderung im OPS Version 2020 in diesem Bereich keine Auswirkung auf die Eingruppierung der betroffenen Fälle im aG-DRG-System 2020.

Diabetisches Fußsyndrom

Die Basis-DRG F27 ist eine vierfach differenzierte DRG der operativen Partition der MDC 05. Innerhalb dieser DRG werden Fälle mit einer Diagnose für Diabetes mellitus und bestimmten Komplikationen abgebildet. Dies sind vor allem Fälle mit einem diabetischen Fußsyndrom und spezifischen, teilweise eher MDC-05-untypischen, u.a. orthopädischen Eingriffen, beispielsweise bestimmte *Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes*. Bei den Analysen zeigte sich eine Reihe von Fällen mit orthopädischen Eingriffen in der DRG F27D als weniger aufwendig im Vergleich zu den anderen Fällen der DRG, sodass eine den Kosten entsprechende Abwertung von Fällen der DRG F27D mit verschiedenen Eingriffen am Weichteilgewebe und Knochen des Fußes, z.B. *Sequesterotomie an den Phalangen am Fuß* und *offen chirurgische Tenotomie am Fuß* in die DRG F21E erfolgte.

Eingriffe an der Aorta

Im G-DRG-System besteht eine differenzierte Abbildung von Fällen mit interventionellen Eingriffen an der Aorta. Zum einen erfolgt eine Abbildung dieser Fälle mehrheitlich in den Basis-DRGs F51 *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta*, F42 [...] *best. rekonstruktive Gefäßeingriffe [...]* und F08 *Rekonstruktive Gefäßeingriffe oder thorakoabdominales Aneurysma mit komplexem Aorteneingriff*, zum anderen besteht die Möglichkeit für eine zusätzliche Vergütung über krankenhausespezifische Entgelte (siehe Tab. 17).

Unbewertete Zusatzentgelte	
ZE2019-53	<i>Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm</i>
ZE2019-67	<i>Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal</i>
Verhandelbares NUB-Entgelt	
NUB Status 1	<i>Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik (für 2 und mehr Chimney Stents)</i>

Tabelle 17: Entgelte für interventionelle Eingriffe an der Aorta im Systemjahr 2019

Für das G-DRG System 2019 konnte erstmalig die Auswirkung von neu etablierten OPS-Kodes aus dem Bereich für *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen* untersucht werden, insbesondere von Fällen mit

- Versorgung eines Gefäßabgangs in Chimney-Technik
- Implantation mehrerer Stent-Prothesen und
- Implantation von „patientenindividuellen“ Stent-Prothesen

Jedoch erlaubte die Datenlage keine Änderung für das G-DRG-System 2019, u.a. gab es Anzeichen für eine unvollständige Erfassung der Zusatzcodes. Aufgrund der Hinweisse aus dem diesjährigen Vorschlagsverfahren erfolgte eine erneute Prüfung. Allerdings erwies sich die Datenlage auch im zweiten Jahr weiterhin als sehr uneinheitlich. So erlaubten die übermittelten Kalkulationsdaten beispielsweise weiterhin keine explizite Berücksichtigung der Anzahl der aortal implantierten Prothesen, sowohl innerhalb der Gruppierungsalgorithmen als auch bei den Zusatzentgelten.

Eine der Leistungen konnte für 2020 zusätzlich in den Zusatzentgelt-Katalog aufgenommen werden. Für 2020 wurde die Definition des unbewerteten Zusatzentgelts ZE2019-53 *Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm* erweitert, sodass Fälle mit endovaskulärer Implantation einer patientenindividuell angefertigten Stent-Prothese (OPS-Kode 5-38a.w) dieses Entgelt ungeachtet der Anzahl der „Fenestrierungen oder Seitenarme“ der implantierten Prothese abrechnen können. Aufgrund einer relevanten Überschneidung der betroffenen Fälle mit Fällen mit den bereits im ZE20XX-53 etablierten Leistungen ist allerdings von einem vergleichsweise geringen Kostenvolumen auszugehen.

Eine Änderung der Eingruppierung von Fällen mit chirurgischen oder interventionellen Eingriffen an der Aorta ergab sich innerhalb der Basis-DRG F08 *Rekonstruktive Gefäßeingriffe oder thorakoabdominales Aneurysma mit komplexem Aorteneingriff*: Die Basis-DRG F08 ist eine siebenfach differenzierte DRG mit komplexeren Gefäßeingriffen sowohl an peripheren Gefäßen als auch an der Aorta.

Für das aG-DRG-System 2020 zeigte sich für Fälle der DRG F08 mit einer Hauptdiagnose

- *Dissektion der thorakoabdominalen Aorta, rupturiert*
- *Dissektion [...] ohne Angabe einer Ruptur oder*
- *thorakoabdominales, rupturiertes Aortenaneurysma*

in der am höchsten bewerteten DRG F08A ein deutlicher Kostenunterschied zu anderen Fällen dieser DRG. Aufgrund der damit verbundenen geringeren Kosten wurden diese Diagnosen aus der Definition der DRG F08A gestrichen. Zukünftig werden diese Fälle vor allem in der DRG F42Z [...] *bestimmte rekonstruktive Gefäßeingriffe [...] kostengerecht abgebildet*, da diese vor den weiteren DRGs der Basis-DRG F08 abgefragt wird. Diese Abwertung betrifft Fälle, die lediglich aufgrund der kodierten Diagnose der DRG F08A zugeordnet waren.

Weitere Umbauten innerhalb der operativen Partition der MDC 05

Für die Abbildung von Fällen innerhalb der „Reste“-DRG der MDC 05 Basis-DRG F21 *Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen* ergaben sich in diesem Jahr nur geringe Änderungen. So zeigten sich Fälle mit bestimmten Verfahren zur Wundversorgung oder Hauttransplantation innerhalb ihrer DRG als weniger kostenaufwendig als andere Fälle der DRG. Deshalb wurden Fälle mit diesen Verfahren innerhalb der Basis-DRG F21 *Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen* abgewertet. Beispielsweise erfolgte eine Abwertung von Fällen mit *Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut [...] mit Anwendung biochirurgischer Verfahren: Fuß* aus der DRG F21D in die DRG F21E.

3.3.2.10 Geriatrie

Die Behandlung geriatrischer Patienten ist im Vergleich zu anderen medizinischen Fachbereichen mit einem hohen pflegerischen Aufwand verbunden. Demzufolge waren die 17 spezifischen geriatrischen DRGs, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß, ebenfalls von der Ausgliederung pflegerischer Leistungen aus dem G-DRG-System betroffen. Ein vormals bestehender Kostenunterschied zwischen zwei DRGs innerhalb der Basis-DRG B44 *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems* war nunmehr nicht länger existent, was letztlich zur Kondensation dieser DRGs führte.

3.3.2.11 Geschlechtsorganumwandlung

In der MDC 19 *Psychische Krankheiten und Störungen* sind Fälle mit psychosomatischem Hintergrund abgebildet. Im Vorschlagsverfahren für das Jahr 2020 wurden erneut Hinweise zur Verbesserung der sachgerechten Abbildung dieser Fälle eingereicht.

In der Basis-DRG U01 *Geschlechtsorganumwandelnde Operation* sind Fälle mit einer Hauptdiagnose für *Störungen der Geschlechtsidentität* und einem mit der Geschlechtsorganumwandlung zusammenhängenden Eingriff abgebildet. Fälle mit der Hauptdiagnose *Transsexualismus* und einem Eingriff, der bisher nicht der DRG U01Z zugeordnet war, wurden im System 2019 in die MDC 24 *Sonstige DRGs* eingruppiert.

Einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend wurden Fälle mit *hautsparender Mastektomie [SSM]* bzw. *mamillenerhaltender Mastektomie [NSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes* untersucht, da diese auch mit einer geschlechtsorganumwandelnden Operation zusammenhängen können. Als Ergebnis erfolgte eine Aufnahme betroffener Fälle mit Mastektomie mit kompletter Resektion des Drüsengewebes in die DRG U01Z und somit eine Gleichstellung mit den bereits dort abgebildeten Fällen mit subkutaner Mastektomie.

3.3.2.12 Globale Funktionen

In der G-DRG-Klassifikation gibt es logische Definitionen und Ausdrücke, die an mehreren Stellen des Gruppierungsalgorithmus – auch MDC-übergreifend – vorkommen. Zur Vereinfachung der Logiken insgesamt und zur leichteren Handhabung jener logischen Ausdrücke im Algorithmus werden sie in „(globalen) Funktionen“ zusammengefasst. Funktionen beinhalten Prozeduren und ggf. Diagnosen, die in unterschiedlichen Behandlungszusammenhängen jeweils einen höheren Ressourcenverbrauch bedingen. Beispielfähig lassen sich die globalen Funktionen „Komplexe OR-Prozeduren“, „Bestimmte OR-Prozeduren“ oder „Komplizierende Konstellationen“ nennen, in denen bestimmte, insbesondere intensivmedizinisch relevante Prozeduren und Diagnosekombinationen im G-DRG-System abgebildet werden, die mit einem höheren Ressourcenbedarf einhergehen. Die im aG-DRG-System 2020 verwendeten Funktionen werden in Band 4 des G-DRG-Definitionshandbuchs (bzw. Band 2 der Kompaktversion) definiert. Der Abschnitt „Funktionsübersicht“ in Band 5 (bzw. Band 3 der Kompaktversion) zeigt, an welchen Stellen des Gruppierungsalgorithmus die Funktionen verwendet werden.

Wenn die Logik globaler Funktionen z.B. in manchen MDCs nicht optimal „passt“, ist ggf. die Etablierung modifizierter Funktionen erforderlich. Durch die in den letzten Jahren immer präzisere Analyse des tatsächlichen Mehraufwands wurden einzelne Funktionen bereits zu „Funktionenklassen“ weiterentwickelt. Dies betraf in erster Linie die Klasse der „Komplizierenden Konstellationen“ („KK-I“, „KK-II“, „KK-801“, „KK-T01“ etc.).

Für das aG-DRG-System 2020 wurden Änderungen in folgenden Funktionen vorgenommen:

- Eingriff an mehreren Lokalisationen
- Bestimmte OR-Prozeduren
- Komplexe OR-Prozeduren

Die Funktion „Eingriff an mehreren Lokalisationen“ bezieht sich auf orthopädische / unfallchirurgische Eingriffe und definiert anhand einer Matrix, ob zwei Eingriffe als „an mehreren (unabhängigen) Lokalisationen“ (und damit ggf. schweregrad- / erlössteigernd) oder als „an benachbarten Lokalisationen“ bewertet werden. Auf der aktuellen Datenlage wurde diese Funktion für das aG-DRG-System 2020 präzisiert. Die Kombination eines Eingriffs am distalen Femur und an der proximalen Tibia oder Fibula wird systemweit nicht mehr als mehrere Lokalisationen gewertet (außer beidseits). Zusätzlich erfolgte eine lokale Präzisierung der Funktion für Eingriffe an der Hand innerhalb der Basis-DRG W02 *Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen [...]*. In der Funktion „Eingriff an mehreren Lokalisationen_W02“ werden bestimmte Kombinationen mit Eingriffen an der Hand oder mit Implantation einer Duokopfprothese am Hüftgelenk nicht mehr als mehrere Lokalisationen gewertet, da sich diese Konstellation in der DRG W02A nicht mit höheren Kosten zeigte.

Ebenso erfolgte eine Präzisierung der Funktion „Bestimmte OR-Prozeduren“ (für Fälle mit einer Beatmungszeit von mehr als 95 Stunden) durch Streichung bestimmter weniger aufwendiger Prozeduren, wie z.B. (bestimmte) Entfernung von Osteosynthesematerial, Biopsie am Kolon durch Inzision, Inzision eines Schleimbeutels etc. Diese werden zukünftig nur noch bei einer Beatmungszeit von weniger als 96 Stunden als „bestimmte OR-Prozedur“ gewertet.

Basierend auf Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren wurde die Abbildung von Fällen mit durchgeführter Girdlestone-Operation am Hüftgelenk bei Gelenkinfektion und HIV-Erkrankung untersucht. Diese Fälle wurden bisher innerhalb der MDC 18A *HIV* in der einzigen operativen DRG, DRG S01Z *HIV-Krankheit mit OR-Prozedur*, abgebildet. Ohne die Nebendiagnose *HIV* würde allerdings eine in der Regel wesentlich differenziertere Abbildung in den organbezogenen MDCs erfolgen. Deshalb werden Fälle mit *komplexen OR-Prozeduren* bereits seit mehreren Jahren nicht mehr der MDC 18A zugeordnet. Durch Aufnahme der Prozedur für die *Girdlestone-Operation am Hüftgelenk* in die Funktion „Komplexe OR-Prozeduren“ werden nun Fälle mit durchgeführter Girdlestone-Operation am Hüftgelenk auch bei Vorliegen einer HIV-Krankheit in den organbezogenen MDCs differenziert abgebildet. Aus der Erweiterung der Funktion resultiert außerdem eine kostengerechte Aufwertung einzelner Extremkostenfälle, überwiegend in der Prä-MDC.

3.3.2.13 Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

In der MDC 03 sind die Krankheiten und Störungen des Hals-Nasen-Ohren-Bereichs bereits hochdifferenziert abgebildet. Dennoch konnte aufgrund von Vorschlägen im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2020 und internen Analysen die Abbildung der Fälle im aG-DRG-System 2020 weiter verbessert werden.

Die wesentlichen Umbauten in der MDC 03 *Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses* für das aG-DRG-System 2020 betrafen die Abbildung von Kindern.

In der DRG D13A *Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals mit komplizierender Diagnose oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren CC* werden erstmalig in dieser MDC Kinder mit äußerst schweren CC spezifisch abgebildet und damit hauptsächlich aus den DRGs D13B *Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals ohne komplizierende Diagnose [...]* und D30B *Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe [...]* aufgewertet.

Des Weiteren wurden Kinder unter 16 Jahren mit äußerst schwerer oder schwerer CC aus der DRG D30B in die DRG D30A *Tonsillektomie [...] oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals [...] oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC* aufgewertet.

Des Weiteren wurden die DRGs D62Z (Kinder-DRG) und D63Z zur Vermeidung einer Schlechterstellung von Kindern zur DRG D63Z *Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege oder Blutung aus Nase und Rachen* kondensiert (siehe Abb. 28 und weitere Details in Kap. 3.3.2.29).

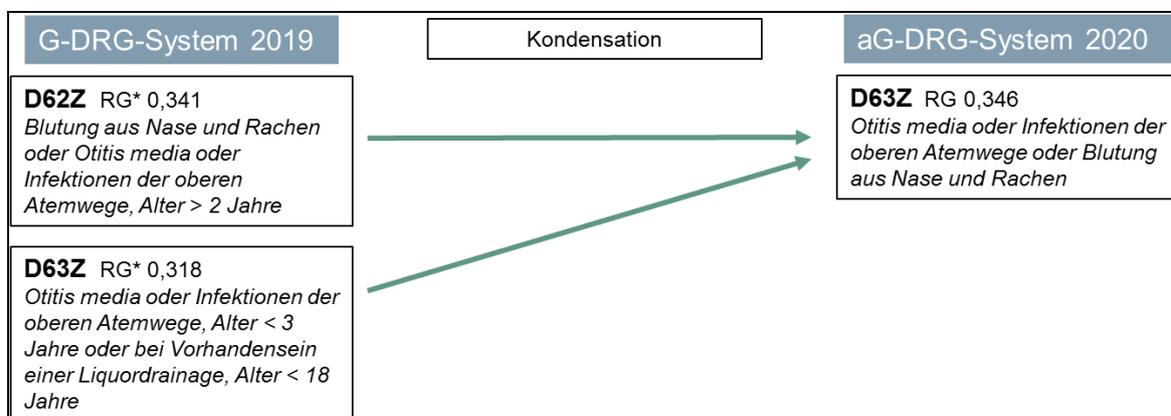


Abbildung 28: Kondensation der DRGs D62Z und D63Z (* nur zu Vergleichszwecken: Relativgewicht nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)

Einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend wurden Fälle mit bösartiger Neubildung der Nasennebenhöhle untersucht. Im fortgeschrittenen Stadium oder bei Rezidiven kann bei solchen Fällen der Tumor in die vordere Schädelgrube oder Schädelbasis einwachsen. Der Hinweis deutete darauf hin, dass bei operativer Therapie dann ein kombiniert extra- und intrakranieller Zugang erforderlich ist, der mit erhöhten Kosten verbunden ist. Betroffene Fälle mit bösartiger Neubildung an Kopf, Gesicht und Hals in Kombination mit Prozeduren für intrakraniellen Zugang wurden kostenentsprechend in die DRG D06A *Eingriffe an NNH [...] mit intrakran. Eingriff bei BNB* aufgenommen und dadurch aufgewertet.

Im Rahmen interner Analysen wurden unterschiedliche Fallgruppen innerhalb der Basis-DRG D06 *Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, kompl. Eingriffe am Mittelohr und and. Eingriffe an Speicheldrüsen, Rachen* untersucht. Es fanden folgende Änderungen für das aG-DRG-System 2020 statt:

- Fälle mit kompletter Parotidektomie mit Erhalt des N. facialis wurden aus der Basis-DRG D06 in die Basis-DRG D05 *Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen* kostenentsprechend aufgewertet.
- Aufwertung von Fällen mit komplexeren Eingriffen wie z.B. Tympanoplastik mit Antrotomie oder Mastoidektomie aus der DRG D06C in die DRG D06B
- Weniger komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen wie z.B. Sialendoskopie der Glandula parotis wurden aus der DRG D06C in die DRG D13B *Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals [...]* abgewertet.

Nach Analysen innerhalb der Basis-DRG D29 *Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung* wurden Fälle mit Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe eines Gesichtsschädelknochens bei niedrigeren Kosten aus der DRG D29Z in die DRG D12B *Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals* abgewertet. Weiterhin wurden Fälle mit sonstiger Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur aus der DRG D29Z in die DRG D38Z *Mäßig komplexe Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen, Gesichtsschädelknochen* dem Aufwand entsprechend aufgenommen und dadurch abgewertet.

Eine weitere Untersuchung betraf die Abbildung von Fällen mit Tonsillektomie in der MDC 03. Fälle mit Tonsillektomie mit Adenotomie waren im G-DRG-System 2019 (wie Tonsillektomie ohne Adenotomie) der Basis-DRG D30 *Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung [...]* zugeordnet. Adenotomien ohne Tonsillektomie hingegen waren der Basis-DRG D13 *Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals* zugeteilt. Damit waren im typischen Fall die Tonsillektomien kostengerecht höher eingruppiert. Die vor den DRGs D30A bis D30C abgefragte DRG D13A *Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals mit komplizierender Diagnose* konnte jedoch von Fällen mit Tonsillektomie mit Adenotomie (Kombinationskode im OPS) nicht erreicht werden. Damit waren einige wenige Fälle mit Tonsillektomie und Adenotomie im Vergleich zu Fällen mit alleiniger Adenotomie schlechter gestellt.

Für das aG-DRG-System 2020 erfolgte eine Zuordnung des Kombinationskodes zur Basis-DRG D13. Betroffene Fälle können dadurch zukünftig (mit Alter < 16 Jahre und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Diagnose) auch in die DRG D13A eingruppiert werden. Damit wurde die ungünstige Eingruppierung der beschriebenen Einzelfälle behoben. Die typische Eingruppierung der einzelnen Eingriffe wie auch des Kombinationseingriffs (mit Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose) bleibt hingegen unverändert.

Darüber hinaus wurden folgende Fälle aufwandsentsprechend neu zugeordnet:

- Fälle mit offener Reposition kombinierter zentrolateraler Mittelgesichtsfraktur (Mehrfachfraktur) wurden aus der DRG D04B in die DRG D04A *Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer [...], mit komplexem Eingriff* aufgewertet.
- Fälle mit kleinerem Eingriff an Ohr, Nase, Mund oder Gaumen- und Rachenmandeln wie z.B. mit partieller Resektion der Ohrmuschel wurden aus der DRG D30B *Tonsillektomie [...]* oder *verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und*

Hals [...] in die DRG D30C Kleine Eingriffe an Ohr, Nase und Hals [...] abgewertet.

- Fälle mit Bestrahlungssimulation bzw. mit Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie wurden aus der DRG D25A *Mäßig komplexe Eingriffe [...] oder Strahlentherapie mit operativem Eingriff* in die D25B *Mäßig komplexe Eingriffe [...] oder Bestrahlungssimulation, Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen [...] abgewertet.*

3.3.2.14 Infektiöse und parasitäre Krankheiten

Fälle mit infektiösen und parasitären Krankheiten ohne klaren Bezug zum Organsystem werden im G-DRG-System vor allem in die DRGs der MDCs 18A *HIV* und 18B *Infektiöse und parasitäre Krankheiten* eingruppiert.

Innerhalb der MDC 18A ist die DRG S01Z die einzige operative DRG. Seit mehreren Jahren werden bestimmte Fälle mit einer komplexen OR-Prozedur, auch wenn diese die Nebendiagnose für HIV-Infektion haben, wesentlich differenzierter in den organbezogenen MDCs abgebildet. In diesem Zusammenhang wurde ausgehend von einem Hinweis im Vorschlagsverfahren für das Jahr 2020 detailliert die Abbildung von Fällen mit einer *Girdlestone-Operation am Hüftgelenk* analysiert. Es zeigte sich im Endergebnis als sachgerecht, die *Girdlestone-Operation am Hüftgelenk* in die Funktion „Komplexe OR Prozedur“ aufzunehmen. Somit werden Fälle mit dieser Prozedur im Sinne des Vorschlags auch beim Vorliegen einer HIV-Krankheit differenziert, entsprechend ihren Kosten, in den organbezogenen MDCs abgebildet.

In der MDC 18B *Infektiöse und parasitäre Krankheiten* standen dieses Jahr erneut die Basis-DRGs T60 *Sepsis* und T01 *OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten* im Fokus.

Die fallzahlstarke Basis-DRG T60 der MDC 18B ist partitionsübergreifend einsortiert und damit mit der operativen Basis-DRG T01 verschränkt. Weit vorne ist die DRG T60F *Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme* einsortiert. Im Vorschlagsverfahren wurde darauf hingewiesen, dass hochaufwendige Behandlungen früh verstorbener Patienten mit Sepsis in der DRG T60F nicht sachgerecht vergütet sind. Diesem Hinweis folgend wurden anhand der Kalkulationsdaten des Jahres 2018 verschiedene Möglichkeiten für eine differenziertere Abbildung dieser Patientengruppe überprüft. Daraus resultierte eine kostenentsprechende Änderung der Definition der DRG T60F. Im aG-DRG-System 2020 werden Fälle mit einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung im Kindesalter ab 197 Aufwandspunkten und bei aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten aus der DRG T60F ausgeschlossen. Die Eingruppierung dieser Fälle in die nachfolgenden DRGs T60B *Sepsis mit komplizierenden Konstellationen [...] od. kompliz. ERCP od. schwerste CC* oder T60C *Sepsis mit [...] ohne kompliz. ERCP, ohne schwerste CC*, mindestens jedoch in die DRG T60D *Sepsis [...] oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte* bedeutet auch unter Berücksichtigung eventueller Kurzlieger-Abschläge für alle betroffenen Fälle eine sachgerechte Aufwertung im Sinne des Vorschlags.

In der operativen Basis-DRG T01 *OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten* wurden bestimmte Zuordnungen von Prozeduren zu den DRGs T01C, T01D und T01E geändert. Diese Neuordnungen sind in Abbildung 29 dargestellt.

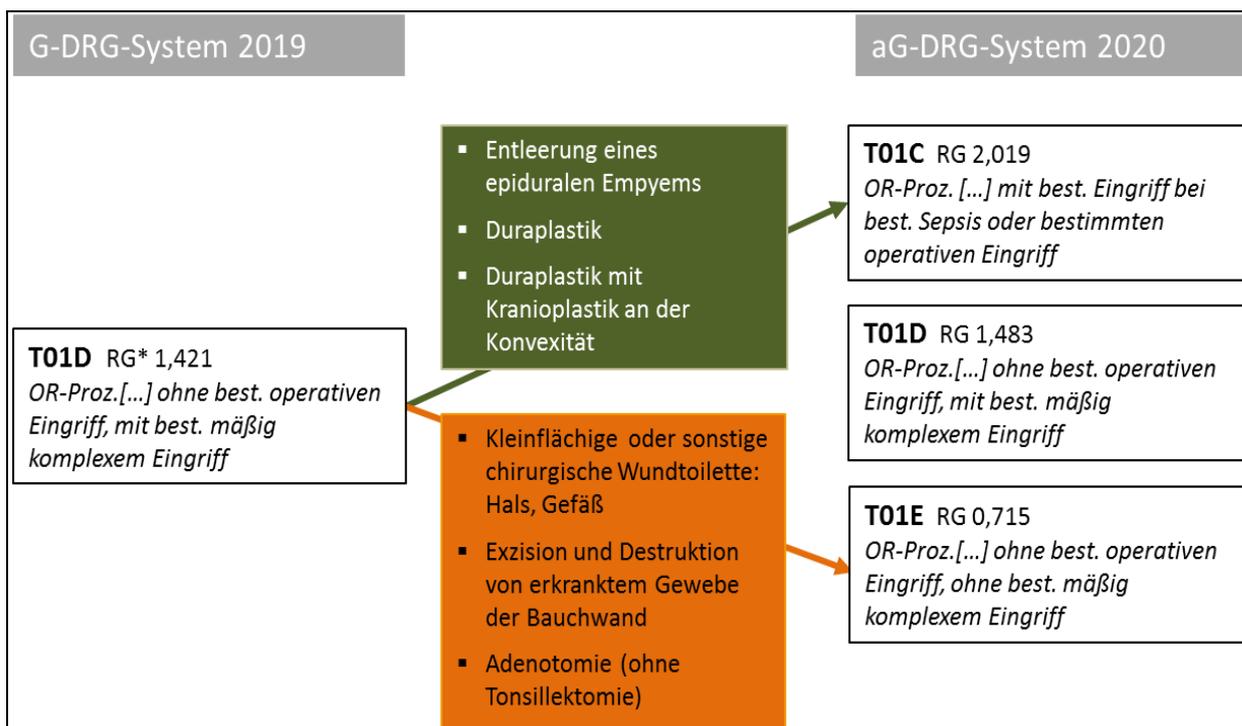


Abbildung 29: Änderungen in der Basis-DRG T01

In der Basis-DRG T63 *Virale Erkrankungen* wurde eine weitere DRG etabliert. Anhand bestimmter viraler Erkrankungen, wie z.B. *Mononukleose* oder *Zoster mit sonstigen Komplikationen* wurde die DRG T63C gesplittet. Somit werden die Fälle der neu definierten DRG T63C *Mäßig schwere virale Erkrankung [...]* entsprechend ihren Kosten aufgewertet. Konsekutiv werden die übrigen Fälle z.B. mit der Hauptdiagnose *Virusinfektion, nicht näher bezeichnet*, zukünftig in der neu etablierten DRG T63D *Andere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation* abgebildet.

3.3.2.15 Intensivmedizin

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

- A18 *Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion*
- A06 *Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung*
- A07 *Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte*
- A09 *Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2352 / 1932 / 2208 Aufwandspunkte*
- A11 *Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte*

- A13 *Beatmung > 95 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte*

Dabei kann sich in den vier Basis-DRGs A07, A09, A11 und A13 die Anzahl der benötigten Beatmungsstunden bei gleichzeitigem Vorliegen hoher Punktzahlen für intensivmedizinische Komplexbehandlung reduzieren. Die Werte der drei Codegruppen für aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung („Super-SAPS“), Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter sowie für Erwachsene berechnen sich aus der Addition von Punkten für verschiedene, nach Aufwand gestaffelte Parameter und Leistungen über die Verweildauer auf der Intensivstation, z.B. Herzfrequenz, systolischer Blutdruck, Körpertemperatur, Hämofiltration bzw. Dialyse, das Alter oder auch das Vorhandensein chronischer Leiden. Die Summe spiegelt dann den typischerweise erhöhten personellen und apparativen Aufwand auf einer Intensivstation wider.

Die zur Eingruppierung in die einzelnen Fallpauschalen genutzten Grenzwerte wurden neben anderen Attributen im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems überprüft und an mehreren Stellen Anpassungen vorgenommen:

- Die DRG F36A *Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems [...] wurde um Fälle, welche die Bedingung „Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 828 bzw. > 1104 Punkte mit bestimmter OR-Prozedur“ in Verbindung mit komplizierenden Faktoren erfüllen, erweitert und diese somit deutlich aufgewertet.*
- Intensivmedizinische Komplexbehandlung wirkt zukünftig in den Basis-DRGs T60 *Sepsis*, W02 *Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen* und W61 *Polytrauma ohne signifikante Eingriffe* höhergruppierend.

In der DRG A07A *Beatmung > 999 Stunden [...] sind auch Fälle mit einem dreizeitigen Eingriff abgebildet. Um diese Bedingung zu erfüllen, müssen (mindestens) drei Prozeduren aus einer Tabelle an unterschiedlichen Tagen durchgeführt werden. Die an dieser Stelle genutzte Tabelle wurde um einige Prozeduren für weniger komplexe Pleurektomien reduziert und die entsprechenden Fälle abgewertet.*

Für Evaluierungsaufenthalte vor Transplantationen finden sich im G-DRG-System mehrere Basis-DRGs:

- A62 *Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation*
- A63 *Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation*
- A64 *Evaluierungsaufenthalt vor Leber-, Dünndarm- oder Nieren-Pankreas-Transplantation*
- A66 *Evaluierungsaufenthalt vor anderer Organtransplantation*
- A69 *Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste*

Diese Basis-DRGs werden bereits am Ende der Prä-MDC, also vor der eigentlichen MDC-Zuweisung anhand der Hauptdiagnose, abgefragt und sind der medizinischen Partition zugeordnet. Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren deuteten auf eine mögliche Mindervergütung bei Mehrleistung bei bestimmten Konstellationen hin, wenn sich die Patienten im Rahmen ihres Aufenthalts zur medizinischen Evaluation zur Transplantation einem komplexen Eingriff (z.B. bei Gallengangsatresie) unterziehen mussten. Analysen bestätigten eine sehr geringe Anzahl aufwendig operierter Fälle in der konservativen DRG A64Z *Evaluierungsaufenthalt vor Leber-, Dünndarm- oder Nieren-*

Pankreas-Transplantation. Zukünftig werden Fälle mit großen bzw. komplexen Eingriffen an Pankreas und Leber aus der Definition der DRG A64Z ausgeschlossen. Innerhalb der MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas sind diese Fälle je nach durchgeführtem Eingriff differenziert abgebildet.

Auch in der Prä-MDC waren die einzelnen DRGs in unterschiedlichem Ausmaß von der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten betroffen, sodass sich – in Abhängigkeit vom jeweiligen Pflegeaufwand – die Kosten der DRGs in verschiedenen Größenordnungen reduzierten. Dabei näherten sich einige DRGs mit vormals relevanter Kostendifferenz einander bezüglich ihrer Kosten an. Bei vergleichbarer Verweildauer- und Kostenstruktur wurden innerhalb der Basis-DRG A11 *Beatmung > 249 Stunden [...]* die DRGs A11G und A11H kondensiert.

Insgesamt wurde im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems bezüglich etwaiger Umbauten sehr zurückhaltend agiert, da die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten höchste Priorität genoss. Umbauten am G-DRG-System erfolgten in erster Linie, um Fehlanreize zu minimieren, Innovationen ins Entgeltsystem zu integrieren, problematischen Kodiereffekten zu begegnen oder gewichtige Anregungen aus dem Vorschlagsverfahren aufzugreifen.

3.3.2.16 Kardiologie und Herzchirurgie

Kardiologie

Für den OPS Version 2018 erfolgte eine umfangreiche Überarbeitung des Bereichs *Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie* (Kodebereich 8-835). Seit 2018 sind folgende Codes, deren Vorgängerkode(s) gemäß OPS Version 2017 noch als eigenständiger Code kodiert werden konnten, ausschließlich als Zusatzcodes zu verwenden:

- 8-835.8 *Anwendung dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren*
- 8-835.9 *Verwendung eines Drahtgeflechtkatheters*
- 8-835.e *Anwendung einer endovaskulären endoskopischen Steuerung*
- 8-835.g *Anwendung rotordetektierender, elektroanatomischer Mappingverfahren*

Zusätzlich wurde, in Abgrenzung zum oben erwähnten Verfahren des „herkömmlichen“ dreidimensionalen, elektronatomischen Mappingverfahrens, ein neuer Zusatzcode etabliert:

- 8-835.j *Anwendung hochauflösender, multipolarer, dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren*

Bei den genannten Verfahren, insbesondere bei ablativen Maßnahmen unter Verwendung dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren (8-835.8), ist zu beachten, dass seit 2018 bei jeder Maßnahme ein grundlegendes Verfahren zu kodieren ist, entsprechend den „Primärkodes“ aus den Bereichen 8-835.2* *Konventionelle Radiofrequenzablation*, 8-835.3* *Gekühlte Radiofrequenzablation*, 8-835.4* *Ablation mit anderen Energiequellen*, 8-835.a* *Kryoablation* oder 8-835.b* *Bipolare phasenverschobene Radiofrequenzablation*. Im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2020 ergab sich systembedingt zum ersten Mal die Gelegenheit, diese Umstrukturi-

rierungen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser zu analysieren. Dieses Thema wurde auch mehrfach im Vorschlagsverfahren für 2020 aufgegriffen. Es wurde u.a. darauf hingewiesen, dass das erstmals spezifisch kodierbare Verfahren *Anwendung hochauflösender, multipolarer, dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren* (8-835.j) mit deutlich höheren Kosten verbunden sei als das „herkömmliche“ Mappingverfahren *Anwendung dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren* (8-835.8), und dementsprechend vorgeschlagen, dieses Verfahren aufzuwerten. Die Analyse konnte diese Kostenunterschiede nicht belegen, u.a. auch, weil bei vielen Fällen beide Verfahren kodiert waren. In den Kostendaten des Jahres 2018 zeigte sich, dass der überwiegende Anteil der Fälle mit *Anwendung hochauflösender, multipolarer, dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren* in ihren DRGs sachgerecht abgebildet war. Unabhängig davon verdeutlichten die Analysen, dass Fälle mit gekühlter Radiofrequenzablation, anderen Energiequellen und Kryoablation im linken Ventrikel in Kombination mit der Anwendung von dreidimensionalen, elektroanatomischen Mappingverfahren mit höheren Kosten verbunden waren. Kostenentsprechend werden diese Fälle zukünftig der DRG F50A *Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit komplexer Ablation im linken Vorhof oder hochkomplexer Ablation oder Implantation eines Ereignisrekorders oder Alter < 16 Jahre* zugeordnet und somit aufgewertet.

Im Vorschlagsverfahren wurde eine Gleichstellung von Fällen mit einer interventionellen Maßnahme zur Embolieprotektion am linken Herzohr unabhängig vom jeweiligen Verfahren angeregt. Bisher wurden Fälle mit einer Implantation eines permanenten Embolieprotektionssystems der DRG F95A zugeordnet, wohingegen Fälle mit einem Verschluss des linken Herzohrs durch eine perkutan epikardial eingebrachte Schlinge in die DRG F95B eingruppiert wurden. Für beide Fallkollektive konnten vergleichbare Kosten bei einer ähnlichen Verweildauer bestätigt werden, sodass zukünftig auch Fälle mit perkutan epikardial eingebrachter Schlinge zur Embolieprotektion der DRG F95A *Interventioneller Septumverschluss, Alter < 18 Jahre oder Vorhofohrverschluss* zugeordnet werden.

Im G-DRG-System 2019 ist die Basis-DRG F12 *Implantation eines Herzschrittmachers* neunfach differenziert, u.a. nach dem System des Herzschrittmachers (1-, 2- oder 3-Kammersystem), weiteren Eingriffen, kardiologischer Diagnostik und Alter. Die Kostenanalyse führte zur Kondensation von jeweils zwei DRGs (siehe Abb. 30) aufgrund fehlender Kostenunterschiede bzw. zur Vermeidung einer Schlechterstellung von Kindern nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten. In der Basis-DRG F17 *Wechsel eines Herzschrittmachers* wurden ebenfalls zwei DRGs aufgrund vergleichbarer Kosten und einer ähnlichen Verweildauer kondensiert. Zukünftig werden damit sowohl Fälle mit einem Wechsel eines Herzschrittmachers bei Verwendung eines Zweikammer- als auch bei Verwendung eines Einkammersystems in die DRG F17B *Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammer- oder Zweikammersystem [...]* eingruppiert, sofern das Alter größer ist als 15 Jahre. Bei Kindern mit einem Alter unter 16 Jahren werden Fälle innerhalb der Basis-DRG F17 zukünftig unverändert der DRG F17A zugeordnet.

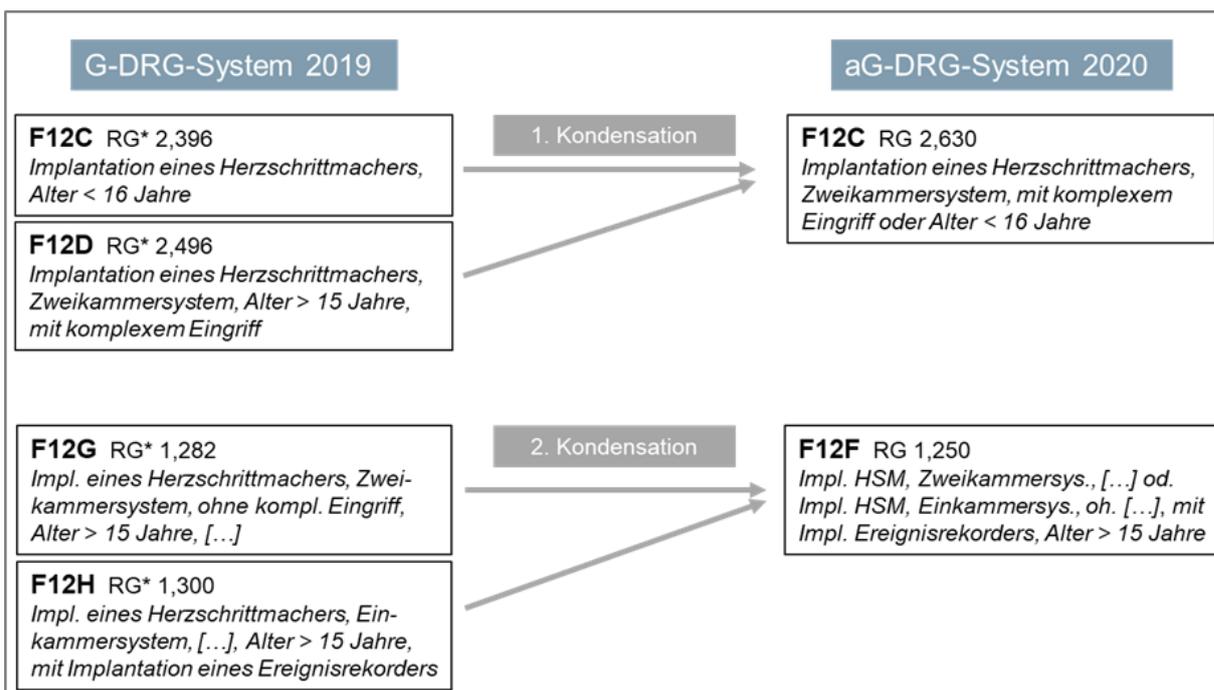


Abbildung 30: Kondensationen innerhalb der Basis-DRG F12 Implantation eines Herzschrittmachers aufgrund fehlender Kostenunterschiede bzw. zur Vermeidung einer Schlechterstellung von Kindern.

* nur zu Vergleichszwecken: Relativgewicht nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten

Seit dem Jahr 2017 wird die Implantation eines intrakardialen Pulsgenerators mit dem NUB-Status 1 bewertet. Ein intrakardialer Pulsgenerator wird überwiegend bei Kontraindikation für einen herkömmlichen Ein-Kammer-Herzschrittmacher eingesetzt. Das elektrodenlose Gerät kann minimalinvasiv direkt ins Herz implantiert werden. In den diesjährigen Daten der Kalkulationskrankenhäuser wurde eine ausreichende Anzahl von Fällen zur Analyse dieser Leistung übermittelt. Ihren Kosten entsprechend werden im aG-DRG-System 2020 Fälle mit einer Implantation eines intrakardialen Pulsgenerators der DRG F01C *Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD) [...]* oder *Impl. eines intrakardialen Pulsgenerators* zugeordnet (siehe auch Kap. 3.3.3).

In der Basis-DRG F01 *Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD) [...]* war die Behandlung von Kindern mit einem Alter < 18 Jahre mit höheren Kosten verbunden. Zukünftig werden diese in die DRG F01D *Implantation Kardioverter [...]* oder *Alter < 18 Jahre* eingruppiert und damit aufgewertet.

Im Vorschlagsverfahren erreichte uns ein Hinweis zur Abbildung von Fällen mit Myokardbiopsie bei kardialer Amyloidose. Da die kardiale Amyloidose nur über den unspezifischen Code *organbegrenzte Amyloidose* kodiert werden kann, werden betroffene Fälle nicht der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*, sondern der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* zugeordnet, aufgrund einer Verweildauer von einem Belegungstag vornehmlich der I66H *Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, ein Belegungstag*. In dieser DRG zeigten sich die Fälle mit Myokardbiopsie mit höheren Kosten verbunden. Eine MDC-übergreifende Codeverschiebung des unspezifischen Diagnosekodes ist in diesem Fall aber nicht zweckmäßig, da dies auch alle anderen Fälle mit einer Amyloidose, die sich nicht am Herzen manifestiert hat, ebenfalls der MDC 05 zugeordnet hätte. Bei kleiner Fallzahl, aber deutlichem Kostenunterschied

konnte für das aG-DRG-System 2020 eine Aufwertung der Fälle innerhalb der Basis-DRG I66 *Andere Erkrankungen des Bindegewebes [...]* ermöglicht werden. Zukünftig werden die Fälle überwiegend in den DRGs I66E und I66G abgebildet.

Im G-DRG-System 2019 ist die Basis-DRG F75 *Andere Krankheiten des Kreislaufsystems* vierfach differenziert nach äußerst schweren und schweren CC, Verweildauer und Alter. Die Analyse der verschiedenen Attribute ergab, dass Kinder mit einem Alter unter 16 Jahren mit schweren CC in der DRG F75C mit höheren Kosten verbunden waren. Nach Aufwertung dieser Fallgruppe in die DRG F75B *Andere Krankheiten des Kreislaufsystems [...]* oder *Alter < 16 Jahre mit schweren CC* zeigten die DRGs F75C und F75D vergleichbare Kosten bei einer ähnlichen Verweildauer. Entsprechend erfolgte eine Kondensation dieser beiden DRGs zur DRG F75C *Andere Krankheiten des Kreislaufsystems [...], Alter > 9 Jahre und Alter < 16 Jahre, ohne schwere CC oder Alter > 15* für das aG-DRG-System 2020.

Weitere Umbauten der Kardiologie

- Kostenentsprechende Abwertung von Fällen mit weniger aufwendigem Sondenwechsel, Aggregat- und Sondenentfernung aus der DRG F18A *Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel [...]* in die DRG F18B
- Aufwertung von Kindern mit einer angeborenen Herzkrankheit und einem Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC aus der DRG F68B in die DRG F68A *Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre [...]* oder *Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC*
- Aufwertung von Fällen mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls ab 24 Stunden innerhalb der Basis-DRG F62 *Herzinsuffizienz und Schock*

Herzchirurgie

In der Basis-DRG F03 werden Fälle mit einem offen-chirurgischen Herzklappeneingriff (mit Herz-Lungen-Maschine) abgebildet. Die DRGs F03C und F03E sind u.a. definiert anhand bestimmter Zweifacheingriffe an den Herzklappen. Es zeigte sich aber, dass bestimmte Zweifacheingriffe vergleichsweise weniger aufwendig sind. Dies betrifft z.B. den Verschluss eines Vorhof- oder Ventrikelseptumdefekts, bestimmte Prothesenrefixationen oder auch die Entkalkung der Trikuspidalklappe. Kostenentsprechend werden diese weniger aufwendigen Zweifacheingriffe an den Herzklappen aus der DRG F03C in die DRG F03E und aus der DRG F03E in die DRG F03F neu eingruppiert. Sortierbedingt sind viele Fälle mit solchen Zweifacheingriffen im aG-DRG-System 2020 tatsächlich der DRG F07C *Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine [...]* zugeordnet.

3.3.2.17 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane

Insgesamt wurden in diesem Jahr klassifikatorische Änderungen innerhalb der MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* in eher moderatem Umfang vorgenommen. Wesentliche Änderungen für die MDC 04 erfolgten vor allem im Bereich der operativen Basis-DRGs. Hiervon betroffen war u.a. die Abbildung von Fällen mit:

- Eingriffen zur Entfernung von intrakraniellm Gewebe
- Eingriffen zur Behandlung eines Schlafapnoesyndroms
- Bestimmten Lungenvolumenreduktionsverfahren

Operative Partition

Ein großer Anteil der Fälle, die in der operativen Partition der MDC 04 abgebildet werden, betrifft die chirurgische Behandlung einer onkologischen Grunderkrankung. Dabei werden Fälle mit aufwendigeren Verfahren vor allem der Basis-DRG E01 *Revisionseingriffe [...]*, z.B. bei beidseitiger Lobektomie oder Eingriffen im Rahmen einer *Reoperation an Lunge, Bronchus [...]*, oder der Basis-DRG E05 *Andere große Eingriffe am Thorax [...]*, z.B. bei einem Primäreingriff mit Lobektomie, zugeordnet. Weniger komplexe Eingriffe werden kostenentsprechend der Basis-DRG E06 *Andere Lungenresektionen [...]* zugeordnet, z.B. eine einfache thorakoskopische Lungen-Keilresektion ohne Lymphadenektomie.

Fälle mit *Exzision und Destruktion von erkranktem intrakraniellen Gewebe* (insbesondere Tumorgewebe) weisen in der MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* typischerweise eine Hauptdiagnose für bösartige Neubildung der Atmungsorgane auf. Der intrakranielle Eingriff entspricht meist der Behandlung einer Hirnmetastase bei fortgeschrittener Tumorerkrankung. Diese Fälle wurden bisher der Basis-DRG E05 zugeordnet. In den Analysen zeigten sich Fälle mit einem entsprechenden intrakraniellen Eingriff innerhalb der Basis-DRG E05 als nochmals aufwendiger als die anderen Fälle der betroffenen DRG, sodass für diese Fälle im aG-DRG-System 2020 eine sachgerechte Zuordnung zur Basis-DRG E01 erfolgte.

Im Weiteren erfolgte eine den Kosten entsprechende Abwertung von Fällen der Basis-DRG E01 mit

- erweiterter Pneum(on)ektomie und Resektion an bestimmten Organen innerhalb der Basis-DRG E01 (DRG E01A → DRG E01B)
- anderen weniger aufwendigen Verfahren, z.B. explorativer Thorakotomie oder Naht an Lunge in verschiedene DRGs der operativen Partition der MDC 04 (u.a. DRG E05A und DRG E06A)

Seit dem G-DRG-System 2017 werden eine Reihe von Behandlungsfällen mit einer Hauptdiagnose für ein „Schlafapnoesyndrom“ und Eingriffen an Hals, Mund, Nase und Ohren über eine Umleitung innerhalb der Basis-DRG E07 in der MDC 03 *Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses* sachgerecht und differenziert abgebildet (siehe Abb. 31).

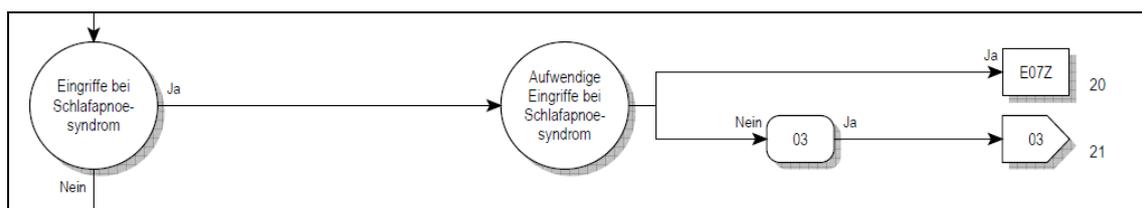


Abbildung 31: Umleitung von Fällen mit Schlafapnoesyndrom in die MDC 03

Auch in diesem Jahr erfolgte eine eingehende Analyse der verbleibenden Fälle der DRG E07Z *Aufwendige Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom*. Dabei erwies es sich als sachgerecht, Fälle mit bestimmten Verfahren aus dem Bereich der *Palatoplastik* oder zur *Destruktion des [...] Gaumens durch Thermokoagulation* ebenfalls der MDC 03 zuzuordnen. Dort werden sie kostenentsprechend vornehmlich in den DRGs D12B *Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals*, D22B *Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung [...]* und D38Z *Mäßig komplexe Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen, Gesichtsschädelknochen* abgebildet.

Die Basis-DRG E02 *Andere OR-Prozeduren an Atmungsorganen [...]* ist die fünffach differenzierte „Reste“-DRG der MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane*. Dort werden vor allem Fälle mit Hauptdiagnosen aus dem Bereich bösartige Neubildung der Atemwege abgebildet. Es handelt sich bei den dort abgebildeten Verfahren eher um eine heterogene „Sammlung“ von Verfahren, mit z.B. bronchoskopischen Interventionen, Verschluss eines Tracheostomas oder Drainage der Pleurahöhle.

Im Vorschlagsverfahren gab es Hinweise zu einer nicht sachgerechten Abbildung von Fällen mit

- *Destruktion von erkranktem Lungengewebe: Durch thermische Dampfablation* (G-DRG-System 2019: gruppierungsrelevant für die DRG E02D)
- *Implantation von Bestrahlungsmarkern an der Lunge* (G-DRG-System 2019: gruppierungsrelevant in der Basis-DRG E05)

Fälle mit diesen Verfahren zeigten vergleichbare Kostenstrukturen zu Fällen der DRG E02C, sodass diese Verfahren für das aG-DRG-System 2020 der DRG E02C *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, [...] mit endoskop. Lungenvolumenred. oder anderem mäßig kompl. Eingr. [...]* zugeordnet wurden.

Medizinische Partition

Spezifische Auswirkungen der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf die MDC 04 zeigten sich in der medizinischen Partition. Dort wurde eine Reihe von DRGs kondensiert, für die beispielsweise ein über das Lebensalter definiertes Splitkriterium nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten zu einer Schlechterstellung von Kindern in der MDC 04 hätte führen können (vgl. auch Kap. 3.2.3). Für das aG-DRG-System 2020 sind in den nachfolgend gelisteten Basis-DRGs insgesamt fünf DRGs durch Kondensation entfallen (siehe Tab. 18):

Betroffene Basis-DRG	GDRG-System 2019	aG-DRG-System 2020
E69 <i>Bronchitis und Asthma bronchiale [...]</i>	E69C, E69D, E69E	E69C
E70 <i>Keuchhusten und akute Bronchiolitis</i>	E70A, E70B	E70Z
E77 <i>Bestimmte andere Infektionen [...]</i>	E77C, E77D	E77C
E79 <i>Infektionen [...] der Atmungsorgane</i>	E79C, E79D	E79C

Tabelle 18: Kondensation von DRGs in der MDC 04

3.3.2.18 MDC 15 – Neugeborene

Innerhalb der MDC 15 *Neugeborene* werden Neugeborene bis zum 28. Lebenstag oder mit Aufnahmegewicht < 2.500 g abgebildet. In den letzten beiden Jahren wurden umfangreiche Änderungen in der MDC vorgenommen. So wurden beispielsweise bestimmte aufwendige operative Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen aufgewertet. Die Weiterentwicklung zum aG-DRG-System 2020 in Bezug auf die MDC 15 *Neugeborene* wurde in diesem Jahr auf die Bearbeitung von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren beschränkt.

Einem Vorschlag folgend wurden Fälle mit der Diagnose *Transitorische Thrombozytopenie beim Neugeborenen* untersucht. Die Diagnose ist in den Funktionen *Schweres Problem beim Neugeborenen* und *Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen* gruppierungsrelevant. Im G-DRG-System 2019 ergibt sich bei zusätzlichem Vorliegen der Diagnose ein Anstieg der Bewertungsrelation um 0,5 (bei Gruppierung aus der DRG P67C in die DRG P67B) bis zu 9 (bei Gruppierung aus der P03B in die DRG P03A).

Analysen ergaben, dass die Diagnose als Splitkriterium innerhalb der oben genannten Funktionen nicht geeignet ist, sodass die Diagnose aus den Funktionen gestrichen wurde und entsprechende Fälle in geringer bewertete DRGs sachgerecht neu eingruppiert wurden.

In der Basis-DRG P67 *Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden* zeigten sich die Fälle, die aus der DRG P67B abgewertet wurden, in den niedriger bewerteten DRGs P67C, P67D und P67E nicht mehr sachgerecht abgebildet. Deshalb bekam in dieser Basis-DRG die Diagnose *Transitorische Thrombozytopenie beim Neugeborenen* in der Splitbedingung zur DRG P67B außerhalb der Funktion „Schweres Problem beim Neugeborenen“ Gruppierungsrelevanz. In der Konsequenz wurden somit innerhalb der Basis-DRG P67 nur Fälle aus der DRG P67A in die DRG P67B abgewertet.

Neonatale Diagnose ohne Bezug zu Alter oder Gewicht

Einem weiteren Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend wurden Fälle in der MDC24 *Sonstige DRGs* untersucht. Fälle mit einer Hauptdiagnose aus der Hauptdiagnosenliste der MDC 15 *Neugeborene*, die bei Aufnahme weder jünger als 28 Tage sind noch ein Aufnahmegewicht unter 2500 g haben, werden in die DRG 863Z *Neonatale Diagnose ohne Bezug zu Alter oder Gewicht* eingruppiert.

Typisch für Fälle mit einer neonatalen Hauptdiagnose und einem Alter über 27 Tage ist, dass sie aufgrund einer neonatalen Vorerkrankung erneut aufgenommen werden. Beispielsweise Fälle, die aufgrund eines Darmverschlusses innerhalb der ersten 28 Lebenstage ein Enterostoma erhalten haben und für die Rückverlagerung des Enterostomas erneut aufgenommen werden, kodieren laut DKR die neonatale Ursache als Hauptdiagnose. Aufgrund dieser Konstellation sind die meisten Diagnosen für *Neonatalen Darmverschluss* nicht der Hauptdiagnosenliste der MDC15, sondern der Hauptdiagnosenliste der MDC06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* zugeordnet. Hier werden diese Fälle differenziert abgebildet.

Die Diagnose *Mekoniumpfropfsyndrom* ist bisher der Hauptdiagnosenliste der MDC15 zugeordnet. Fälle mit einem Alter von über 27 Tagen bei Aufnahme oder einem Aufnahmegewicht von über 2499 g mit der Hauptdiagnose Mekoniumpfropfsyndrom werden dementsprechend in die DRG 863Z *Neonatale Diagnose ohne Bezug zu Alter oder Gewicht* eingruppiert. Für das aG-DRG-System 2020 wurde die Diagnose Mekonium-

pfropfsyndrom aus der Hauptdiagnosenliste der MDC15 in die Hauptdiagnosenliste der MDC06 verschoben und die Diagnose in die Basis-DRG G71 *Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane* aufgenommen. Daraus resultiert die sachgerechte Abbildung von Fällen mit einem Alter von mehr als 27 Tagen in der organbezogenen MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*, während Fälle mit einem Alter von unter 28 Tagen in den differenzierten DRGs der MDC15 *Neugeborene* verbleiben.

3.3.2.19 Neurologie und Neurochirurgie

Konservativ behandelte anfallsartige Erkrankungen sind innerhalb der MDC 01 in der mehrfach differenzierten Basis-DRG B76 *Anfälle* zusammengefasst. Neben dem Alter des Patienten, dem PCCL und verschiedenen Nebendiagnosen wurden auch die Prozeduren für die Durchführung von Schlaf- und Video-EEGs als Splitkriterium genutzt. Im Rahmen des strukturierten Dialogs wurde nun darauf hingewiesen, dass es sich bei derartigen Verfahren inzwischen um „Standardverfahren“ handele und sich diese demzufolge auch nicht länger als Definitionskriterium eignen würden. Die durchgeführten Analysen bestätigten diese Annahmen jedoch nur zum Teil. Fälle mit Schlaf- oder Video-EEG werden zukünftig nur noch in einem Alter von unter einem Jahr in die DRG B76C eingruppiert, während die übrigen Fälle mit diesen Prozeduren in der DRG B76D abgebildet sind.

Die Basis-DRG B85 *Degenerative Krankheiten des Nervensystems oder zerebrale Lähmungen* nutzt bestimmte komplexe Diagnosen, wie z.B. Myasthenia gravis oder Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, als Splitkriterium. Analysen zeigten, dass auch Fälle mit den Diagnosen Progressive multifokale Leukenzephalopathie und Neuronale Zeroidlipofuszinose mit höheren Kosten assoziiert waren. Folgerichtig wurden diese hochkomplexen Diagnosen an zwei Stellen innerhalb der Basis-DRG B85 aufgewertet.

Die Ausgliederung der pflegerischen Leistungen aus dem G-DRG-System betraf auch die DRGs der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* in unterschiedlichem Maße. In der Folge nivellierten sich an mehreren Stellen vormals existente Kostenunterschiede sowohl innerhalb als auch zwischen verschiedenen Basis-DRGs. Innerhalb der Basis-DRG B81 *Andere Erkrankungen des Nervensystems* trennte das Kriterium „Bestimmte Diagnose“ – die Tabelle fasste verschiedene Hauptdiagnosen wie Hirnzysten, Affektionen der Sehbahn oder Aneurysmen zusammen – die beiden DRGs B81B und B81C. Der kostentrennende Effekt dieser Diagnosen war nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten nun nicht mehr gegeben, die DRGs B81B und B81C wurden entsprechend zur DRG B81B kondensiert (siehe Abb. 32).

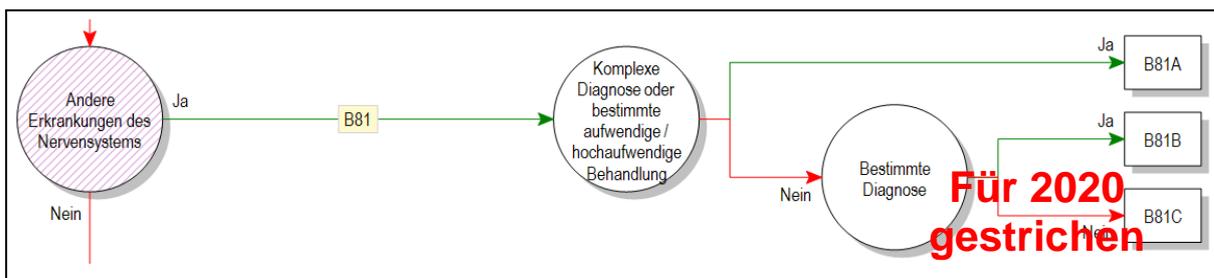


Abbildung 32: Kondensation der DRGs B81B und B81C

Die Basis-DRG B76 *Anfälle* war im G-DRG-System 2019 siebenfach differenziert. Verschiedene Altersgrenzen, PCCL, Prozeduren sowie Haupt- und Nebendiagnosen wurden hier als Splittkriterien genutzt. Bei einigen dieser DRGs lag nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten eine vergleichbare Kosten- und Verweildauerstruktur vor, sodass diese kondensiert wurden und von den ursprünglich sieben DRGs im aG-DRG-System 2020 noch fünf DRGs verbleiben.

Die bereits oben erwähnte Basis-DRG B85 vereinte bislang degenerative Krankheiten des Nervensystems oder zerebrale Lähmungen, während in der Basis-DRG B64 Fälle mit Delirium abgebildet waren. Da nach der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten die verbliebenen Kosten der DRGs B64Z und B85C nahezu identisch waren, wurde Basis-DRG-übergreifend die DRG B64Z in die DRG B85C „integriert“.

In der operativen Partition der MDC 01 sind die verschiedenen neurochirurgischen Eingriffe detailliert abgebildet. Die Basis-DRGs B02 *Komplexe Kraniotomie [...]* und B20 *Kraniotomie [...]* fassen beispielsweise Operationen am Schädel und zentralen Nervensystem zusammen, wobei die Basis-DRG B02 die komplexeren Leistungen enthält und demzufolge zuerst abgefragt wird. Analysen bezüglich bestehender sowie potentieller neuer Kostentrenner führten zu verschiedenen Umbauten innerhalb dieser Basis-DRGs.

Fälle, die neben einem operativen Eingriff aufgrund einer Neubildung des Nervensystems einer Bestrahlung bedürfen, werden ebenfalls in der Basis-DRG B02 abgebildet. Werden mehr als acht Bestrahlungen an mindestens neun Tagen durchgeführt, wird der Fall der DRG B02B zugeordnet, bei weniger Tagen der DRG B02C. Fälle mit einer geringeren Anzahl an Bestrahlungen werden in der DRG B02D abgebildet. Bei internen Analysen traten allerdings deutliche Kostendifferenzen zwischen den verschiedenen Verfahren in der DRG B02D zutage. Es zeigte sich, dass insbesondere zwei der in dieser DRG zusammengefassten Verfahren geringere Kosten aufwiesen:

- Eine reine Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen
- Die Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie

Beide Kodegruppen wurden aus der Bedingung der DRG B02D gestrichen und werden zukünftig ihren Kosten entsprechend der DRG B02E zugeordnet.

Auch innerhalb der Basis-DRG B20 *Kraniotomie [...]* führten die Analysen der Daten des Jahres 2018 sowohl zu Auf- als auch zu Abwertungen verschiedener Leistungen. Die Embolisation intrakranieller Gefäße mit Ethylvinylalkohol-Copolymer – bislang in der DRG B20D *Kraniotomie oder große WS-OP mit komplexer Prozedur [...]* abgebildet – passt bezüglich ihrer Kosten- und Verweildauerstruktur besser in die DRG B20C *Kraniotomie [...]* oder *interventioneller Eingriff [...]* und wird zukünftig hier eingruppiert und somit aufgewertet.

Fälle mit operativem Eingriff bei Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute sind u.a. in der DRG B20B abgebildet. Analysen dieser DRG zeigten Kostenunterschiede der verschiedenen als Definitionskriterium genutzten Verfahren. Zwei dieser Prozeduren wurden für das aG-DRG-System 2020 aus der Definition der DRG B20B gestrichen und abgewertet:

- Intrakranielle diagnostische Endoskopie
- (Perkutan-)transluminale Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen

Bei einigen komplexen Befunden insbesondere intrakranieller Erkrankungen kann oftmals ein mehrzeitiges operatives Vorgehen indiziert sein. Für diese aufwendigen Fälle existiert die Basis-DRG B01 *Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems*, wobei Kinder im Alter von unter 18 Jahren der höher bewerteten DRG B01A, alle anderen Fälle dagegen der DRG B01B zugeordnet werden. In dieser DRG B01B fanden sich in den Untersuchungen einige hochkomplexe Fälle, die die Bedingung der im letzten Jahr etablierten Funktion „Komplizierende Konstellationen B02“ erfüllen. Hierbei handelt es sich um einen logischen Ausdruck, der Prozeduren und ggf. Diagnosen beinhaltet, die einen höheren Ressourcenverbrauch bedingen, z.B. Dialysen, Chemo- und Strahlentherapie, Gabe von Blutprodukten und Plasma, Schwerste Gerinnungsstörungen oder Drainagen. Die „Komplizierenden Konstellationen B02“ sind dabei speziell auf derartige neurochirurgische Fälle – wie sie in den Basis-DRGs B01, B02 und B20 vorkommen – zugeschnitten. Die Definition der DRG B01A *Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation oder Alter < 18 Jahre* wurde für das aG-DRG-System 2020 somit um diese hochkomplexen Fälle erweitert. Die an dieser Stelle genutzte Funktion „Komplizierende Konstellationen B02“ ermöglicht eine präzise Berücksichtigung der in dieser Basis-DRG tatsächlich mit erheblich höheren Kosten verbundenen Attribute.

Die Abbildung von Kindern mit neurochirurgischen Eingriffen ist Gegenstand jährlicher Analysen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems. So wirken verschiedene Altersgrenzen zwischen 2 und 17 Jahren – neben anderen Attributen – in den Basis-DRGs B02 und B20 bereits höhergruppierend und die beiden höchstbewerteten DRGs dieser beiden Basis-DRGs bleiben ausschließlich Kindern vorbehalten. Doch auch in der DRG B20B fanden sich Fälle von Kindern im Alter unter 16 Jahren, die ähnliche Kosten wie die Fälle der DRG B20A aufwiesen, sodass sie dieser letztlich auch zugeordnet und somit aufgewertet wurden (siehe Abb. 33).

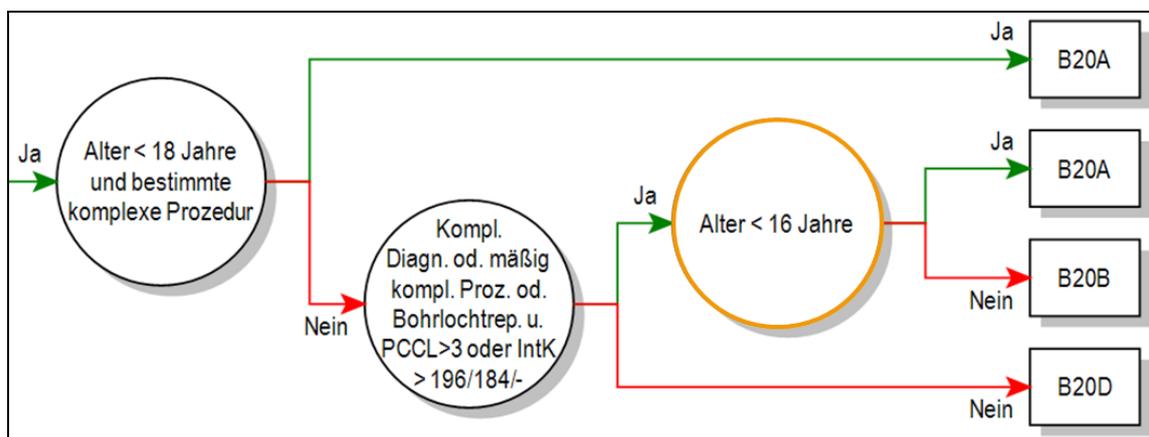


Abbildung 33: Aufwertung von Kindern im Alter von unter 16 Jahren aus der DRG B20B in die DRG B20A

Eine weitere Analyse betraf Kinder unter 18 Jahren, bei denen eine bestimmte Exzision bzw. Destruktion von Tumorgewebe – intrazerebral oder an der Schädelbasis – vorgenommen wurde. Im Falle eines zusätzlich intraoperativ durchgeführten, mehr als achtstündigen neurophysiologischen Monitorings wiesen diese Kinder höhere Kosten auf als andere Fälle der DRG B02C. Diese Kombination von Alter, operativem Eingriff und langem neurophysiologischen Monitoring führt ab dem aG-DRG-System 2020 in die höherbewertete DRG B02B.

In der DRG B02A *Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation bei Neubildung des Nervensystems [...], Alter < 6 Jahre oder Alter < 16 Jahre und mehrzeitige komplexe OR-Prozedur* waren Kinder im Alter unter 6 Jahren bislang ohne jegliche prozedurale Einschränkung eingruppiert. Das Alter allein rechtfertigte jedoch anhand der Daten des Jahres 2018 diese Höhergruppierung nicht mehr, sodass im aG-DRG-System 2020 Kinder im Alter unter 6 Jahren nur noch mit einer Exzision und Destruktion von Tumorgewebe in Hirn, Schädelbasis oder Hirnhäuten in diese höher bewertete DRG B02A eingruppiert werden.

Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark sind – je nach Hauptdiagnose – in der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* oder MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* abgebildet. Diese Fälle sind in der MDC 08 in mehreren Basis-DRGs differenziert und hochspezifisch abgebildet:

- I06 *Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals*
- I09 *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule*
- I10 *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule*

In der MDC 01 werden diese Konstellationen in der Basis-DRG B18 *Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems [...]* zusammengefasst. Dabei referenzieren die DRGs B18A bis B18D auf die einzelnen DRGs der Basis-DRGs I06, I09 und I10, sodass durchgeführte Änderungen innerhalb dieser DRGs der MDC 08 „simultan“ auch innerhalb der Basis-DRG B18 vorgenommen werden. Somit spiegelten sich folgende Änderungen innerhalb der MDC 08 ebenfalls in der Basis-DRG B18 wider:

- Durch die Splitterweiterung der DRG I10E anhand der Bedingung „Alter < 18 Jahre“ wurden ebenso Kinder aus der DRG B18D in die DRG B18C aufgewertet.
- Nach Umbauten der Basis-DRG I09 und I10 werden Fälle mit einer Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rückenmarks und der Rückenmarkshäute nur noch in Kombination mit einer Diagnose für bösartige Neubildung in diese DRGs eingruppiert und demzufolge ggf. auch innerhalb der Basis-DRG B18 abgewertet.
- Fälle mit Biopsie an Knochen der Wirbelsäule durch Inzision werden innerhalb der Basis-DRG I10 nur noch dann höher eingruppiert, wenn sie keine Diagnose Diszitis oder Bandscheibeninfektion bzw. einen bestimmten komplexen Eingriff bei bösartiger Neubildung haben – somit werden neben den Fällen der Basis-DRG I10 auch diejenigen der Basis-DRG B18 abgewertet, die diese Bedingungen nun nicht mehr erfüllen.

Zudem wurden vergleichsweise einfache Eingriffe, wie Inzisionen, Biopsien oder Adhäsionslysen, gänzlich aus der Basis-DRG B18 gestrichen und somit abgewertet.

Die Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren bzw. Neurostimulationselektroden ist in der MDC 01 innerhalb der gleichnamigen Basis-DRG B19 spezifisch abgebildet. Allerdings waren die Kosten von Fällen mit der Implantation bestimmter temporärer Elektroden zur Teststimulation geringer als andere Verfahren in der DRG B19B, sodass diese aus der Bedingung dieser DRG gestrichen und entsprechend ihren Kosten abgewertet wurden.

3.3.2.20 Onkologie

Das Hauptaugenmerk der diesjährigen Revision des G-DRG-Systems in der MDC 17 lag auf der im Zusammenhang mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten stehenden Überprüfung der Abbildung von Kindern. Detaillierte Informationen dazu finden sich auch in Kapitel 3.3.2.29.

In der G-DRG-Version 2019 bestanden in der MDC 17 14 DRGs, die – entweder als alleiniges Merkmal oder in Kombination mit weiteren Kriterien – durch das Kindesalter definiert sind. Dazu zählten beispielsweise die DRGs R63B *Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre [...]* und R66Z *Akute myeloische Leukämie oder andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter < 18 Jahre*. Nach der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten für das aG-DRG-System 2020 war zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die bestehenden Kindersplits weiterhin erfüllt sind. Dabei zeigten sich in der MDC 17 Auffälligkeiten bei folgenden DRGs:

- R63G *Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, [...] oder mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre*: Bisher zeigten sich in dieser DRG deutlich höhere Kosten im Bereich der Pflege. Für die aG-DRG-Version 2020 wurde diese DRG mit der DRG R63H kondensiert und damit eine Schlechterstellung von Kindern nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten verhindert.
- R65A *Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre*: Kinder wiesen hier aufgrund der höheren Pflegepersonalkosten höhere Gesamtkosten auf. Nach der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten wären Kinder hier im Vergleich zu Erwachsenen schlechter gestellt. Daher erfolgte für 2020 die Kondensation der DRGs R65A und R65B (siehe Abb. 34).

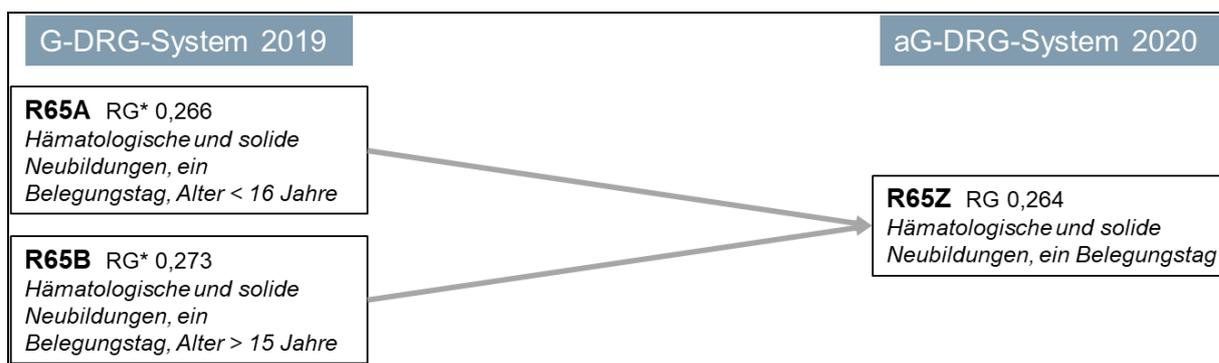


Abbildung 34: Kondensation der DRGs R65A und R65B (* nur zu Vergleichszwecken: Relativgewicht nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)

In der Basis-DRG R61 *Lymphom und nicht akute Leukämie* wurde ein Kindesalter von < 16 Jahren bereits in den Schweregraden C, F und G berücksichtigt. Die diesjährigen Analysen zeigten zusätzlich, dass Kinder in einem Alter von 16 und 17 Jahren in der DRG R61E *Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, [...], ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, oh. intensive Chemoth.* nicht sachgerecht abgebildet waren. Diese Fälle wurden aufgewertet und werden zukünftig in der DRG R61D *Lymphom u. nicht akute Leukämie mit Agranuloz., Portimpl.,*

Komplexbeh. MRE [...] od. Alt. < 18 J. od. m. äuß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndr. [...] abgebildet.

Neben den oben aufgeführten Änderungen im aG-DRG-System 2020 zur Abbildung onkologischer Fälle im Kindesalter haben auch die weiteren in Kapitel 3.3.2.2 oder 3.3.2.29 beschriebenen Systemumbauten erheblichen Einfluss auf die Eingruppierung onkologischer Fälle im Sinne einer sachgerechteren Abbildung.

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

- Schaffung von zwei neuen unbewerteten Zusatzentgelten für Medikamente (ZE2020-168 *Gabe von Daratumumab, parenteral*, ZE2020-169 *Gabe von Liposomalem Irinotecan, parenteral*)
- Für den Bereich der Pädiatrie wurden die bereits bestehenden Dosisklassen für Kinder insgesamt überprüft. Daraus resultierte für den Bereich Onkologie die Schaffung neuer Kinderdosisklassen bei einem neuen unbewerteten Zusatzentgelt (ZE2020-168 *Gabe von Daratumumab, parenteral*).

3.3.2.21 Operative Gynäkologie

Die diesjährige Weiterentwicklung des G-DRG-Systems in der MDC 13 *Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* stützte sich überwiegend auf eigene Analysen. Die Beteiligung am Vorschlagsverfahren für diesen Bereich war in diesem Jahr eher zurückhaltend. Thematisiert wurde im Vorschlagsverfahren vor allem die Abbildung von Fällen mit einer Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus durch Radiofrequenzablation mit intrauteriner Ultraschallführung, einem Verfahren, das seit dem OPS Version 2018 spezifisch verschlüsselt werden kann und in diesem Jahr erstmals anhand der aktuellen Daten der Kalkulationskrankenhäuser analysiert werden konnte. Aufgrund einer unzureichenden Datengrundlage konnte allerdings keine Anpassung des Gruppierungsalgorithmus für dieses Verfahren erfolgen. Die betroffenen Fälle werden demnach auch 2020 überwiegend der DRG N25Z *Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen [...] oder andere kleine Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen* zugeordnet.

Fälle mit einer selektiven Embolisation mit Partikeln oder Metallspiralen an viszeralen und anderen abdominalen Gefäßen werden in der G-DRG-Version 2019 der DRG N14Z *Hysterekt. auß. b. BNB m. Beckenbodenpl. [...], m. äuß. schw. CC/selekt. Gefäßembol. [...]* zugeordnet. Hier zeigten sich bei den betroffenen Fällen aus dem Datenjahr 2018 Kostenunterschiede in Abhängigkeit von der jeweiligen Hauptdiagnose, die sowohl zu einer Unter- als auch zu einer Übervergütung der Fälle in der DRG N14Z führten. Für 2020 wurde diese Leistung entsprechend ihren Kosten neu zugeordnet. Bei Fällen mit einer bösartigen Neubildung erfolgt zukünftig die Eingruppierung in die DRG N13A *Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva auß. bei BNB [...] od. best. Embolisation an viszeralen und and. abdominalen Gefäßen bei BNB*. Bei den übrigen Fällen mit dieser Leistung standen überwiegend Hauptdiagnosen für Leiomyome des Uterus, vaginale Blutungen und Varizen im Genitaltrakt im Vordergrund. Diese Fälle werden ab 2020 in der DRG N06Z *[...] oder bestimmte Embolisation an viszeralen und anderen abdominalen Gefäßen außer bei bösartiger Neubildung* abgebildet und damit abgewertet.

Im Fokus der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems stand auch die Basis-DRG N21 *Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, [...]*. In dieser Basis-DRG werden sowohl Hysterektomien außer bei bösartiger Neubildung als auch subtotale und andere Hysterektomien bei bösartiger Neubildung und bestimmte Myomenukleationen abgebildet. In der G-DRG-Version 2019 ist sie zweifach differenziert nach der Komplexität der Eingriffe. In den diesjährigen Analysen zeigten sich bestimmte Fallkonstellationen nicht sachgerecht abgebildet. Diese wurden für die aG-DRG-Version 2020 aufwandsentsprechend neu zugeordnet:

- In der DRG N21B zeigten Fälle mit einer Naht des Darmes oder einer anderen Rekonstruktion des Kolons im Rahmen einer Hysterektomie höhere Kosten. Zukünftig werden die betroffenen Fälle in der DRG N21A abgebildet und damit aufgewertet.
- Der DRG N21A werden auch Fälle mit subtotaler Hysterektomie zugeordnet. Davon ausgenommen waren bisher nur Prozeduren für eine suprazervikale und sonstige Hysterektomie durch endoskopischen (laparoskopischen), vaginalen und sonstigen Zugang. Im Rahmen der diesjährigen Revision zeigten auch Fälle mit einer supravaginalen Hysterektomie durch die genannten Zugänge geringere Kosten, sodass diese ab 2020 ebenfalls der DRG N21B zugeordnet werden.
- Fälle mit einer Resektion von intraperitonealem Gewebe und von Gewebe der Beckenwand ohne sichere Organzuordnung werden aufgrund geringerer Kosten ab der aG-DRG-Version 2020 nicht mehr in der Basis-DRG N21, sondern in der Basis-DRG N07 *Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung [...]* abgebildet. Für den Großteil der betroffenen Fälle bedeutet dies eine Abwertung aus der DRG N21B in die DRG N07A *Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen [...], mit bestimmtem Eingriff*.

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

- Für Fälle der MDC 13 wurde die Definition der Funktion „Multiviszeraleingriff“ bezüglich bestimmter Prozeduren präzisiert. Dazu zählen beispielsweise die Exzision von erkranktem Gewebe am Zwerchfell oder die partielle Zwerchfellplastik ohne alloplastisches Material. Die betroffenen Fälle wurden damit aus der DRG N01A *Beckeneviszierung bei der Frau [...] mit äußerst schweren CC, [...], mit Multiviszeraleingriff* in die DRG N01B *Beckeneviszierung [...] mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszeraleingriff* abgewertet.
- Die sonstige andere Operation an Uterus und Parametrien wurden aus der Definition der Basis-DRGs N02 *Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien [...] bei bösartiger Neubildung [...]* und N07 gestrichen. Ab 2020 werden Fälle mit dieser Prozedur in der DRG N25Z abgebildet, sofern keine weiteren gruppierungsrelevanten Leistungen vorliegen.
- Bei den Prozeduren für die laparoskopische abdominale Rektopexie sowie für die Rektopexie durch Rectotomia posterior zeigte sich, dass die Einstufung als komplexer Eingriff bei Harninkontinenz in der DRG N04Z nicht mehr sachgerecht ist. Die Prozeduren wurden aus der DRG N04Z gestrichen. Die betroffenen Fälle werden zukünftig überwiegend in der DRG N02C *Eingriffe an Uterus und Adnexen [...], ohne äußerst schwere CC, mit mäßig komplexem Eingriff* abgebildet und damit abgewertet.

- Fälle mit laparoskopischer Resektion von retroperitonealem Gewebe ohne sichere Organzuordnung werden gemäß aG-DRG-Version 2020 nicht mehr der DRG N07A, sondern der DRG N08Z *Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen* zugeordnet und damit abgewertet.

3.3.2.22 PKMS und hochaufwendige Pflege

Im Rahmen der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten wurde sowohl die weitere Erfassung von aufwendiger Pflege über die Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene, Kinder und Jugendliche (PKMS-E, PKMS-K und PKMS-J) als auch der Fortbestand der damit eng verbundenen Zusatzentgelte für die *hochaufwendige Pflege* (ZE130 und ZE131) diskutiert. Für das aG-DRG-System 2020 wurde beschlossen, dass für die *Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen* und die *Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen* weiterhin die bewerteten Zusatzentgelte ZE130 und ZE131 in den Anlagen 2 bzw. 5 der Fallpauschalenverordnung gelistet und damit erlösrelevant sind.

Jedoch hatte die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten einen deutlichen Einfluss auf die Bewertung dieser zusatzentgeltrelevanten Leistungen. So erfolgte die Kalkulation dieser Zusatzentgelte ohne Berücksichtigung der Kosten für die Pflege in den Kostengruppen 1, 2, 3 und 13 (nur bettenführende Aufnahmestationen), da dieser Aufwand über das Pflegebudget abzurechnen ist (vgl. Abb. 35).

Zusatzentgelt		Betrag in Euro							Anteil Pflegekosten
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
ZE130.01	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 43 bis 129 Aufwandspunkte	1.117	1.092	1.058	1.004	1.004	994	263	72,4%
ZE130.02	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: Mehr als 129 Aufwandspunkte	2.278	2.236	2.342	2.347	2.457	2.534	688	72,9%
ZE131.01	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen: 37 bis 100 Aufwandspunkte	2.607	2.680	2.791	2.712	3.336	2.921	796	74,0%
ZE131.02	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen: Mehr als 100 Aufwandspunkte	4.949	5.033	4.724	5.382	6.590	6.482	1.877	72,0%

Abbildung 35: Entwicklung der Erlösbeträge für die Zusatzentgelte ZE130 und ZE131

Für den seit dem Datenjahr 2017 kodierbaren PKMS-F (*Hochaufwendige Pflege von Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen*) war auch auf Grundlage der Daten des Jahres 2018 keine Ausweisung eines systemweiten Zusatzentgelts möglich.

3.3.2.23 Polytrauma

Fälle mit Mehrfachverletzungen mehrerer Körperregionen oder Organsysteme, wobei mindestens eine der Verletzungen oder eine Kombination aus zwei Verletzungen lebensbedrohlich ist, werden im G-DRG-System in der MDC 21A *Polytrauma* abgebildet. Die technische Definition im Grouper kann zwar auf das Vorliegen nach den Diagnosekodelisten prüfen, erfasst aber mitunter auch Fälle, die nicht gemäß der medizinischen Definition als „lebensbedrohlich“ zu werten sind. Entsprechend zeigen Fälle der MDC 21 bei vergleichsweise geringer Fallzahl eine hohe Variabilität bezüglich ihrer Kosten sowie eine Vielfalt verschiedener operativer Eingriffe.

Innerhalb der MDC sind drei operative Basis-DRGs W01 *Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen [...]*, W02 *Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen [...]* und W04 *Polytrauma mit anderen Eingriffen oder Beatmung > 24 Stunden [...]* definiert. Die ursprünglich organbezogene Differenzierung zwischen Basis-DRGs wurde in den letzten Jahren zugunsten einer stärker aufwandsbezogenen Differenzierung modifiziert.

Für die MDC 21A *Polytrauma* sind im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für das Jahr 2020 keine direkten externen Hinweise zu möglichen weiteren Differenzierungsmerkmalen eingegangen. Auf Basis der Kalkulationsdaten aus dem Jahr 2018 wurden jedoch mehrere in diesem Kapitel beschriebene Änderungen vorgenommen.

Wie in den Vorjahren wurde die Zuordnungslogik innerhalb der Basis-DRGs W02 und W04 weiter präzisiert. Da die einzelnen DRGs aller drei oben genannten Basis-DRGs ineinander sortiert sind, verursachten diese Änderungen Fallwanderungen auch aus der Basis-DRG W01.

Im aG-DRG-System 2020 sind der Basis-DRG W02 die Prozeduren für *Offen chirurgische Repositionen einer Orbitafraktur* sowie für *Girdlestone-Resektion am Hüftgelenk* zugeordnet. Fälle mit den genannten Prozeduren waren im Vorjahr in der DRG W04A oder in der DRG W04B abgebildet, die Kosten dieser Fälle zeigten sich im Datenjahr 2018 jedoch signifikant höher als die der anderen Fälle.

Aus der Basis-DRG W02 wurden in die Basis-DRG W04 bestimmte Prozeduren für *offene Repositionen von Frakturen an Femurschaft* oder *Femur proximal* und die Prozedur *Naht (nach Verletzung) der Harnblase* verschoben und somit kostenentsprechend abgewertet.

In der Basis-DRG W02 wurde eine Präzisierung der Splitkriterien zu der höher bewerteten DRG W02A vorgenommen. Die beiden in der Basis-DRG W02 verwendeten Funktionen „Komplizierende Konstellationen“ und „Eingriff an mehreren Lokalisationen“ wurden entsprechend den Kosten der Fälle dieser Basis-DRG spezifisch modifiziert. So wird zukünftig für Erwachsene eine Transfusion bis 24 Erythrozytenkonzentraten oder eine Transfusion von zwei Thrombozytenkonzentraten innerhalb der Basis-DRG W02 nicht zur positiven Auswertung der neu modifizierten Funktion „Komplizierende Konstellationen W02“ führen. Aus der Funktion „Eingriffe an mehreren Lokalisationen“ wurden für das aG-DRG-System 2020 bestimmte Eingriffe an der Hand in Kombination mit anderem Eingriff sowie die Prozedur *Duokopfprothese am Hüftgelenk* gestrichen. Neben der Modifikation von Funktionen wurde die Bedingung der DRG W02A um Prozeduren für aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung > 368 Aufwandspunkten und für intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter > 392 Aufwandspunkten erweitert. Demzufolge werden bestimmte intensivmedizinische Fälle aus der DRG W01C entsprechend ihren Kosten aufgewertet.

Im Vorjahr wurde eine neue DRG W04C für weniger kostenaufwendige Fälle etabliert. Anhand der Daten des Jahres 2018 erfolgte eine weitere Präzisierung der Zuordnung von Prozeduren im Split W04B-W04C. Fälle mit bestimmten geschlossenen Repositionen z.B. einer Fraktur im Schenkelhals oder mit kleinflächiger Wundtoilette werden, solange diese Fälle keine weiteren Komplikationen oder andere aufwendige Eingriffe aufweisen, im aG-DRG-System 2020 nicht mehr in der DRG W04B, sondern sachgerecht in der DRG W04C abgebildet.

Beispielhafte Fallwanderungen aufgrund der oben beschriebenen Änderungen der Basis-DRGs W02 und W04 sind in Abbildung 36 dargestellt.

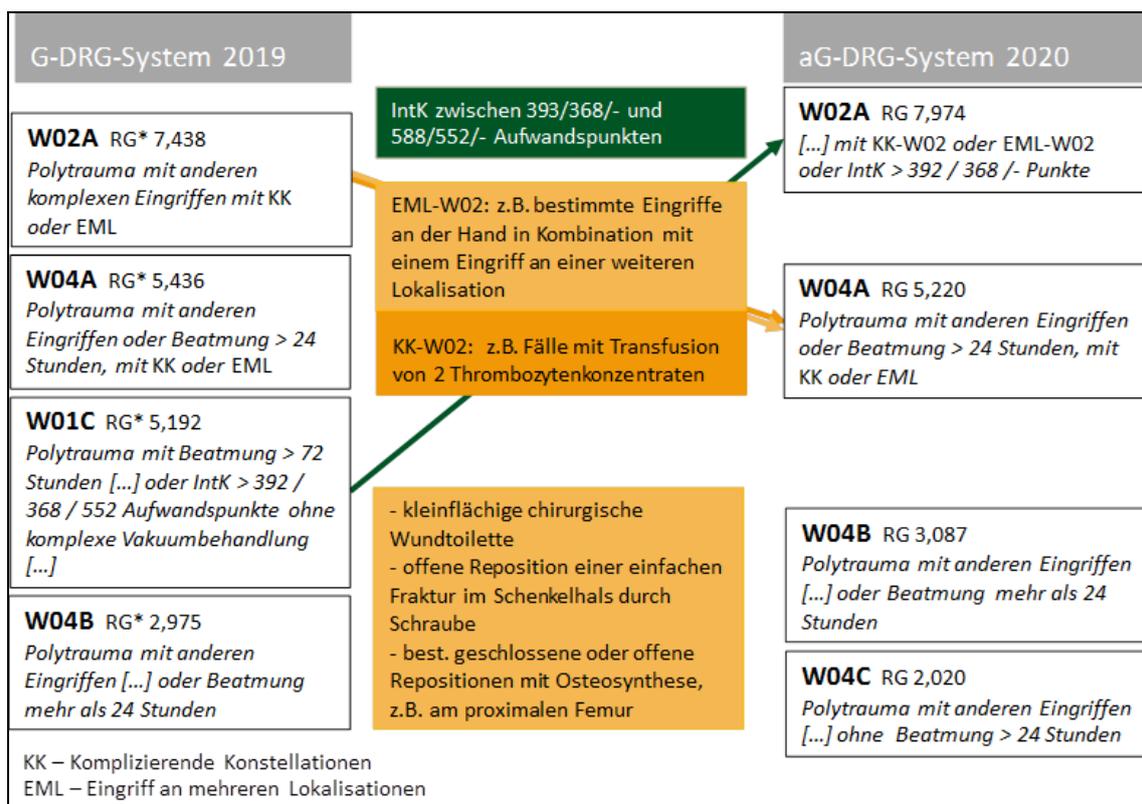


Abbildung 36: Beispielhafte Fallwanderungen infolge Änderungen innerhalb der Basis-DRGs W02 und W04 (* nur zu Vergleichszwecken: Relativgewicht nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)

Ganz am Anfang der MDC 21A wird die DRG W60Z abgefragt, in die seit vielen Jahren die Fälle von Patienten mit Polytrauma, die innerhalb von vier Tagen versterben, eingruppiert werden. Dabei handelt es sich oft um Fälle, die wegen z.B. komplexem operativem Eingriff oder einer längeren intensivmedizinischen Komplexbehandlung oder Beatmung mit höheren Kosten verbunden sind. Es zeigte sich für das aG-DRG-System 2020 als sachgerecht, die ursprüngliche, viele Jahre geltende Definition der W60Z einzuschränken, sodass bestimmte operative oder intensivmedizinische Konstellationen aus der Eingruppierung in die W60Z ausgeschlossen sind. Alle Fälle von verstorbenen Patienten mit Polytrauma, die die Bedingung der Basis-DRG W01 oder W02 oder der DRGs W04A bzw. W04B erfüllen, werden zukünftig innerhalb dieser Basis-DRGs eingruppiert und damit auch als Kurzlieger-Fälle den Kosten entsprechend sachgerecht aufgewertet. Konsekutiv werden die weiterhin in der neu definierten DRG W60Z ein-

gruppierten, weniger aufwendigen Fälle gegenüber dem Vorjahr abgewertet (siehe Abbildung 37 mit beispielhafter Fallwanderung). Die deutlich veränderte Zusammensetzung der DRG W60Z zeigt sich auch in den im Vergleich zum Vorjahr deutlich gesunkenen mittleren Verweildauern (1,6 Tage → 1,2 Tage).

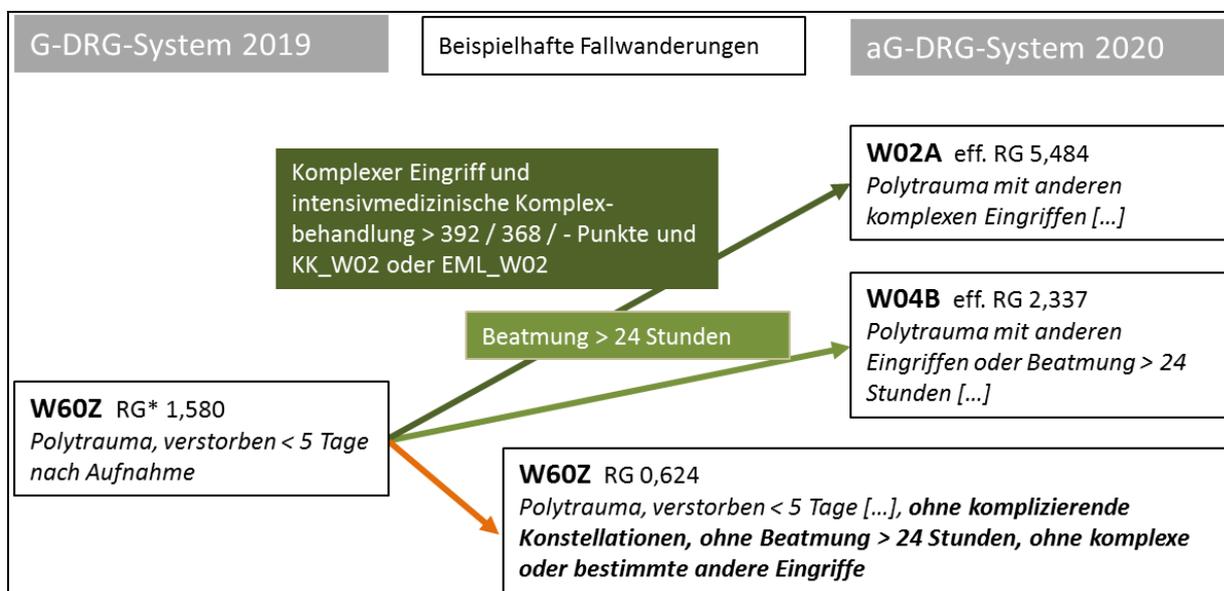


Abbildung 37: Änderung der Definition der W60Z am Beispiel mit Verweildauer von 3 Tagen (* nur zu Vergleichszwecken: Relativgewicht nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)

In der MDC 21A werden Fälle ohne einen signifikanten Eingriff und ohne längere Frührehabilitation in der Basis-DRG W61 *Polytrauma ohne signifikante Eingriffe* abgebildet. Für das aG-DRG-System 2020 ergab es sich als sachgerecht (auch bei Ausgliederung der Pflegepersonalkosten), den Split zu der höherbewerteten DRG W61A *Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender Diagnose* um Fälle mit *intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter ab 197 Aufwandspunkten oder mit aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten* zu erweitern.

3.3.2.24 „Reste“-DRGs

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

Das aG-DRG-System 2020 beinhaltet in 18 der insgesamt 26 MDCs „Reste“-DRGs. Auch in diesem Jahr wurden die „Reste“-DRGs mit der Zielsetzung einer sachgerechteren Vergütung weiterentwickelt. Dieses Ziel sollte über die Zuordnung präzise beschreibbarer Fallmengen zu kosten- und verweildauerähnlichen spezifischen DRGs der jeweiligen MDCs sowie die Ausdifferenzierung der „Reste“-DRGs erreicht werden, beispielsweise durch verschiedene Aufwandskategorien der operativen Eingriffe oder andere Attribute wie Alter oder PCCL. Weiterentwicklungen wurden für das aG-DRG-System 2020 in den in Tabelle 19 dargestellten „Reste“-DRGs durchgeführt.

MDC	„Reste“-DRG
MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges	C14
MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	E02
MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	F21
MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	G12
MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	H06
MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	I28
MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	J11
MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	L09
MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	M06
MDC 21A Polytrauma	W04
MDC 22 Verbrennungen	Y03
MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	Z01

Tabelle 19: Übersicht über die betroffenen MDCs mit den jeweiligen „Reste“-DRGs

In Tabelle 20 wird eine Übersicht mit beispielhaften Umbauten gegeben, die einzelne „Reste“-DRGs betreffen.

„Reste“-DRG	Beispielhafte Umbauten für das G-DRG-System 2019	Weitere Informationen in Kapitel
E02	Fälle mit thermischer Dampfablation zeigten vergleichbare Kostenstrukturen zu Fällen der DRG E02C und werden zukünftig dieser DRG zugeordnet (im G-DRG-System 2019: gruppierungsrelevant für DRG E02D).	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
F21	Abwertung von Fällen mit weniger aufwendigen Verfahren zur Wundversorgung oder Hauttransplantation innerhalb der Basis-DRG F21.	Gefäßchirurgie und -interventionen
G12	Fälle mit bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane und des Peritoneums werden aufwandsentsprechend aus der DRG G12E der DRG G12D zugeordnet.	Abdominalchirurgie
H06	Fälle mit perkutaner (Ballon-)Angioplastie, Thrombolyse und Thrombektomie eines portosystemischen Shunts (TIPS) zeigten sich in der DRG H06C mit höheren Kosten verbunden und werden demzufolge der DRG H06B zugeordnet.	Abdominalchirurgie
J11	Aufwandsentsprechende Neuordnung bestimmter Leistungen innerhalb der Basis-DRG J11, wie z.B. lokale Exzision an der Haut oder kleinflächige Entfernung oberflächiger Hautschichten.	Eingriffe an der Mamma
L09	Kostenentsprechende Neuordnung verschiedener Fallgruppen wie z.B. Fälle mit Schilddrüsenresektion oder partieller Nebenschilddrüsenresektion innerhalb der Basis-DRG L09.	Urologie
M06	Spezifische Zuordnung von Fällen mit bestimmten transurethralen Verfahren für die Prostataresektion (z.B. mittels Wasserstrahl) aus der DRG M06Z in die DRG M02B und damit Gleichstellung dieser Verfahren mit bereits in der DRG M02B abgebildeten anderen Verfahren zur transurethralen Elektroresektion.	Urologie

Tabelle 20: Beispiele für die Weiterentwicklungen einzelner „Reste“-DRGs für das aG-DRG-System 2020

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

3.3.2.25 Sonstige DRGs

Im G-DRG-System erfolgt die Zuordnung eines Falles zu einer MDC grundsätzlich über die Hauptdiagnose. Diese ist somit besonders relevant für die Zuordnung zu einer DRG. Wenn für einen Fall operative Prozeduren mit einem Bezug zur Hauptdiagnose kodiert werden, sind sie in der Regel in einer DRG ihrer typischen MDC differenziert abgebildet. So ist beispielsweise die Implantation eines Herzschrittmachers bei der Hauptdiagnose Herzrhythmusstörung in der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* in der Basis-DRG F12 *Implantation eines Herzschrittmachers* in sieben DRGs differenziert abgebildet.

Regelkonform ergeben sich aber auch Konstellationen, in denen die während des Aufenthalts durchgeführten operativen Prozeduren nicht zur Hauptdiagnose „passen“: Dies wird als „OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose“ bezeichnet. Zum Beispiel kann einem Fall mit chronisch obstruktiver Lungenkrankheit (COPD) als Haupt- und einer Herzrhythmusstörung als Nebendiagnose während seines Krankenhausaufenthalts ein Herzschrittmacher implantiert werden. Aufgrund seiner Hauptdiagnose wird dieser Fall regelhaft in die MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* eingruppiert. Dort ist die Implantation eines Herzschrittmachers jedoch nicht abgebildet.

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

Im Rahmen der Weiterentwicklung zum aG-DRG-System 2020 wurden innerhalb der MDC 24 kostenentsprechende Neuuzuordnungen durchgeführt. In der DRG 801 *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose* betraf dies Fälle mit Prozeduren zur Sigmaresektion, andere Operationen Pharynx, andere Rekonstruktion Magen, Übernähung/Umstechung Ulkus sowie (Teil-)Resektion des Ileums, die im Sinne einer Abwertung statt bisher in den DRGs 801A und 801B nun in der DRG 801C abgebildet werden. Fälle mit endoösophagealer Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie hingegen werden im aG-DRG-System 2020 in der DRG 801C statt bisher in der DRG 801D abgebildet, also aufgewertet. Die Behandlung von Kindern mit komplizierenden Faktoren war bei Fällen der DRG 801B mit höheren Kosten verbunden. Dementsprechend werden betroffene Fälle im aG-DRG-System 2020 der DRG 801A zugeordnet und damit die Behandlung von Kindern aufgewertet.

Die Behandlung von Kindern mit komplizierenden Faktoren war bei Fällen der DRG 801B mit höheren Kosten verbunden. Dementsprechend werden betroffene Fälle im aG-DRG-System 2020 der DRG 801A zugeordnet und damit die Behandlung von Kindern aufgewertet (siehe Abb. 38).

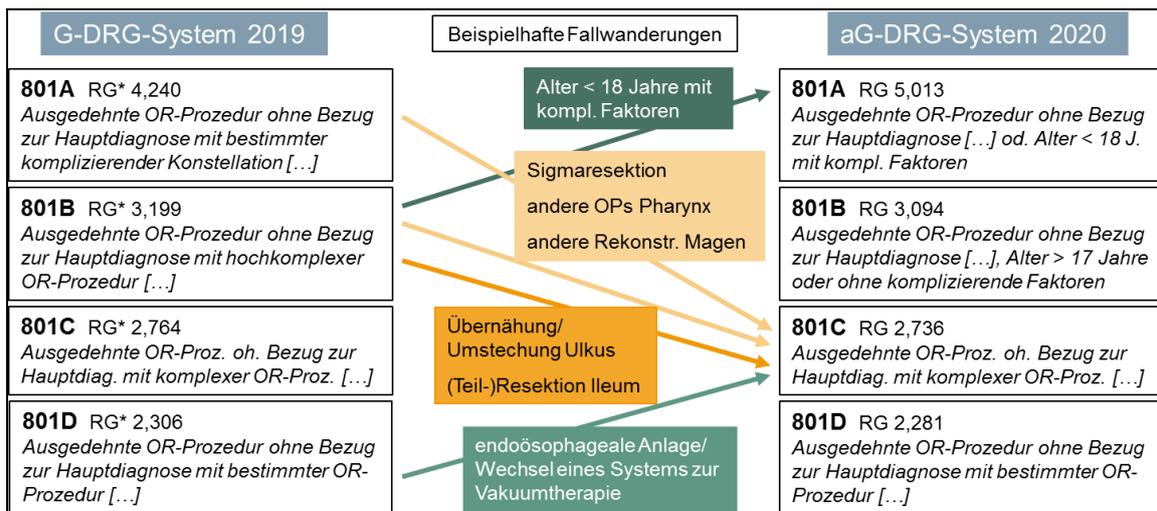


Abbildung 38: Weiterentwicklung des Systems innerhalb der Basis-DRG 801 mit beispielhafter Fallwanderung (* nur zu Vergleichszwecken: Relativgewicht nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten).

DRG-übergreifende Umbauten führten zu einer sachgerechten Neuuzuordnung von Fällen mit transurethraler Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra und Fällen mit laparoskopisch und nicht näher bezeichneter Gastroenterostomie ohne Magenresektion aus den DRGs 801D und 801E in die DRG 802A.

Fälle mit Implantation oder Wechsel eines Hypoglossusnerv-Neurostimulators werden im aG-DRG-System 2020 der DRG 802C [...] ohne mäßig komplexe OR-Prozedur zugeordnet.

Des Weiteren werden Fälle mit Prozeduren der histographisch kontrollierten radikalen und ausgedehnten Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut an verschiedenen Lokalisationen, ohne primären Wundverschluss im aG-DRG-System 2020 anstatt in den DRGs 801D, 801E und 802C in der DRG 802D *Wenig komplexe nicht ausgedehnte OR-Prozedur [...]* abgebildet.

3.3.2.26 Strahlentherapie

Die Strahlentherapie ist im G-DRG-System MDC-übergreifend abgebildet. Viele MDCs haben spezifische Basis-DRGs zur Abbildung von Fällen mit Strahlentherapie (siehe Tab. 21).

MDC	Basis-DRGs
MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	B02, B15, B16
MDC 03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	D19, D20, D25
MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	E08
MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	G27, G29
MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	H15, H16
MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	I39, I54
MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	J17, J18
MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	K15
MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	L12
MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	M10
MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	N15, N16
MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen	R05, R06, R07

Tabelle 21: Basis-DRGs zur Strahlentherapie im aG-DRG-System 2020

Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems folgend wurde in den letzten Jahren ein weitgehender Umbau der Strahlentherapie-DRGs durchgeführt. Die meisten dieser DRGs wurden so angepasst, dass Fälle mit hoher Anzahl an Bestrahlungssitzungen höher bewertet wurden als Fälle mit hoher Anzahl an Bestrahlungskodes.

In der Basis-DRG B02 *Komplexe Kraniotomie [...]* werden u.a. Fälle abgebildet, die neben einem operativen Eingriff aufgrund einer Neubildung des Nervensystems einer Bestrahlung bedürfen. Werden mehr als acht Bestrahlungen an mindestens neun Tagen durchgeführt, wird der Fall der DRG B02B zugeordnet, bei weniger Tagen der DRG B02C. Fälle mit einer geringeren Anzahl an Bestrahlungen werden der DRG B02D zugeordnet.

Interne Analysen zeigten allerdings deutliche Kostendifferenzen zwischen den verschiedenen Verfahren in der DRG B02D. Es zeigte sich, dass insbesondere Fälle mit einer reinen Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen sowie Fälle mit Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie geringere Kosten aufwiesen. Beide Fallkonstellationen wurden aus der Bedingung der DRG B02D gestrichen und werden zukünftig kostengemäß der DRG B02E zugeordnet.

In der BasisDRG D25 *Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder Strahlentherapie mit operativem Eingriff [...]* wiesen Fälle mit einer reinen Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen sowie Fälle mit Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie ebenfalls geringere Kosten auf. Daher erfolgte eine Abwertung betroffener Fälle aus der DRG D25A *Mäßig komplexe Eingriffe [...]* oder *Strahlentherapie mit operativem Eingriff* in die DRG D25B *Mäßig komplexe Eingriffe [...]* oder *Bestrahlungssimulation, Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie mit operativem Eingriff*.

In der Basis-DRG I54 sind Fälle mit Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe bei bösartiger Neubildung abgebildet. In der DRG I54A waren für 2019 Fälle mit Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen abgebildet und in I54B solche mit Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen. Für das System 2020 wurde die Abbildung von Kindern in der Basis-DRG untersucht. Bei erhöhten Kosten wurden für 2020 die Kinder der DRG I54A *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, bei bösartiger Neubildung, Be-*

strahlungen an mindestens 5 Tagen oder Alter < 18 Jahre zugeteilt und dadurch aufgewertet (weitere Details in Kap. 3.3.2.29).

Auch im Vorschlagsverfahren für das Jahr 2020 wurden erneut vereinzelte Hinweise zur Verbesserung der sachgerechten Abbildung von Fällen mit Strahlentherapie eingereicht.

Einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend wurden Fälle mit einer Implantation von Bestrahlungsmarkern an der Lunge untersucht. Fälle mit diesem Verfahren waren im System 2019 in der DRG E05B *Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Eingriffe zur Entfernung von intrakraniellm Gewebe [...]* abgebildet, zeigten jedoch vergleichbare Kostenstrukturen zu bestimmten Fällen der Basis-DRG E02C. Es erfolgte eine Neuuzuordnung der Fälle im Zusammenhang mit der Verweildauer, sodass betroffene Fälle bei einer Verweildauer von mehr als 1 Belegungstag in die DRG E02C *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, [...], mehr als 1 BT, [...]* eingruppiert wurden und bei einer Verweildauer von 1 Belegungstag der DRG E02E *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, [...], ein Belegungstag* zugeteilt wurden.

3.3.2.27 Unfallchirurgie/Orthopädie

Wie schon in den Jahren zuvor war auch in diesem Jahr insgesamt eine rege Beteiligung am Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems im Bereich der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* zu verzeichnen. Neben zahlreichen Vorschlägen von Seiten der Fachgesellschaften erreichten uns diese auch von anderen Beteiligten des Gesundheitssystems. Ein Schwerpunkt der diesjährigen Kalkulation waren erneut umfangreiche Analysen und Weiterentwicklungen in den Themenbereichen Wirbelsäulenchirurgie (siehe Kap. 3.3.2.30) sowie Versorgung von Kindern (siehe auch Kap. 3.3.2.29). Aus dem Bereich der Endoprothetik waren in diesem Jahr erneut Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren eingereicht worden. Zahlreiche Analysen und Anpassungen im G-DRG-System hatten in den vergangenen Jahren in diesem Bereich zu einer Vielzahl von Weiterentwicklungen geführt. Dennoch konnte aufgrund der Vorschläge im Vorschlagsverfahren 2020 und interner Analysen die Abbildung der Fälle im aG-DRG-System 2020 weiter verbessert werden. In den Bereichen Hand, Fuß und Sprunggelenk erreichten uns ebenfalls erneut Vorschläge mit konkreter Darstellung des Sachverhalts, sodass eine Prüfung anhand der Kalkulationsdaten unmittelbar möglich war. Neben diesen Vorschlägen wurden umfangreiche Analysen durchgeführt, die häufig über die beschriebene Problematik hinausgingen oder aber Bereiche betrafen, die im Vorschlagsverfahren weniger umfangreich vertreten waren oder fehlten.

Wesentliche Umbauten innerhalb der MDC 08 werden im Folgenden dargestellt.

Endoprothetik

Die Eingriffe in der Endoprothetik sind im G-DRG-System 2019 bereits hochdifferenziert abgebildet. Bei der Zuordnung zu den einzelnen DRGs spielen mehrere Parameter eine Rolle, wie z.B. Lokalisation (Gelenk), Art der Prothese (Teil-, Total-, Sonderprothese), Ersteingriff oder Revision/Wechsel, Haupt- und Nebendiagnosen (z.B. bösartige Neubildungen, rheumatische Erkrankungen, Osteomyelitis), Begleiterkrankungen (PCCL), Mehrfacheingriffe und beidseitige Eingriffe, zusätzliche operative Eingriffe oder Alter des Patienten.

Einem Vorschlag folgend wurden Fälle mit Tumorendoprothese in der Basis-DRG I95 *Implantation einer Tumorendoprothese oder Knochentotalersatz am Femur* untersucht. Für das G-DRG-System 2019 wurde die DRG I95Z *Implantation einer Tumorendoprothese oder Knochentotalersatz am Femur* gesplittet. Fälle mit Knochentotalersatz am Femur oder mit Tumorendoprothese und komplexerer Implantation oder Wechsel von Endoprothesen wurden in der DRG I95A *Implantation einer Tumorendoprothese mit Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothese oder Knochentotalersatz am Femur* abgebildet, weniger komplexe Fälle in der DRG I95B *Implantation einer Tumorendoprothese ohne Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothese, ohne Knochentotalersatz am Femur*. Auch in diesem Jahr zeigte sich, wie in der Kalkulation für das G-DRG-System 2019, der deutliche Kostenunterschied der beiden Fallgruppen. Einzig Fälle mit Alter < 18 Jahre und Fälle mit Teilwechsel des Femurteils einer Sonderprothese am Kniegelenk zeigten sich mit höheren Kosten in der DRG I95B verbunden und wurden dementsprechend für das aG-DRG-System 2020 in die DRG I95A *Implantation einer Tumorendoprothese mit Implantation oder Wechsel einer bestimmten Endoprothese oder Knochentotalersatz am Femur oder Alter < 18 Jahre* aufgewertet.

Einem weiteren Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend wurden Fälle mit einer Kombination verschiedener Endoprothesenimplantationen während eines Aufenthalts untersucht. In der DRG I36Z *Beidseitige Implantation oder Wechsel einer Endoprothese an Hüft- und/oder Kniegelenk* (2019) wurden Fälle mit beidseitigen endoprothetischen Eingriffen an der Hüfte oder am Knie wie auch Fälle mit kombinierten endoprothetischen Eingriffen an der Hüfte und am Knie abgebildet. Für das aG-DRG-System 2020 werden zusätzlich Fälle mit beidseitigem endoprothetischen Eingriff an der oberen Extremität sowie mit gleichzeitiger Implantation von Endoprothesen an Hüftgelenk, Kniegelenk oder oberer Extremität in die DRG I36Z *Beidseitige oder kombinierte Implantation oder Wechsel einer Endoprothese an Hüft-, Kniegelenk und/oder an der oberen Extremität* eingruppiert.

In den Vorjahren konnten nach Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren und bei ausreichender Datengrundlage Fälle mit Prothesenwechsel bei periprothetischer Fraktur an Knie, Schulter oder Hüfte in den DRGs I04Z *Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk [...] oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie* bzw. I46B *Prothesenwechsel am Hüftgelenk [...], mit periprothetischer Fraktur* differenziert abgebildet werden. Die periprothetischen Fraktur wurde durch eine Hauptdiagnose für Fraktur und eine Nebendiagnose für *Vorhandensein einer Endoprothese* an der entsprechenden Lokalisation definiert. Im Vorschlagsverfahren 2020 wurde auf eine mögliche weitere Kodierung der periprothetische Fraktur mit Nebendiagnose für *mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese* an der entsprechenden Lokalisation hingewiesen. Nach Analyse wurden auch Fälle mit einer Hauptdiagnose für Fraktur und einer Nebendiagnose für *mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese* an der jeweiligen Lokalisation durch Aufnahme in die DRG I04Z (Schulter und Knie) bzw. in die DRG I46B (Hüfte) aufgewertet.

In der DRG I05B *Implantation oder Wechsel einer inversen Endoprothese am Schultergelenk* (G-DRG-System 2019) waren bisher ausschließlich Fälle mit einer inversen Endoprothese am Schultergelenk abgebildet. Bei höheren Kosten wurden für 2020 zusätzlich Fälle mit Implantation einer Endoprothese am Sprunggelenk in die DRG I05B *Implantation oder Wechsel einer inversen Endoprothese am Schultergelenk oder Implantation einer Sprunggelenkendoprothese* aufgenommen und somit aus der DRG I05C *Anderer großer Gelenkersatz [...]* aufgewertet.

Des Weiteren wurden weniger aufwendige Fälle mit *sonstigem Wechsel einer Totalendoprothese am Schultergelenk* aus der Basis-DRG I43 *Implantation oder Wechsel be-*

stimmter Endoprothesen [...] in die Basis-DRG I05 Anderer großer Gelenkersatz [...] bei geringeren Kosten abgewertet.

Weiterhin erfolgte eine kostenentsprechende Neuordnung von Fällen mit Inlaywechsel sowie mit sonstigem Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese innerhalb der Basis-DRG I44 *Verschiedene Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk [...]* aus den DRGs I44A, I44B und I44C in die DRGs I44D und I44E.

Außerdem wurden weniger aufwendige Fälle mit Entfernung einer Schraube am Schenkelhals und proximalem Femur aus der DRG I47A *Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes [...] mit komplizierendem Eingriff* in die DRG I47B *Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes [...] mit bestimmtem endoprothetischem oder gelenkplastischem Eingriff am Hüftgelenk [...]* aufwandsentsprechend abgewertet.

Eingriffe an Fuß und Sprunggelenk

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

In der Basis-DRG I20 wiesen einige Fallgruppen geringere Kosten auf. Diese wurden kostenentsprechend abgewertet, wie z.B. Fälle mit

- weniger komplexer offener Reposition einer Gelenkluxation aus den DRGs I20B und I20C in die DRG I20D
- weniger aufwendigem Eingriff am Fußknochen aus den DRGs I20C und I20D in die DRG I20E
- bestimmter Osteotomie am Os metatarsale sowie bestimmter Resektion am Os tarsale aus der DRG I20D in die DRGs I20E und I20F

Zur Vermeidung einer Schlechterstellung von Kindern wurden die DRGs I20E, I20F (Kinder-DRG) und I20G zur DRG I20E *Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthrititis oder Diabetes mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahren* kondensiert (siehe Abb. 39, für weitere Details siehe Kap. 3.3.2.29).

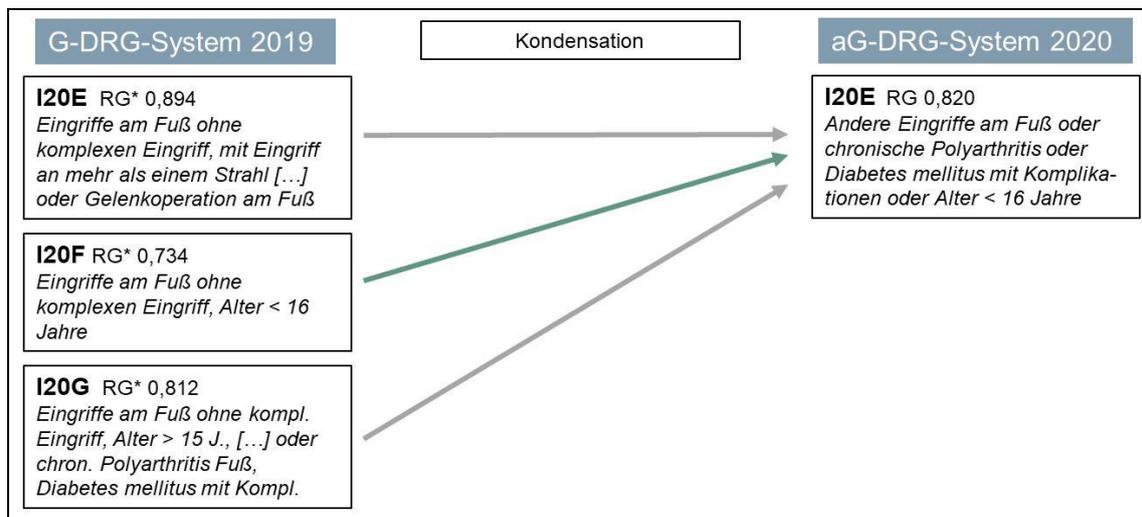


Abbildung 39: Kondensation der DRGs I20E, I20F und I20G (* nur zu Vergleichszwecken: Relativgewicht nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)

Ebenso wurden Fälle mit wenig aufwendiger geschlossener Reposition oder mit arthroskopischem Eingriff aus der Basis-DRG I59 *Andere Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk [...]* kostenentsprechend in die Basis-DRG I20 *Eingriffe am Fuß* abgewertet.

Des Weiteren erfolgte eine Präzisierung der DRG I23B *Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial [...]* mit *bestimmtem Eingriff am Knochen* derart, dass bestimmte Fälle mit Entfernung von Osteosynthesematerial (z.B. Fixateur externe oder (Blount-)Klammern an Metatarsale, Phalangen, Fuß) zukünftig nur bei beidseitigem Eingriff in die DRG I23B eingruppiert werden.

Eingriffe an der Hand

Die Eingriffe an Handgelenk und Hand werden hauptsächlich in der sechsfach differenzierten Basis-DRG I32 *Eingriffe an Handgelenk und Hand* abgebildet. Als Splitkriterien fungieren neben unterschiedlich komplexen, mehrzeitigen oder Mehrfacheingriffen auch komplexe Diagnosen – wie z.B. angeborene Fehlbildungen – oder das Alter. Diese bestehende sehr ausdifferenzierte Abbildung der Fälle wird jährlich weiterentwickelt. Obwohl im Vorschlagsverfahren 2020 relativ wenige Vorschläge dazu eingereicht wurden, konnte zusammen mit den internen Analysen erneut eine Weiterentwicklung in diesem Themengebiet erreicht werden.

Innerhalb der Basis-DRG I32 wurden zum Teil erhebliche Kostenunterschiede innerhalb verschiedener Fallgruppen festgestellt, die zu folgenden Abwertungen führten:

- Fälle mit weniger komplexen Eingriffen an der Hand – wie z.B. sonstige Operationen an Sehnen der Hand – aus der DRG I32A in die DRGs I32D und I32F
- Fälle mit wenig aufwendigen Eingriffen – wie z.B. die Gelenkspülung mit Drainage der Hand – aus den DRGs I32B, I32C und I32D in die DRGs I32F und I32G
- Fälle mit *Wechsel einer Fingergelenkendoprothese (5-825.6)* aus der DRG I32C in die DRG I32D

Des Weiteren wurden Fälle mit bestimmter lokaler Lappenplastik – wie z.B. mit Z-Plastik an der Hand – nach Hinweis aus dem Anfrageverfahren und bei vergleichsweise geringeren Kosten aus den DRGs I32B, I32C und I32D in die DRGs I32E, I32F und I32G abgewertet.

Ebenso wurden Fälle mit wenig aufwendigem Eingriff – wie z.B. geschlossene Reposition einer Gelenkluxation am Interphalangealgelenk mit Osteosynthese durch Draht – aus der Basis-DRG I59 *Andere Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk [...]* in die Basis-DRG I32 *Eingriffe an Handgelenk und Hand* abgewertet.

Bestimmte mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand wurden bisher in die DRGs I32E *Mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter < 6 Jahre* (Kinder-DRG) und I32F *Bestimmte [...]* *Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter > 5 Jahre, mehr als ein Belegungstag* eingruppiert. Zur Vermeidung einer Schlechterstellung von Kindern erfolgte eine Kondensation der DRGs zur DRG I32E *Bestimmte mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, mehr als ein Belegungstag oder Alter < 6 Jahre* (weitere Details in Kap. 3.3.2.29).

Bei einem deutlich erhöhten Kostenaufwand wurden Fälle mit einem Eingriff für Transplantation einer Zehe als Fingerersatz aus der DRG I27B in die DRG I27A aufgewertet.

Weitere Änderungen

Außer den Umbauten in den oben genannten Themenbereichen gab es noch zahlreiche Vorschläge über das Vorschlagsverfahren und eigene Analysen, die weitere Bereiche der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegebe* betrafen.

Basis-DRG I08

In der Basis-DRG I08 sind Fälle mit Eingriffen an Hüftgelenk und Femur oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule abgebildet.

Einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend wurden Fälle mit Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls innerhalb der MDC 08 untersucht. In der DRG I08D *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplexer Diagnose oder mit komplexer Prozedur [...]* zeigten sich entsprechende Fälle bei relevanter Fallzahl nicht sachgerecht abgebildet. Im Ergebnis wurden Fälle aus der DRG I08D mit *neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls ab 24 Stunden* der DRG I08C *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur [...]* mit *Komplexbehandlung* zugeordnet.

Fälle mit Implantation von alloplastischem Knochenersatz am Schenkelhals zeigten sich in der DRG I08F *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplizierter Prozedur [...]* mit erhöhten Kosten. Betroffene Fälle wurden für das aG-DRG-System 2020 in der DRG I08E *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur [...], mit bestimmten Eingriffen an Becken und Femur oder bestimmten komplizierenden Diagnosen* aufgewertet. Ebenso wurden Fälle mit bestimmter Knochentransplantation und -transposition an Femur und Becken sowie mit bestimmter Osteotomie und Korrekturosteotomie an Femur und Schenkelhals aufwandsentsprechend aus der DRG I08G in die DRG I08F *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur [...]* mit *bestimmtem anderem Eingriff an Hüftgelenk und Femur oder bestimmter komplexer Eingriff an Femur und Becken* aufgewertet.

Des Weiteren wurden weniger komplexe Fälle – wie z.B. Fälle mit bestimmter partieller Resektion von erkranktem Knochengewebe am Becken – kostenentsprechend aus der DRG I08H in die DRG I08I *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur [...], ohne anderen bestimmten Eingriff, 1 Belegungstag* abgewertet.

Basis-DRG I13

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

Innerhalb der Basis-DRG I13 wurden einige signifikante Kostenunterschiede verschiedener Fallgruppen festgestellt, die zu Abwertungen führten, wie z.B.:

- Fälle mit bestimmter Knochentransplantation und -transposition an der proximalen Tibia aus der DRG I13C hauptsächlich in die DRG I13E
- Fälle mit bestimmter offener Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich an Humerus und Tibia sowie Fälle mit bestimmter Knochentransplantation und -transposition an Tibia und Humerus aus den DRGs I13B und I13D in die DRG I13E

Einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend wurden Fälle mit einem Eingriff für *Einbringen von Fixationsmaterial am Knochen bei Operationen am Weichteilgewebe*

untersucht. Diese zeigten sich in der Basis-DRG I13 mit niedrigeren Kosten und wurden im aG-DRG-System 2020 der DRG I59Z *Andere Eingriffe [...] oder Einbringen Osteosynthesematerial bei OP am Weichteilgewebe* zugeteilt.

Des Weiteren wurden Fälle mit Verlängerungsosteotomie an proximaler Ulna, am Ulnaschaft und distaler Fibula kostenentsprechend aus der DRG I11Z *Eingriffe zur Verlängerung einer Extremität* in die Basis-DRG I13 abgewertet und werden zukünftig vornehmlich in der DRG I13D abgebildet.

Basis-DRG I27

In der Basis-DRG I27 sind verschiedene Eingriffe am Weichteilgewebe wie z.B. Gewebe- oder Hauttransplantationen oder bestimmte Eingriffe am Abdomen oder Thorax bei bösartigen Neubildungen abgebildet. Als Ergebnis interner Analysen wurden für das aG-DRG-System 2020 einige Fallgruppen neu zugeordnet.

Fälle mit kleinerem Eingriff an Lunge oder Pleura bei bösartigen Neubildungen an peripheren Nerven und Bindegewebe wurden entsprechend deren Kosten aus den DRGs I27A (überwiegend) und I27D der DRG I27C neu zugeordnet.

Fälle mit weniger komplexen Eingriffen wurden kostenentsprechend abgewertet, z.B. Fälle mit

- perkutaner Destruktion von Weichteilen durch Thermoablation aus der Basis-DRG I27 in die Basis-DRG I24
- Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision oder Inzision einer Faszie an Oberschenkel und Knie aus der DRG I27B in die DRG I27C
- Biopsie am Schleimbeutel durch Inzision oder Resektion eines Ganglions an Oberschenkel und Knie aus der DRG I27D in die DRG I27E

Ebenso wurden Fälle mit bestimmter Kompartimentresektion bzw. mit kompartimentübergreifender Resektion aufwandsentsprechend aus der DRG I27D in die DRG I27C aufgewertet.

Basis-DRG I30

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

Einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend, wurden Fälle mit Wechsel eines Kreuzbandes mit alloplastischem Bandersatz oder allogener Sehne untersucht. Im Ergebnis wurden die Fälle kostenentsprechend aus der DRG I30C in die DRG I30A aufgewertet und dadurch dem primären Kreuzbandersatz gleichgestellt.

Einem weiteren Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend, wurde die Abbildung von Fällen mit arthroskopischer Augmentation des vorderen oder hinteren Kreuzbandes untersucht. Die Fälle waren bisher aufgrund der Überleitung der im OPS Version 2018 neuen Codes in der Basis-DRG I18 eingruppiert und zeigten sich dort mit erhöhten Kosten. Betroffene Fälle wurden im aG-DRG-System 2020 der Basis-DRG I30 zugeteilt und werden zukünftig bei Kindern mit äußerst schweren oder schweren CC in der DRG I30A und sonst in der DRG I30B abgebildet.

Aufgrund geringerer Kosten wurden Fälle mit arthroskopischer knöcherner Refixation eines Kreuzbandes zukünftig nur bei Kindern mit äußerst schweren oder schweren CC der DRG I30A zugeteilt. Ansonsten werden betroffene Fälle in der DRG I30B abgebildet.

Weiterhin wurden bei fehlendem Kostenunterschied die DRGs I30B *Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk und Alter > 15 Jahre* und I30C *Bestimmte komplexe [...] Eingriffe am Kniegelenk* zur DRG I30B *Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk, Alter > 15 Jahre oder best. kompl. Eingriffe Kniegelenk [...]* kondensiert.

Konservative DRGs

Einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend, wurden Fälle mit kardialer Amyloidose und Myokardbiopsie untersucht. Aufgrund des unspezifischen Diagnosekodes für *organbegrenzte Amyloidose* wurden betroffene Fälle bisher in der DRG I66H *Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, ein Belegungstag* abgebildet. Bei erhöhten Kosten wurden die Fälle im aG-DRG-System 2020 innerhalb der Basis-DRG I66 (überwiegend in die DRGs I66E und I66G) aufgewertet (weitere Details in Kap. 3.3.2.16).

Für das G-DRG-System 2019 wurden die DRGs I69A (Fälle mit Hauptdiagnosen vornehmlich entzündliche rheumatologische Erkrankungen) mit der DRG I69B (vornehmlich Arthrosen) bei geringerem Kostenunterschied kondensiert. Im Vorschlagsverfahren wurde darauf hingewiesen, dass die Abbildung aufwendigerer rheumatologischer Fälle in der kondensierten DRG I69Z nicht sachgerecht erscheint. Als Ergebnis wurde ein Split der DRG I69Z anhand der Hauptdiagnosen für Arthrose etabliert, sodass diese Fälle in die DRG I69B eingruppiert werden. Dadurch werden Fälle mit der Hauptdiagnose für entzündlich-rheumatische Erkrankungen in die DRG I69A *Knochenkrankheiten und spez. Arthropathie mit bestimmter Arthropathie oder Muskel- / Sehnenenerkrankung bei Para-/Tetraplegie* aufgewertet.

Bei geringem Kostenunterschied wurden die Basis-DRGs I74 *Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß oder unspezifische Arthropathien* und I78 *Leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk* zur Basis-DRG I74 *Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß oder unspezifische Arthropathien oder leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk* kondensiert.

3.3.2.28 Urologie

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

Nieren- und Harnblaseneingriffe

Die Fälle der Basis-DRG L04 *Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung ohne äußerst schwere CC [...]* werden im G-DRG-System 2019 nach Alter und bestimmten Eingriffen dreifach differenziert abgebildet. Fälle mit bestimmten weniger komplexen Eingriffen, wie z.B. einer *Urethrektomie als selbständiger Eingriff* oder

bestimmte *Inzision / Exzision von retroperitonealem Gewebe*, zeigten sich im Datenjahr 2018 in der DRG L04B mit niedrigeren Kosten verbunden und wurden dementsprechend aus der DRG L04B in die DRG L04C abgewertet. Resultierend aus dieser Neuordnung weniger aufwendiger Fälle und der Ausgliederung der Pflegepersonal-kosten stiegen die Kosten der DRG L04B über die Kosten der DRG L04A. Bei geringem Kostenunterschied und drohender Schlechterstellung von Kindern bei Beibehaltung des Splits wurden die beiden DRGs L04A und L04B in einem weiteren Schritt zur neuen DRG L04A *Bestimmte komplexe Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe [...] oder bestimmte Harnblaseneingriffe oder Alter < 16 Jahre* kondensiert.

In der Basis-DRG L06 *Kleine Eingriffe an den Harnorganen* werden Fälle mit unterschiedlichen Eingriffen wie z.B. Harninkontinenz-Operationen, Injektionsbehandlungen, offenen Operationen an der Harnblase oder Biopsien abgebildet. Die Differenzierung innerhalb der Basis-DRG zu vier DRGs erfolgt anhand verschiedener Attribute, wie z.B. äußerst schwere CC bei bestimmten Prozeduren, Alter < 16 Jahre oder mäßig aufwendige Eingriffe an der Harnblase oder bestimmte Eingriffe bei Harninkontinenz. Im Zuge der Weiterentwicklung zum aG-DRG-System 2020 zeigten die beiden DRGs L06C [...], *mit bestimmtem Eingriff bei Harninkontinenz* und L06D [...], *ohne bestimmten Eingriff bei Harninkontinenz* ähnliche Kosten bei vergleichbarer Verweildauer und wurden folglich zur neuen DRG L06C *Andere kleine Eingriffe an den Harnorganen, Alter > 15 Jahre* kondensiert.

Weiterhin gab es in diesem Jahr Anpassungen in der Basis-DRG L09 *Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane oder Anlage eines Dialyseshunt*s (operative „Reste“-DRG der MDC 11). Fälle mit bestimmten Laparotomien mit Eröffnung des Retroperitoneums werden kostenentsprechend innerhalb der Basis-DRG in die DRGs L09A und L09B aufgewertet. Ebenfalls konnten verschiedene Fallgruppen identifiziert werden, die mit niedrigeren Kosten verbunden waren. Kostenentsprechend werden Fälle mit Schilddrüsenresektion, mit partiellen Nebenschilddrüsenresektionen und bestimmten Parathyreoidektomien in Kombination mit einem Alter < 2 Jahre oder äußerst schweren CC und Fälle mit bestimmten weniger komplexen Eingriffen wie z.B. Entfernung von erkranktem Gewebe an bestimmten Lokalisationen und Revision / Entfernung eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems innerhalb der Basis-DRG L09 neu zugeordnet.

Transurethrale Eingriffe

Angeregt durch das Vorschlagsverfahren wurden Fälle mit Anwendung eines flexiblen Einmal-Ureterorenoskops hinsichtlich ihrer kostenentsprechenden Abbildung in der Basis-DRG L20 *Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion [...]* untersucht. Es zeigte sich, dass diese Fälle in der Basis-DRG L20 mit höheren Kosten verbunden waren. Zudem ergab sich eine nicht sachkostengerechte Abbildung von Fällen mit einer transurethralen Biopsie des Nierenbeckens und von Fällen mit Einlegen bzw. Wechsel eines Stents in die prostatistische Harnröhre. Kostenentsprechend werden diese Fälle im aG-DRG-System 2020 in der DRG L20B abgebildet und damit aufgewertet (siehe Abb. 40).

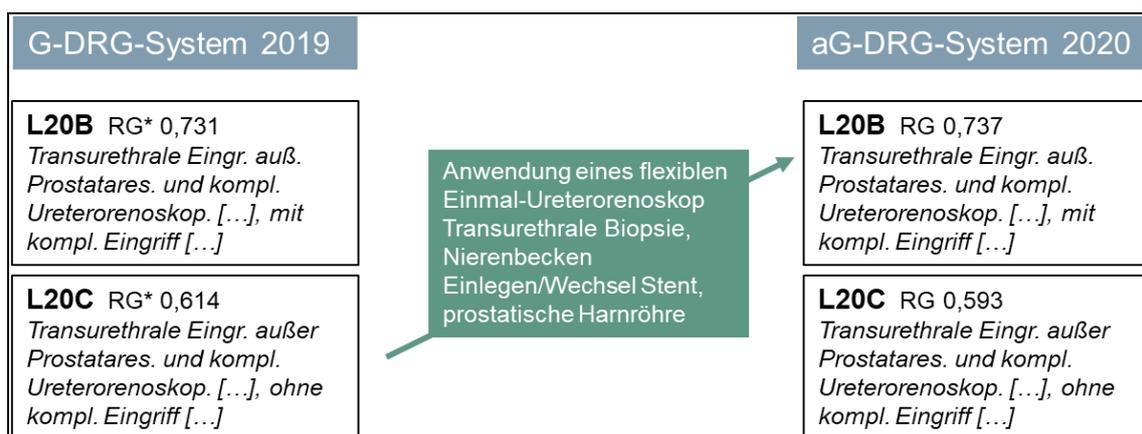


Abbildung 40: Neuordnung aufwendiger Prozeduren innerhalb der Basis-DRG L20 (* nur zu Vergleichszwecken: Relativgewicht nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)

Infektionen der Harnorgane

In der Basis-DRG L63 werden konservativ behandelte Fälle mit Infektionen der Harnorgane abgebildet. In der diesjährigen Kalkulationsstichprobe zeigten sich die Fälle der DRG L63D mit einem Alter über 89 Jahren mit niedrigeren Kosten verbunden als die anderen Fälle der DRG. Kostensprechend werden diese Fälle zukünftig der DRG L63E *Infektionen der Harnorgane [...]* oder *Alter > 89 J.* zugeordnet.

Eingriffe an den männlichen Geschlechtsorganen

Prozeduren zur transurethralen Exzision und Destruktion von Prostatagewebe sind sowohl in der Basis-DRG M02 *Transurethrale Prostataresektion [...]* als auch in der „Res-te“-DRG M06Z *Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen [...]* gruppierungsrelevant. Seit 2017 gibt es einen weiteren OPS-Code für die *Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: 5-601.9 Exzision durch fokussierten Wasserstrahl*. Die Eingruppierung erfolgte im G-DRG-System 2019 entsprechend dem Code 5-601.x *Sonstige* in die DRG M06Z. Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2020 gab es Hinweise zur Abbildung von Fällen mit *Exzision durch fokussierten Wasserstrahl*.

Eine Analyse der Kalkulationsdaten zeigte, dass sowohl die Verfahren zur transurethralen *Exzision und Destruktion von Prostatagewebe durch fokussierten Wasserstrahl* als auch mittels Wasserdampfablation und elektrischer Vaporisation zusammen mit anderen Verfahren zur transurethralen Prostataresektion einheitlich in der DRG M02B *Transurethrale Prostataresektion [...]* abgebildet werden können. Somit erfolgt eine Gleichstellung dieser transurethralen Verfahren mit der bereits in der DRG M02B abgebildeten transurethralen *Elektroresektion* (siehe Abb. 41).

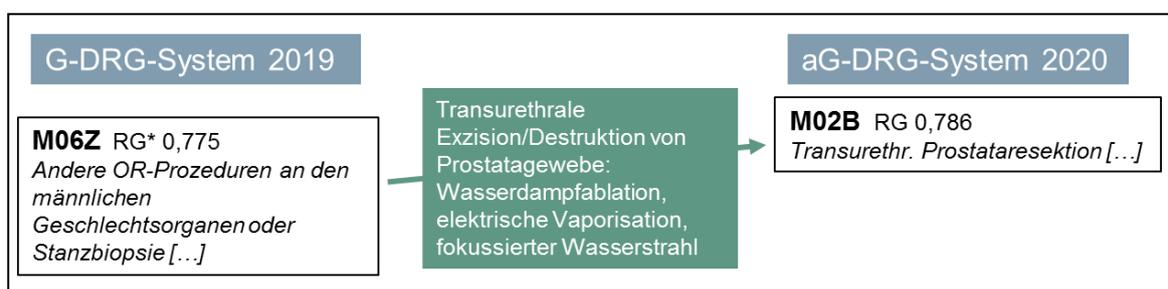


Abbildung 41: Änderung der Gruppierungsrelevanz von bestimmten Verfahren zur transurethralen Exzision und Destruktion von Prostatagewebe (* nur zu Vergleichszwecken: Relativgewicht nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)

In der Basis-DRG M03 *Eingriffe am Penis* werden Fälle mit unterschiedlicher Komplexität abgebildet. Die Prozedur für die totale Amputation des Penis war bisher in der DRG M03C *Mäßig komplexe Eingriffe am Penis [...] ohne Amputation des Penis mit bestimmter Lymphadenektomie* gruppierungsrelevant, die Fälle zeigten sich dort allerdings nicht sachgerecht abgebildet. Durch Zuordnung der Prozedur zur totalen Amputation des Penis zur DRG M03A *Bestimmte Eingriffe am Penis [...] oder totale Amputation des Penis oder Amputation des Penis mit bestimmter Lymphadenektomie* und die damit verbundene Aufwertung, ergibt sich eine kostenentsprechende Eingruppierung.

Die Basis-DRG M05 *Zirkumzision, andere Eingriffe am Penis oder großflächige Ablationen der Haut* wurde im letzten Jahr nach Komplexität der Eingriffe differenziert und in zwei DRGs gesplittet. Weniger komplexe Prozeduren wie *Biopsien* oder *Naht am Penis*, *Meatusplastiken* und *venöse Sperroperationen* wurden im Rahmen der Weiterentwicklung in die DRG M05A *Zirkumzision oder bestimmte andere Eingriffe am Penis oder bestimmte großflächige Ablationen der Haut* im Sinne einer kostenentsprechenden Neuordnung eingruppiert. Ebenfalls werden im aG-DRG-System 2020 Fälle mit einer Prozedur zur Inzision der Urethra anstatt in der DRG M06Z und Fälle mit *Exzision und Destruktion von bestimmtem erkranktem Skrotumgewebe* anstatt in der DRG M04D *Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff oder Alter > 2 Jahre, ohne schwere CC oder ohne beidseitigen Hodenhochstand oder Alter > 13 Jahre* im Sinne einer Abwertung in der DRG M05A abgebildet.

Fälle mit Eingriffen bei beidseitigem Hodenhochstand wurden bisher in der DRG M04D *Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff [...]* abgebildet und genauso vergütet wie Fälle mit einseitigem Auftreten. Für diese Fälle wird im aG-DRG-System 2020 die Diagnose Q53.2 *Nondescensus testis, beidseitig* in der DRG M04C *Eingriffe am Hoden mit mäßig komplexem Eingriff, Alter < 3 Jahre oder mit schweren CC oder beidseitigem Hodenhochstand, Alter < 14 Jahre* gruppierungsrelevant und die Fälle aufwandsentsprechend aufgewertet.

Fälle mit *offen chirurgischer retroperitonealer radikaler Lymphadenektomie* werden kostenentsprechend im Sinne einer Abwertung neu der DRG M04A *Eingriffe am Hoden oder bestimmte Eingriffe an Urethra und Prostata bei bösartiger Neubildung oder bestimmte radikale Prostatovesikulektomien oder bestimmte Lymphadenektomie* zugeordnet statt bisher der DRG M09A *OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann [...]*.

Chemotherapie in der MDC 12

Sowohl Fälle mit hochgradig als auch mittelgradig komplexer Chemotherapie bei bösartiger Neubildung wurden bisher in der DRG M60B *Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane [...] mit hoch- und mittelgradig komplexer Chemotherapie* abgebildet. Eine Analyse der Daten der Kalkulationskrankenhäuser zeigte, dass eine Differenzierung der Fälle nach Komplexität der Chemotherapie zu einer aufwandsentsprechenden Abbildung führt. Fälle mit den OPS-Kodes für *Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie* sind weiterhin in der DRG M60B gruppierungsrelevant. Die Codes für die *Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie* sind in der MDC 12 im aG-DRG-System 2020 nicht mehr gruppierungsrelevant, sodass entsprechende Fälle in der DRG M60C [...], *ohne hochgradig komplexe Chemotherapie* abgebildet und geringfügig abgewertet werden. Gleichzeitig führt dieser Umbau zu einer Aufwertung der Fälle mit hochgradig komplexer Chemotherapie durch den Anstieg des Relativgewichts der DRG M60B. Daraus resultiert eine sachgerechte Abbildung sowohl von Fällen mit hochgradig als auch mit mittelgradig komplexer Chemotherapie (siehe Abb. 42).

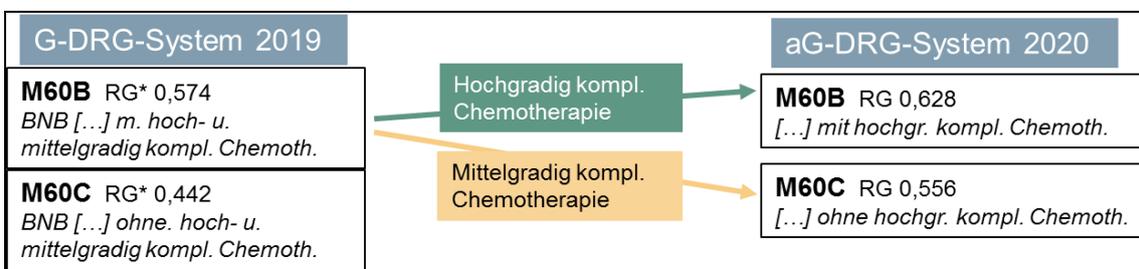


Abbildung 42 Differenzierung von hochgradig und mittelgradig komplexer Chemotherapie in der Basis-DRG M60 (* nur zu Vergleichszwecken: Relativgewicht nach Ausgliederung der Pflegepersonalkostene).

3.3.2.29 Versorgung von Kindern

Dieses Jahr stand im Hinblick auf die Abbildung von Kindern die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten im Mittelpunkt der Weiterentwicklung der G-DRG-Systems. Ein weiterer Schwerpunkt lag in der Überprüfung von kideronkologischen Fällen.

Fälle im Kindesalter weisen häufig innerhalb einer Basis-DRG im Vergleich zu Fällen im Erwachsenenalter eine kürzere Verweildauer bei gleichen oder höheren Tageskosten auf (insbesondere höhere Kosten im Pflegedienst auf Station pro Tag). Ursächlich für höhere Kosten im Pflegedienst pro Tag sind eine umfangreichere Personalausstattung von Kinderstationen und die höheren Vorhaltekosten durch saisonale Belegungsschwankungen, da der Anteil nicht planbarer Krankenhausaufenthalte bei Kindern typischerweise höher liegt (z.B. durch akute Erkrankungswellen während der Infektsaison). Um dem Umstand höherer Tageskosten Rechnung zu tragen, wird das Kriterium Alter an vielen Stellen im G-DRG-System als Splitkriterium allein oder in Kombination mit anderen Attributen (z.B. PCCL) verwendet. Dadurch werden Fälle im Kindesalter bei entsprechenden Konstellationen entweder in eigenen sogenannten „reinen Kinder-DRGs“ abgebildet oder das Alter bewirkt die Abbildung in einer höher vergüteten DRG, wo dies aufgrund der Kosten möglich ist. Kindersplits führen typischerweise zu:

- einer höheren Bewertungsrelation der Kinder-DRGs
- einem höheren Langlieger-Zuschlag (LL) in Kinder-DRGs
- einem früheren LangliegerZuschlag (bei geringerer OGV)
- einer früheren vollen Inlier-Vergütung (bei geringerer UGV)

Die Überprüfung der Kindersplits auf Gültigkeit, d.h. darauf, dass durch die Altersbedingung die Kinder bessergestellt werden, erfolgt jährlich, um eine ungewollte Schlechterstellung von Kindern durch nicht mehr indizierte Kindersplits auszuschließen.

Durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten für das aG-DRG-System 2020 wurden bisherige Kostenunterschiede in einigen DRGs verringert, aufgehoben oder gar umgekehrt. In der Basis-DRG E69 *Bronchitis und Asthma bronchiale* [...] lassen sich die Effekte gut veranschaulichen. Abbildung 43 zeigt die Ausgangssituation im G-DRG-System 2019.

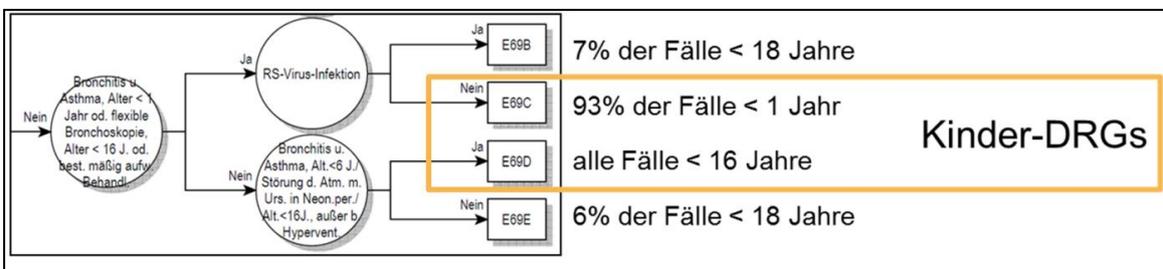


Abbildung 43: Ausschnitt aus dem Flussdiagramm der Basis-DRG E69 Bronchitis und Asthma bronchiale für das G-DRG-System 2019 mit Angaben zum Anteil der Fälle im Kindesalter an der Gesamtfallzahl der DRGs

Die Situation vor Ausgliederung der Pflegekosten zeigt Abbildung 44. Im G-DRG-System 2019 wurden Fälle im Kindesalter sachgerecht in den Kinder-DRGs E69C und E69D abgebildet. In den beiden Kinder-DRGs zeigen sich (jeweils im Vergleich zur „Erwachsenen-DRG“ E69E) eine höhere Bewertungsrelation bei geringerer mittlerer VWD und höheren und zum Teil früheren LL-Zuschlägen.

G-DRG-System 2019	DRG	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer	
				Erster Tag mit Abschlag	Bewertungsrelation/Tag	Erster Tag zus. Entgelt	Bewertungsrelation/Tag
Kinder-DRG	E69C	0,542	3,3	1	0,279	7	0,112
Kinder-DRG	E69D	0,498	3,0	1	0,251	6	0,117
	E69E	0,474	3,5	1	0,254	7	0,090

Abbildung 44: Ausgangssituation im G-DRG-System 2019

Nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System 2019 ergibt sich in einem zu Vergleichszwecken erzeugten aG-DRG-System 2019 ein anderes Bild (siehe Abb. 45). Die Kinder-DRGs weisen eine geringere Bewertungsrelation und einen geringeren (E69C) bzw. nur geringfügig höheren (E69D) LL-Zuschlag, jeweils im Vergleich zur „Erwachsenen-DRG“ E69E, auf.

aG-DRG-System 2019	DRG	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung ohne Pflegekosten	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer	
			Erster Tag mit Abschlag	Bewertungsrelation/Tag ohne Pflegekosten	Erster Tag zus. Entgelt	Bewertungsrelation/Tag ohne Pflegekosten
Kinder-DRG	E69C	0,342 (-0,200)	1	0,158	7	0,070
Kinder-DRG	E69D	0,318 (-0,180)	1	0,145	6	0,075
	E69E	0,380 (-0,094)	1	0,201	7	0,071

Abbildung 45: Situation im aG-DRG-System 2019 nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten (zu Vergleichszwecken)

Die Beibehaltung der Kinder-DRGs würde nach der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten zu einer Schlechterstellung fast aller Fälle im Kindesalter in dieser Basis-DRG führen. Eine Kondensation der Kinder-DRGs E69C und E69D mit der „Erwachsenen-DRG“ E69E im aG-DRG-System 2020 führt hingegen zu einer Aufwertung der Fälle im Kindesalter (siehe Abb. 46).

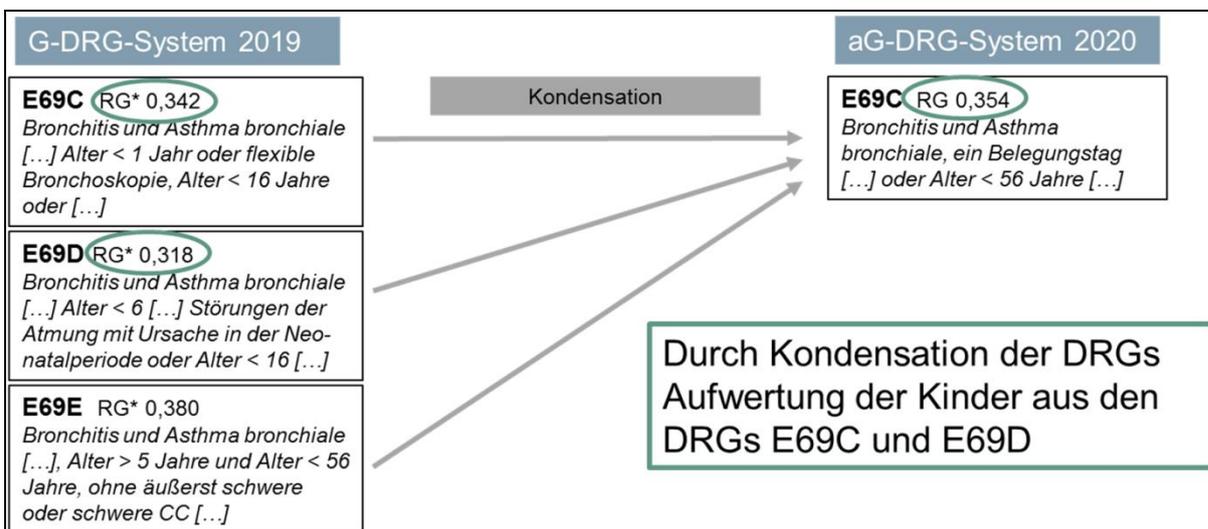


Abbildung 46: Aufwertung von Fällen im Kindesalter in der Basis-DRG E69 durch Kondensation (* nur zu Vergleichszwecken: Relativgewicht nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)

Abbildung 47 zeigt die Erlössituation im Fallpauschalen-Katalog 2020 für die neue DRG E69C. Man sieht, dass Inlier und Kurzlieger aus beiden Kinder-DRGs zukünftig besser gestellt sind. Einzig Langlieger aus der ehemaligen DRG E69D werden minimal schlechtergestellt. Diese Fallgruppe der Langlieger aus der ehemaligen DRG E69D macht aber nur knapp 4% der Fälle aus beiden Kinder-DRGs aus.

DRG	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer	
			Erster Tag mit Abschlag	Bewertungsrelation/Tag	Erster Tag zus. Entgelt	Bewertungsrelation/Tag
E69C	0,354	3,3	1	0,173	7	0,072

Abbildung 47: Erlössituation wie im Fallpauschalen-Katalog 2020 ausgewiesen

Ein weiteres Beispiel für die Effekte der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf die Erlössituation lässt sich anhand der Basis-DRG E75 *Andere Krankheiten der Atmungsorgane [...]* zeigen. Die DRG E75A *Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre* ist eine reine Kinder-DRG. Abbildung 48 zeigt die Ausgangssituation anhand des Flussdiagramms aus dem Definitionshandbuch 2019, Abbildung 49 zeigt die Erlössituation anhand eines Auszugs aus dem Fallpauschalen-Katalog 2019.

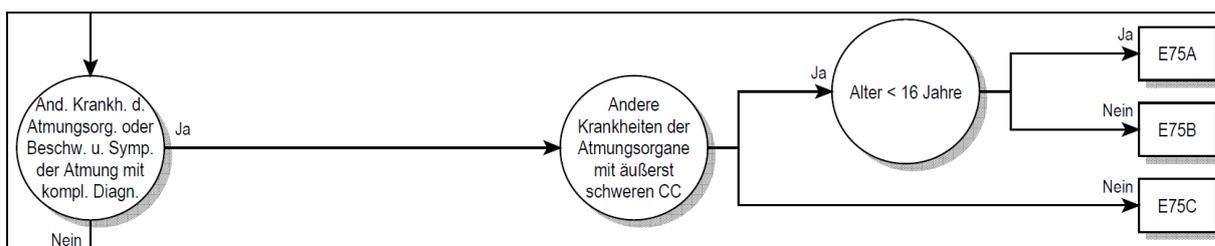


Abbildung 48: Ausgangssituation Basis-DRG E75 im G-DRG-System 2019

	DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer	
					Erster Tag mit Abschlag	Bewertungsrelation/Tag	Erster Tag zus. Entgelt	Bewertungsrelation/Tag
Kinder-DRG	E75A	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre	1,686	6,4	1	0,792	17	0,264
	E75B	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre	1,331	9,9	2	0,427	21	0,090
	E75C	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose	0,640	4,9	1	0,362	11	0,085

Abbildung 49: Erlössituation der Basis-DRG E75 im Fallpauschalen-Katalog 2019

Man sieht, dass die Inlier-Fälle im Kindesalter in der DRG E75A eine höhere Bewertungsrelation haben. Gleichzeitig erhalten die Fälle früher einen Langlieger-Zuschlag, der zudem deutlich höher ist (0,264 vs. 0,090). Die volle Inlier-Vergütung erhalten Fälle im Kindesalter in der DRG E75A bereits bei einer VWD von 2 Tagen. Für Fälle mit einer VWD = 1 ergibt sich in der DRG E75A eine Bewertungsrelation von 0,894 (BR 1,686 – KL-Abschlag von 0,792), in der DRG E75B hingegen nur von 0,467 (1,331 – 2 x KL-Abschlag von 0,427). Insgesamt sieht man, dass die Kinder in dieser Basis-DRG eine deutlich höhere Vergütung erhalten und damit sachgerecht abgebildet sind.

Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten führt zu der Erlössituation, die in Abbildung 50 für ein fiktives aG-DRG-System 2019 (nur zu Vergleichszwecken) dargestellt ist. Fälle in der DRG E75A („reine Kinder-DRG“) sind auch nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten weiterhin über alle Verweildauerbereiche hinweg bessergestellt im Vergleich zu Fälle in der DRG E75B („Erwachsenen-DRG“). Die Erlösunterschiede sind etwas geringer, aber weiterhin deutlich ausgeprägt. Bei dieser Konstellation ist der Alterssplit auch nach der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten sinnvoll und führt zu einer sachgerechten Abbildung der aufwendigeren Behandlung von Kindern an dieser Stelle.

aG-DRG-System 2019	DRG	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung ohne Pflegekosten	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer	
				Erster Tag mit Abschlag	Bewertungsrelation/Tag ohne Pflegekosten	Erster Tag zus. Entgelt	Bewertungsrelation/Tag ohne Pflegekosten
Kinder-DRG	E75A	1,069 (-0,617)	6,4	1	0,488	17	0,161
	E75B	0,942 (-0,389)	9,9	2	0,299	21	0,063

Abbildung 50: Situation im aG-DRG-System 2019 nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten (zu Vergleichszwecken)

Insgesamt fielen für das aG-DRG-System 2020 17 Kinder-DRGs durch Kondensation weg. Im Einzelnen handelt es sich um folgende 17 DRGs, bei denen das Alter allein oder in einer Kombination mit anderen Attributen höhergruppierend wirkte:

- B76D Anfälle, ein Belegungstag [...] ohne angeborene Fehlbildung, Alter < 1 Jahr
- D63Z Otitis media [...] Alter < 3 Jahre oder [...] Liquordrainage, Alter < 18 Jahre
- E69C Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag [...] Alter < 16 Jahre [...]
- E69D Bronchitis und Asthma bronchiale, [...] Alter < 6 J. [...] oder Alter < 16 J. [...]
- E70A Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter < 3 Jahre
- E79C Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane [...] Alter < 1 Jahre oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
- F12C Implantation eines Herzschrittmachers, Alter < 16 Jahre
- F19B Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta [...] Alter < 18 Jahre
- F75C Andere Krankheiten des Kreislaufsystems [...] Alter > 9 J. und Alter < 18 Jahre
- I20F Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter < 16 Jahre
- I32E Mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter < 6 Jahre
- L04A Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe [...] Alter < 16 Jahre
- Q60D Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems [...] Alter < 16 Jahre
- R63G Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie[...] Alter < 16 Jahre
- R65A Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
- Y03A Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter < 16 Jahre [...]
- Y62A Andere Verbrennungen, Alter < 6 Jahre

Neue Splits mit Bezug zum Kindesalter

Neben der Überprüfung bestehender Alterssplits wurden systemweit Konstellationen gesucht, bei denen neue Alterssplits mit und ohne Kombination mit anderen Attributen eine sachgerechte Abbildung von Fällen im Kindesalter sicherstellen. Insgesamt wurden 25 neue Splits mit Bezug zum Kindesalter eingeführt.

Es wurden insgesamt 9 reine Alterssplits in folgenden DRGs neu eingeführt:

- B02B *Komplexe Kraniotomie oder WS-OP, [...] bestimmte Eingriffe bei BNB mit intraoperativem Monitoring, Alter < 18 Jahre [...]*
- B20A *Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 18 Jahre oder mit komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre*
- F01D *Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), [...] Alter < 18 Jahre*
- H08B *Laparoskopische Cholezystektomie [...] Alter < 12 Jahre [...]*
- I09F *Best. Eingriffe WS [...] oder Alter < 16 Jahre [...]*
- I10E *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule [...] Alter < 18 Jahre*
- I17A *Aufwendige Operationen am Gesichtsschädel oder Alter < 16 Jahre*
- I28A *Andere Eingriffe am Bindegewebe [...] oder Alter < 18 Jahre bei bösartiger Neubildung*
- J64B *Bestimmte Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC oder Alter < 6 Jahre*

In insgesamt sieben DRGs wurden neue Splits mit Kombination aus Alter und einem PCCL > 2 bzw. PCCL > 3 eingeführt. Der PCCL ist ein Maß für die Erkrankungsschwere und ist in der Regel ab einem PCCL von 4 (äußerst schwere CC) gruppierungsrelevant. Bei Fällen im Kindesalter zeigt sich immer wieder, dass bereits ein niedrigerer PCCL-Level (z.B. von 3 = schwere CC) mit höheren Kosten verbunden ist. In den letzten Jahren wurden bereits an einigen Stellen neue Alterssplits in Kombination mit einem PCCL neu eingeführt. Auch in diesem Jahr wurden Fallgruppen identifiziert, die durch neue Splitbedingungen sachgerechter abgebildet werden konnten. Entsprechende Splits wurden in folgenden DRGs neu eingeführt:

- D13A *Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, [...] Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren CC*
- D30A *Tonsillektomie [...] oder Alter < 16 J. mit äußerst schweren oder schweren CC*
- F68A *Angeborene Herzkrankheit, [...] oder Alter < 16 J. mit äußerst schweren oder schweren CC*
- F75B *Andere Krankheiten des Kreislaufsystems [...] oder Alter < 16 J. mit schweren CC*
- G64A *Entzündliche Darmerkrankung [...] oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC*
- G67A *Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, [...] mit bestimmten komplizierenden Faktoren*
- I65A *Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, [...] oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC*

In zwei weiteren DRGs wurden Alterssplits in Kombination mit anderen Attributen neu eingeführt:

- M04C *Eingriffe am Hoden mit mäßig komplexem Eingriff, [...] oder beidseitigem Hodenhochstand, Alter < 14 Jahre*

- 801A *Ausgedehnte OR-Prozeduren ohne Bezug zur Hauptdiagnose [...] oder Alter < 18 Jahre mit komplizierenden Faktoren*

In einigen DRGs wurde die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter zusätzlich gruppierungsrelevant:

- W02A *Polytrauma [...] mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte*
- W61A *Polytrauma ohne signifikante Eingriffe [...] mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte*

In der Basis-DRG T60 *Sepsis* wurden bisher alle Fälle, die innerhalb der ersten 4 Tage nach Aufnahme verstarben, in die DRG T60F *Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme* gruppiert. Innerhalb der DRG T60F zeigten sich Fälle mit einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung > 196/ 184 / - Aufwandspunkten nicht sachgerecht abgebildet. Die Splitbedingung zur DRG T60F wurde geschärft, sodass Fälle mit einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung > 196/ 184 / - Aufwandspunkten nicht mehr in die DRG T60F eingruppiert werden. Zudem wurde die Splitbedingung zur DRG T60D um die Bedingung „intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte“ erweitert. Somit werden ab dem aG-DRG-System 2020 Fälle aus der DRG T60F mindestens in die DRG T60D, bei Erfüllung der entsprechenden Splitbedingungen auch in die DRGs T60B oder T60C gruppiert.

In der DRG F36A *Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff* wurde die bestehende Splitbedingung mit 1177 und mehr Aufwandspunkten für intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter erweitert für Fälle mit einem aufwendigen Eingriff und 589 bis 1176 Aufwandspunkten.

Weitere Details zu den einzelnen Änderungen finden sich in den Kapiteln der betreffenden MDC bzw. bei kideronkologischen Fällen im folgenden Abschnitt.

Kideronkologische Fälle

Deutschlandweit werden ca. 29.000 Fälle (= einzelne Krankenhausaufenthalte) mit Tumorerkrankungen im Kindesalter behandelt. Die Hälfte der Fälle entfällt auf nur vier DRGs (R65A, B66C, I65I und R63J). Kideronkologische Fälle zeigten sich im G-DRG-System im Durchschnitt mit einer leichten Überdeckung und sind somit im Durchschnitt sachgerecht abgebildet. Durch detaillierte Analysen von DRGs mit kideronkologischen Fällen und z.B. auffälligen Extremkostenfällen konnten DRGs und Fallkonstellationen identifiziert werden, die zu Umbauten führten. Häufig waren hierbei wenige, aber stark unterdeckte Fälle betroffen. Für die Umbauten mussten meist mehrere Logikelemente kombiniert werden, um die identifizierten Fälle zu erfassen und den Umbau mit einer Verbesserung des Gesamtsystems umsetzen zu können.

In der Basis-DRG K64 werden Fälle mit Endokrinopathien abgebildet. Fälle mit bestimmten Tumoren endokriner Organe werden zum Teil in die DRG K64C, bei Alter < 6 Jahre in die DRG K64B und bei Alter < 6 Jahren und PCCL > 3 in die DRG K64A eingruppiert. Tumoren der Hypophyse und der Schilddrüse wurden bisher in die DRG K64D eingruppiert. Hier zeigten sich Kinder mit einem Alter < 18 Jahren als nicht sachgerecht abgebildet. Im aG-DRG-System 2020 werden Fälle mit Alter < 18 Jahren und einem Hypophysen- oder Schilddrüsentumor in die DRG K64C aufgewertet.

In der Basis-DRG I65 *Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur* werden Fälle mit einem PCCL > 3 oder kideronkologische Fälle mit Alter < 17 Jahren in den DRGs I65A und I65B abgebildet. Fälle mit einer hochkomplexen Chemotherapie werden in die DRG I65A *Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit hochkomplexer Chemotherapie* und Fälle ohne hochkomplexe Chemotherapie in die DRG I65B *Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie* eingruppiert. Fälle im Alter < 16 Jahren mit einem PCCL > 2 zeigten sich in der DRG I65B nicht sachgerecht abgebildet und werden für das aG-DRG-System 2020 in die DRG I65A *Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit hochkomplexer Chemotherapie oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC* aufgewertet.

In der Basis-DRG I54 *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, bei bösartiger Neubildung [...]* zeigten sich Kinder (Alter < 18 Jahre) mit einer Bestrahlung an weniger als 5 Tagen in der DRG I54B *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, bei bösartiger Neubildung, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen* nicht sachgerecht abgebildet. Entsprechend ihren Kosten werden die Fälle zukünftig in die DRG I54A *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, bei bösartiger Neubildung, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder Alter < 18 Jahre* eingruppiert.

Einem Vorschlag folgend wurden Fälle mit Tumorendoprothese in der DRG I95B *Implantation einer Tumorendoprothese ohne Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothese, ohne Knochentotalersatz am Femur* untersucht. Für das G-DRG-System 2019 wurde die DRG I95Z *Implantation einer Tumorendoprothese oder Knochentotalersatz am Femur* gesplittet. Fälle mit Knochentotalersatz am Femur oder mit Tumorendoprothese und komplexerer Implantation oder Wechsel von Endoprothesen wurden in der DRG I95A *Implantation einer Tumorendoprothese mit Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothese oder Knochentotalersatz am Femur* abgebildet, weniger komplexe Fälle in der DRG I95B *Implantation einer Tumorendoprothese ohne Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothese, ohne Knochentotalersatz am Femur*. Auch in diesem Jahr zeigte sich, wie in der Kalkulation für das G-DRG-System 2019, der deutliche Kostenunterschied zwischen den beiden Fallgruppen. Einzig Fälle mit Alter < 18 Jahre und Fälle mit Teilwechsel des Femurteils einer Sonderprothese am Kniegelenk zeigten sich mit höheren Kosten in der DRG I95B verbunden und wurden dementsprechend für das aG-DRG-System 2020 in die DRG I95A *Implantation einer Tumorendoprothese mit Implantation oder Wechsel einer bestimmten Endoprothese oder Knochentotalersatz am Femur oder Alter < 18 Jahre* aufgewertet.

Kideronkologische Fälle in der DRG R61E *Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis, [...] mit Agranulozytose oder Portimplantation oder [...] Alter > 15 Jahre, ohne intensive Chemotherapie* haben keine intensive Blockchemotherapie und sind im Alter von 16 bis unter 18 Jahre. Kinder und Jugendliche < 16 Jahre werden in der DRG R61C *Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis [...] Alter < 16 Jahre* und Fälle mit intensiver Blockchemotherapie in der DRG R61D *Lymphom und nicht akute Leukämie [...] mit intensiver Chemotherapie [...]* abgebildet. Die kideronkologischen Fälle in der DRG R61E waren mit höheren Kosten verbunden als die übrigen Fälle der DRG und wurden entsprechend ihren Kosten für das aG-DRG-System 2020 in die DRG R61D *Lymphom u. nicht akute Leukämie mit Agranulozytose, [...] oder Alter < 18 Jahre [...]* aufgewertet.

In der Basis-DRG R65 *Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag* wurden Fälle mit einem Alter < 16 Jahre in der DRG R65A und Fälle mit einem Alter > 16 Jahre in der DRG R65B abgebildet. Nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten wären Kinder in der DRG R65A durch eine geringere Vergütung im Vergleich zu Fällen der DRG R65B schlechtergestellt worden. Aus diesem Grund wurden die DRGs für das aG-DRG-System 2020 zur DRG R65Z *Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag* kondensiert.

Fälle in der DRG R63G *Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis [...] Alter < 16 Jahre* weisen nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten geringere Kosten auf als vergleichbare Fälle mit Alter > 15 Jahre, die in der DRG R63H *Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis [...] Alter > 15 Jahre* abgebildet sind. Für das aG-DRG-System 2020 wurden diese beiden DRGs zur neuen DRG R63G *Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC* kondensiert.

Neue Kinderdosisklassen für Medikamente

Für 2020 wurden fünf neue Kinderdosisklassen etabliert. Für das Medikament Ipilimumab, parenteral war bisher die niedrigste Dosisklasse 50 mg bis unter 60 mg (OPS 6-006.h0). Ab 2020 wird es drei neue Dosisklassen (OPS-Kodebereich 6-006.j0 bis 6-006.j2) geben, wovon die niedrigste Dosisklasse (20 mg bis unter 30 mg) Patienten unter 15 Jahren vorbehalten sein wird. Das Medikament ist für die Behandlung von malignen Melanomen ab dem 12. Lebensjahr und für die Behandlung von Nierenzellkarzinomen im Erwachsenenalter zugelassen. Für das Medikament ist das ZE168 *Gabe von Ipilimumab, parenteral* abrechenbar.

Das Medikament Abatacept wird u.a. bei juveniler idiopathischer Arthritis angewandt. Für die intravenöse Applikationsform (OPS 6-003.s *Abatacept, intravenös*) gab es bereits zwei Kinderdosisklassen (125 mg bis unter 250 mg und 250 mg bis unter 500 mg). Die intravenöse Therapie ist ab dem 6. Lebensjahr zugelassen. Bisher ist für die intravenöse Applikation das ZE151 abrechenbar. Für die subkutane Applikationsform wurde die Indikation im Jahr 2019 ausgeweitet und ist seitdem ab dem 2. Lebensjahr zugelassen. Die subkutane Applikation ist über das unbewertete ZE2019-106 *Gabe von Abatacept, subkutan* verhandelbar. Aufgrund der Indikationserweiterung für die subkutane Applikationsform wurden neue Dosisklassen eingeführt, darunter zwei Dosisklassen für Kinder (6-003.tb *Abatacept, subkutan: 50,0 mg bis unter 87,5 mg*; 6-003.tc *Abatacept, subkutan: 87,5 mg bis unter 125,0 mg*). Auch im Jahr 2020 ist das Zusatzentgelt für die subkutane Applikation unbewertet (ZE2020-106).

Das Medikament Isavuconazol wird für die Behandlung von lebensbedrohlichen Pilzinfektionen, beispielsweise von invasiver Aspergillose und Mucormycose, eingesetzt. Das Medikament ist im Erwachsenenalter zugelassen. Es gibt eine orale und eine parenterale Applikationsform. Für beide existieren bis zum OPS Version 2019 Codes ohne Differenzierung nach Dosisklassen. Beide Applikationsformen haben bisher den NUB-Status 1 und sind entsprechend verhandelbar. Für das aG-DRG-System 2020 wurden neue unbewertete Zusatzentgelte für das Medikament etabliert (ZE2020-166 *Gabe von Isavuconazol, parenteral* und ZE2020-167 *Gabe von Isavuconazol, oral*) und die entsprechenden OPS-Codes nach Dosisklassen differenziert. Für die parenterale Applikationsform gibt es eine neue Kinderdosisklasse für Patienten unter 15 Jahren (OPS 6-008.g0 *Isavuconazol, parenteral: 100 mg bis unter 200 mg*), für die orale Applikationsform vier Kinderdosisklassen für Patienten < 10 Jahre (6-008.h0 *Isavuconazol, oral: 200*

mg bis unter 400 mg; 6-008.h1 Isavuconazol, oral: 400 mg bis unter 600 mg, 6-008.h2 Isavuconazol, oral: 600 mg bis unter 800 mg und 6-008.h3 Isavuconazol, oral: 800 mg bis unter 1.000 mg).

Mit Daratumumab wurde für ein weiteres Medikament mit NUB-Status 1 ein neues unbewertetes Zusatzentgelt (ZE2020-168) etabliert und der bisherige OPS 6-009.a *Daratumumab, parenteral* nach Dosisklassen differenziert. Daratumumab ist im Erwachsenenalter für die Behandlung des Multiplen Myeloms zugelassen. Die zwei niedrigsten Dosisklassen (OPS 6-009.a0 *Daratumumab, parenteral: 100 mg bis unter 200 mg* und 6-009.a1 *Daratumumab, parenteral: 200 mg bis unter 300 mg*) sind Patienten unter 15 Jahren vorbehalten.

Verbesserung der Vergütung

Die in diesem Kapitel und im Kapitel MDC15 - Neugeborene dargestellten Anpassungen bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für 2020 entsprechen in der Summe einer Steigerung von ca. 7.800 Case-Mix-Punkten für Fälle im Kindesalter. Dies entspricht einem Volumen von ca. 27 Mio. Euro, das sich ausschließlich auf die Vergütung im aG-DRG System (ohne Kosten der Pflege am Bett) bezieht.

3.3.2.30 Wirbelsäulenchirurgie

Operative Eingriffe an der Wirbelsäule waren im G-DRG-System 2019 hochdifferenziert in 22 DRGs abgebildet. Auch weniger komplexe Fälle sind häufig mit einer Vielzahl von Prozeduren verschlüsselt, was eine regelmäßige Analyse aller Prozeduren auf sachgerechte Eingruppierung notwendig macht.

In die DRG I06A *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit sehr komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC* werden u.a. Fälle mit mehrzeitigen komplexen Eingriffen an Kopf, Hals und Wirbelsäule eingruppiert. Fälle mit Osteosynthese an der Wirbelsäule an nur einem Segment (z.B. Osteosynthese an der Wirbelsäule durch Schraub-Stab-System an einem Segment) zeigten sich bei Fällen mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren mit geringeren Kosten verbunden. Im aG-DRG-System 2020 sind die entsprechenden Prozeduren für die DRG I06A nicht mehr gruppierungsrelevant. Betroffene Fälle werden zukünftig den DRGs I06B und I06C und sortierbedingt auch der Basis-DRG I09 *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule* zugeordnet (siehe Abb. 51).

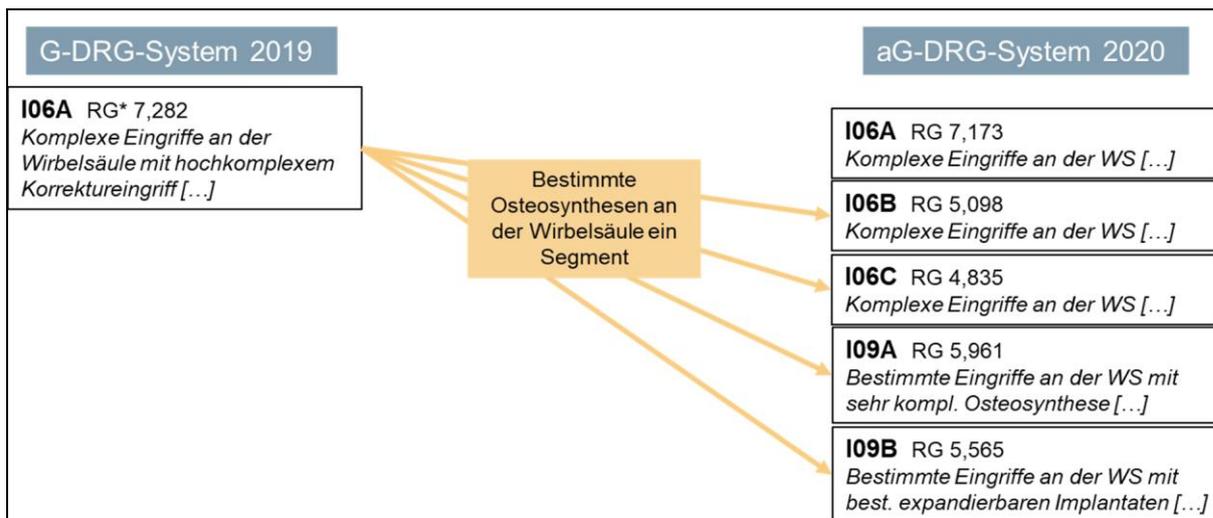


Abbildung 51: Fallwanderung durch Streichung der Codes für bestimmte Osteosynthesen an einem Segment an der Wirbelsäule aus der Splitbedingung der DRG I06A Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule [...] (* nur zu Vergleichszwecken: Relativgewicht nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)

In der DRG I09E *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule [...] mit best. anderen kompl. Faktoren [...]* zeigten sich in Analysen Fälle mit einer Prozedur für die Exzision und Destruktion von Tumorgewebe des Rückenmarkes und der Rückenmarkshäute ohne bösartige Neubildung mit geringeren Kosten verbunden als Fälle mit bösartiger Neubildung. Für das aG-DRG-System 2020 wurde die Splitbedingung dahingehend präzisiert, dass Fälle mit Entfernung von Tumorgewebe des Rückenmarkes und der Rückenmarkshäute nur in Kombination mit einer bösartigen Neubildung in die DRG I09E eingruppiert werden. Fälle ohne eine bösartige Neubildung werden zukünftig in die DRGs I09F *Bestimmte Eingriffe WS und bestimmte komplizierende Faktoren [...]*, I09G *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten anderen komplizierenden Faktoren [...]* und I10A *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Rückenmark, Spinalkanal, Wirbelsäule, Rumpf mit äußerst schweren CC* eingruppiert.

Bei Kindern mit einem Alter unter 16 Jahren zeigten sich in der DRG I09G *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten anderen komplizierenden Faktoren [...]* Fälle nicht sachgerecht abgebildet und werden ihren Kosten entsprechend im aG-DRG-System 2020 der DRG I09F *Bestimmte Eingriffe WS und bestimmte komplexe Faktoren [...]* oder *Alter < 16 Jahre, ohne Eingriffe ZNS [...]* zugeordnet und damit aufgewertet.

Fälle mit einer ventralen Osteosynthese an der Wirbelsäule mittels Schrauben-Platten-System ab 3 Segmenten werden je nach PCCL, weiteren Prozeduren oder Diagnosen in unterschiedlichen DRGs der Basis-DRGs I09 und I10 abgebildet. Beispielsweise werden Fälle mit PCCL > 2 oder einer bösartigen Neubildung an der Wirbelsäule oder einer sekundären bösartigen Neubildung des Knochens in die DRG I09E *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule [...] mit bestimmten anderen komplizierenden Faktoren [...]* (ab 4 Segmenten) bzw. in die DRG I09F *Bestimmte Eingriffe WS und bestimmte komplizierende Faktoren [...]* (bei 3 Segmenten) gruppiert. Fälle mit ventraler Osteosynthese mit Schrauben-Platten-System ab 3 Segmenten in Kombination mit Osteosynthese mittels intravertebraler Cages ab 2 Segmenten werden der DRG I09H *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten anderen komplizierenden Faktoren [...]* zugeordnet. Fälle mit ventraler Osteosynthese an der Wirbelsäule mittels Schrauben-Platten-System ab 3 Segmenten ohne ein weiteres gruppierungsrelevantes Attribut

(Prozedur oder Diagnose) werden typischerweise in die DRG I10B *Andere Eingriffe WS m. best. kompl. Eingriffen od. Para- / Tetrapl. [...]* eingruppiert. In Analysen haben sich Fälle in der DRG I09H *Best. Eingriffe an der Wirbelsäule m. best. anderen kompl. Faktoren [...]*, bei denen eine ventrale Osteosynthese mit Schrauben-Platten-System ab 3 Segmenten durchgeführt wurde, als nicht sachgerecht abgebildet gezeigt. Im aG-DRG-System 2020 werden diese Fälle in die DRG I09G *Best. Eingriffe an der Wirbelsäule m. best. anderen kompl. Faktoren, [...]* od. *langstreckige ventrale Osteosynthese der WS* eingruppiert und aufgewertet.

In der DRG I10A *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Rückenmark, Spinalkanal, Wirbelsäule, Rumpf mit äußerst schweren CC* wurden Fälle mit kleineren Eingriffen identifiziert, die zukünftig entsprechend ihren Kosten in der DRG I10B *Andere Eingriffe WS m. best. kompl. Eingriffen od. Para- / Tetrapl. [...]* abgebildet werden. Beispielsweise sind Fälle mit Osteosynthese an der Wirbelsäule durch intravertebralen Cage an einem Segment oder geschlossene Reposition einer Fraktur oder Gelenkluxation an der Wirbelsäule ohne Osteosynthese oder Drainage sonstiger epiduraler Flüssigkeit betroffen.

Fälle mit Unkoforaminektomie waren in der DRG I10B *Andere Eingriffe WS mit bestimmten komplexen Eingriffen oder Para- / Tetraplegie [...]* mit deutlich geringeren Kosten verbunden als andere Fälle dieser DRG und werden im aG-DRG-System 2020 ihren Kosten entsprechend der DRG I10D *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, [...]* zugeordnet.

Fälle mit einer Exzision und Destruktion von Tumorgewebe des Rückenmarkes, der Rückenmarkshäute und des Knochens bei bösartiger Neubildung von Bindegewebe und Knochen wurden aus der DRG I10C *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule bei Bandscheibeninfektion oder mit bestimmtem Eingriff an der Wirbelsäule* in die DRG I10B *Andere Eingriffe WS m. best. kompl. Eingriffen od. Para- / Tetrapl. [...]* aufgewertet.

Fälle mit Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rückenmarkes und der Rückenmarkshäute ohne bösartige Neubildung werden zukünftig entsprechend ihren Kosten aus den DRGs I10C *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule bei Bandscheibeninfektion oder mit bestimmtem Eingriff an der Wirbelsäule* und I10D *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, [...]* in die DRG I10E *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff [...]* eingruppiert (siehe Abb. 52).

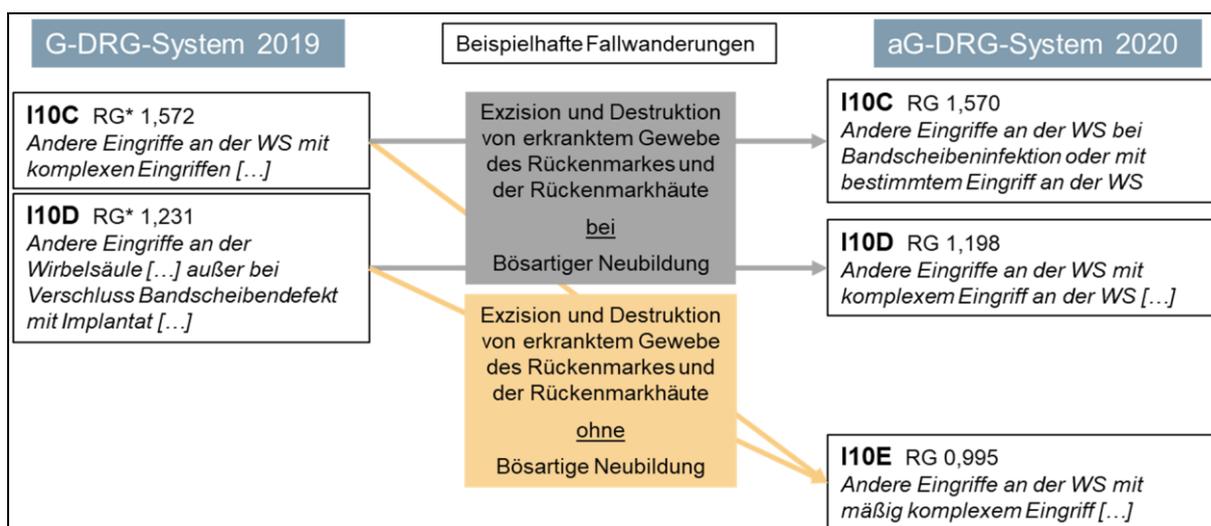


Abbildung 52: Fallwanderung von Fällen mit Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rückenmarkes und der Rückenmarkshäute (* nur zu Vergleichszwecken: Relativgewicht nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)

Folgende Prozeduren wurden aus der Liste der *Mäßig komplexen Eingriffe an der Wirbelsäule* gestrichen und der Liste der *Bestimmten kleinen Eingriffe an der Wirbelsäule* zugeordnet:

- Vertebroplastie an einem Wirbelkörper
- Laminotomie Lendenwirbelsäule ab 2 Segmenten
- Geschlossene Reposition an der Wirbelsäule ohne Osteosynthese
- Radiofrequenzablation 4 oder mehr Wirbelkörper
- Entfernung eines freien Sequesters mit Endoskopie
- Entfernung eines interspinösen Spreizers an 2 Segmenten

Betroffene Fälle werden zukünftig nicht mehr der DRG I10E *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff [...]*, sondern der DRG I10F *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre* zugeordnet.

Fälle mit Biopsien an der Wirbelsäule wurden bisher mindestens in die DRG I10E *Andere Eingriffe an der WS mit mäßig komplexem Eingriff [...]* eingruppiert. Fälle ohne Diszitis, Bandscheibeninfektion oder bestimmte komplexe Eingriffe bei bösartiger Neubildung erwiesen sich als sachgerecht in der DRG I10F *Andere Eingriffe an der WS ohne mäßig komplexen Eingriff an der WS mit bestimmtem kleinen Eingriff und mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre* abgebildet. Fälle mit Diszitis, Bandscheibeninfektion oder bestimmten komplexen Eingriffen bei bösartiger Neubildung werden auch weiterhin in die DRG I10E *Andere Eingriffe an der WS mit mäßig komplexem Eingriff [...]* eingruppiert.

Fälle mit einer Prozedur für die Entfernung von bestimmten Elektroden an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen oder die Entfernung von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmark- oder zur Vorderwurzelstimulation wurden im G-DRG-System 2019 der DRG I10F *Andere Eingriffe an der WS ohne mäßig komplexen Eingriff an der WS mit*

bestimmtem kleinen Eingriff und mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre zugeordnet. Entsprechend ihren Kosten werden diese Fälle zukünftig in die DRG I10G Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne wenig komplexen Eingriff oder ein Belegungstag, mit anderem kleinen Eingriff eingruppiert.

Die Behandlung von Kindern mit einem Alter unter 18 Jahren war in der DRG I10F *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff [...]* mit höheren Kosten verbunden. Zukünftig werden betroffene Fälle der DRG I10E *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff, ohne komplexen Eingriff, [...], Alter < 18 Jahre* zugeordnet und damit aufgewertet.

In der DRG I10G *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne wenig komplexen Eingriff oder ein Belegungstag, mit anderem kleinen Eingriff* wurden bisher u.a. Fälle mit einer Prozedur für Durchtrennung einer Nervenwurzel eingruppiert. Diese Fälle zeigten sich in Analysen mit geringeren Kosten verbunden als andere Fälle dieser DRG und werden im aG-DRG-System 2020 der DRG I10H *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne anderen kleinen Eingriff* zugeordnet.

Die DRGs der Basis-DRG I28 *Andere Eingriffe am Bindegewebe* sind die „Reste“-DRGs der operativen Partition der MDC08. In der DRG I28E *And. Eingr. am Bindegew., oh. best. off. chir. Stab. Thorax, [...], oh. best. Eingr. an Knochen, Weichteilen od. Bindegew. [...]* wurden Fälle mit einer Prozedur für elektrothermische Denervierung von Synovialis und Kapselgewebe an sonstigen Gelenken identifiziert, die eine deutlich kürzere Verweildauer und geringere Kosten als die übrigen Fälle der DRG aufwiesen. Betroffene Fälle werden zukünftig der Basis-DRG I10 und dort der DRG I10H *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne anderen kleinen Eingriff* zugeordnet.

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

In der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2020 ist es erneut gelungen, Leistungen, die in den vergangenen Jahren als noch nicht sachgerecht vergütet identifiziert wurden (NUB-Status 1), in Form von Zusatzentgelten oder innerhalb der Klassifikation in das G-DRG-System zu integrieren. NUB-Leistungen, die als Zusatzentgelte abgebildet werden konnten, sind in Tabelle 22 aufgeführt.

NUB-Verfahren	Status 2019	ZE2020	Bezeichnung Zusatzentgelt
Isavuconazol, intravenös	1	ZE2020-166	Gabe von Isavuconazol, parenteral
Isavuconazol, oral	1	ZE2020-167	Gabe von Isavuconazol, oral
Daratumumab	1	ZE2020-168	Gabe von Daratumumab, parenteral
Liposomales Irinotecan	1	ZE2020-169	Gabe von Liposomalem Irinotecan, parenteral

Tabelle 22: Leistungen mit NUB-Status 1, die ab der aG-DRG-Version 2020 als Zusatzentgelt abgebildet werden

Neben der Integration von NUB-Leistungen mittels Zusatzentgelten wurde eine für 2019 mit Status 1 gekennzeichnete Leistung in die Definitionen von Fallgruppen aufgenommen. Die Implantation eines intrakardialen Pulsgenerators konnte aufgrund einer ausreichenden Anzahl von Fällen eingehend analysiert werden. Basierend auf den Ergebnissen werden betroffene Fälle im aG-DRG-System 2020 der DRG F01C *Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), [...] oder Impl. eines Drucksensors in die Pulmonalarterie oder Impl. eines intrakardialen Pulsgenerators* zugeordnet und sind damit sachgerecht im System integriert.

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

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

3.3.4 Sortierung

Vorgehensweise

Zur Vermeidung der Problematik einer „Mindervergütung bei Mehrleistung“ werden im G-DRG-System die DRGs gemäß ihren mittleren Inlier-Kosten sortiert. Daraus resultiert eine Abfragereihenfolge, in der typischerweise hoch bewertete DRGs vor geringer bewerteten DRGs abgefragt werden. Die Vorgehensweise der Sortierung entsprach auch nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten weitgehend den Vorjahren. So erfolgte auch für das aG-DRG-System 2020 eine konsequente Sortierung aller DRGs innerhalb der operativen und der anderen Partitionen absteigend nach Bewertungsrelation, wohingegen in der medizinischen Partition in der Regel auf eine Sortierung verzichtet werden konnte, da diese DRGs über Hauptdiagnosen definiert und damit disjunkt (überschneidungsfrei) sind. Weiterhin gelten auch die MDC-spezifischen Besonderheiten:

- Vollständige partitionsübergreifende Sortierung in den MDCs 17, 18A und 18B
- Weitgehend partitionsübergreifende Sortierung in den MDCs 04 und 05
- Sortierung zwischen anderer und medizinischer Partition in den MDCs 06, 07 und 11

- Einsortierung endoskopischer Eingriffe (DRGs H40A, H40B) und komplexer therapeutischer ERCPs (DRGs H41A, H41B) in die operative Partition der MDC 07
- Einsortierung der kardiothorakalen und Gefäßeingriffe in die sonst disjunkten DRGs der MDC 15 entsprechend ihren Kosten
- Sortierung aller DRGs für intensivmedizinische Komplexbehandlung ihren Kosten entsprechend in die Abfrage Reihenfolge der Prä-MDC
- In den MDCs 12 und 13 werden die medizinischen Tumor-DRGs und entsprechende Strahlentherapie-DRGs individuell bei der Sortierung berücksichtigt
- Sortierung der Prä-MDC unter Berücksichtigung der zahlreichen DRG- und MDC-Zuweisungen

Besondere Konstellationen

Wie oben dargestellt, werden die DRGs typischerweise gemäß ihren mittleren Inlier-Kosten absteigend sortiert. Auf die für das aG-DRG-System 2020 relevante methodische Veränderung, dass zukünftig gemäss den mittleren Inlier-Kosten ohne die Kosten der Pflege am Bett sortiert wird, wird am Ende des Kapitels eingegangen.

Neben den mittleren Inlier-Kosten wird zur Vermeidung einer unsachgerechten Vergütung in einigen Konstellationen auch die mittlere Verweildauer und somit auch die untere und obere Grenzverweildauer (UGV, OGV) der Fälle betroffener DRGs berücksichtigt. Exemplarisch soll dies anhand der Sortierung innerhalb der Basis-DRG F49 erläutert werden (siehe Abb. 53). Die DRG F49C *Invasive kardiologische Diagnostik [...] Alter < 18 Jahre* steht an Abfrageposition 119 und hat mit 1,090 ein niedrigeres Relativgewicht als die direkt danach abgefragte DRG F49D *Invasive kardiologische Diagnostik [...] Alter > 17 Jahre [...]* mit Rang 120 und einem Relativgewicht von 1,389. In der DRG F49C werden Fälle mit einem Alter unter 18 Jahren abgebildet. Kinder bleiben im Mittel kürzer im Krankenhaus als Erwachsene, d.h. haben eine kürzere Verweildauer. Dies zeigt auch der Vergleich der DRG F49C (mVWD 2,6) mit der DRG F49D (mVWD 12,4). Dies bedeutet aber auch, dass die Fälle der DRG F49C sowohl eine niedrigere UGV als auch eine deutlich niedrigere OGV als die Fälle der DRG F49D besitzen. Wenn man beide DRGs zusammenlegen würde, d.h. die „Kinder“-DRG entfällt, würde dies bedeuten, dass ein Teil der Inlier-Fälle der jetzigen F49C einen Kurzlieger-Abschlag bekommen und ein Teil der Langlieger-Fälle erst ab einer VWD von mehr als 25 Tagen im Vergleich zu jetzt 7 Tagen einen Zuschlag bekäme. Bei einem relevanten Anteil von vor allem Kurz-, aber auch Langliegern innerhalb der DRG F49C sowie zusätzlich einer hohen Anzahl an Fällen, die in der DRG F49C Inlier sind, aber in einer kondensierten DRG Abschläge erhielten, würde dies zu einer Schlechterstellung von Kindern führen.

Rang Sortierung	DRG	Parti-tion	Bezeichnung ⁹⁾	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweil-dauer ¹⁾	UGV		OGV
						Erster Tag mit Abschlag ^{2), 5)}	Erster Tag zus. Entgelt ^{3), 5)}	
XX	1	2	3	4	6	7	9	
119	F49C	A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre	1,090	2,6	1	7	
120	F49D	A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, mit schweren CC, mehr als ein Belegungstag	1,389	12,4	3	25	

Abbildung 53: Auszug aus der FPV2020: DRGs F49C und F49D

Ein weiteres Beispiel betrifft die nicht nach Alter, aber nach unterschiedlichen Behandlungsformen differenzierte Basis-DRG K15 *Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag*. In dieser Basis-DRG wurden gleich zweimal DRGs von Fällen mit kurzer Verweildauer, aber niedrigerem Relativgewicht vor DRGs mit höherem Relativgewicht und längerer Verweildauer sortiert (siehe Abb. 54). Hier würde ein Zusammenlegen von Fällen u.a. zu einer nicht sachgemäßen Benachteiligung von bestimmten Behandlungsformen führen.

Rang Sortierung	DRG	Parti-tion	Bezeichnung ⁸⁾	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweil-dauer ¹⁾	UGV		OGV	
						Erster Tag mit Abschlag ^{2), 5)}	Erster Tag zus. Entgelt ^{3), 5)}		
XX	1	2	3	4	6	7	9	9	
15	K15A	O	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Radiojodtherapie	0,994	3,1		5		
17	K15B	O	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Radiojodtherapie	1,304	10,4	2	25		
19	K15C	O	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmter nuklearmedizinischer Therapie	0,778	3,4		6		
20	K15D	O	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmte nuklearmedizinische Therapie	0,793	6,9		14		
21	K15E	O	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie	0,512	3,4		8		

Abbildung 54: Auszug aus der FPV2020: Basis-DRG K15

Erstmalig erfolgte in diesem Jahr die Sortierung anhand der mittleren Inlier-Kosten ohne die Kosten der Pflege am Bett. Dabei betrifft die in Kapitel 3.2.3 beschriebene Ausgliederung der Pflegepersonalkosten verschiedene DRGs in unterschiedlichem Ausmaß, mit direkten Konsequenzen auf die Sortierung. Wenn beispielsweise eine DRG 1 mit einem hohen Anteil an Pflegepersonalkosten 2019 aufgrund höherer Fallkosten (Gesamtkosten mit Pflege) vor eine DRG 2 mit geringeren Fallkosten, aber auch deutlich geringerem Anteil an Pflegepersonalkosten sortiert war (vgl. Abb. 55), so bedeutete dies 2020 nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten, dass aufgrund jetzt geringerer Fallkosten in der DRG 1 im Vergleich zur DRG 2 eine Änderung in der Abfragereihenfolge zwischen DRG 1 und DRG 2 notwendig wurde (siehe Abb. 56).

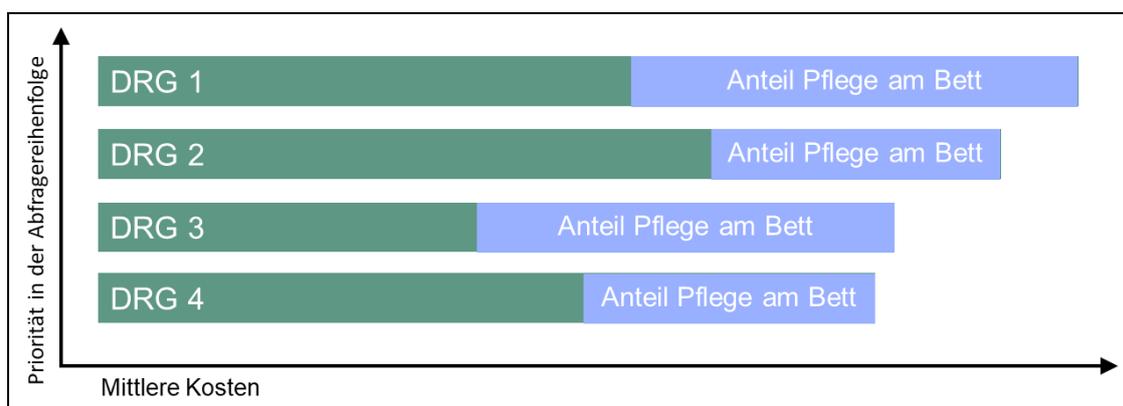


Abbildung 55: Abfragereihenfolge bei Fallkosten mit Pflegepersonalkosten

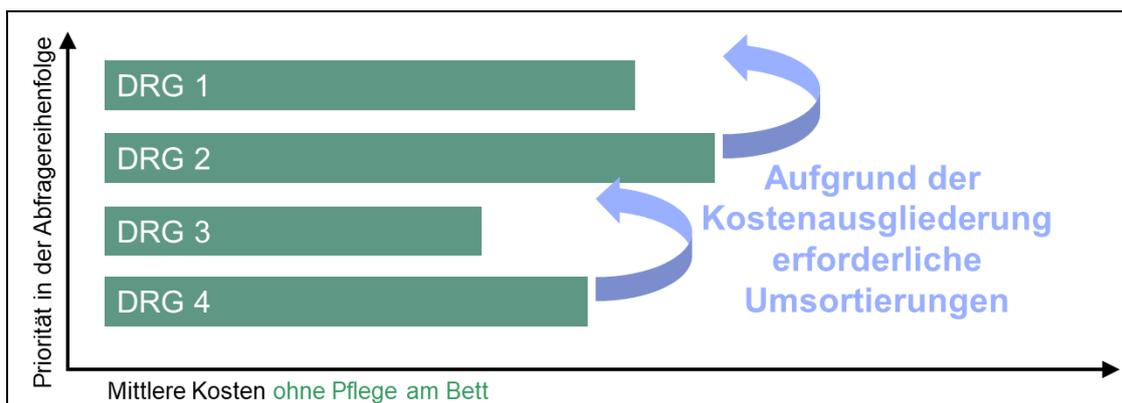


Abbildung 56: Abfragepriorität bei Fallkosten ohne Pflegepersonalkosten

Im Ergebnis war eine äußerst umfangreiche Nachsortierung des aG-DRG-Systems für 2020 erforderlich. Welche Sortierschritte dabei in erster Linie auf die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten zurückgehen, ist jedoch nicht ohne Weiteres zu benennen, da neben den CC-Umbauten und den Änderungen in den Logikelementen – beides erfolgte für das aG-DRG-System 2020 in einer Vielzahl von DRGs, wenn auch in etwas geringerem Umfang als in den Jahren zuvor – auch die jährliche Änderung der Datenbasis Einfluss auf die Kosten und damit auf die Sortierung hatte. Tendentiell führte die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten bei einigen operativen DRGs mit hohem Anteil an Pflegepersonalkosten, z.B. DRGs, in denen Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung abgebildet werden, zu deutlich geringeren Gesamtkosten im Vergleich mit anderen operativen DRGs und infolgedessen zu einem deutlich niedrigeren Rang im Vergleich zum Vorjahr.

Wie in den Abschlussberichten der Vorjahre erläutert, ist der direkte Einfluss der Sachkostenkorrektur auf die Sortierung eher gering. Dies bestätigte sich auch für 2020.

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

3.3.5.1 Anpassungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen

Die ab 1. Januar 2020 gültige ICD-10-GM Version 2020 enthält insgesamt 13.739 terminale Codes und somit 4 Codes mehr als die ICD-10-GM Version 2019 (13.735). Über 99% dieser Codes (13.718) unterscheiden sich weder hinsichtlich des Codes noch hinsichtlich des zugehörigen Textes gegenüber dem Vorjahr.

Der OPS Version 2020 enthält insgesamt 32.108 terminale Codes. Das sind 369 Codes mehr als im OPS Version 2019 (31.739). Die Mehrzahl der Codes (31.516, 98%) zeigt ebenfalls keinen Unterschied zum Vorjahr in Bezug auf den Code und die Leistungsbeschreibung.

Die Weiterentwicklung der Klassifikationen ICD-10-GM und OPS ist Aufgabe des DIMDI, das in seinem jährlichen Revisionsverfahren auch Änderungsvorschläge annimmt. Die im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2020 beim InEK eingegangenen Vorschläge zur Umformulierung bestehender Codes bzw. zur Etablierung neuer Codes wurden an die zuständigen Stellen beim DIMDI weitergeleitet.

Über die im Vorschlagsverfahren für das Jahr 2020 angeregten Änderungen hinaus wurde im Zuge der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems die Notwendigkeit weiterer neuer Codes deutlich. Dies betrifft beispielsweise die neuen OPS-Kodes zur Abbildung von Medikamenten und Dosisklassen, die ab 2020 im OPS zu finden sind, wie z.B. Kodes aus 6-009.a *Applikation von Medikamenten, Liste 9: Daratumumab, parenteral* zur Definition der Dosisklassen beim Zusatzentgelt ZE2020-168 *Gabe von Daratumumab, parenteral*.

Darüber hinaus wurden neue Codes zur Abbildung von Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG in den OPS Version 2020 aufgenommen. Dies unterstützt einerseits die Detektion von Fällen für die Abrechnung vereinbarter NUB-Leistungen. Andererseits ermöglicht es in Zukunft Analysen zur Eingliederung dieser Leistungen in das G-DRG-System. Ein Beispiel ist die Einführung neuer Codes für die parenterale Gabe von Bezlotoxumab. Der neue Code ermöglicht zukünftig die spezifische Abbildung und Analyse der NUB-Leistung „Bezlotoxumab“.

Entsprechend der Vorgehensweise in den Vorjahren wurden auch für 2020 bestehende ICD-Kodes differenziert bzw. neue ICD-Kodes etabliert, um Unterschiede in Aufwand und Ablauf von Behandlungen darstellbar zu machen. So wurde bei D76.- *Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Beteiligung des lymphoretikulären Gewebes und des retikulohistiozytären Systems* ein neuer Viersteller für die Zwecke des G-DRG-Systems eingeführt, um das Zytokinfreisetzungssyndrom spezifisch kodieren zu können: D76.4 *Zytokinfreisetzungssyndrom [cytokine release syndrome]*. So besteht zukünftig die Möglichkeit, Fälle mit der Diagnose D76.4* aufwandsentsprechend abzubilden.

3.3.5.2 Überleitung auf die ab 1. Januar 2020 gültigen Versionen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen

Die Datenbasis, die der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2020 zugrunde liegt, beruht auf medizinischen Daten des Jahres 2018 (Datenjahr 2018). Die Diagnosen wurden dementsprechend mit der ICD-10-GM Version 2018 und die Prozeduren mit dem OPS Version 2018 kodiert.

Nach Abschluss der Weiterentwicklung für das Jahr 2020 stand zunächst die aG-DRG-Version 2018/2020 zur Verfügung. Diese Version stellt die erste Übergangsversion dar, die den G-DRG-Algorithmus des Jahres 2020 anhand der im Datenjahr 2018 gültigen Diagnose- und Prozedurenkodes definiert. Zur Nutzung des aG-DRG-Systems 2020 für die Gruppierung im Jahr 2020 mit den dann gültigen Leistungsbezeichnern waren zwei Überleitungen des Systems notwendig.

In einem ersten Schritt wurde das aG-DRG-System 2018/2020 auf das aG-DRG-System 2019/2020 übergeleitet. Die für diesen Zweck notwendige Überleitung der Diagnose- und Prozedurenkodes wurde ausgehend von den Überleitungstabellen, die vom DIMDI zur Verfügung gestellt wurden, durchgeführt. Anhand dieser Informationen konnte jedem der im Jahr 2019 gültigen Diagnosen- oder Prozedurenkodes eine Funktion im Gruppierungsalgorithmus zugewiesen werden, typischerweise die, die sein „Vorgängerkode“ in der Version 2018 der ICD- bzw. OPS-Klassifikationen im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2020 erhalten hatte. Dabei wurden textliche, inhaltliche und formale Änderungen der Codes sowie Änderungen der Kodierrichtlinien berücksichtigt. Auf diese Weise entstand die aG-DRG-Version 2019/2020. Die umfangreichen Änderungen und Anpassungen, die für diese Version notwendig waren,

entsprechen weitestgehend den Änderungen, die bei der Überleitung der Übergangsversion 2018/2019 auf die G-DRG-Version 2019 vorgenommen wurden. Diese sind auch im Abschlussbericht für das Jahr 2019 dargestellt.

Im zweiten Schritt wurde, analog zu diesem Vorgehen, die aG-DRG-Version 2019/2020 auf die aG-DRG-Version 2020 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 2020 auf Basis der Leistungsdaten der Jahre 2018 bzw. 2019 zu führen. Zu diesem Zweck erfolgt eine möglichst frühzeitige Grupper-Zertifizierung, und die entsprechenden Definitionshandbücher werden bereits vor Veröffentlichung der aG-DRG-Version 2020 auf der Homepage des InEK zur Verfügung gestellt. Dabei sollten die für diesen Zweck ebenfalls auf der Internetseite des InEK veröffentlichten „Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung“ berücksichtigt werden.

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

3.3.5.3 Behandlung nicht identischer Codes mit „Vorgängerkode“

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

- Klassifikatorische Überleitung
- Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

Diese Varianten werden im Folgenden anhand von Beispielen erläutert.

Klassifikatorische Überleitung

Im Rahmen der klassifikatorischen Überleitung wird den Codes, die im Jahr 2020 Gültigkeit erhalten, die Funktion zugewiesen, die ihr „Vorgängerkode“ in der Version 2019/2020 hatte. Typischerweise kommt dies bei einer Ausdifferenzierung von Codes vor.

So wird beispielsweise den für das Jahr 2020 neu etablierten fünfstelligen Codes für *Degeneration der Makula und des hinteren Poles* H35.3- die Funktion des im Jahr 2019 gültigen vierstelligen Codes H35.3 *Degeneration der Makula und des hinteren Poles* zugewiesen (siehe Tab. 23).

Alter Kode (ICD-10-GM Version 2019)	Neue Kodes (ICD-10-GM Version 2020)
H35.3 <i>Degeneration der Makula und des hinteren Poles</i>	H35.30 <i>Altersbedingte feuchte Makuladegeneration</i> H35.31 <i>Altersbedingte trockene Makuladegeneration</i> H35.38 <i>Sonstige Degeneration der Makula und des hinteren Poles</i>

Tabelle 23: Differenzierung des ICD-Kodes H35.3- Degeneration der Makula und des hinteren Poles

Die neuen Kodes wurden gemäß der Überleitungstabelle des DIMDI auf den Vorgängerkode H35.3 übergeleitet. Konkret bedeutet dies für das aG-DRG-System 2020:

In jeder Tabelle des aG-DRG-Systems 2019/2020, in welcher der alte ICD-10-Kode H35.3 verzeichnet ist, wurden für das aG-DRG-System 2020 jeweils die neuen Kodes an dessen Stelle eingetragen. In diesem Fall sind die folgenden Tabellen davon betroffen:

- Tabellen der gültigen Diagnose- und Hauptdiagnosekodes
- Hauptdiagnosentabelle der MDC 02 *Krankheiten und Störungen des Auges*
- „Andere Erkrankungen des Auges“ der DRG C63Z
- „Bestimmte Erkrankungen an Auge, Herz oder endokrinen Organen“ der DRG F67B

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

Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

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

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

Im Prozeduren-Katalog 2020 wurden Kodes für die *Stabilisierung eines frakturgefährdeten Gesichtsschädelknochens* neu etabliert. Laut klassifikatorischer Überleitung des DIMDI sollten diese neuen OPS-Kodes auf den unspezifischen Kode („Sonstige“) für *Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen: Sonstige* übergeleitet werden. Dies würde in der Gruppierung der entsprechenden Fälle bedeuten, dass diese Leistungen nicht als operative Prozedur gewertet werden. Um zu gewährleisten, dass zukünftig eine Eingruppierung analog zu Kodes erfolgt, die einen Bestandteil der hier neu aufgenommenen Kodes beschreiben, wurde von der klassifikatorischen Überleitung des DIMDI abgewichen. Im Ergebnis wurden die neuen Kodes 5-779.9* auf den Kode 5-770.0 *Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem*

Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Inzision (z.B. sagittale Spaltung) übergeleitet und sind damit in der aG-DRG-Version 2020 operative Prozeduren.

Überleitung unter Anpassung des Gruppierungsalgorithmus

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

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

Für die aG-DRG-Version 2020 bestand nicht die Notwendigkeit einer Anpassung des Algorithmus nach der Überleitung auf die ICD-10-GM bzw. den OPS Version 2020. Daher wird diese Konstellation unverändert anhand von folgendem Beispiel erläutert:

Im OPS Version 2018 wurde die Kodierung von *Ablativen Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen* (Kodebereich 8-835) grundlegend überarbeitet. Zum einen wurden einige Codes wie z.B. 8-835.8* *Anwendung dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren* in Zusatzcodes umgewandelt. Zum anderen wurde bei diesem Code die Lokalisation, die an der sechsten Stelle verschlüsselt wurde, gestrichen. Seit 2018 ist bei jeder Maßnahme ein grundlegendes Verfahren zu kodieren, entsprechend den „Primärkodes“ aus den Bereichen 8-835.2* *Konventionelle Radiofrequenzablation*, 8-835.3* *Gekühlte Radiofrequenzablation*, 8-835.4* *Ablation mit anderen Energiequellen*, 8-835.a* *Kryoablation* oder 8-835.b* *Bipolare phasenverschobene Radiofrequenzablation*. Werden beispielsweise dreidimensionale elektroanatomische Mappingverfahren angewendet, muss zusätzlich der Code 8-835.8 verschlüsselt werden. In der Basis-DRG F50 *Ablative Maßnahmen bei [...]* sind in der G-DRG-Version 2017/2019 die unterschiedlichen Lokalisationen des Codebereichs 8-835.8* in unterschiedlicher Art und Weise gruppierungsrelevant. Um eine geänderte Gruppierung durch Änderung der Kodierung von ablativen Maßnahmen zu vermeiden, wurde nach der Überleitung die Definition der DRGs F50A und F50B in der Weise angepasst, dass der Code 8-835.8 in Kombination mit den entsprechenden Lokalisationen der oben genannten „Primärkodes“ analog der Eingruppierung in der G-DRG-Version 2017/2019 in die DRGs F50A und F50B führt. Innerhalb der MDC 05 wurde somit eine vollständig kongruente Anpassung zwischen Kalkulations- und Abrechnungsjahr erreicht.

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

Für neu in die ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen aufgenommene Codes, für die keine Überleitungsempfehlung des DIMDI vorlag, bestanden verschiedene Varianten der Berücksichtigung im aG-DRG-System 2020:

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

Diese Varianten werden im Folgenden anhand von Beispielen erläutert.

Die Codes werden nicht berücksichtigt

Dies stellt das typische Vorgehen bei der Aufnahme neuer Leistungsbereiche in den OPS oder bei Erweiterung des Anwendungsbereichs eines alten Codes auf den Geltungsbereich des G-DRG-Systems dar. Weil Kosteninformationen zu Verfahren bzw. Diagnosen fehlen, die im Jahr der Kalkulationsdatenerhebung noch nicht kodierbar waren, ist eine Bewertung dieser Leistungen in der Regel nicht möglich. Aktuelles Beispiel sind die in den OPS Version 2020 neu aufgenommenen Codes für die *Hochauflösende Elektroenzephalographie [hdEEG]* (1-20d.*). Diese Codes sind im aG-DRG-System 2020 gültige Prozeduren ohne Gruppierungsrelevanz.

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

Ein neuer ICD-Kode muss jedoch der Systemlogik folgend mindestens einer DRG der medizinischen Partition einer MDC (oder den unzulässigen Hauptdiagnosen und damit einer Fehler-DRG) zugeordnet werden. Ein Beispiel ist der in der ICD-10-GM Version 2020 neue Code für die Kodierung einer *HIV-Präexpositionsprophylaxe* (Z29.22). Dieser neue Code wurde auf den Diagnosekode *Systemische prophylaktische Chemotherapie* (Z29.21) übergeleitet und damit den Hauptdiagnosen der MDCs 18A und 23 zugeordnet. Die gewählte Überleitung orientiert sich dabei an der sachgerechten Eingruppierung im G-DRG-System und stellt keine inhaltliche Zuordnung dar.

Die Codes werden anhand ergänzender Informationen einzelnen DRGs zugeordnet

In den Jahren 2019 oder 2020 neu etablierte ICD-10- und OPS-Codes sind in den regulären Kalkulationsdaten, die dem InEK bei der Entwicklung des aG-DRG-Systems 2020 vorliegen, nicht vorhanden. Es ist in bestimmten Fällen jedoch möglich, diese über eine zusätzliche Datenerhebung oder mittels Hilfskonstrukten auf Basis verfügbarer Codes im Rahmen der Kalkulation zu untersuchen und ggf. dennoch eine Zuordnung zu einer DRG zu erreichen. Bei der Entwicklung des Systems 2020 wurde keine Zuordnung im Gruppierungsalgorithmus allein aufgrund dieser zusätzlich erhobenen Informationen umgesetzt.

Die Codes werden inhalts- oder aufwandsähnlichen alten Codes zugeordnet

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

Generell ist die hier beschriebene Konstellation eher selten und im Rahmen der Überleitung auf die aG-DRG-Version 2020 tritt diese auch nicht auf. Bei der überwiegenden Anzahl von neu in den OPS aufgenommenen Codes ist mindestens eine Überleitung

auf einen unspezifischen Kode für eine sonstige Operation an der jeweiligen Lokalisation möglich. Ein Beispiel dafür sind die für 2020 neu aufgenommenen Codes 5-779.9* *Stabilisierung eines frakturgefährdeten Gesichtsschädelknochens*. Für den Fall, dass hier die klassifikatorische Überleitung des DIMDI dazu führen würde, dass eine operative Leistung nicht als OR-Prozedur gewertet wird, kann von dieser klassifikatorischen Überleitung entsprechend abgewichen werden (siehe auch Absatz „Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung“).

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

3.3.6 Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien

Im Rahmen der diesjährigen Überarbeitung der Deutschen Kodierrichtlinien wurde eine weitere Konsolidierung im Sinne von Klarstellungen auf Basis von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für 2020 und Hinweisen an die Selbstverwaltungspartner und das InEK vorgenommen. Zusätzlich zur Klarstellung und redaktionellen Anpassung einzelner Kodierrichtlinien erfolgte generell eine Anpassung an Änderungen der Diagnosen-/Prozedurenklassifikation für 2020. Die sicher relevantesten Veränderungen hat die Kodierrichtlinie zur maschinellen Beatmung (1001) erfahren.

Im Folgenden einige Beispiele für prägnante Änderungen/Klarstellungen:

- DKR P003s: In diese Kodierrichtlinie wurden ausführliche Neuformulierungen des DIMDI zur weiteren Erläuterung von Einschluss- („Inkl.“) und Ausschlussbemerkungen („Exkl.“) aus den Hinweisen für die Benutzung des OPS übernommen.
- DKR P005s: In Tabelle 1 dieser Kodierrichtlinie sind Prozeduren aufgeführt, die jeweils nur einmal pro stationärem Aufenthalt zu kodieren sind, wie beispielsweise Prozeduren für *Patientenmonitoring* (OPS 8-92 bis 8-93). Für das Patientenmonitoring galt darüber hinaus, dass dieses nur dann zu kodieren ist, wenn es sich um eine intensivmedizinische Überwachung oder Behandlung handelt und wenn es nicht Komponente einer anderen Prozedur (z.B. Beatmung, Narkose) ist (siehe Anmerkung 1). Für 2020 wurde nun klargestellt, dass diese Vorgabe nur für ein Patientenmonitoring gilt, das mit einem Kode aus den Bereichen 8-920 bis 8-924 bzw. 8-930 bis 8-932 kodierbar ist. Damit ist z.B. der Codebereich 8-925 *Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring* zukünftig von dieser Regelung ausgenommen.
- DKR 1001s: Die Kodierrichtlinie für *Maschinelle Beatmung* wurde hinsichtlich der Definition einer maschinellen Beatmung, der Kodierung, der Berechnung der Dauer einer maschinellen Beatmung sowie der Berücksichtigung von CPAP und High-Flow-Nasenkanülen (HFNC/HHFNC) als Atemunterstützung umfangreich überarbeitet. Dies bedeutet z.B. für die Berechnung von Beatmungsstunden, dass bei Patienten, die das 6. Lebensjahr vollendet haben, nur Verfahren heranzuziehen sind, „[...] bei denen bei positiver Druckbeatmung eine Druckdiffe-

renz zwischen Inspiration und Expiration von mindestens 6 mbar besteht [...]“. Zusätzlich wird die Kodierung von Beatmungsstunden an die Bedingung geknüpft, dass die Patienten intensivmedizinisch versorgt werden. Darüber hinaus wurde die Berechnung der Dauer einer Beatmung vereinheitlicht, sodass eine Definition des Endes einer maschinellen Beatmung sowie gesonderte Regelungen zur Zählung von Beatmungsstunden in einer Phase der Entwöhnung zukünftig nicht mehr erforderlich sind. Im Ergebnis kann die Zahl der 2020 zu erfassenden Beatmungsstunden im Vergleich zu einem vergleichbaren Fall im Jahr 2019 nach oben oder unten abweichen. An dieser Stelle sei daher auf die Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung für 2020 verwiesen (https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2020/Hinweise_zur_Leistungsplanung_Budgetverhandlung_G-DRG/Hinweise_zur_Leistungsplanung_Budgetverhandlung_fuer_2020).

- DKR 1501s: Die Kodierrichtlinie wurde an den aktuellen Stand der Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes (PStV) angepasst. Dies bedeutet vorwiegend eine Erweiterung der Definition einer Totgeburt. Zukünftig wird demnach auch als Totgeburt gewertet, wenn das Gewicht des Kindes unter 500 g liegt, aber die 24. Schwangerschaftswoche erreicht wurde. Bisher galt dies nur, wenn das Gewicht des Kindes mindestens 500 g betrug.
- DKR 1911s: In dieser Kodierrichtlinie wurde zum einen die Kodierung einer Schmetterlingsfraktur des Beckens (beidseitige Fraktur des Os pubis und des Os ischium) anhand eines neuen Beispiels klargestellt. In der ICD-10-GM ist der Schmetterlingsbruch als Inklusivum dem Code S32.7 *Multiple Frakturen mit Beteiligung der Lendenwirbelsäule und des Beckens* zugeordnet. Gemäß den in der DKR 1911 aufgeführten Regelungen ist der Schmetterlingsbruch aber mit den spezifischen Codes S32.5 *Fraktur des Os pubis* und S32.81 *Fraktur: Os ischium* zu kodieren. Zum anderen wurde die Kodierung von Mehrfachverletzungen und multiplen Verletzungen hinsichtlich der Verwendung von Kombinations-Schlüsselnummern klargestellt, die bereits spezifisch die Art und Lokalisation der Verletzung beschreiben. Dies wird am Beispiel einer bimalleolaren Sprunggelenkfraktur erläutert. Demnach ist eine bimalleolare Sprunggelenkfraktur mit dem Code S82.81 *Bimalleolarfraktur* und nicht mit den Einzelcodes S82.5 *Fraktur des Innenknöchels* und S82.6 *Fraktur des Außenknöchels* zu verschlüsseln.

In Anhang B der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2020 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 aG-DRG-System 2020 umfasst insgesamt 1.292 DRGs. Einen Überblick über die Veränderungen im Vergleich zum G-DRG-System 2019 gibt Tabelle 24:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
aG-DRG-System 2020	1.292	- 26
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.245	- 26
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	42	± 0
davon rein teilstationäre DRGs	5	± 0
davon bewertet (Anlage 1c)	2	± 0
davon explizite Ein-Belegungstag-DRGs	24	± 0
davon implizite Ein-Belegungstag-DRGs	387	- 10

Tabelle 24: Überblick über das aG-DRG-System 2020

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

Im Zusatzentgelte-Katalog (FPV 2020 Anlage 2) werden 83 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 93) aufgeführt. Die Anzahl der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (FPV 2020 Anlage 4) liegt bei 135 (Vorjahr: 121).

3.4.1.2 Nicht bewertete DRGs

Im aG-DRG-System 2020 ist die Anzahl der als „nicht pauschalierbar“ dargestellten DRGs gegenüber dem G-DRG-System 2019 mit 42 DRGs unverändert.

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

Die im Vergleich zum Vorjahr unveränderte kritische Gesamtwürdigung kalkulationsrelevanter Aspekte führte im aG-DRG-System 2020 dazu, dass sich die 42 in Anlage 3a der FPV 2020 aufgeführten Fallpauschalen aufgrund der Verletzung eines oder mehrerer kalkulationsrelevanter Kriterien als „nicht pauschalierbar“ darstellten.

3.4.1.3 Zusatzentgelte

Bei der diesjährigen Weiterentwicklung wurden erneut über 200 spezielle und hochaufwendige Leistungen auf die Möglichkeit einer sachgerechten Abbildung als Zusatzentgelt im G-DRG-System geprüft. Nach den Verfahrenseckpunkten zur Umsetzung des § 6 Abs. 2 KHEntgG (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) sollen angefragte Methoden/Leistungen im Folgejahr auf ihre Möglichkeit zur Integration ins G-DRG-System untersucht werden. Entsprechend wurden die angefragten Methoden/Leistungen auch auf eine mögliche Abbildung im Zusatzentgelte-Katalog hin analysiert.

Die Untersuchungsmethodik blieb gegenüber dem Vorjahr unverändert. Die von den Kalkulationskrankenhäusern bereitgestellten Kostendaten und ergänzenden Fallinformationen bildeten die Grundlage für die Definition und Bewertung der Zusatzentgeltleistungen. Die Anzahl der Zusatzentgelte des aG-DRG-Systems 2020 im Vergleich zum G-DRG-System 2019 ist in Tabelle 25 vergleichend dargestellt.

	G-DRG-System 2019	aG-DRG-System 2020
Mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte		
Operative, interventionelle und diagnostische Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	37	37
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	50	40
Besondere Behandlungsformen	6	6
Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG		
Operative, interventionelle und diagnostische Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	45	45
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	71	85
Besondere Behandlungsformen	5	5
Gesamt	204	218

Tabelle 25: Vergleich der Anzahl der Zusatzentgelte im G-DRG-System 2019 und aG-DRG-System 2020

Zu den besonderen Behandlungsformen zählen die *Palliativmedizinische Komplexbehandlung* (ZE60), die *Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen* (ZE130), die *Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen* (ZE131), die *Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung* (ZE145), *Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (Anhang 1 Tabelle 1)* (ZE162), *Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (Anhang 1 Tabelle 2)* (ZE163) (jeweils mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte) sowie die *Anthroposophische Komplexbehandlung* (ZE2020-26), die *Versorgung von Schwerstbehinderten* (ZE2020-36), die *Naturheilkundliche Komplexbehandlung* (ZE2020-40), die *Spezia-*

lisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst (ZE2020-133) und die Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen externen Palliativdienst (ZE2020-134) (jeweils Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG). Bei der Bewertung einiger Leistungen aus den Anlagen 2 und 5 wurden in der Vergangenheit auch die Kosten für die Pflege berücksichtigt. Aufgrund der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System erfolgte für 2020 die Kalkulation für diese bewerteten Zusatzentgelte ohne Berücksichtigung der Pflegepersonalkosten. Hiervon betroffen sind u.a. einige Leistungen aus dem Bereich der besonderen Behandlungsformen, wie beispielsweise für die Zusatzentgelte für palliativmedizinische Komplexbehandlung (ZE60) oder erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (ZE162 und ZE163).

Zusatzentgelte Pflegebedürftigkeit ZE162 und ZE163

Erstmals im G-DRG-System 2018 waren die Prozedurenkodes für die Pflegebedürftigkeit eines Patienten (OPS 9-984.*) erlösrelevant: In Abhängigkeit von der DRG wurden dort die beiden Zusatzentgelte ZE162 und ZE163 für Fälle mit Pflegebedürftigkeit (mit Pflegegrad größer 2 und einer Verweildauer von mehr als 4 Behandlungstagen) neu etabliert. Im aktuellen Datenjahr 2018 lagen nun erstmalig Fälle mit Kodierung der Pflegebedürftigkeit unter dem Aspekt vor, dass die Codes im betreffenden Datenjahr erlösrelevant waren. Ein Vergleich zum Vorjahr zeigt einen deutlichen Fallzahlenanstieg um 50%.

Bei der Berechnung der Zusatzentgelte wurde wie in den Vorjahren der Kostenunterschied von Fällen mit Pflegebedürftigkeit und Fällen ohne erhöhte Pflegebedürftigkeit auf vier Modulen analysiert (siehe dazu auch den Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2018): dem Pflegedienst auf Normalstation (Modul 1_2), dem Pflegedienst in der Patientenaufnahme (Modul 13_2) sowie den allgemeinen Sachkosten (Modul 1_4a) und Kosten für medizinischen Sachbedarf (Modul 1_6a) auf Normalstation. Ein Großteil (ca. 85–90%) des bisherigen Kostenunterschieds bezieht sich dabei auf die Pflegepersonalkosten, die im Rahmen der Ausgliederung der Pflege aus dem G-DRG-System herausgenommen wurden (Modul 1_2 und anteilig Modul 13_2).

Die Kalkulation der Zusatzentgelte für Pflegebedürftigkeit ZE162 und ZE163 im aG-DRG-System 2020 bezog sich nur auf den im System verbleibenden Teil der mit Pflege assoziierten Kosten, d.h. auf die Module 1_4a und 1_6a sowie anteilig das Modul 13_2. Dabei wurde die bisherige Berechnungsweise mit bestmöglicher Näherung durch Günstigerprüfung mit Konzentration auf die (Differenzen der) „Pflegekosten“ grundsätzlich unverändert beibehalten.

Auch im Jahr 2020 gibt es weiterhin zwei DRG-abhängige Zusatzentgelte („niedriges“ ZE162 und „hohes“ ZE163) für die Pflegebedürftigkeit eines Patienten ab Pflegegrad 3 und einer Verweildauer von mindestens 5 Tagen. Aufgrund des geringeren Kostenniveaus nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten war bei der Berechnung der Höhe der Zusatzentgelte eine Anpassung des „Trennwertes“ zwischen hohem und niedrigem Zusatzentgelt für Pflegebedürftigkeit notwendig: Der Wert wurde mit 27,00 € (bisher 150,00 €) so gewählt, dass die Erlösvolumina der beiden Zusatzentgelte auf Basis des Datenjahres 2018 etwa gleich groß sind, und wird im nächsten Jahr überprüft.

Der erhöhte Aufwand pflegebedürftiger Menschen wird damit weiterhin auch mit den Zusatzentgelten ZE162 und ZE163 abgebildet. Bei deutlich gestiegener Fallzahl und weitgehend gleicher Methodik bei der Berechnung ergeben sich im aG-DRG-System

2020 nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten Beträge in Höhe von 18,21 € für ZE162 und 34,48 € für ZE163. Ohne die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten hätten sich bei gleicher Berechnungsweise für die Zusatzentgelte ZE162 und ZE163 geringfügig höhere Beträge als in den Vorjahren ergeben. Die aktualisierten DRG-Listen für die Zuordnung der DRGs zu einem der beiden Zusatzentgelte finden sich – wie gewohnt – im Fallpauschalen-Katalog 2020.

Dialysen

Aufgrund der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten erfolgte die Berechnung der Entgeltbeträge der Zusatzentgelte für Dialyse und verwandte Verfahren (ZE01.01, ZE01.02, ZE02, ZE36, ZE37, ZE61, ZE62, ZE119, ZE120, ZE121, ZE122 und ZE123) ohne Berücksichtigung der Pflegepersonalkosten in der Kostenstellengruppe 3 (Dialyse). Gemäß DRG-Grundlagenvereinbarung erfolgte für diese Zusatzentgelte kein separater Ausweis der aus den Zusatzentgelten ausgliederten Pflegepersonalkosten.

Nach dem Regelwerk zur Berechnung der Zusatzentgelte für Dialyse und verwandte Verfahren wird der Kostenanteil für die nicht medizinische Infrastruktur über einen pauschalen Zuschlag abgebildet. Für das Zusatzentgelt ZE01.02 *Hämodialyse, intermittierend, Alter < 15 Jahre* entsprach die Datenbasis wie im vergangenen Jahr nicht den Anforderungen des Regelwerks. Zur Vermeidung einer temporären Verschiebung dieser Leistung zwischen Anlage 2 (bewertet) und Anlage 4 (unbewertet) wurde für dieses Zusatzentgelt der Vorjahreswert unter Ausgliederung der ursprünglich enthaltenen Pflegepersonalkosten ausgewiesen. ZE2020-109 *Dialyse mit High-Cut-Off-Dialysemembran* bleibt auch weiterhin unbewertetes Zusatzentgelt.

Verfahren

Im Bereich der Zusatzentgelte für operative, interventionelle und diagnostische Verfahren erfolgte für das G-DRG-System 2020 eine Erweiterung des unbewerteten Zusatzentgelts ZE2020-53 *Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm oder patientenindividuell angefertigte Stent-Prothesen*. In Zukunft kann für Fälle mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta das Zusatzentgelt ZE2020-53 ungeachtet der Anzahl der „Öffnungen“ der Stent-Prothese abgerechnet werden, wenn es sich um eine Prothese mit dem Merkmal „patientenindividuell angefertigt“ (OPS-Kode 5-38a.w) handelt.

Daneben erfolgte bei Differenzierungen ZE-definierender OPS-Kodes die Zuordnung neuer OPS-Kodes entsprechend der Überleitung des DIMDI (siehe dazu auch Kap. 2.3.)

Medikamente

In die Liste der unbewerteten Zusatzentgelte wurden vier neue Zusatzentgelte für Medikamente aufgenommen, die für das Jahr 2019 den NUB-Status 1 erhalten hatten (siehe Tab. 26). Die aufgeführten Leistungen erfüllen zwar die Kriterien für eine Zusatzentgelt-Definition, konnten jedoch auf Basis der vorhandenen Daten nicht mit einem Vergütungsbetrag bewertet werden.

Bezeichnung	Zusatzentgelt
<i>Gabe von Isavuconazol, parenteral</i>	ZE2020-166
<i>Gabe von Isavuconazol, oral</i>	ZE2020-167
<i>Gabe von Daratumumab, parenteral</i>	ZE2020-168
<i>Gabe von Liposomalem Irinotecan, parenteral</i>	ZE2020-169

Tabelle 26: 2019 mit Status 1 bewertete Leistungen, die im G-DRG-System 2020 als unbewertete Zusatzentgelte integriert wurden

Für einige bewertete Zusatzentgelte, für die in Deutschland in den vergangenen Jahren jeweils nur ein Präparat zur Verfügung stand, sind aufgrund einer geänderten Patentsituation derzeit bereits weitere Präparate (Generika, Biosimilars) am Markt verfügbar oder werden in naher Zukunft verfügbar sein. Auch in den Daten der unterjährigen Preisabfrage bei den Kalkulationskrankenhäusern wurde für einen Teil der betroffenen Medikamente erkennbar, dass durch den beschriebenen Sachverhalt ein deutlicher Preisrückgang zu erwarten ist. Aufgrund dessen und zur Vermeidung nicht medizinischer Anreize bei der Auswahl von Präparaten wurden die in Tabelle 26 aufgelisteten Zusatzentgelte für das Jahr 2019 in die Liste der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG überführt. Für Zusatzentgelte, die bereits für den Katalog 2019 aufgrund der beschriebenen Problematik in die Anlage der unbewerteten Zusatzentgelte überführt worden waren, erfolgte auf Grundlage einer Einigung der Selbstverwaltung eine Erläuterung für die Abrechnung der betroffenen Zusatzentgelte bei weiterhin fehlender Budgetvereinbarung: „Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2020 ist für dieses Zusatzentgelt das bisher krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2020 weiter zu erheben. Bei fehlender Budgetvereinbarung 2019 ist für dieses Zusatzentgelt das bewertete Zusatzentgelt ZE [...] in Höhe von 70 Prozent der im DRG-Katalog 2018 bewerteten Höhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2019 weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.“ Von dieser Regelung betroffen sind die Zusatzentgelte ZE2020-153 *Gabe von Trastuzumab, intravenös*, ZE2020-154 *Gabe von Anidulafungin, parenteral*, und ZE2020-155 *Gabe von Palifermin, parenteral*.

Aufgrund einer unzureichenden Datenbasis und unsicherem Zulassungsstatus wurde die *Gabe von Liposomalem Cytarabin, intrathekal* (ZE2020-174) und die *Gabe von Ofatimumab, parenteral* (ZE2020-179) in die Liste der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte überführt.

Leistung	ZE (2019)	ZE (2020)
<i>Gabe von Bevacizumab, parenteral</i>	ZE74	ZE2020-170
<i>Gabe von Clofarabin, parenteral</i>	ZE142	ZE2020-171
<i>Gabe von Posaconazol, oral, Suspension</i>	ZE150	ZE2020-172
<i>Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten</i>	ZE166	ZE2020-173
<i>Gabe von Filgrastim, parenteral</i>	ZE40	ZE2020-175
<i>Gabe von Lenograstim, parenteral</i>	ZE42	ZE2020-176
<i>Gabe von Pegfilgrastim, parenteral</i>	ZE71	ZE2020-177
<i>Gabe von Lipegfilgrastim, parenteral</i>	ZE160	ZE2020-178
<i>Gabe von Liposomalem Cytarabin, intrathekal</i>	ZE75	ZE2020-174
<i>Gabe von Ofatumumab, parenteral</i>	ZE155	ZE2020-179

Tabelle 27: Zusammenstellung bewerteter Zusatzentgelte für Medikamente, die im aG-DRG-System 2020 in den Katalog der unbewerteten Zusatzentgelte aufgenommen wurden

Die Gabe von Granulozyten-Kolonie-stimulierenden Faktoren, Filgrastim, parenteral, Lenograstim, parenteral, Pegfilgrastim, parenteral und Lipegfilgrastim, parenteral konnte bis 2019 über die bewerteten Zusatzentgelte abgerechnet werden. Aufgrund unterschiedlicher Dosierungsschemata (tägliche Gabe bei Filgrastim und Lenograstim bzw. einmalige Gabe bei Pegfilgrastim und Lipegfilgrastim) hatten die genannten Zusatzentgelte unterschiedliche Einstiegsschwellen. Zur Vermeidung eines möglichen Fehlanreizes erfolgte die Kalkulation der Zusatzentgelte für Pegfilgrastim und Lipegfilgrastim auf Grundlage einer Einigung der Selbstverwaltung unter Berücksichtigung eines Abzugsbetrages. Die Preissenkungen für Granulozyten-Kolonie-stimulierende Faktoren in den Daten des Jahres 2018, die sich in der unterjährigen Preisabfrage weiter fortsetzten, waren in einer Dimension, die eine Bewertung der Zusatzentgelte nicht mehr erlaubten. Das Überführen in die Anlage der unbewerteten Zusatzentgelte allein hätte jedoch den aufgrund unterschiedlicher Einstiegsschwellen und Dosierungen möglichen Fehlanreiz nicht beseitigt. Neben der Überführung in die Anlage 4 und 6 erfolgte deshalb eine Ergänzung der entsprechenden unbewerteten Zusatzentgelte um folgende Regelung: „Bei der Vereinbarung der Entgelthöhen für die Zusatzentgelte für Granulozyten-Kolonie-stimulierende Faktoren wird in analoger Umsetzung der bisherigen Bewertung empfohlen, die Entgelthöhen auf Basis der krankenhausindividuellen Kostensituation zu führen und bei der finalen Vereinbarung die Entgelthöhe der Zusatzentgelte für Pegfilgrastim (ZE2020-177) bzw. Lipegfilgrastim (ZE2020-178) um einen Betrag zu reduzieren, der in etwa dem dreifachen Wert der Kosten einer typischen Tagesdosis Filgrastim (ZE2020-175) bzw. Lenograstim (ZE2020-176) entspricht.“

Wie in jedem Jahr erfolgte auch im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung eine eingehende Analyse der ergänzenden Daten von Fällen mit einer Medikamentendosierung in der obersten Dosisklasse der entsprechenden bewerteten Zusatzentgelte. Bei zwei Leistungen zeigten sich dabei deutliche Unterschiede zwischen dem Betrag der oberen Dosisklasse und den mittleren plausiblen Kosten der betroffenen Fälle dieser Klasse. Für die Zusatzentgelte ZE51 *Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch ge-*

gen *Hepatitis-B-surface-Antigen, parenteral* und ZE64 *Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus, parenteral* erfolgte auf Basis dieser Ergebnisse eine Erweiterung der Dosisklassen einschließlich Etablierung entsprechender OPS-Kodes.

Auf Basis von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren für 2020 wurden folgende weitere Anpassungen von Dosisklassen vorgenommen:

- ZE157 *Gabe von Tocilizumab, intravenös*: Zusätzlich 6 Dosisklassen mit Erweiterung der Dosisklassen von maximal „2.080 mg oder mehr“ auf „4.000 mg oder mehr“
- ZE2020-106 *Gabe von Abatacept, subkutan*: Etablierung von drei Kinderdosisklassen ab einer Dosis von 50 mg. Die bisherige Einstiegsschwelle für Erwachsene von 250 mg bleibt weiterhin bestehen.
- ZE168 *Gabe von Ipilimumab, parenteral* (FPV2019: ZE167): Die Einstiegsschwelle liegt für Erwachsene zukünftig bei 30 mg. Etablierung einer Kinderdosisklasse ab 20mg.

Gabe von Blutprodukten

Bei weiterhin unterschiedlichen Kosten für Thrombozytenkonzentrate und Apherese-Thrombozytenkonzentrate enthält der Fallpauschalen-Katalog für 2020 auch zukünftig in Bezug auf Vergütungsbetrag und Einstiegsschwelle unterschiedliche Zusatzentgelte für diese Leistungen: ZE146 *Gabe von Thrombozytenkonzentraten* und ZE147 *Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten* bzw. ZE164 *Gabe von pathogeninaktivierten Thrombozytenkonzentraten* und ZE165 *Gabe von pathogeninaktivierten Apherese-Thrombozytenkonzentraten*.

3.4.2 Analyse des Pauschalierungsgrades

Die Gesamtzahl der DRGs ist in den letzten drei Jahren (G-DRG-Systeme 2018, 2019 und aG-DRG-System 2020) zunächst von 1.292 auf 1.318 angestiegen und für das aG-DRG-System 2020 auf 1.292 gesunken. Parallel dazu verläuft die Entwicklung der Anzahl bewerteter DRGs von 1.245 über 1.271 auf 1.245.

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

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

Analyse der Anzahl getroffener DRGs in den Krankenhäusern

Unter Ausblendung derjenigen DRGs, die pro Krankenhaus nur genau ein Mal getroffen werden, zeigt eine Analyse der vollstationären Daten gem. § 21 KHEntgG des Datenjahres 2018, dass die Anzahl der Krankenhäuser, die während eines gesamten Jahres z.B. mehr als 400 verschiedene DRG-Fallpauschalen abrechnen, im Vergleich der G-DRG- bzw. aG-DRG-Systeme nur leicht angestiegen ist. Rund 63% der dem KHEntgG unterliegenden Krankenhäuser rechnen höchstens 400 verschiedene DRG-Fallpauschalen ab (siehe Abb. 57).

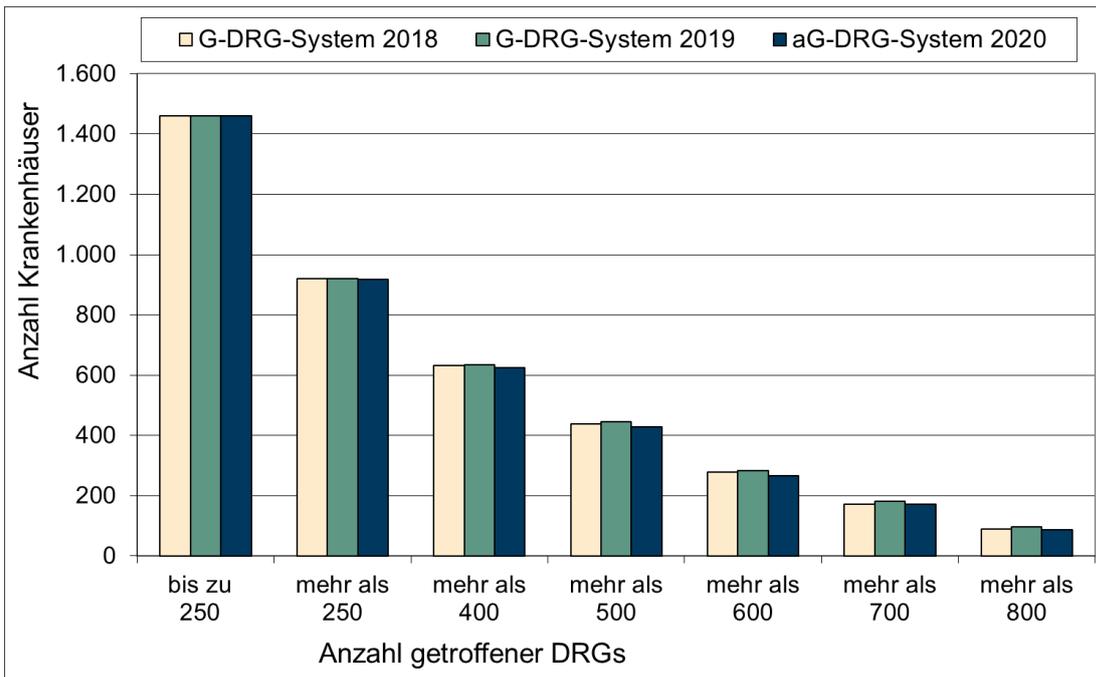


Abbildung 57: Anzahl getroffener DRGs pro Krankenhaus für die G-DRG-Systeme 2018, 2019 und das aG-DRG-System 2020, Basis: Vollstationäre Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2018

Analyse des Fallanteils in den am häufigsten getroffenen DRGs

Die Abbildung der 200 fallzahlstärksten DRGs in einer Sättigungskurve zeigt, dass das G-DRG-System einen hohen Grad der Pauschalierung erreicht hat. Bereits die 200 fallzahlstärksten Fallpauschalen bilden rund 75% aller abrechenbaren vollstationären Fälle ab. Der Grad der Pauschalierung ist im Vergleich der drei untersuchten G-DRG-Systeme in etwa gleich (siehe Abb. 58).

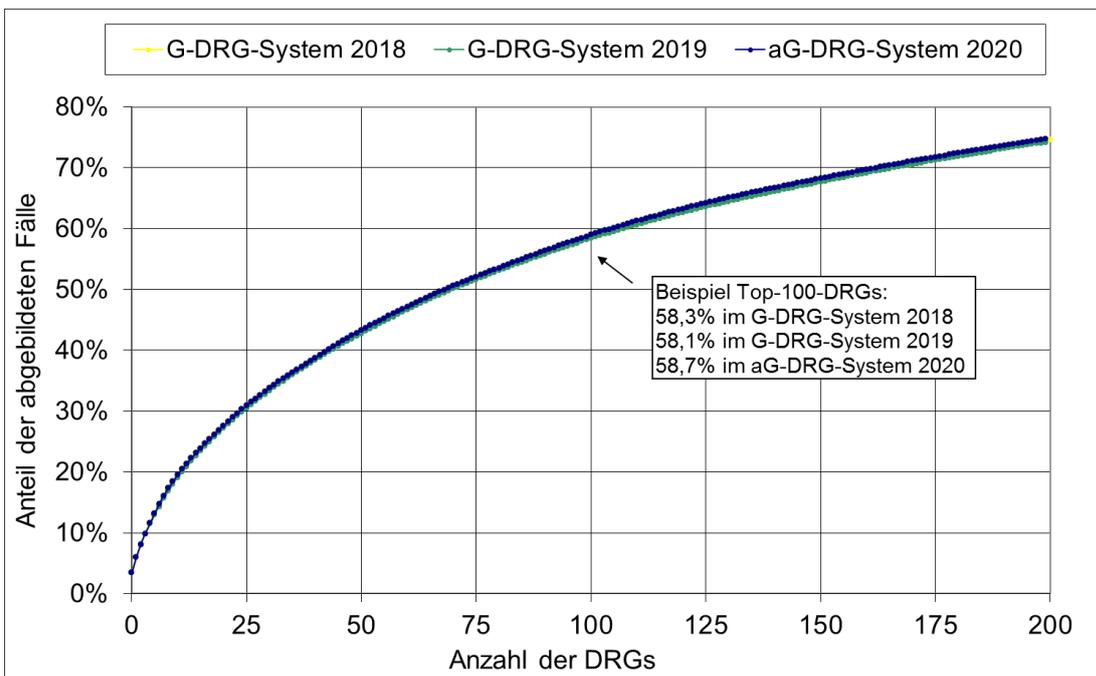


Abbildung 58: Anteil der vollstationären Fälle in den 200 fallzahlstärksten DRGs, G-DRG-Systeme 2018, 2019 und aG-DRG-System 2020, Basis: Vollstationäre Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2018

In Abbildung 59 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.

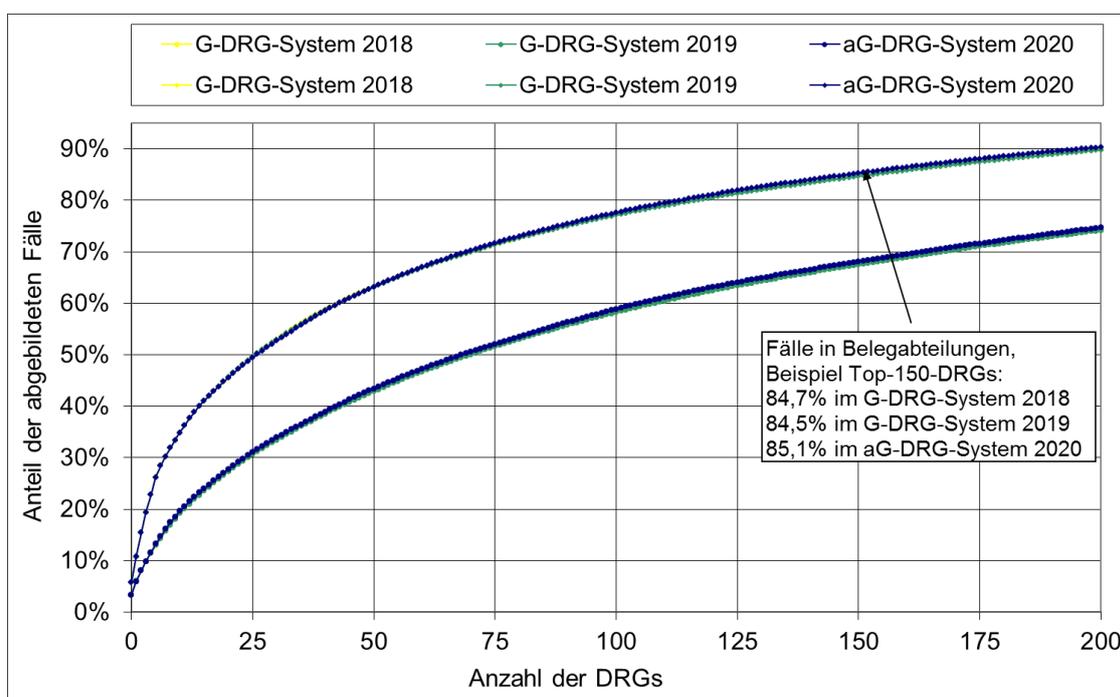


Abbildung 59: Anteil der Fälle in Haupt- und Belegabteilungen in den 200 fallzahlstärksten DRGs, G-DRG-Systeme 2018, 2019 und aG-DRG-System 2020, Basis: Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2018

Dieses Ergebnis konnte erwartet werden, nachdem die 75 eigenständig kalkulierten Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung insgesamt 65% der abrechenbaren Fälle in belegärztlicher Versorgung darstellen (siehe Kap. 3.3.1.2 und Anhang A-2).

3.4.3 Statistische Güte der Klassifikation

Die Fähigkeit zur Bildung kostenhomogener Klassen bildet die Grundlage zur Einschätzung der Güte pauschalierender Entgeltsysteme. Die Klassifikationsgüte des aG-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 2019 als auch nach dem aG-DRG-System 2020 gruppiert.

Analysiert wurden die in beiden Fallpauschalen-Katalogen für Hauptabteilungen mit einer Bewertungsrelation versehenen DRGs. Die Fehler-DRGs 960Z *Nicht gruppierbar*, 961Z *Unzulässige Hauptdiagnose* und 962Z *Unzulässige Kodierung einer Sectio caesarea* sowie die nicht bewerteten DRGs (Anlage 3a) blieben unberücksichtigt. Außerdem wurden die expliziten Ein-Belegungstag-DRGs der beiden G-DRG-Systeme aus der Analyse ausgeschlossen, da deren Festlegung nicht ausschließlich aus Gründen der Kostenhomogenität erfolgte.

Entsprechend wurden 1.244 DRGs im G-DRG-System 2019 bzw. 1.217 DRGs im aG-DRG-System 2020 für die Analyse verwendet.

Analyse der Varianzreduktion

Zur Bewertung des aG-DRG-Systems 2020 im Vergleich zum G-DRG-System 2019 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 2018 – für alle Fälle und für Inlier – berechnet und einander gegenübergestellt (siehe Tab. 28).

	G-DRG-System 2019	aG-DRG- System 2020	Verbesserung (in %)
R ² -Wert auf Basis aller Fälle	0,7709	0,7729	+0,3
R ² -Wert auf Basis der Inlier	0,8578	0,8514	-0,7

Tabelle 28: Vergleich der Varianzreduktion R^2 im G-DRG-System 2019 und aG-DRG-System 2020, Basis: Datenjahr 2018)

Bezogen auf alle Fälle konnte die Varianzreduktion um 0,3% verbessert werden. Für Inlier wurde ein R^2 -Wert von 0,8514 erreicht.

Neben der Betrachtung des gesamten G-DRG-Systems kann die Varianzreduktion auch für jede einzelne MDC berechnet werden. In Abbildung 60 sind die R^2 -Werte je MDC auf Basis der Inlier dargestellt. Die Sortierung der MDCs erfolgt absteigend nach dem R^2 -Wert für das aG-DRG-System 2020 (linke Skala). Der Index gibt das Verhältnis zwischen der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das aG-DRG-System 2020 und der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das G-DRG-System 2019 wieder. Eine Referenzlinie für den Indexwert 100 (rechte Skala) erleichtert den Vergleich.

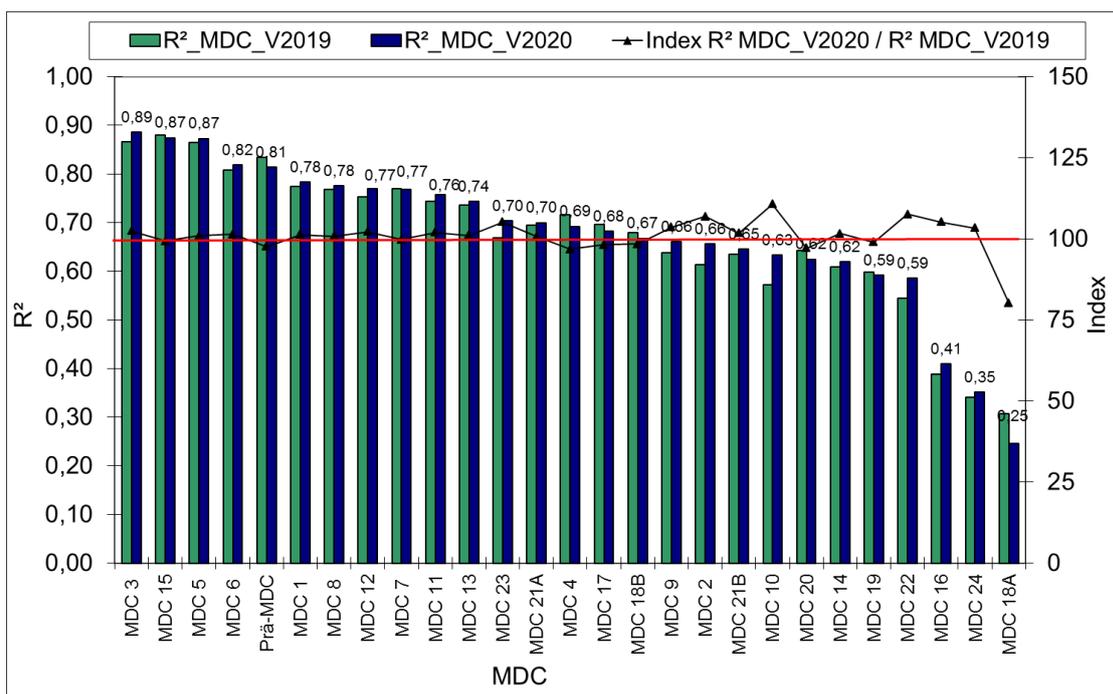


Abbildung 60: R²-Wert je MDC für das G-DRG-System 2019 und das aG-DRG-System 2020, Basis: Inlier (Sortierung nach R²-Wert für das G-DRG-System 2020), Datenjahr 2018

Die Darstellung zeigt die Unterschiede in der Varianzreduktion zwischen den MDCs. In der überwiegenden Zahl der MDCs ist eine gleichbleibende oder verbesserte Varianzreduktion im Vergleich des aG-DRG-Systems 2020 mit dem G-DRG-System 2019 zu verzeichnen.

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

- MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* (Index 110,7)
- MDC 22 *Verbrennungen* (Index 107,6)
- MDC 02 *Krankheiten und Störungen des Auges* (Index 106,9)
- MDC 16 *Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems* (Index 105,2)

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

- MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*: von 0,7737 auf 0,7832 (Index 101,2)
- MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*: von 0,8649 auf 0,8730 (Index 100,9)
- MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*: von 0,8076 auf 0,8190 (Index 101,4)
- MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*: von 0,7689 auf 0,7753 (Index 100,8)

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 2018) für die analysierten DRGs – folgende Situation (siehe Tab. 29):

Homogenitätskoeffizient Kosten	G-DRG-System 2019		aG-DRG-System 2020		Veränderung des Anteils
	Anzahl	Anteil (in %)	Anzahl	Anteil (in %)	
<i>Bereich</i>					<i>Veränderung (in %)</i>
unter 60%	18	1,4	23	1,9	+ 30,5
60 bis unter 65%	87	7,0	70	5,7	- 17,8
65 bis unter 70%	350	28,1	359	29,5	+ 4,8
70 bis unter 75%	404	32,5	409	33,6	+ 3,4
75% und mehr	385	30,9	357	29,3	- 5,3
Gesamt	1.244		1.218		

Tabelle 29: Vergleich Homogenitätskoeffizient der Kosten für G-DRG-System 2019 und aG-DRG-System 2020, Basis: Inlier, Datenjahr 2018

Analyse des Konfidenzintervalls der Fallkosten

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

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

Die analysierten DRGs wurden in Klassen eingeteilt, die den beschriebenen Anteil widerspiegeln. Abbildung 61 zeigt den DRG-Anteil in den verschiedenen Klassen für das G-DRG-System 2019 und das aG-DRG-System 2020.

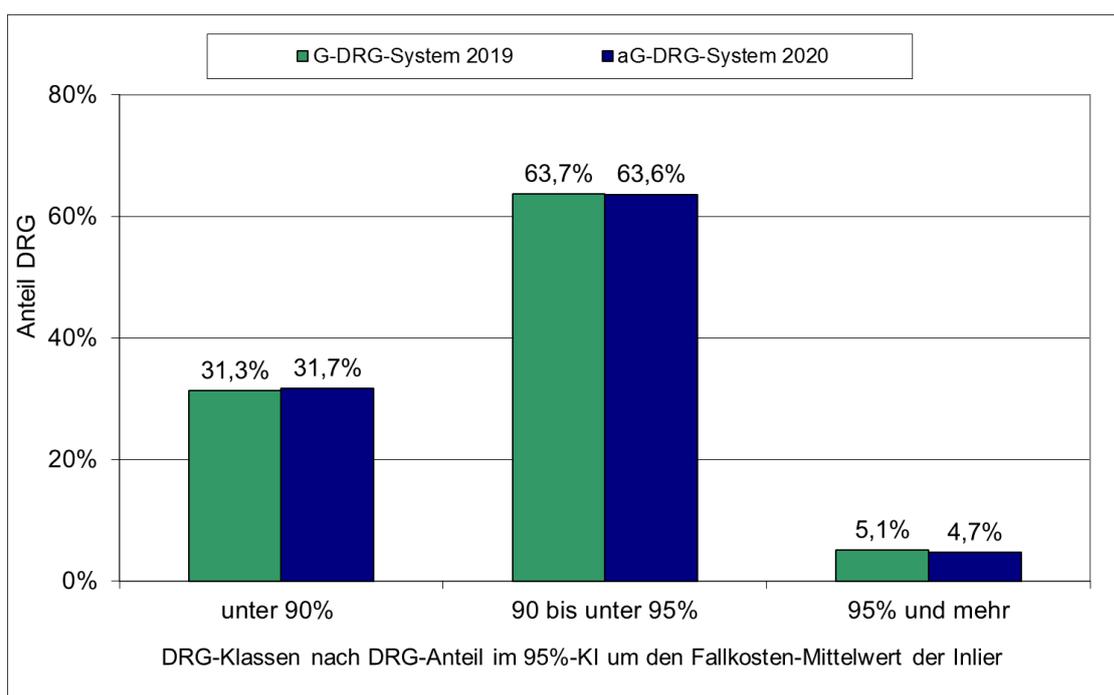


Abbildung 61: Vergleich der DRG-Klassen im 95%-Konfidenzintervall um den Fallkosten-Mittelwert der Inlier für G-DRG-System 2019 und aG-DRG-System 2020 bezüglich Fallanteil, Basis: Datenjahr 2018

Der Vergleich des aG-DRG-Systems 2020 mit dem G-DRG-System 2019 zeigt eine recht ähnliche Klasseneinteilung.

Die Resultate unterstreichen insgesamt die Kostenhomogenität des aG-DRG-Systems 2020.

3.4.4 Analyse der Verweildauer

3.4.4.1 Verweildauervergleich der Datenjahre 2016, 2017 und 2018

Vor der Analyse auf Repräsentativität der Verweildauer wurde die Verweildauer in den Daten gem. § 21 KHEntgG untersucht. Als Analysebasis dienten die aus den drei Datenjahren 2016, 2017 und 2018 jeweils gemäß G-DRG-Version 2018 gruppierten Fälle in Hauptabteilungen ohne Fälle in nicht bewerteten DRGs (Anlage 3a). Der Analyse lagen rund 18,3 bzw. 18,3 bzw. 18,2 Mio. Fälle zugrunde.

Im Durchschnitt ergab sich in den Daten gem. § 21 KHEntgG ein Verweildauerrückgang von 1,0% vom Datenjahr 2016 zum Datenjahr 2017 sowie ein Rückgang von 1,0% vom Datenjahr 2017 zum Datenjahr 2018 (siehe Tab. 30).

Daten gem. § 21 KHEntgG Hauptabteilung	Verweildauer- Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)
Datenjahr 2016	6,13		
Datenjahr 2017	6,07	- 0,06	- 1,0
Datenjahr 2018	6,01	- 0,06	- 1,0

Tabelle 30: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gem. § 21 KHEntgG, Basis: Datenjahre 2016 bis 2018, Hauptabteilungen, gruppiert nach G-DRG-Version 2018

Betrachtet man nur die Datenjahre 2017 und 2018, ergibt sich bei den 20 häufigsten DRGs, die 26,7% der Fälle in den Daten gem. § 21 KHEntgG des Jahres 2018 repräsentieren, ein Rückgang des Verweildauer-Mittelwerts von 0,09 Tagen bzw. 2,0%.

Die Ergebnisse einer Analyse getrennt nach Fällen in Hauptabteilungen bzw. in belegärztlicher Versorgung und eingeschränkt auf nur solche DRGs mit mindestens 20 Fällen in beiden Abteilungsarten ist in Tabelle 31 dargestellt.

Nach dieser DRG-Filterung ist ein Verweildauerrückgang vom Datenjahr 2017 zum Datenjahr 2018 von 1,2% für Fälle in Hauptabteilungen bzw. 0,0% 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 2016	5,09			3,74		
Datenjahr 2017	5,01	- 0,08	- 1,6	3,63	- 0,11	- 2,9
Datenjahr 2018	4,95	- 0,06	- 1,2	3,63	- 0,00	0,0

Tabelle 31: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gem. § 21 KHEntgG, Basis: Datenjahre 2016 bis 2018, DRGs mit Fallzahl > 20 in Haupt- und Belegabteilung

Im Vergleich zur Gesamtbetrachtung (siehe Tab. 30) beträgt der Mittelwert der Verweildauer für das aktuell vorliegende Datenjahr 2018 für Fälle in Hauptabteilungen nun statt 6,01 nur noch 4,95 Tage. Der Verweildauerrückgang ist mit 1,2% im Vergleich zu 1,0% etwas stärker.

Im Folgenden wird die Entwicklung des Anteils der vollstationären Fälle mit einem Belegungstag an allen vollstationären Fällen (siehe Abb. 62) betrachtet.

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

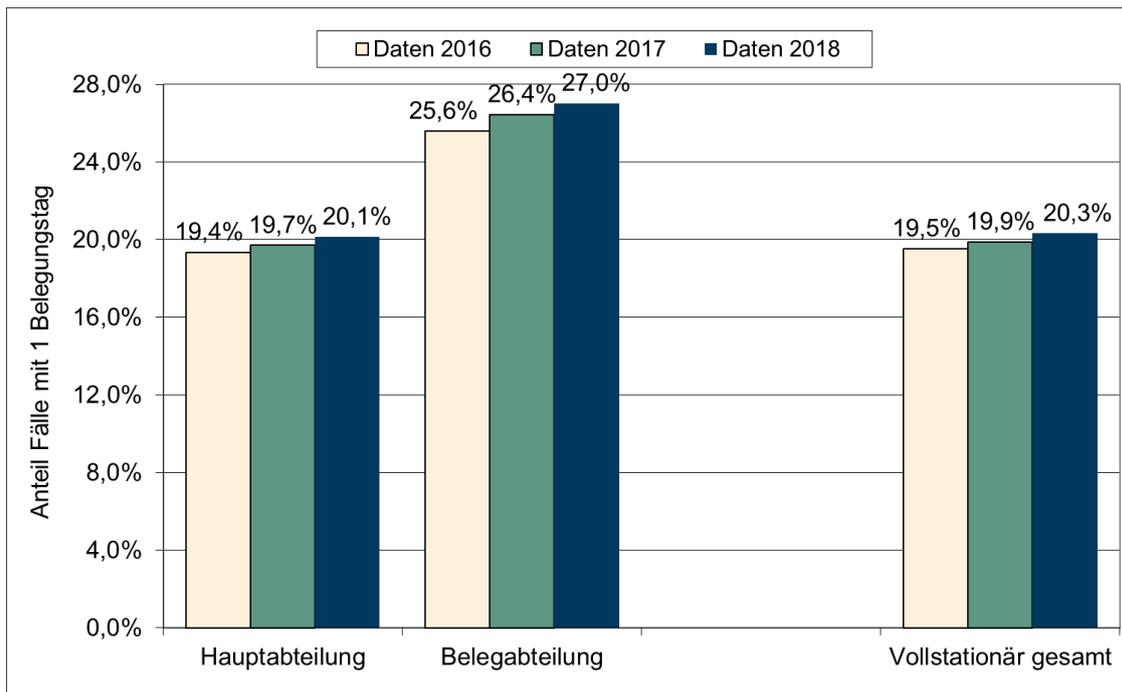


Abbildung 62: Entwicklung des Anteils der vollstationären Fälle mit einem Belegungstag an allen vollstationären Fällen, Basis: Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahre 2016 bis 2018

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 2020 definierten Inlier in Hauptabteilungen betrachtet. Dabei wurden aufnahme- und/oder entlassverlegte Fälle entsprechend der DRG-Zuordnung (siehe Kap. 3.3.1.5) berücksichtigt.

Für die Daten der Kalkulationskrankenhäuser wurde durch die differenzierten Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen (siehe Kap. 3.3.1.1) und dazugehörige Einzelnachfragen ein hoher Detaillierungsgrad der Plausibilisierung erreicht. Für die rund 22,1 Mio. Datensätze gem. § 21 KHEntgG wurden medizinische Plausibilitätsprüfungen durchgeführt (vgl. dazu auch Kap. 2.1 und 2.2).

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

Überblick über das analytische Vorgehen

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

Nicht einbezogen in die Analyse der Verweildauer wurden folgende DRGs:

- 24 Ein-Belegungstag-DRGs
- 48 DRGs mit weniger als 30 Fällen
- 5 rein teilstationäre DRGs

Diese Einschränkungen schlossen insgesamt 72 DRGs aus der Analyse aus. Der Analyse lagen somit 1.220 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. 63): Für 986 der 1.220 analysierten DRGs (81%) ist diese geringer als +/- 0,5 Tage, 1.151 DRGs (94%) unterscheiden sich um höchstens +/- 1 Tag und für 1.195 DRGs (98%) beträgt diese gerundet höchstens +/- 2 Tage.

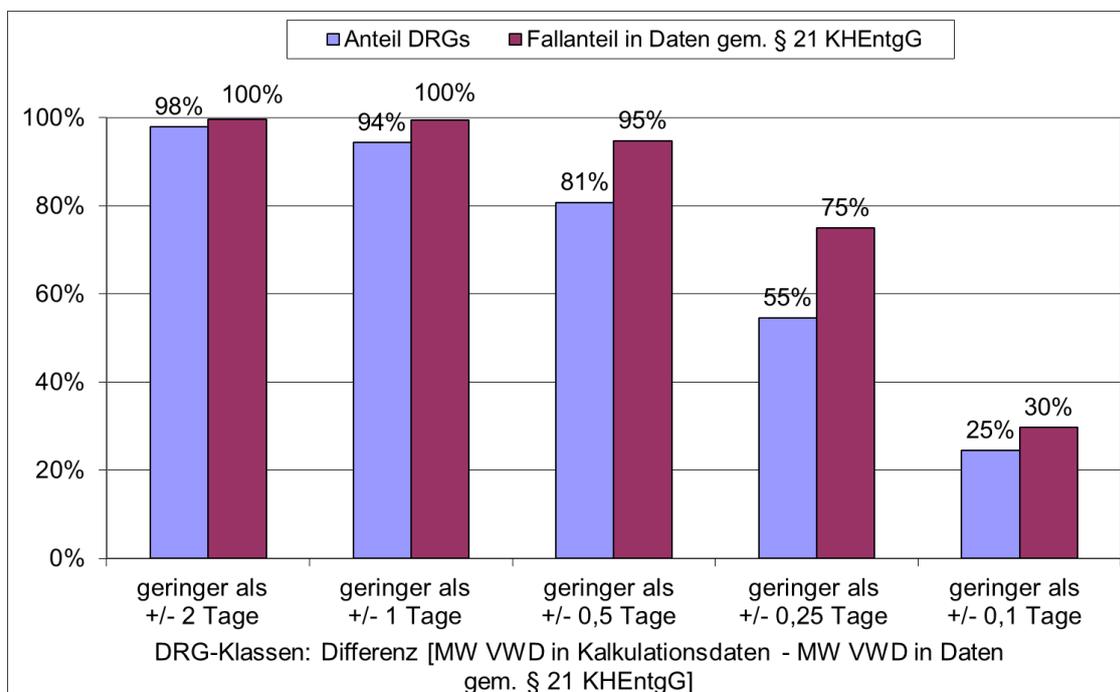


Abbildung 63: Häufigkeitsverteilung Differenzen der Verweildauer-Mittelwerte (Daten der Kalkulationskrankenhäuser – Daten gem. § 21 KHEntgG), getrennt nach DRG- und Fallanteil, Basis: Inlier, Datenjahr 2018

Im Hinblick auf die Fallanteile in den Daten gem. § 21 KHEntgG wird in der Analyse deutlich, dass 75% 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 95% 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 64 dargestellte empirische Häufigkeitsverteilung der Homogenitätsklassen. Die Häufigkeitsverteilungen der Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und der Daten gem. § 21 KHEntgG unterscheiden sich nur geringfügig.

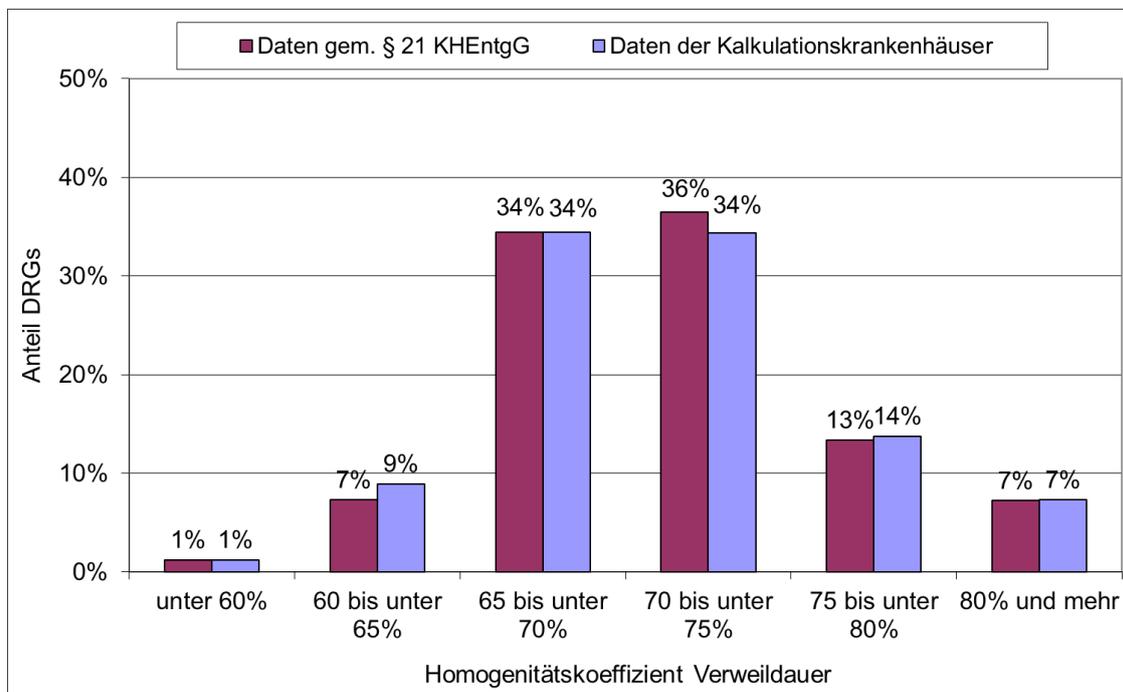


Abbildung 64: Häufigkeitsverteilung der Verweildauer-Homogenitätskoeffizientenklassen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 KHEntgG, Basis: Inlier, Datenjahr 2018

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

Für 1.205 von 1.220 DRGs (99%) liegt der Index zwischen 95 und 105, d.h. die relative Abweichung zwischen den Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und der Daten gem. § 21 KHEntgG beträgt höchstens +/- 5%. Eine Abweichung von höchstens +/- 2,5% liegt bei 1.126 DRGs (92% von 1.220 DRGs) vor.

Man kann also insgesamt betrachtet eine hohe Übereinstimmung der Homogenitätskoeffizienten der Verweildauern feststellen.

Fazit

1. Die Analyse der Verweildauer, die hilfsweise als Parameter für die Repräsentativitätsprüfung der Kostenhomogenität herangezogen wurde, ergab für den überwiegenden Teil der analysierten 1.220 DRGs eine vernachlässigbare Differenz zwischen den Mittelwerten der Verweildauern in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 KHEntgG.
2. Die Analyse des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer, der stärker auf die Streuung und damit auf die Homogenität der Verteilungen fokussiert, zeigt keine Auffälligkeit zwischen den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 KHEntgG.
3. Die Homogenitätskoeffizienten der Verweildauern zeigen unter Berücksichtigung der Abweichung des Verweildauer-Mittelwerts, dass
 - a) die Plausibilitätsprüfungen keine sogenannte „Pseudo-Homogenität“ in den der Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation zugrunde liegenden Daten erzeugt haben und
 - b) die für die Bewertung der Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation zugrunde gelegten Streuungsmaße eine mindestens zulässige Entscheidungsgrundlage für die Abbildung der Daten gem. § 21 KHEntgG sein konnten.

Das auf Basis der Daten der Kalkulationskrankenhäuser weiterentwickelte aG-DRG-System 2020 bildet somit die Daten gem. § 21 KHEntgG im Hinblick auf die Kosten- und Verweildauerhomogenität gut ab.

4 Perspektiven der Weiterentwicklung

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

Datenerhebung/Plausibilitätsprüfungen

Die Weiterentwicklung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen reflektiert einerseits die Kalkulationsanforderungen und andererseits die Verbesserungen der Kostenrechnung in den Krankenhäusern. Die Ergebnisse der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen der diesjährigen Kalkulationsrunde zeigen weiteres Verbesserungspotential in der Datenqualität auf. Dieses Potential aufgreifend, werden die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen in der kommenden Kalkulationsrunde kontinuierlich weiterentwickelt. Bei der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten soll in den kommenden Jahren durch die Datenerhebung ermöglicht werden, dass die Kongruenz zwischen der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten bei der Kalkulation im InEK und der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf Krankensebene so weit wie möglich sichergestellt werden kann.

Die sich durch gesetzliche Änderungen beispielsweise im Bereich der Transplantationsmedizin (Abgrenzung der Diagnostik für die Feststellung des Hirntodes, § 9a Abs. 2 Nr. 1 TPG) oder der allgemeinen Krankenhausleistungen (Berücksichtigung von Pflegepersonal in Leiharbeitnehmerschaft, § 6a Abs. 2 KHEntgG, Dolmetscherassistenz bei Menschen mit Hörbehinderung, § 2 Abs. 2 S. 3 Nr. 2 KHEntgG) ergebenden Anpassungen in der Kalkulationssystematik werden in das Kalkulationshandbuch integriert und die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen entsprechend angepasst.

Weiterentwicklung der Kalkulationsmethodik

Der eingeschlagene Weg des schrittweisen Ausbaus der Kalkulationsmethodik wird auch zukünftig konsequent weiterverfolgt. Die Rückkoppelungen zwischen InEK und den Kalkulationskrankenhäusern im Laufe der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen finden ihren Niederschlag auch darin, dass wiederkehrende Fragestellungen durch eine standardisierte Vorgabe ersetzt werden. Dafür gibt das InEK regelmäßig zu Beginn des Kalkulationsjahres Anpassungen und Ergänzungen zur Kalkulationsmethodik heraus. Die oben angesprochenen gesetzlichen Änderungen werden Bestandteil der Anpassungen und Ergänzungen zur Kalkulationsmethodik werden. Darüber hinaus ist zu prüfen, inwieweit bereits vorliegende Erkenntnisse zum erstmalig zu vereinbarenden Pflegeerlösbudget auf Rückwirkungen auf die Kalkulationssystematik hinweisen. Ggf. sind weitere Anpassungen der Kalkulationssystematik erforderlich, um die Kongruenz zwischen der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf Bundesebene bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems einerseits und der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten in die Pflegeerlösbudgets auf Krankensebene andererseits so weit wie möglich sicherzustellen.

Anhang

Übersicht

Tabelle A-1:

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

Tabelle A-2:

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

Tabelle A-3:

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

Tabelle A-4-1:

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

Tabelle A-4-2:

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

Tabelle A-4-3:

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

Tabelle A-5:

Gegenüberstellung der DRGs je MDC (siehe Kap. 3.4.1.1)

Tabelle A-1:

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

DRG	DRG-Text
801A	Ausgedehnte OR-Proz. oh. Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter kompl. Konst. oder Strahlenth. oder endovaskulärer Impl. von Stent-Proth. an der Aorta oder intensivmediz. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandsp. od. Alter < 18 J. mit kompl. Faktoren
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation
A01B	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 Stunden oder mit Transplantatabstoßung oder mit kombinierter Nierentransplantation oder mit kombinierter Pankreastransplantation oder Alter < 6 Jahre
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation, ohne kombinierte Pankreastransplantation, Alter > 5 Jahre
A02Z	Transplantation von Niere und Pankreas
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden
A04B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom oder mit Graft-versus-Host-Krankheit Grad III und IV, mit Gabe bestimmter Stammzellen oder Alter < 16 Jahre, mit bestimmter Entnahme oder Stammzellboost
A04C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, < 16 J. od. GVHD Grad III/IV od. auß. b. Plasmozytom, mit Gabe best. Stammz. od. GVHD III/IV od. HLA-versch., mit best. Entn. od. SZ-Boost od. m. intensivm. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / 2760 P.
A04D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit Graft-versus-Host-Krankheit Grad III und IV oder außer bei Plasmozytom, HLA-verschieden oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
A04E	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom
A05A	Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2646 / 2484 / - Aufwandspunkte
A05B	Herztransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2646 / 2484 / - Aufwandspunkte
A06A	Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / 5520 Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / 5520 Aufwandspunkte
A06C	Beatmung > 1799 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
A07A	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und int. Komplexbeh. > 3920 / 3680 / 3680 P. oder mit hochkompl. oder dreizeitigem Eingr.
A07B	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur und ECMO ab 384 Stunden oder mit Polytrauma oder Alter < 16 J. oder intensivmed. Komplexbeh. > - / 3220 / - Punkte
A07C	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 4900 / 4600 / 4600 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, ohne ECMO ab 384 Stunden, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2484 Punkte
A09A	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit IntK > 2352 / 1932 / 2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre, mit IntK > 1764 / 1932 / - Punkten oder mit sehr komplexem Eingriff und IntK > - / 2208 / - Punkten
A09B	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 Punkte, mit angeb. Fehlbild. oder Tumorerkr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / - P., Alter < 16 J.
A09C	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 P., mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 P. oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre
A11A	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 Aufwandsp.
A11B	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit hochkomplexem Eingriff oder best. Eingriff und best. intensivmed. Komplexbeh. oder Alter < 2 Jahre bei angeborener Fehlbildung
A11C	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 Punkte, mit kompl. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre od. kompliz. Konst. od. bei Tumor od. angeb. Fehlbild., Alt. < 3 J. od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / - P.
A11D	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit komplizierender Konstellation und bestimmter OR-Prozedur oder hochkomplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre
A13A	Beatmung > 95 Std. mit hochkompl. Eingriff oder mit int. Komplexbeh. > 1176 / 1380 / - P. oder mit kompl. OR-Prozedur oder bei Lymphom und Leukämie und int. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 P. oder mit kompliz. Konst. u. best. OR-Proz., Alter < 16 Jahre
A13B	Beatmung > 95 Stunden mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., Alter < 16 Jahre od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte und kompliz. Konst.

DRG	DRG-Text
A13C	Beatmung > 95 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Konstellation od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / - / 1104 Punkte od. Alter < 16 J., außer bei Lymphom und Leukämie, ohne kompliz. Konstellation
A15B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter < 16 Jahre oder bestimmte Entnahme oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte
A15C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte Entnahme oder bei Plasmozytom, mit bestimmter Entnahme oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte
A15D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom, ohne bestimmte Entnahme
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre oder ABO-inkompatible Transplantation oder schwerste CC
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre oder ohne ABO-inkompatible Transplantation, ohne schwerste CC
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion
A36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 1104 / 1656 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 P. bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 und < 981 / 1105 / 1657 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder komplizierende Konstellation bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A42A	Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie oder mit schwersten CC, Alter > 15 Jahre
A42B	Stammzellentnahme bei Eigenspender, Alter < 16 Jahre oder ohne schwerste CC
A42C	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit Entfernung eines Organtransplantates oder komplexer OR-Prozedur oder äußerst schweren CC oder komplizierender Konstellation
A60B	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, Alter < 16 Jahre
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag
A61A	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen mit äußerst schweren CC oder mit bestimmter akuter Graft-versus-Host-Krankheit, mehr als ein Belegungstag
A61B	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte akute Graft-versus-Host-Krankheit oder ein Belegungstag, mit schweren CC oder Alter < 10 Jahre
A61C	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte akute Graft-versus-Host-Krankheit oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber-, Dünndarm- oder Nieren-Pankreas-Transplantation
A66Z	Evaluierungsaufenthalt vor anderer Organtransplantation
A69Z	Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste
B01A	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation oder Alter < 18 Jahre
B01B	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 17 Jahre
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation bei Neubildung des Nervensystems oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Punkte, Alter < 6 Jahre mit Eingriff bei BNB oder Alter < 16 Jahre und mehrzeitige komplexe OR-Prozedur
B02B	Komplexe Kraniotomie oder WS-OP, Bestr. an mind. 9 T. od. best. Eingr. bei BNB mit intraop. Monit., Alt. < 18 J. od. b. BNB od. IntK > 392 / 368 / - P., mit schwersten CC, Alt. > 15 J. od. oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. Alt. > 5 J. od. oh. Eingr. bei BNB
B02C	Komplexe Kraniotomie oder WS-OP, mehr als 8 Bestr., Alter > 17 J. oder ohne best. Eingr. bei BNB mit intraop. Monit. od. bei NB des Nervensystems oder IntK > 392 / 368 / - P., Alter > 15 J. od. oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. Alt. > 5 J., oh. schwerste CC
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, außer bei Neubildung, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmtem Eingriff, Alter < 18 Jahre oder mit best. komplizierenden Faktoren
B02E	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte komplizierende Faktoren
B03Z	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit intraoperativem Monitoring oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie oder nicht akuter Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
B16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
B17B	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und and. Teilen des Nervensystems oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystr. od. Neurop., mit best. kompl. Eingr., Alter < 16 J. oder mit mäßig kompl. Eingr., Alter < 19 J. oder mit auß. schw. oder schw. CC
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 18 Jahre oder mit komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre
B20B	Kraniotomie oder große WS-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 17 Jahre oder ohne bestimmte komplexe Prozedur, mit komplizierenden Faktoren, Alter > 15 Jahre
B20C	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter < 3 Jahre oder interventioneller Eingriff oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff
B20D	Kraniotomie oder große WS-OP mit komplexer Prozedur oder ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigeminusneuralgie
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigeminusneuralgie
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur oder Alter < 10 Jahre bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 588 / 552 / 552 Punkte mit best. OR-Prozedur oder best. hochaufw. Implantate oder Alter > 9 Jahre bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B39A	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, mehr als 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
B45Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B66A	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder mit komplizierender Konstellation
B66C	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
B72A	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
B76C	Anfälle, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mehr als ein Belegungstag, mit schweren CC, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder EEG, Alter < 1 Jahr, mehr als ein Belegungstag oder mit bestimmter Diagnose, ohne komplexe Diagnose
C01A	Komplexer Eingriff bei penetrierenden Augenverletzungen oder bestimmte Orbitotomie
C02A	Eukleationen und Eingriffe an der Orbita bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder Amnionmembrantransplantation oder komplexem Eingriff oder Alter < 16 Jahre
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre
C10B	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, Alter < 6 Jahre
C16Z	Aufwendige Eingriffe am Auge, Alter < 6 Jahre
C20A	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter < 16 Jahre oder beidseitige Eingriffe an Augen und Tränenwegen oder bei bösartiger Neubildung am Auge
D01B	Kochleaimplantation, unilateral
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D03A	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf, Alter < 1 Jahr
D04A	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen, mit komplexem Eingriff
D04B	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen, ohne komplexen Eingriff
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
D20A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
D20B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen

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

DRG	DRG-Text
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 J., IntK > 196 / 184 / - P. und IntK < 393 / 369 / - P., mit Zweifacheingriff od. bei angeborenem Herzfehler, mit kompl. Eingr. od. best. Herzklappeneingriff oder andere komplizierende Konstellation
F03D	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 0 Jahre, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, IntK < 197 / 185 / - P., ohne Zweifacheingriff, außer bei Endokarditis, außer bei angeborenem Herzfehler, Alter < 16 Jahre
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 J., IntK < 197 / 185 / - P., mit Zweifacheingr. od. bei angeb. Herzfehler, oh. kompl. Eingr. od. oh. Zweifacheingr., auß. bei angeb. Herzfehler, Alter > 15 J., mit Impl. klappentragende Gefäßprothese
F03F	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 0 J., ohne Eingr. in tiefer Hypoth., IntK < 197 / 185 / - P., ohne Zweifacheingr., auß. bei Endokarditis, auß. b. angeb. Herzfehler, Alter > 15 J., ohne Impl. klappentr. Gefäßspr.
F05Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder intraoperativer Ablation, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bestimmte Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie
F06A	Koronare Bypass-Operation mit bestimmten mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
F06B	Koronare Bypass-Operation mit anderen mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit kompl. Konstellation oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder Karotiseingriff
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder mit intraoperativer Ablation oder schwersten CC oder Implantation eines herzunterstützenden Systems
F06E	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne intraoperative Ablation, ohne schwerste CC, ohne Implantation eines herzunterstützenden Systems
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit best. kompliz. Konst. oder komp. Operation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte oder < 18 J. mit Reop. od. and. kompliz. Konst., mit best. komp. Eingr.
F07B	Andere Eingriffe mit HLM, Alter < 1 J. od. mit best. kompliz. Konst. od. IntK > - / 368 / - P., ohne best. komp. Eingr. oder Alter > 0 J., IntK < - / 369 / - P., mit and. kompl. Eingr. mit Reop. an Herz oder Perikard oder mit best. and. kompliz. Konst.

DRG	DRG-Text
F07C	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, IntK < - / 369/- P. oder Alter > 17 Jahre oder ohne Reop. oder ohne and. kompliz. Konst., ohne and. kompl. Eingriffe oder ohne Reop. an Herz oder Perikard oder ohne best. andere kompliz. Konst.
F09A	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, Alter < 16 Jahre, mit komplizierender Konstellation oder Exzision am Vorhof
F18A	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder mit aufwendiger Sondenentfernung
F30Z	Operation bei komplexem angeborenen Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen d. Kreislaufsystem. m. kompliz. Fakt., > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. m. best. OR-Proz., ohne aufwend. Ingr. od. > - / 552 / 552 P. m. best. Aortenstent od. minimalinv. Ingr. an mehrer. Herzkkl.
F36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > - / 552 / 552 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne bestimmten Aortenstent oder bestimmter mehrzeitiger komplexer Eingriff
F42Z	Operation b. kompl. angeb. Herzfehler, Hybridchirurgie, best. Herzklappeneingriffe od. and. Eingriffe m. Herz-Lungen-Maschine m. invas. kardiolog. Diagnostik bei Kindern od. best. rekonstruktive Gefäßeingriffe oh. Herz-Lungen-Maschine m. kompl. Eingriff
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC
G01Z	Eviszeration des kleinen Beckens
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplexer Prozedur mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandsp.
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff

DRG	DRG-Text
G21A	Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm und Enterostoma oder bestimmte Eingriffe am Pharynx, Alter < 16 Jahre
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, mit äußerst schweren CC
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, ohne äußerst schwere CC
G29A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
G29B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1470 / 1380 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / - Aufwandspunkte und < 1177 / 1105 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane oder mehrzeitiger komplexer Eingriff am Gastrointestinaltrakt und anderem Organsystem
G47A	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, Alter < 16 Jahre oder mit endoskopischer submukosaler Dissektion am Dickdarm, ein Belegungstag
G70A	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
G72A	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter < 3 Jahre
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 J., mit kompl. Eingriff oder intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P.
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 J., ohne kompl. Eingriff, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P.
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen

DRG	DRG-Text
H16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
H16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 828 / - Aufwands- punkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 und < 981 / 829 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobi- liärem System und Pankreas
H38A	Bestimmte komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H61B	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose, Alter < 17 Jahre
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, mit akuter Pankreatitis oder Leberzirrhose oder bestimmter nichtinfektiöser He- patitis, Alter < 16 Jahre
H78Z	Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Stö- rungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I02A	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation außer an der Hand, mit kompli- zierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit schwerem Weichteilschaden, mit äußerst schweren CC und komple- xer OR-Prozedur
I06B	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals mit hochkomplexem Eingriff an der Wirbelsäule oder komplexem Eingriff an Kopf und Hals, Alter < 19 Jahre oder mit sehr komplexem Eingriff bei schwerer ent- zündlicher Erkrankung oder best. BNB Knochen
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakra- niellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula, Alter < 16 Jahre
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Auf- wandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett- System und Bindegewebe oder hochaufwendiges Implantat bei hoch- komplexer Gewebe- / Hauttransplantation
I27A	Eingriffe am Weichteilgew. od. kleinfl. Gewebe-Tx m. best. Diagn. u. best. Eingr. od. m. auß. schw. CC od. b. BNB m. schw. CC, m. best. Diagn. u. kompl. Eingr. od. Nephrekt. od. best. BNB m. best. Eingr. Abdomen od. Thorax od. Tx e. Zehe als Fingerersatz
I28A	Andere Eingriffe am Bindegewebe mit bestimmter offen chirurgischer Stabilisierung der Thoraxwand oder bestimmtem Eingriff am Zwerch- fell oder Alter < 18 Jahre bei bösartiger Neubildung

DRG	DRG-Text
I32A	Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Eingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwendigem rekonstruktivem Eingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochentx. bei Pseudarthrose der Hand
I32B	Eingr. an Handgel. und Hand ohne mehrz. Eingr., oh. Komplexb. Hand, ohne aufw. rekonstr. Eingr., mit kompl. Eingr. od. bei angeb. Anomalie d. Hand od. Pseudarthr., Alter < 6 J. od. mit kompl. Eingr. bei angeb. Fehlb. d. Hand, Alter < 16 J.
I37Z	Resezierender Eingriff am Becken bei bösartiger Neubildung des Beckens oder Mehretageeingriffe an der unteren Extremität
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
I54B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, bei bösartiger Neubildung, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, Alter > 17 Jahre
I64A	Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre
I65A	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit hochkomplexer Chemotherapie oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie, Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I66G	Andere Erk. des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, oh. Amyloidose, ohne best. Vaskulitiden, oh. adulte Form des M. Still, oh. äußerst schwere CC, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Aufwandsp., oh. kinder- und jugendrheumat. Komplexbeh.
I95A	Implantation einer Tumorendoprothese mit Implantation oder Wechsel einer bestimmten Endoprothese oder Knochentotalersatz am Femur oder Alter < 18 Jahre
I95B	Implantation einer Tumorendoprothese ohne Implantation oder Wechsel einer bestimmten Endoprothese, ohne Knochentotalersatz am Femur, Alter > 17 Jahre
I97Z	Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J16B	Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
J18A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
J18B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen

DRG	DRG-Text
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein BT, Alter > 17 Jahre oder mit kompl. Diagn., mit äuß. schw. CC od. Hautulkus bei Para-/Tetraplegie od. hochkompl. Diagn. od. Epid. Bullosa, Alter < 10 Jahre oder mit schwerer Erkr. der Haut, mit aufw. Behandl.
K03A	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Radiojodtherapie
K15C	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmter nuklearmedizinischer Therapie
K15D	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmte nuklearmedizinische Therapie
K15E	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen
K60B	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre und multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K62B	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetrapleg. oder mit kompliz. Diagnose oder endoskop. Einlage eines Magenballons oder Alter < 16 Jahre, ein Belegungstag od. ohne äußerst schwere CC od. ohne best. aufwendige / hochaufwendige Behandlung
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K64A	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K64B	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
L03Z	Bestimmte Nieren-, Ureter-, Prostata- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder bestimmter Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm
L08A	Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter < 6 Jahre
L12A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen

DRG	DRG-Text
L12B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 9 Tagen
L17A	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter < 16 Jahre
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
L69A	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder hämolytisch-urämisches Syndrom
M03A	Bestimmte Eingriffe am Penis, Alter < 6 Jahre oder aufwendige plastische Rekonstruktion des Penis, Alter < 18 Jahre oder totale Amputation des Penis oder Amputation des Penis mit bestimmter Lymphadenektomie
M03B	Bestimmte Eingriffe am Penis, Alter > 5 J. oder aufwendige plastische Rekonstruktion des Penis, Alter > 17 J., ohne totale Amputation des Penis, ohne Amputation des Penis mit best. Lymphadenektomie, mit mäßig komplexen Eingriffen am Penis, Alter < 18 J.
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
M38Z	Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane
N01A	Beckeneviszeration bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraleingriff
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
N16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
N16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen oder Brachytherapie
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N38Z	Komplizierende Konstellation mit best. op. Eingriff bei Krankheiten u. Störungen der weibl. Geschlechtsorg. od. Beckenevisz. bei der Frau u. radikale Vulvektomie od. best. Lymphadenekt. mit auß. schw. CC, mit kompl. Eingriff od. kompliz. Konstellation

DRG	DRG-Text
O01A	Sekundäre Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Mehrlingsschwangerschaft oder Sectio caesarea mit IntK > 196 / 184 / 184 Punkte
O01B	Sectio caesarea, Schwangerschaftsd. bis 25 vollend. W. (SSW), m. mehr. kompliz. Diag., m. intraut. Ther. od. kompliz. Konstell. od. Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., m. od. oh. kompliz. Diag. m. best. Eingriff b. Sectio od. auß. schw. CC
O01C	Sectio caesarea mit mehreren kompliz. Diag., Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 SSW, oh. best. kompliz. Faktoren od. mit kompliz. Diag., bis 25 SSW od. mit Tamponade einer Blutung od. Thromboembolie in Gestationsperiode m. OR-Proz., oh. auß. schw. CC
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Konstellation
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 480 Stunden
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 143 und < 481 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborener Zwerchfellhernie oder Ösophagusatresie, Beatmung > 143 Stunden oder Eingriff bei univentrikulärem Herzen
P02C	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Eingriff bei univentrikulärem Herzen oder bestimmte Eingriffe bei angeborener Zwerchfellhernie oder Ösophagusatresie, ohne Beatmung > 143 Stunden
P03A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 120 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 479 Stunden
P03B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 120 Stunden, ohne Beatmung > 479 Stunden oder ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige OR Prozedur
P04A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit sig. OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Stunden oder temporärer Verschluss eines Bauchwanddefektes
P04B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 240 Stunden, ohne temporären Verschluss eines Bauchwanddefektes
P05A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, mit Beatmung > 179 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren

DRG	DRG-Text
P05B	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, ohne Beatmung > 179 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P05C	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne temporären Verschluss eines Bauchwanddefektes
P06A	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder best. aufwendige OR-Proz., mit Beatmung > 179 Stunden oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren oder Dialyse
P06B	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder best. aufwendige OR-Proz., ohne Beatmung > 179 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne Dialyse
P06C	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne bestimmte aufwendige OR-Prozeduren
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden
P60C	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt, ohne Beatmung > 24 Stunden (Mindestverweildauer 24 Stunden für das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfindet)
P61A	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61B	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61C	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61D	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61E	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P62A	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur
P62B	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62C	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62D	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P63Z	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden

DRG	DRG-Text
P64Z	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden
P65A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen
P65B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem
P65C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem
P66A	Neugeborenes ohne sign. OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., Aufnahmegew. 2000 - 2499 g mit mehr. schw. Probl. oder Krampfanfall mit best. diag. Maßnahmen oder Beatmung > 48 Std. od. Aufnahmegew. > 2499 g, m. mehr. schw. Probl., m. Hypothermiebehandlung
P66B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem, ohne Krampfanfall mit bestimmten diagnostischen Maßnahmen, ohne Beatmung > 48 Stunden
P66C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit Hypothermiebehandlung oder Krampfanfall mit bestimmten diagnostischen Maßnahmen oder Beatmung > 24 Stunden
P67B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g oh. sig. OR-Proz., mit schw. Probl., oh. Hypothermiebeh., oh. Krampfanfall mit best. diag. Maßnah., oh. Beatmung > 24 Std. od. mit anderem Prob., mehr als ein Belegungstag od. mit nicht sig. OR-Proz., neugeb. Mehrling
Q02B	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter < 6 Jahre oder bestimmte Exzisionen und Resektionen Mediastinum oder Thymus
Q03A	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter < 10 Jahre
Q60A	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, mit Milzverletzung oder Granulozytenstörung, Alter < 16 Jahre
Q60B	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytenstörung, Alter < 1 Jahr
Q63A	Aplastische Anämie, Alter < 16 Jahre
R01A	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur
R01B	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur oder ohne äußerst schwere CC, mit aufwendigem Eingriff an der Wirbelsäule

DRG	DRG-Text
R01C	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur, ohne aufwendigen Eingriff an der Wirbelsäule
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R03Z	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC oder mit bestimmter OR-Prozedur mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Bestrahlungen an mindestens 7 Tagen
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC, Bestrahlungen an weniger als 7 Tagen
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R13A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation
R13B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R60A	Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemoth., Alter > 17 Jahre oder mit intensiver Chemoth. mit kompliz. Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder schwersten CC, Alter < 16 Jahre
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder schwersten CC, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
R60C	Akute myeloische Leukämie mit int. Chemoth., auß. schw. CC od. kompl. Diagnostik b. Leuk. od. mit mäß. kompl. Chemoth. mit best. kompliz. Faktoren od. mit auß. schw. CC mit kompl. Diagnostik od. KomplBeh. MRE mit Dial. od. auß. schw. CC od. schwerste CC
R60D	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth., ohne kompliz. Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimpl., oh. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - AufwP., oh. auß. schwere CC, oh. kompl. Diagnostik b. Leukämie od. mit Dialyse od. äußerst schweren CC
R60E	Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC oder mit lokaler Chemotherapie oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Sepsis oder bestimmter komplizierender Konstellation oder mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit auß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, mit hochkompl. Chemotherapie oder schwersten CC
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Sepsis oder anderer kompliz. Konstell. oder mit kompl. Diagnose oder Portimpl., mit auß. schw. CC, Alter > 15 Jahre od. mit auß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom, mit kompl. Diagnostik bei Leukämie od. mit schwersten CC
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation oder Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, Alter < 16 Jahre
R61D	Lymphom u. nicht akute Leukämie mit Agranuloz., Portimpl., Komplexbeh. MRE od. kompl. Diag. b. Leuk., Alt. > 15 J., m. intens. Chemoth. od. Alt. < 18 J. od. m. auß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndr. od. Blastenkr., oh. kompl. Diag. b. Leuk., oh. schwerste CC
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplant. oder Komplexbehandlung MRE oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre, oh. intensive Chemoth.
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne auß. schw. CC, mit kompl. Diagnose od. kompliz. Prozedur, Alter < 16 Jahre od. best. Lymphom mit best. Chemotherapie od. kompl. Diagnose od. andere Komplexbehandlung MRE
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie oh. bestimmte kompliz. Faktoren, oh. auß. schw. CC, Alter < 16 Jahre od. mit kompl. Diagnose od. kompliz. Prozedur, Alter > 15 Jahre, oh. best. Lymphom mit best. Chemoth., oh. kompl. Diagnose, oh. andere Komplexbeh. MRE
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit kompliz. Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr, mit komplexer Diagnose oder kompliz. Konstellation
R63A	Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit bestimmter hochkomplexer Chemotherapie, Alter > 17 Jahre
R63B	Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC oder mit anderer hochkomplexer Chemotherapie

DRG	DRG-Text
R63C	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC, ohne andere hochkomplexe Chemotherapie
R63D	Andere akute Leukämie mit komplizierender Konstellation oder mit mäßig komplexer Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre
R63E	Andere akute Leukämie mit intensiver oder mäßig kompl. Chemoth., mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit lokaler Chemoth., mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranulozytose od. Portimplantation oder mit auß. schw. CC
R63F	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit intensiver oder mäßig komplexer Chemotherapie, mit äußerst schweren CC oder mit lokaler Chemotherapie, mit schwersten CC
R63G	Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC
R63H	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R63I	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R66Z	Akute myeloische Leukämie oder andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter < 18 Jahre
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit
S63A	Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit mit Herzinfarkt oder bei chronisch ischämischer Herzkrankheit oder äußerst schweren CC
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, außer bei chronisch ischämischer Herzkrankheit, ohne äußerst schwere CC
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer OR-Prozedur, komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte
T36Z	Int. Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandsp. bei infektiösen und parasitären Krankheiten od. OR-Proz. b. inf. u. paras. Krankh. m. komplexer OR-Proz., kompliz. Konst. oder bei Zust. n. Organtranspl. mit int. Komplexbeh. > 392 / 368 / - Aufwandsp.
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
T60B	Sepsis mit kompliz. Konst. od. b. Z.n. Organ-Tx, oh. äuß. schw. CC, oh. IntK > 392 / 368 / - Punkte od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z.n. Organ-Tx, m. kompl. Diag. od. äuß. schw. CC, Alt. < 18 J. od. m. Para- / Tetrapl. od. kompliz. ERCP od. schwerste CC
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation
T64A	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit bestimmter komplexer Diagnose, Alter < 16 Jahre
W01B	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne Frührehabilitation, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung oder mit IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte
W01C	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne Frührehabilitation, ohne Beatmung > 263 Stunden, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten
Y02A	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation oder anderen Eingriffen bei Sepsis oder mit kompliz. Konst., hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte
Y02C	Andere Verbrenn. m. Haut-Tx. od. and. Ingr. oh. äuß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn., oh. komplexe Proz., oh. Dialyse, oh. Beat. > 24 Std., oh. kompliz. Konst., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., oh. best. Spalthauttranspl., Alter < 18 J.
Z03Z	Nierenspende (Lebendspende)

Tabelle A-2:

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

DRG	DRG-Text
C03B	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE) oder bestimmtem Eingriff an der Retina oder komplexem Eingriff am Auge oder bei bösartiger Neubildung des Auges
C03C	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), ohne bestimmten Eingriff an der Retina, ohne komplexen Eingriff am Auge, außer bei bösartiger Neubildung des Auges
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom
C07B	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), ohne komplexen Eingriff am Auge, ohne bestimmte Eingriffe bei Glaukom, Alter > 5 Jahre
C08B	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse oder bestimmte Eingriffe am Auge
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre, ohne beidseitige Eingriffe an Augen und Tränenwegen, außer bei bösartiger Neubildung am Auge
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien
D06B	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, kompl. Eingriffe am Mittelohr und and. Eingriffe an Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 5 J. u. Alter < 16 J. od. Alter > 15 J., mit kompl. Proz. oder Diag., ohne Resektion Felsenbein, ohne intrakran. Eingriff bei BNB
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D13B	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals ohne komplizierende Diagnose, Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere CC
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung, ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen
D30A	Tonsillektomie außer bei BNB oder verschiedene Eingr. an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äuß. schw. CC, mit aufw. Eingr. oder Eingr. an Mundhöhle und Mund auß. bei BNB, Alter < 3 J. oder mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 J. mit auß. schw. od. schw. CC

DRG	DRG-Text
D30B	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 12 Jahre
D30C	Kleine Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals, Alter > 11 Jahre
D37B	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre, außer bei Gaumenspalte oder Spaltnase, ohne plastische Rekonstruktion der Nase mit Rippenknorpeltransplantation
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen, Gesichtsschädelknochen
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung
D61Z	Gleichgewichtsstörung, Hörverlust und Tinnitus
D63Z	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege oder Blutung aus Nase und Rachen
G11B	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter außer bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 5 Jahre
G24C	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
G26B	Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 15 Jahre, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, ohne kleinen Eingriff am Rektum
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, ohne bestimmten anderen Eingriff an der Wirbelsäule
I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne Diszitis, ohne Bandscheibeninfektion, mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als 1 Belegungstag, Alter < 18 Jahre
I10F	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre
I16B	Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität ohne bestimmten Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen, mit bestimmtem anderem Eingriff an Klavikula, Schulter und Ellenbogen
I16C	Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität ohne bestimmten Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen, ohne bestimmten anderen Eingriff an Klavikula, Schulter und Oberarm
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk

DRG	DRG-Text
I20D	Eingriffe am Fuß ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit Knochentransplantation oder schwerem Weichteilschaden oder bestimmtem Eingriff am Fuß oder Implantation einer Vorfuß- oder Zehendoprothese oder Kalkaneusfraktur
I20E	Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritits oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe oder komplizierende Faktoren, Alter > 15 Jahre
I21Z	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder bestimmte Eingriffe an der Klavikula
I24B	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre
I27D	Eingriffe am Weichteilgewebe ohne bestimmte kleine Eingriffe oder kleinflächige Gewebetransplantationen, ohne schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmten Eingriff am Weichteilgewebe
I28E	And. Eingr. am Bindegew., oh. best. off. chir. Stab. Thorax, oh. Eingr. Zwerchf., oh. kompl. Eingr., oh. mäßig kompl. Eingr. an Brustw./Abd. od. Impl./We. best. Medik.-Pumpe, Alter > 9 J., oh. best. Eingr. an Knochen, Weichteilen od. Bindegew. oder 1 BT
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder best. Osteosynthesen an der Klavikula ohne kompliz. Diagnose, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen oder sonst. arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette mit bestimmten Eingriffen an der Schulter
I29C	Sonstige arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette ohne bestimmte Eingriffe an der Schulter
I30B	Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk, Alter > 15 Jahre oder best. kompl. Eingriffe Kniegelenk ohne bestimmte sehr komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 17 J. oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I32E	Bestimmte mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, mehr als ein Belegungstag oder Alter < 6 Jahre
I43B	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk oder Entfernung bestimmter Endoprothesen am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC
I44C	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Wechsel von Endoprothesen oder Prothesenkomponenten, ohne Implantation einer patientenindividuell angefertigten Endoprothese am Kniegelenk
I44D	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk oder Einbringen einer Entlastungsfeder am Kniegelenk
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne best. kompliz. Faktoren, ohne komplexe Diagnose an Becken/OS, ohne best. endoproth. Eingriff, ohne gelenkpl. Eingriff am Hüftgelenk, ohne Impl. oder Wechsel einer Radiuskopfprothese, ohne Entf. Osteosynthesemat.
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, mehr als ein Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh.

DRG	DRG-Text
J09B	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre
L06B	Kleine Eingriffe an den Harnorganen ohne äußerst schwere CC oder ohne bestimmte Prozeduren oder Alter < 16 Jahre
L06C	Andere kleine Eingriffe an den Harnorganen, Alter > 15 Jahre
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter > 15 Jahre
L20B	Transurethrale Ingr. auß. Prostatares. und kompl. Ureterorenoskop. ohne ESWL, mit kompl. Eingriff od. andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie od. mit ESWL bei Harnsteinen, oh. äußerst schwere CC oder Alter < 16 J. oder Alter > 89 J.
L20C	Transurethrale Ingr. außer Prostatares. und kompl. Ureterorenoskop. ohne ESWL, ohne kompl. Eingriff od. andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie oder mit ESWL bei Harnsteinen, ohne auß. schw. CC, Alter > 15 J. und Alter < 90 J.
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige / hochaufwendige Behandlung, ohne Komplexbeh. MRE, ohne best. schwere Infektionen, Alter > 5 und < 18 Jahre, ohne schwere CC od. Alter > 17 und < 90 Jahre
L64B	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, außer bei angeborener Fehlbildung, Alter > 2 Jahre
L64D	Andere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
M01B	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC
M02B	Transurethrale Prostataresektion oder bestimmte andere Operationen an der Prostata ohne äußerst schwere CC
M04D	Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff oder Alter > 2 Jahre, ohne schwere CC oder ohne beidseitigen Hodenhochstand oder Alter > 13 Jahre
M60C	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochgradig komplexer Chemotherapie
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane
N07A	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus oder kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, mit bestimmtem Eingriff
N14Z	Hysterektomie auß. bei BNB m. Beckenbodenpl. od. Brachytherapie b. Krankh./Stör. weibl. Geschlechtsorg., > 1 BT, m. auß. schw. CC od. Ovariektomie u. kompl. Eingriffe an den Tubae uterinae auß. bei BNB, ohne auß. schwere od. schwere CC, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
N21A	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äuß. schw. oder schw. CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder subtotale und andere Hysterektomie bei bösartiger Neubildung oder komplexe Myomenukulation, mit aufwendigem Eingriff
N25Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose oder andere kleine Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
O01E	Sekundäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose
O01F	Primäre Sectio caesarea ohne äuß. schwere CC, mit komplizierender oder komplexer Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen (SSW) oder sekundäre Sectio caesarea, ohne komplizierende oder komplexe Diagnose, SSW > 33 vollendete Wochen
O01H	Primäre Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff, mehr als ein Belegungstag
P67C	Neugeborenes, Aufnahmegew. > 2499 g oh. sig. OR-Proz., oh. Beatmung > 95 Std., ohne schw. Prob., oh. Hypothermiebeh., oh. Krampfanfall mit best. diag. Maßnah., mit anderem Prob., mehr als ein Belegungstag oder mit nicht sig. OR-Proz., neugeb. Einling
P67E	Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Prozedur ohne bestimmte Diagnosen beim Neugeborenen

Tabelle A-3:

Übersicht über die im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems in der CCL-Matrix veränderten Diagnosen (siehe Kap. 3.3.1.4). Aus Formatgründen werden die Kategorien: „Abwertung in < 3 Basis-DRGs“, „Abwertung in 3-9 Basis-DRGs“, „Abwertung in 10-29 Basis-DRGs“ und „Abwertung in mindestens 30 Basis-DRGs“ kurz als „Abwertung“ bezeichnet, obgleich es sich nicht um eine generelle Abwertung handelt. Ebenso wird die Kategorie „Auf- und Abwertung je nach Basis-DRG“ kurz als „Auf- und Abwertung“ bezeichnet und die Kategorie „global aus der CCL-Matrix gestrichen“ mit „Streichung“ abgekürzt. Die ausführlichen Kategorien der einzelnen Diagnosen sind in der veröffentlichten „Übersicht CCL-Matrix-Änderungen“ auf der Internetseite des InEK (www.g-drg.de) zu finden.

ICD 2018	ICD-Text 2018	Kategorie
A04.70	Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen	Abwertung
A04.72	Enterokolitis durch Clostridium difficile mit Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen	Abwertung
A04.79	Enterokolitis durch Clostridium difficile, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A04.9	Bakterielle Darminfektion, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A08.1	Akute Gastroenteritis durch Norovirus	Abwertung
A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	Abwertung
A31.0	Infektion der Lunge durch sonstige Mykobakterien	Abwertung
A40.3	Sepsis durch Streptococcus pneumoniae	Abwertung
A41.0	Sepsis durch Staphylococcus aureus	Abwertung
A41.8	Sonstige näher bezeichnete Sepsis	Abwertung
A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A48.3	Syndrom des toxischen Schocks	Abwertung
A49.0	Staphylokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	Abwertung
A49.1	Streptokokken- und Enterokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	Abwertung
B00.1	Dermatitis vesicularis durch Herpesviren	Abwertung
B00.7	Disseminierte Herpesvirus-Krankheit	Abwertung
B00.8	Sonstige Infektionsformen durch Herpesviren	Abwertung
B02.2	Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems	Abwertung
B37.0	Candida-Stomatitis	Abwertung
B37.1	Kandidose der Lunge	Abwertung
B37.4	Kandidose an sonstigen Lokalisationen des Urogenitalsystems	Abwertung
B37.81	Candida-Ösophagitis	Abwertung
B37.88	Kandidose an sonstigen Lokalisationen	Abwertung
B95.2	Streptokokken, Gruppe D, und Enterokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung

ICD 2018	ICD-Text 2018	Kategorie
B95.42	Streptokokken, Gruppe G, als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.48	Sonstige näher bezeichnete Streptokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.5	Nicht näher bezeichnete Streptokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.7	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	Abwertung
C18.9	Bösartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	Abwertung
C34.2	Bösartige Neubildung: Mittellappen (-Bronchus)	Abwertung
C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	Abwertung
C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	Abwertung
C77.2	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intraabdominale Lymphknoten	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
C77.9	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge	Abwertung
C78.4	Sekundäre bösartige Neubildung des Dünndarmes	Abwertung
C78.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Dickdarmes und des Rektums	Abwertung
C78.6	Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums	Abwertung
C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	Abwertung
C78.8	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Verdauungsorgane	Abwertung
C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	Abwertung
C79.6	Sekundäre bösartige Neubildung des Ovars	Abwertung
C79.88	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen	Abwertung

ICD 2018	ICD-Text 2018	Kategorie
C79.9	Sekundäre bösartige Neubildung nicht näher bezeichneter Lokalisation	Abwertung
C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	Abwertung
C80.9	Bösartige Neubildung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C91.00	Akute lymphatische Leukämie [ALL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C91.01	Akute lymphatische Leukämie [ALL]: In kompletter Remission	Abwertung
C91.80	Reifzellige B-ALL vom Burkitt-Typ: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C91.81	Reifzellige B-ALL vom Burkitt-Typ: In kompletter Remission	Abwertung
C92.00	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C92.01	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: In kompletter Remission	Abwertung
C92.40	Akute Promyelozyten-Leukämie [PCL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C92.41	Akute Promyelozyten-Leukämie [PCL]: In kompletter Remission	Abwertung
C92.50	Akute myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C92.51	Akute myelomonozytäre Leukämie: In kompletter Remission	Abwertung
C92.60	Akute myeloische Leukämie mit 11q23-Abnormität: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C92.61	Akute myeloische Leukämie mit 11q23-Abnormität: In kompletter Remission	Abwertung
C92.80	Akute myeloische Leukämie mit multilineärer Dysplasie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C92.81	Akute myeloische Leukämie mit multilineärer Dysplasie: In kompletter Remission	Abwertung
C93.00	Akute Monoblasten-/Monozytenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C93.01	Akute Monoblasten-/Monozytenleukämie: In kompletter Remission	Abwertung
C94.00	Akute Erythroleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C94.01	Akute Erythroleukämie: In kompletter Remission	Abwertung
C95.00	Akute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C95.01	Akute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission	Abwertung
D50.0	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)	Abwertung
D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	Abwertung
D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2018	ICD-Text 2018	Kategorie
D52.0	Alimentäre Folsäure-Mangelanämie	Abwertung
D52.8	Sonstige Folsäure-Mangelanämien	Abwertung
D52.9	Folsäure-Mangelanämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D53.0	Eiweißmangelanämie	Abwertung
D57.1	Sichelzellenanämie ohne Krisen	Abwertung
D61.10	Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie	Abwertung
D61.19	Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D61.8	Sonstige näher bezeichnete aplastische Anämien	Abwertung
D61.9	Aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D62	Akute Blutungsanämie	Abwertung
D63.0	Anämie bei Neubildungen	Abwertung
D65.1	Disseminierte intravasale Gerinnung [DIG, DIC]	Abwertung
D65.9	Defibrinationssyndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D67	Hereditärer Faktor-IX-Mangel	Abwertung
D68.32	Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren	Abwertung
D68.33	Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)	Abwertung
D68.34	Hämorrhagische Diathese durch Heparine	Abwertung
D68.35	Hämorrhagische Diathese durch sonstige Antikoagulanzen	Abwertung
D68.38	Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und nicht näher bezeichnete Antikörper	Abwertung
D68.5	Primäre Thrombophilie	Abwertung
D68.6	Sonstige Thrombophilien	Abwertung
D68.8	Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien	Abwertung
D68.9	Koagulopathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D69.0	Purpura anaphylactoides	Abwertung
D69.41	Sonstige primäre Thrombozytopenie, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet	Abwertung
D69.53	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II	Abwertung
D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet	Abwertung
D69.59	Sekundäre Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D69.60	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, als transfusionsrefraktär bezeichnet	Abwertung
D69.61	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet	Abwertung
D69.80	Hämorrhagische Diathese durch Thrombozytenaggregationshemmer	Abwertung
D69.88	Sonstige näher bezeichnete hämorrhagische Diathesen	Abwertung
D69.9	Hämorrhagische Diathese, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D70.3	Sonstige Agranulozytose	Abwertung
D70.6	Sonstige Neutropenie	Abwertung

ICD 2018	ICD-Text 2018	Kategorie
D70.7	Neutropenie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D84.8	Sonstige näher bezeichnete Immundefekte	Abwertung
D84.9	Immundefekt, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D86.0	Sarkoidose der Lunge	Abwertung
D86.3	Sarkoidose der Haut	Abwertung
D86.9	Sarkoidose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
E05.4	Hyperthyreosis factitia	Abwertung
E11.30	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Augenkomplika- tionen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.40	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Kom- plikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.41	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Kom- plikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.50	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit peripheren vaskulä- ren Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.51	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit peripheren vaskulä- ren Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.60	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher be- zeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist be- zeichnet	Abwertung
E11.61	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher be- zeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeich- net	Abwertung
E11.72	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplika- tionen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.73	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplika- tionen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplika- tionen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.75	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplika- tionen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E12.90	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Ohne Komplika- tionen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.20	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist be- zeichnet	Abwertung
E13.60	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Streichung
E13.90	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeich- net	Abwertung

ICD 2018	ICD-Text 2018	Kategorie
E13.91	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.30	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Augenkomplicationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.60	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Streichung
E14.72	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.73	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.74	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.75	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	Abwertung
E15	Hypoglykämisches Koma, nichtdiabetisch	Abwertung
E20.1	Pseudohypoparathyreoidismus	Abwertung
E21.1	Sekundärer Hyperparathyreoidismus, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
E21.3	Hyperparathyreoidismus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
E27.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Nebennierenrindeninsuffizienz	Abwertung
E43	Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E44.0	Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E44.1	Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E45	Entwicklungsverzögerung durch Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E46	Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E53.8	Mangel an sonstigen näher bezeichneten Vitaminen des Vitamin-B-Komplexes	Abwertung
E56.1	Vitamin-K-Mangel	Abwertung
E61.1	Eisenmangel	Abwertung
E61.7	Mangel an mehreren Spurenelementen	Abwertung
E63.0	Mangel an essentiellen Fettsäuren [EFA]	Abwertung
E64.0	Folgen der Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E64.1	Folgen des Vitamin-A-Mangels	Abwertung
E64.2	Folgen des Vitamin-C-Mangels	Abwertung
E64.8	Folgen sonstiger alimentärer Mangelzustände	Abwertung
E64.9	Folgen eines nicht näher bezeichneten alimentären Mangelzustandes	Abwertung

ICD 2018	ICD-Text 2018	Kategorie
E66.02	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter	Abwertung
E66.82	Sonstige Adipositas: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter	Abwertung
E66.92	Adipositas, nicht näher bezeichnet: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter	Abwertung
E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	Abwertung
E87.6	Hypokaliämie	Abwertung
E89.1	Hypoinsulinämie nach medizinischen Maßnahmen	Abwertung
F00.0	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit frühem Beginn (Typ 2)	Abwertung
F00.1	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)	Abwertung
F00.2	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form	Abwertung
F00.9	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F01.0	Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn	Abwertung
F01.1	Multiinfarkt-Demenz	Abwertung
F01.2	Subkortikale vaskuläre Demenz	Abwertung
F01.3	Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz	Abwertung
F01.8	Sonstige vaskuläre Demenz	Abwertung
F01.9	Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet	Streichung
F02.0	Demenz bei Pick-Krankheit	Abwertung
F02.1	Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	Abwertung
F02.2	Demenz bei Chorea Huntington	Abwertung
F02.3	Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom	Abwertung
F02.4	Demenz bei HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	Abwertung
F05.0	Delir ohne Demenz	Abwertung
F05.1	Delir bei Demenz	Abwertung
F05.8	Sonstige Formen des Delirs	Abwertung
F05.9	Delir, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F06.2	Organische wahnhafte [schizophreniforme] Störung	Abwertung
F06.3	Organische affektive Störungen	Abwertung
F10.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom	Abwertung
F11.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom	Abwertung
F11.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Entzugssyndrom	Abwertung
F11.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	Abwertung

ICD 2018	ICD-Text 2018	Kategorie
F19.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Schädlicher Gebrauch	Abwertung
F19.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	Abwertung
F20.0	Paranoide Schizophrenie	Abwertung
F20.1	Hebephrene Schizophrenie	Abwertung
F20.5	Schizophrenes Residuum	Abwertung
F20.8	Sonstige Schizophrenie	Abwertung
F20.9	Schizophrenie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F25.9	Schizoaffektive Störung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F31.9	Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F33.8	Sonstige rezidivierende depressive Störungen	Abwertung
F33.9	Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G20.00	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.01	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.10	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.20	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.90	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Ohne Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.91	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Mit Wirkungsfluktuation	Abwertung
G35.30	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	Abwertung
G35.9	Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)	Abwertung
G61.0	Guillain-Barré-Syndrom	Abwertung
G70.0	Myasthenia gravis	Abwertung
G71.0	Muskeldystrophie	Abwertung
G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie	Abwertung
G81.1	Spastische Hemiparese und Hemiplegie	Abwertung
G81.9	Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.02	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.03	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	Abwertung

ICD 2018	ICD-Text 2018	Kategorie
G82.09	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.19	Spastische Paraparese und Paraplegie: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.22	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.23	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.29	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.32	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.33	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.39	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.49	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.52	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.53	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.59	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
G83.8	Sonstige näher bezeichnete Lähmungssyndrome	Abwertung
G91.29	Normaldruckhydrozephalus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G91.9	Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G96.0	Austritt von Liquor cerebrospinalis	Abwertung
G97.1	Sonstige Reaktion auf Spinal- und Lumbalpunktion	Abwertung
G97.80	Postoperative Liquorfistel	Abwertung
I05.0	Mitralklappenstenose	Abwertung
I05.8	Sonstige Mitralklappenkrankheiten	Abwertung
I07.1	Trikuspidalklappeninsuffizienz	Abwertung
I07.8	Sonstige Trikuspidalklappenkrankheiten	Abwertung
I08.0	Krankheiten der Mitral- und Aortenklappe, kombiniert	Abwertung
I08.1	Krankheiten der Mitral- und Trikuspidalklappe, kombiniert	Abwertung
I08.2	Krankheiten der Aorten- und Trikuspidalklappe, kombiniert	Abwertung
I08.3	Krankheiten der Mitral-, Aorten- und Trikuspidalklappe, kombiniert	Abwertung
I08.8	Sonstige Krankheiten mehrerer Herzklappen	Abwertung
I08.9	Krankheit mehrerer Herzklappen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I20.0	Instabile Angina pectoris	Abwertung

ICD 2018	ICD-Text 2018	Kategorie
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	Abwertung
I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	Abwertung
I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	Abwertung
I31.3	Perikarderguss (nichtentzündlich)	Abwertung
I33.0	Akute und subakute infektiöse Endokarditis	Abwertung
I42.2	Sonstige hypertrophische Kardiomyopathie	Abwertung
I42.88	Sonstige Kardiomyopathien	Abwertung
I43.1	Kardiomyopathie bei Stoffwechselkrankheiten	Abwertung
I43.8	Kardiomyopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
I44.1	Atrioventrikulärer Block 2. Grades	Abwertung
I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	Abwertung
I45.5	Sonstiger näher bezeichneter Herzblock	Abwertung
I45.9	Kardiale Erregungsleitungsstörung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I46.0	Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung	Abwertung
I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	Abwertung
I47.9	Paroxysmale Tachykardie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I49.0	Kammerflattern und Kammerflimmern	Abwertung
I50.00	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	Abwertung
I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	Abwertung
I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	Abwertung
I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	Abwertung
I51.3	Intrakardiale Thrombose, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
I60.8	Sonstige Subarachnoidalblutung	Abwertung
I60.9	Subarachnoidalblutung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	Abwertung
I61.1	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, kortikal	Abwertung
I61.2	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I61.9	Intrazerebrale Blutung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I62.00	Subdurale Blutung (nichttraumatisch): Akut	Abwertung
I62.01	Subdurale Blutung (nichttraumatisch): Subakut	Abwertung
I62.02	Subdurale Blutung (nichttraumatisch): Chronisch	Abwertung
I62.09	Subdurale Blutung (nichttraumatisch): Nicht näher bezeichnet	Abwertung
I62.9	Intrakranielle Blutung (nichttraumatisch), nicht näher bezeichnet	Abwertung
I63.0	Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien	Abwertung

ICD 2018	ICD-Text 2018	Kategorie
I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	Abwertung
I63.2	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	Abwertung
I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	Abwertung
I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	Abwertung
I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	Abwertung
I63.8	Sonstiger Hirnfarkt	Abwertung
I63.9	Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	Abwertung
I65.0	Verschluss und Stenose der A. vertebralis	Abwertung
I65.1	Verschluss und Stenose der A. basilaris	Abwertung
I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	Abwertung
I65.3	Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien	Abwertung
I66.0	Verschluss und Stenose der A. cerebri media	Abwertung
I66.8	Verschluss und Stenose sonstiger zerebraler Arterien	Abwertung
I69.0	Folgen einer Subarachnoidalblutung	Abwertung
I69.1	Folgen einer intrazerebralen Blutung	Abwertung
I69.2	Folgen einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung	Abwertung
I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	Abwertung
I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	Abwertung
I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	Abwertung
I74.4	Embolie und Thrombose der Extremitätenarterien, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I74.9	Embolie und Thrombose nicht näher bezeichneter Arterie	Abwertung
I80.0	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten	Abwertung
I80.1	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der V. femoralis	Abwertung
I80.20	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der Beckenvenen	Abwertung
I80.28	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten	Abwertung
I80.3	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der unteren Extremitäten, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I80.81	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis tiefer Gefäße der oberen Extremitäten	Abwertung
I82.2	Embolie und Thrombose der V. cava	Abwertung
I82.80	Embolie und Thrombose der Milzvene	Abwertung

ICD 2018	ICD-Text 2018	Kategorie
I82.88	Embolie und Thrombose sonstiger näher bezeichneter Venen	Abwertung
I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	Abwertung
I97.89	Sonstige Kreislaufkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
I97.9	Kreislaufkomplikation nach medizinischer Maßnahme, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I98.2	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, ohne Angabe einer Blutung	Abwertung
J15.2	Pneumonie durch Staphylokokken	Abwertung
J15.8	Sonstige bakterielle Pneumonie	Abwertung
J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J16.8	Pneumonie durch sonstige näher bezeichnete Infektionserreger	Abwertung
J17.0	Pneumonie bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten	Abwertung
J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J18.2	Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	Abwertung
J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J20.6	Akute Bronchitis durch Rhinoviren	Abwertung
J20.8	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	Abwertung
J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J38.4	Larynxödem	Abwertung
J39.0	Retropharyngealabszess und Parapharyngealabszess	Abwertung
J44.80	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 <35 % des Sollwertes	Abwertung
J44.81	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 ≥35 % und <50 % des Sollwertes	Abwertung
J47	Bronchiektasen	Abwertung
J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	Abwertung
J69.8	Pneumonie durch sonstige feste und flüssige Substanzen	Abwertung
J80.01	Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]: Mildes Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]	Abwertung
J80.02	Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]: Moderates Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]	Abwertung
J80.09	Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]: Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS], Schweregrad nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2018	ICD-Text 2018	Kategorie
J81	Lungenödem	Abwertung
J90	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
J91	Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
J93.9	Pneumothorax, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J94.2	Hämatothorax	Abwertung
J95.2	Akute pulmonale Insuffizienz nach nicht am Thorax vorgenommener Operation	Abwertung
J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	Abwertung
J96.01	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]	Abwertung
J96.09	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet	Abwertung
J96.10	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	Abwertung
J96.11	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]	Abwertung
J96.19	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet	Abwertung
J98.1	Lungenkollaps	Abwertung
J99.1	Krankheiten der Atemwege bei sonstigen diffusen Bindegewebskrankheiten	Abwertung
K25.4	Ulcus ventriculi: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung	Abwertung
K26.0	Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung	Abwertung
K52.1	Toxische Gastroenteritis und Kolitis	Abwertung
K56.0	Paralytischer Ileus	Abwertung
K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	Abwertung
K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	Abwertung
K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	Abwertung
K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K57.31	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	Abwertung
K57.91	Divertikulose des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	Abwertung
K62.5	Hämorrhagie des Anus und des Rektums	Abwertung
K63.1	Perforation des Darmes (nichttraumatisch)	Abwertung
K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	Abwertung
K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	Abwertung
K76.7	Hepatorenales Syndrom	Abwertung
K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.01	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	Abwertung

ICD 2018	ICD-Text 2018	Kategorie
K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.11	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.21	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.51	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.80	Sonstige Cholelithiasis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K81.0	Akute Cholezystitis	Abwertung
K82.1	Hydrops der Gallenblase	Abwertung
K83.0	Cholangitis	Abwertung
K85.10	Biliäre akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation	Abwertung
K85.90	Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer Organkomplikation	Abwertung
K86.1	Sonstige chronische Pankreatitis	Abwertung
K86.2	Pankreaszyste	Abwertung
K91.88	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
K92.0	Hämatemesis	Abwertung
K92.1	Meläna	Abwertung
K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
L01.1	Sekundäre Impetiginisation anderer Dermatosen	Abwertung
L03.10	Phlegmone an der oberen Extremität	Abwertung
L89.10	Dekubitus 2. Grades: Kopf	Abwertung
L89.11	Dekubitus 2. Grades: Obere Extremität	Abwertung
L89.12	Dekubitus 2. Grades: Dornfortsätze	Abwertung
L89.13	Dekubitus 2. Grades: Beckenkamm	Abwertung
L89.14	Dekubitus 2. Grades: Kreuzbein	Abwertung
L89.15	Dekubitus 2. Grades: Sitzbein	Abwertung
L89.16	Dekubitus 2. Grades: Trochanter	Abwertung
L89.17	Dekubitus 2. Grades: Ferse	Abwertung
L89.18	Dekubitus 2. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	Abwertung
L89.19	Dekubitus 2. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
L89.20	Dekubitus 3. Grades: Kopf	Abwertung
L89.21	Dekubitus 3. Grades: Obere Extremität	Abwertung
L89.22	Dekubitus 3. Grades: Dornfortsätze	Abwertung
L89.23	Dekubitus 3. Grades: Beckenkamm	Abwertung
L89.24	Dekubitus 3. Grades: Kreuzbein	Abwertung
L89.25	Dekubitus 3. Grades: Sitzbein	Abwertung

ICD 2018	ICD-Text 2018	Kategorie
L89.26	Dekubitus 3. Grades: Trochanter	Abwertung
L89.27	Dekubitus 3. Grades: Ferse	Abwertung
L89.28	Dekubitus 3. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	Abwertung
L89.29	Dekubitus 3. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
L89.30	Dekubitus 4. Grades: Kopf	Abwertung
L89.31	Dekubitus 4. Grades: Obere Extremität	Abwertung
L89.32	Dekubitus 4. Grades: Dornfortsätze	Abwertung
L89.33	Dekubitus 4. Grades: Beckenkamm	Abwertung
L89.34	Dekubitus 4. Grades: Kreuzbein	Abwertung
L89.35	Dekubitus 4. Grades: Sitzbein	Abwertung
L89.36	Dekubitus 4. Grades: Trochanter	Abwertung
L89.37	Dekubitus 4. Grades: Ferse	Abwertung
L89.38	Dekubitus 4. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	Abwertung
L89.39	Dekubitus 4. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
M32.1	Systemischer Lupus erythematodes mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen	Abwertung
M32.9	Systemischer Lupus erythematodes, nicht näher bezeichnet	Abwertung
M34.0	Progressive systemische Sklerose	Abwertung
M34.9	Systemische Sklerose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
M86.14	Sonstige akute Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M86.44	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M86.49	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M90.76	Knochenfraktur bei Neubildungen: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M90.79	Knochenfraktur bei Neubildungen: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
N02.8	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Sonstige morphologische Veränderungen	Abwertung
N02.9	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet	Abwertung
N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	Abwertung
N13.6	Pyonephrose	Abwertung
N13.9	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
N17.81	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 1	Abwertung

ICD 2018	ICD-Text 2018	Kategorie
N17.89	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium nicht näher bezeichnet	Abwertung
N17.91	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 1	Abwertung
N17.92	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2	Abwertung
N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	Abwertung
N17.99	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium nicht näher bezeichnet	Abwertung
N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3	Abwertung
N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4	Abwertung
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	Abwertung
N33.8	Krankheiten der Harnblase bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
N41.2	Prostataabszess	Abwertung
N41.3	Prostatazystitis	Abwertung
O09.3	Schwangerschaftsdauer: 20. Woche bis 25 vollendete Wochen	Abwertung
O09.4	Schwangerschaftsdauer: 26. Woche bis 33 vollendete Wochen	Abwertung
O09.5	Schwangerschaftsdauer: 34. Woche bis 36 vollendete Wochen	Abwertung
O09.6	Schwangerschaftsdauer: 37. Woche bis 41 vollendete Wochen	Abwertung
O09.7	Schwangerschaftsdauer: Mehr als 41 vollendete Wochen	Abwertung
P71.0	Kuhmilch-Hypokalzämie beim Neugeborenen	Abwertung
P71.1	Sonstige Hypokalzämie beim Neugeborenen	Abwertung
P71.2	Hypomagnesiämie beim Neugeborenen	Abwertung
P71.3	Tetanie beim Neugeborenen, ohne Kalzium- oder Magnesiummangel	Abwertung
P71.4	Transitorischer Hypoparathyreoidismus beim Neugeborenen	Abwertung
P71.8	Sonstige transitorische Störungen des Kalzium- und Magnesiumstoffwechsels beim Neugeborenen	Abwertung
P71.9	Transitorische Störung des Kalzium- und Magnesiumstoffwechsels beim Neugeborenen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
P72.0	Struma beim Neugeborenen, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
P74.0	Metabolische Spätazidose beim Neugeborenen	Abwertung
P74.1	Dehydratation beim Neugeborenen	Abwertung
P74.2	Störungen des Natriumgleichgewichtes beim Neugeborenen	Abwertung
P74.3	Störungen des Kaliumgleichgewichtes beim Neugeborenen	Abwertung

ICD 2018	ICD-Text 2018	Kategorie
P74.4	Sonstige transitorische Störungen des Elektrolyt-haushaltes beim Neugeborenen	Abwertung
P92.1	Regurgitation und Rumination beim Neugeborenen	Abwertung
P92.3	Unterernährung beim Neugeborenen	Abwertung
P92.4	Überernährung beim Neugeborenen	Abwertung
P92.5	Schwierigkeit beim Neugeborenen bei Brusternährung	Abwertung
Q33.0	Angeborene Zystenlunge	Abwertung
Q37.1	Spalte des harten Gaumens mit einseitiger Lip-penspalte	Abwertung
Q37.4	Spalte des harten und des weichen Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte	Abwertung
Q37.5	Spalte des harten und des weichen Gaumens mit einseitiger Lippenspalte	Abwertung
Q51.2	Sonstige Formen des Uterus duplex	Abwertung
Q54.0	Glanduläre Hypospadie	Abwertung
Q55.6	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Penis	Abwertung
Q75.0	Kraniosynostose	Abwertung
Q79.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Muskel-Skelett-Systems	Abwertung
Q85.0	Neurofibromatose (nicht bösartig)	Abwertung
Q85.8	Sonstige Phakomatosen, anderenorts nicht klassi-fiziert	Abwertung
Q90.9	Down-Syndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
R09.2	Atemstillstand	Abwertung
R15	Stuhlinkontinenz	Abwertung
R18	Aszites	Abwertung
R19.80	Abdominales Kompartmentsyndrom	Abwertung
R29.0	Tetanie	Abwertung
R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	Abwertung
R40.2	Koma, nicht näher bezeichnet	Abwertung
R47.1	Dysarthrie und Anarthrie	Abwertung
R47.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Sprech- und Sprachstörungen	Abwertung
R56.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe	Abwertung
R57.0	Kardiogener Schock	Abwertung
R57.1	Hypovolämischer Schock	Abwertung
R57.2	Septischer Schock	Abwertung
R57.8	Sonstige Formen des Schocks	Abwertung
R57.9	Schock, nicht näher bezeichnet	Abwertung
R58	Blutung, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
R63.3	Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernäh-rung	Abwertung
R64	Kachexie	Abwertung
R65.0	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese ohne Organ-komplikationen	Abwertung

ICD 2018	ICD-Text 2018	Kategorie
R65.1	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplifikationen	Abwertung
R65.2	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese ohne Organkomplifikationen	Abwertung
R65.3	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese mit Organkomplifikationen	Abwertung
R65.9	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS], nicht näher bezeichnet	Streichung
S02.4	Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers	Abwertung
S02.60	Unterkieferfraktur: Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
S06.5	Traumatische subdurale Blutung	Abwertung
S22.2	Fraktur des Sternums	Abwertung
S27.0	Traumatischer Pneumothorax	Abwertung
S32.5	Fraktur des Os pubis	Abwertung
S32.83	Fraktur: Becken, Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
S37.1	Verletzung des Harnleiters	Abwertung
S37.20	Verletzung der Harnblase, nicht näher bezeichnet	Abwertung
S37.28	Sonstige Verletzungen der Harnblase	Abwertung
S37.6	Verletzung des Uterus	Abwertung
S37.9	Verletzung eines nicht näher bezeichneten Harnorgans oder Beckenorgans	Abwertung
T79.2	Traumatisch bedingte sekundäre oder rezidivierende Blutung	Abwertung
T79.3	Posttraumatische Wundinfektion, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T79.4	Traumatischer Schock	Abwertung
T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T81.1	Schock während oder als Folge eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T81.2	Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T81.3	Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T81.5	Fremdkörper, der versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist	Abwertung
T81.7	Gefäßkomplifikationen nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T82.0	Mechanische Komplikation durch eine Herzklappenprothese	Abwertung
T82.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäßtransplantate	Abwertung

ICD 2018	ICD-Text 2018	Kategorie
T82.4	Mechanische Komplikation durch Gefäßkatheter bei Dialyse	Abwertung
T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	Abwertung
T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	Abwertung
T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	Abwertung
T84.04	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk	Abwertung
T84.05	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Kniegelenk	Abwertung
T84.4	Mechanische Komplikation durch sonstige intern verwendete orthopädische Geräte, Implantate und Transplantate	Abwertung
T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	Abwertung
T84.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]	Abwertung
T84.9	Nicht näher bezeichnete Komplikation durch orthopädische Endoprothese, Implantat oder Transplantat	Abwertung
T85.6	Mechanische Komplikation durch sonstige näher bezeichnete interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	Abwertung
T85.74	Infektion und entzündliche Reaktion durch perkutan-endoskopische Gastrostomie-Sonde [PEG-Sonde]	Abwertung
T85.88	Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T86.11	Chronische Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates	Abwertung
T86.19	Sonstige und nicht näher bezeichnete Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Nierentransplantates	Abwertung
T87.4	Infektion des Amputationsstumpfes	Abwertung
T88.2	Schock durch Anästhesie	Abwertung
U50.40	Schwere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 20-35 Punkte	Abwertung
U50.50	Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 0-15 Punkte	Abwertung
U80.00	Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin [MRSA]	Abwertung

ICD 2018	ICD-Text 2018	Kategorie
U80.01	Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine oder Oxazolidinone und ohne Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin	Abwertung
U80.10	Streptococcus pneumoniae mit Resistenz gegen Penicillin oder Oxacillin	Abwertung
U80.11	Streptococcus pneumoniae mit Resistenz gegen Makrolid-Antibiotika, Oxazolidinone oder Streptogramine und ohne Resistenz gegen Penicillin oder Oxacillin	Abwertung
U80.20	Enterococcus faecalis mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika	Abwertung
U80.21	Enterococcus faecalis mit Resistenz gegen Oxazolidinone oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz und ohne Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika	Abwertung
U80.30	Enterococcus faecium mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika	Abwertung
U80.31	Enterococcus faecium mit Resistenz gegen Oxazolidinone oder Streptogramine oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz und ohne Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika	Abwertung
U80.8	Sonstige grampositive Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika	Abwertung
U81.01	Klebsiella pneumoniae mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd	Abwertung
U81.04	Enterobacter-cloacae-Komplex mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd	Abwertung
U81.05	Citrobacter-freundii-Komplex mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd	Abwertung
U81.06	Serratia marcescens mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd	Abwertung
U81.08	Sonstige Enterobakterien mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd	Abwertung
U81.10	Pseudomonas aeruginosa mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd	Abwertung
U81.11	Acinetobacter-baumannii-Gruppe mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd	Abwertung
U81.21	Klebsiella pneumoniae mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.24	Enterobacter-cloacae-Komplex mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.25	Citrobacter-freundii-Komplex mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.26	Serratia marcescens mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.28	Sonstige Enterobakterien mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.30	Pseudomonas aeruginosa mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung

ICD 2018	ICD-Text 2018	Kategorie
U81.31	Acinetobacter-baumannii-Gruppe mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.44	Enterobacter-cloacae-Komplex mit Multiresistenz 4MRGN	Abwertung
U81.45	Citrobacter-freundii-Komplex mit Multiresistenz 4MRGN	Abwertung
U81.46	Serratia marcescens mit Multiresistenz 4MRGN	Abwertung
U81.48	Sonstige Enterobakterien mit Multiresistenz 4MRGN	Abwertung
U81.50	Pseudomonas aeruginosa mit Multiresistenz 4MRGN	Abwertung
U81.51	Acinetobacter-baumannii-Gruppe mit Multiresistenz 4MRGN	Abwertung
U81.6	Burkholderia, Stenotrophomonas und andere Nonfermenter mit Resistenz gegen Chinolone, Amikacin, Ceftazidim, Piperacillin/Tazobactam oder Cotrimoxazol	Abwertung
U81.8	Sonstige gramnegative Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika	Abwertung
U83	Candida mit Resistenz gegen Fluconazol oder Voriconazol	Abwertung
Z34	Überwachung einer normalen Schwangerschaft	Abwertung
Z35.0	Überwachung einer Schwangerschaft bei Infertilitätsanamnese	Abwertung
Z35.1	Überwachung einer Schwangerschaft bei Abortanamnese	Abwertung
Z35.2	Überwachung einer Schwangerschaft bei sonstiger ungünstiger geburtshilflicher oder Reproduktionsanamnese	Abwertung
Z35.3	Überwachung einer Schwangerschaft mit ungenügender pränataler Betreuung in der Anamnese	Abwertung
Z35.4	Überwachung einer Schwangerschaft bei ausgeprägter Multiparität	Abwertung
Z35.5	Überwachung einer älteren Erstschwangeren	Abwertung
Z35.6	Überwachung einer sehr jungen Erstschwangeren	Abwertung
Z35.8	Überwachung sonstiger Risikoschwangerschaften	Abwertung
Z35.9	Überwachung einer Risikoschwangerschaft, nicht näher bezeichnet	Abwertung
Z43.0	Versorgung eines Tracheostomas	Abwertung
Z45.02	Anpassung und Handhabung eines herzunterstützenden Systems	Neuaufnahme
Z93.0	Vorhandensein eines Tracheostomas	Abwertung
Z94.0	Zustand nach Nierentransplantation	Abwertung
Z94.1	Zustand nach Herztransplantation	Abwertung
Z94.2	Zustand nach Lungentransplantation	Abwertung
Z94.4	Zustand nach Lebertransplantation	Abwertung
Z94.80	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation ohne gegenwärtige Immunsuppression	Abwertung

ICD 2018	ICD-Text 2018	Kategorie
Z94.88	Zustand nach sonstiger Organ- oder Gewebe- transplantation	Abwertung
Z95.80	Vorhandensein eines herzunterstützenden Sys- tems	Abwertung

Tabelle A-4-1:

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

DRG	DRG-Text
801C	Ausgedehnte OR-Proz. oh. Bezug zur Hauptdiag. mit komplexer OR-Proz. od. and. Eingriff an Kopf u. Wirbelsäule od. mit neurolog. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls od. Alter < 1 J. od. bei Para- / Tetraplegie od. Alter < 18 J. u. schw. od. auß. schw. CC
A04C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, < 16 J. od. GVHD Grad III/IV od. auß. b. Plasmozytom, mit Gabe best. Stammz. od. GVHD III/IV od. HLA-versch., mit best. Entn. od. SZ-Boost od. m. intensivm. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / 2760 P.
A04D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit Graft-versus-Host-Krankheit Grad III und IV oder außer bei Plasmozytom, HLA-verschieden oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
A11H	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne IntK > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC
A13G	Beatmung > 95 Stunden, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation, mit äußerst schweren CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Proz., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne kompliz. Diagnose od. Prozedur, mit auß. schw. CC
A13H	Beatmung > 95 Stunden mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation, ohne äußerst schwere CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Proz., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne kompliz. Diagnose oder Proz., ohne auß. schw. CC
A36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 1104 / 1656 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 P. bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 und < 981 / 1105 / 1657 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder komplizierende Konstellation bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / - / 552 und < - / - / 829 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen
A42A	Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie oder mit schwersten CC, Alter > 15 Jahre
A42B	Stammzellentnahme bei Eigenspender, Alter < 16 Jahre oder ohne schwerste CC
A42C	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation
A60B	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation
A69Z	Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste
B17E	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie od. Neuropathie, ohne kompl. Diagnose, ohne mäßig kompl. od. kompl. Eingr., ohne äuß. schw. oder schw. CC, Alter > 18 J.
B18D	Mäßig komplexe Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems außer bei bösartiger Neubildung
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation
B47B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, weniger als 14 Behandlungstage
B66B	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre, ohne komplizierende Konstellation
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
B70G	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme
B72A	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter < 16 Jahre
B81A	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose oder bestimmter aufwendiger / hochaufwendiger Behandlung
B86Z	Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet und Krankheit des Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder Amnionmembrantransplantation oder komplexem Eingriff oder Alter < 16 Jahre
C13Z	Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre, ohne beidseitige Eingriffe an Augen und Tränenwegen, außer bei bösartiger Neubildung am Auge
C60Z	Akute und schwere Augeninfektionen
D06A	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, kompl. Eingriffe am Mittelohr und and. Eingriffe an Speicheldrüsen, Rachen, Alter < 6 J. od. Alter > 15 J., mit komplexer Prozedur oder Diagnose, mit Resektion des Felsenbeins od. mit intrakran. Eingriff bei BNB
D20A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
D30A	Tonsillektomie außer bei BNB oder verschiedene Eingr. an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äuß. schw. CC, mit aufw. Eingr. oder Eingr. an Mundhöhle und Mund auß. bei BNB, Alter < 3 J. oder mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 J. mit auß. schw. od. schw. CC
D39Z	Andere Eingriffe an der Nase

DRG	DRG-Text
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, mit starrer Endoskopie
E01B	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe ohne kompl. Konst., ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, mit best. Revisionseingriff, beids. Lobektomie oder erw. Lungenres.
E02C	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 9 J., mehr als 1 BT, ohne best. Eingriff an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwend. Eingr., ohne äußerst schwere CC, mit endoskop. Lungenvolumenred. oder anderem mäßig kompl. Eingr. oder Alter < 18 J.
E02D	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 17 Jahre, mehr als 1 BT, ohne bestimmten Eingriff an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwendigen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne endoskop. Lungenvolumenred., ohne anderen mäßig kompl. Eingriff
E02E	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmten Eingriff an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwend. Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne endoskop. Lungenvolumenred., ohne anderen mäßig kompl. Eingriff, ein Belegungstag
E40C	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur, ohne äußerst schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC
E69A	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung, Alter < 1 Jahr ohne RS-Virus-Infektion oder bei Para- / Tetraplegie
E69C	Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag oder ohne äuß. schw. oder schw. CC oder Alter < 56 Jahre oder Beschwerden und Symptome der Atmung oder Störungen der Atmung mit Ursache in der Neonatalperiode, ohne bestimmte aufw./hochaufw. Behandlung
E70Z	Keuchhusten und akute Bronchiolitis
E75A	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
E77B	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit best. komplizierender Konstellation oder hochkomplexer Diagnose oder kompl. Diagn. bei Z.n. Organtransplantation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte
F01C	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode, ohne komplizierende Faktoren oder Impl. eines Drucksensors in die Pulmonalarterie oder Impl. eines intrakardialen Pulsgenerators
F01E	Impl. Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation od. aufwendige Sondenentfernung od. Aggregatwechsel S-ICD ohne Änderung der Sonde, ohne Impl. Drucksens. in Pulmonalarterie, ohne Impl. eines intrakardialen Pulsgenerators, Alter > 17 J.

DRG	DRG-Text
F12B	Implantation eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem ohne äußerst schwere CC, ohne ablativ Maßnahme, ohne PTCA oder Implantation eines Herzschrittmachers ohne aufwendige Sondenentfernung mit komplizierenden Faktoren
F20Z	Beidseitige Unterbindung und Stripping von Venen mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC
F27A	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Gefäßeingriff oder bestimmter Amputation
F27B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne bestimmte Amputation, mit äußerst schweren CC oder komplexer Arthrodesse des Fußes oder komplexem Haut- oder bestimmtem Gefäßeingriff
F27C	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne best. Amputation, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodesse des Fußes, ohne komplexen Hauteingriff, ohne best. Gefäßeingriff, mit mäßig komplexem Eingriff
F30Z	Operation bei komplexem angeborenen Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern
F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems ohne IntK > 392 / 552 / 552 Punkte, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder bestimmter OR-Prozedur oder IntK > - / 368 / - Punkte
F58A	Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC
F65B	Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte
F67A	Hypertonie mit äußerst schweren CC oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung
F75C	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre und Alter < 16 Jahre, ohne schwere CC oder Alter > 15
G08A	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, mit äußerst schweren CC
G21A	Komplexe Adhäsionolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm und Enterostoma oder bestimmte Eingriffe am Pharynx, Alter < 16 Jahre
G21C	Andere Eingriffe an Darm und Enterostoma oder bestimmte Eingriffe am Pharynx ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff am Darm
G24A	Eingriffe bei Hernien mit plastischer Rekonstruktion der Bauchwand
G24B	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, mit äußerst schweren CC
G70A	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
H06C	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation
H07A	Cholezystektomie und wenig komplexe Eingriffe an Gallenblase, Gallenwegen, Leber mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation
H09B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC oder ohne äußerst schwere CC, mit bestimmtem Eingriff am Pankreas oder bei bösartiger Neubildung
H09C	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff am Pankreas, außer bei bösartiger Neubildung
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H38B	Andere komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H61B	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose, Alter < 17 Jahre
H64Z	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen
H77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I05A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesse, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC
I08E	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne Eingriffe in Kombination Hüftgelenk und obere Extremität oder Wirbelsäule, ohne best. komplizierende Faktoren, mit bestimmten Eingriffen Becken und Femur oder bestimmten komplizierenden Diagnosen
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
I19A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe ohne Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems
I20B	Eingriffe am Fuß mit mehreren komplexen Eingriffen oder hochkomplexem Eingriff oder Teilwechsel Endoprothese d. unteren Sprunggelenks oder bei Zerebralparese oder mit komplexem Eingriff und komplexer Diagnose oder mit Eingriff an Sehnen des Rückfußes
I28A	Andere Eingriffe am Bindegewebe mit bestimmter offen chirurgischer Stabilisierung der Thoraxwand oder bestimmtem Eingriff am Zwerchfell oder Alter < 18 Jahre bei bösartiger Neubildung
I29C	Sonstige arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette ohne bestimmte Eingriffe an der Schulter

DRG	DRG-Text
I30A	Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk, Alter < 16 Jahre oder sehr komplexe Eingriffe am Kniegelenk oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
I32A	Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Eingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwendigem rekonstruktivem Eingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochentx. bei Pseudarthrose der Hand
I32C	Eingr. an Handgel. und Hand oh. mehrz. Eingr., oh. Komplexb. Hand, mit kompl. Eingr. od. bei angeb. Anomalie d. Hand od. Pseudarthr., Alter > 5 J. od. mit hochkompl. Eingr. bei angeb. Fehl b. d. Hand, Alter < 16 J. oder mit best. Eingr. od. kompl. Diagn.
I42B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 14 Tage
I43A	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk oder Entfernung bestimmter Endoprothesen am Kniegelenk, mit äußerst schweren CC
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente
I50A	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit bestimmtem Eingriff oder bestimmter Vakuumbehandlung mit kontinuierlicher Sogbehandlung ab 8 Tagen
I64A	Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre
I64C	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC
I66A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, mehr als ein Belegungstag, mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte
I66D	Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit kinder- und jugendrheumatologischer Komplexbehandlung 7 bis 13 Behandlungstage oder Alter < 16 Jahre mit bestimmten Vaskulitiden
I73Z	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes
I95A	Implantation einer Tumorendoprothese mit Implantation oder Wechsel einer bestimmten Endoprothese oder Knochentotalersatz am Femur oder Alter < 18 Jahre
J06Z	Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation bei bösartiger Neubildung oder komplexe Prothesenimplantation
J10B	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
J24B	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, ohne Prothesenimplantation, ohne bestimmte Mammareduktionsplastik
J24C	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, mit komplexem Eingriff
J24D	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff

DRG	DRG-Text
J61B	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Diagnose, mit schwerer Erkrankung der Haut, ohne aufwendige Behandlung
J67A	Bestimmte Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder moderate Hauterkrankungen
J68B	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre
K06A	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus mit IntK > 392 / 368 / - Punkte oder bei BNB, mit äußerst schweren CC oder Parathyreoidektomie oder äußerst schwere oder schwere CC, mit Thyreoidektomie durch Sternotomie
K07Z	Andere Eingriffe bei Adipositas
K09B	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit bestimmtem Eingriff, mit äußerst schweren CC oder Alter < 7 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff, Alter < 16 Jahre
K09D	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen ohne mäßig komplexen Eingriff
K14Z	Andere Eingriffe an der Nebenniere oder ausgedehnte Lymphadenektomie
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen
K60B	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre und multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K63C	Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
K64A	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
L06C	Andere kleine Eingriffe an den Harnorganen, Alter > 15 Jahre
L07Z	Andere Nieren-, Ureter-, Prostata- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder anderer Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm
L09C	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane auß. Anlage Dialyseshunt, ohne Kalziphylaxie, ohne best. Laparotomie, ohne best. Eingriff an Präputium od. Nebenschilddrüse, Alter < 2 J. od. mit auß. schw. CC, ohne kompl. OR-Proz., ohne kompl. Eingriff
L16B	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems
L19Z	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC oder perkutane Thermoablation der Niere
L20C	Transurethrale Eingr. außer Prostatares. und kompl. Ureterorenoskop. ohne ESWL, ohne kompl. Eingriff od. andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie oder mit ESWL bei Harnsteinen, ohne auß. schw. CC, Alter > 15 J. und Alter < 90 J.

DRG	DRG-Text
L36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / - / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L42B	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen ohne auxiliäre Maßnahmen, außer bei Para- / Tetraplegie
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
L64C	Andere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
L69B	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder hämolytisch-urämisches Syndrom
M04A	Eingriffe am Hoden oder bestimmte Eingriffe an Urethra und Prostata bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder bei Fournier-Gangrän oder bestimmte radikale Prostatovesikulektomien oder bestimmte Lymphadenektomie
M04B	Eingriffe am Hoden mit bestimmtem Eingriff bei Orchitis mit Abszess oder bösartiger Neubildung oder bestimmte Eingriffe am Hoden oder bestimmte Eingriffe an Urethra und Prostata bei bösartiger Neubildung
M04D	Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff oder Alter > 2 Jahre, ohne schwere CC oder ohne beidseitigen Hodenhochstand oder Alter > 13 Jahre
M06Z	Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen oder Stanzbiopsie an der Prostata, ein Belegungstag
M09B	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne BNB des Penis
M38Z	Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, mit hochgradig komplexer Chemotherapie
M60C	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochgradig komplexer Chemotherapie
M64Z	Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane und Sterilisation beim Mann
N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff
N08Z	Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation und kleine Eingriffe an Vagina und Vulva
N16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen

DRG	DRG-Text
N21B	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äuß. schw. oder schw. CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder subtotale und andere Hysterektomie bei bösartiger Neubildung oder komplexe Myomenukleation, ohne aufwendigen Eingriff
N38Z	Komplizierende Konstellation mit best. op. Eingriff bei Krankheiten u. Störungen der weibl. Geschlechtsorg. od. Beckenevisz. bei der Frau u. radikale Vulvektomie od. best. Lymphadenekt. mit äuß. schw. CC, mit kompl. Eingriff od. kompliz. Konstellation
O01C	Sectio caesarea mit mehreren kompliz. Diag., Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 SSW, oh. best. kompliz. Faktoren od. mit kompliz. Diag., bis 25 SSW od. mit Tamponade einer Blutung od. Thromboembolie in Gestationsperiode m. OR-Proz., oh. äuß. schw. CC
O01H	Primäre Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose
O02B	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne intrauterine Therapie, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC
O03Z	Eingriffe bei Extrauterin gravidität
O04A	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma mit komplexem Eingriff
O04B	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma, ohne komplexen Eingriff
O05C	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, ein Belegungstag oder ohne Cerclage, ohne Muttermundverschluss, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte intrauterine Operation am Feten, mit fetoskopischer Hochfrequenzablation von Gefäßen
O60B	Vaginale Entbindung mit mehr. kompliz. Diag., mind. eine schwer, > 33 vollend. SSW, ohne kompliz. Konstell. od. Tamp. einer Blutung od. Thromboemb. während der Gestationsp. oh. OR-Proz. od. schwere od. mäßig schwere kompliz. Diag. bis 33 vollend. SSW
O65A	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexer Diagnose oder komplizierendem Eingriff oder ein Belegungstag
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 143 und < 481 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborener Zwerchfellhernie oder Ösophagusatresie, Beatmung > 143 Stunden oder Eingriff bei univentrikulärem Herzen
P03A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 120 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 479 Stunden
P03B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 120 Stunden, ohne Beatmung > 479 Stunden oder ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige OR Prozedur

DRG	DRG-Text
P04B	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 240 Stunden, ohne temporären Verschluss eines Bauchwanddefektes
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur
P61B	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61D	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61E	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P62D	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P64Z	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden
P65B	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem
P66A	Neugeborenes ohne sign. OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., Aufnahme­gew. 2000 - 2499 g mit mehr. schw. Probl. oder Krampfanfall mit best. diag. Maßnahmen oder Beatmung > 48 Std. od. Aufnahme­gew. > 2499 g, m. mehr. schw. Probl., m. Hypothermiebehandlung
P66C	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem
P66D	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem
Q02A	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems mit äußerst schweren CC
Q03B	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter > 9 Jahre
Q61A	Andere Erkrankungen der Erythrozyten mit äußerst schweren CC
Q62Z	Andere Anämie
R01B	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur oder ohne äußerst schwere CC, mit aufwendigem Eingriff an der Wirbelsäule
R01C	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur, ohne aufwendigen Eingriff an der Wirbelsäule
R11A	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
R13B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder schwersten CC, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation oder Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, Alter < 16 Jahre
R63A	Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit bestimmter hochkomplexer Chemotherapie, Alter > 17 Jahre
R63B	Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC oder mit anderer hochkomplexer Chemotherapie
R63C	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC, ohne andere hochkomplexe Chemotherapie
R63F	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit intensiver oder mäßig komplexer Chemotherapie, mit äußerst schweren CC oder mit lokaler Chemotherapie, mit schwersten CC
R63H	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R65Z	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit
T60F	Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196/ 184 / - Aufwandspunkte
T62A	Fieber unbekannter Ursache mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation
T64A	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit bestimmter komplexer Diagnose, Alter < 16 Jahre
U60A	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
U61Z	Schizophrene, wahnhaft und akut psychotische Störungen
V60A	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom oder HIV-Krankheit
V60B	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, ohne HIV-Krankheit
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
X05B	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff
X07B	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation eines Fingers oder einer Zehe
Z64C	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, ohne inv. kardiol. Diagnostik bei Zustand nach Herztransplantation oder Alter > 17 Jahre, mit bestimmtem Kontak Anlass

DRG	DRG-Text
Z64D	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, Nachbehandl. nach abgeschl. Behandl. oh. Radiojoddiagnostik, oh. inv. kard. Diagn. b. Zustand n. Herz-Tx od. Alter > 17 J., oh. best. Kontak Anlass od. allergologische Provokationstestung bis 2 BT

Tabelle A-4-2:

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

DRG	DRG-Text
801A	Ausgedehnte OR-Proz. oh. Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter kompl. Konst. oder Strahlenth. oder endovaskulärer Impl. von Stent-Proth. an der Aorta oder intensivmediz. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandsp. od. Alter < 18 J. mit kompl. Faktoren
A04B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom oder mit Graft-versus-Host-Krankheit Grad III und IV, mit Gabe bestimmter Stammzellen oder Alter < 16 Jahre, mit bestimmter Entnahme oder Stammzellboost
A06A	Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / 5520 Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff
A09C	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 P., mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 P. oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre
A09D	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1470 / 1380 / 1656 und < 1765 / 1657 / 2209 Aufwandspunkte
A11D	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit komplizierender Konstellation und bestimmter OR-Prozedur oder hochkomplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre
A11F	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation oder intensivmed. Komplexbehandlung > - / - / 1104 P. oder Alter < 6 Jahre
A13B	Beatmung > 95 Stunden mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., Alter < 16 Jahre od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte und kompliz. Konst.
A15D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom, ohne bestimmte Entnahme
A61B	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte akute Graft-versus-Host-Krankheit oder ein Belegungstag, mit schweren CC oder Alter < 10 Jahre
A61C	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte akute Graft-versus-Host-Krankheit oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre
B01A	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation oder Alter < 18 Jahre

DRG	DRG-Text
B01B	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 17 Jahre
B02B	Komplexe Kraniotomie oder WS-OP, Bestr. an mind. 9 T. od. best. Eingr. bei BNB mit intraop. Monit., Alt. < 18 J. od. b. BNB od. IntK > 392 / 368 / - P., mit schwersten CC, Alt. > 15 J. od. oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. Alt. > 5 J. od. oh. Eingr. bei BNB
B02E	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte komplizierende Faktoren
B03Z	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit intraoperativem Monitoring oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie oder nicht akuter Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC
B04B	Beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC oder mehrzeitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen oder äußerst schwere CC
B17A	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplexer Diagnose oder Implantation eines Ereignis-Rekorders
B17B	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und and. Teilen des Nervensystems oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystr. od. Neurop., mit best. kompl. Eingr., Alter < 16 J. oder mit mäßig kompl. Eingr., Alter < 19 J. oder mit auß. schw. oder schw. CC
B18A	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B18C	Andere Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems außer bei bösartiger Neubildung
B19A	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigeminusneuralgie
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur oder Alter < 10 Jahre bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B47A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mindestens 14 Behandlungstage
B60A	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag
B68C	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose
B69B	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
B69C	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurol. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Std., ohne äußerst schw. CC oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls oder mit äuß. schw. CC
B69D	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne äußerst schwere CC
B70C	Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std., mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolyse oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Std.
B70D	Apoplexie ohne komplexen zerebrovaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose oder systemische Thrombolyse, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Stunden oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std.
B70E	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolyse
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
B71A	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose oder Komplexbehandlung der Hand, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren oder schweren CC
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor
B80Z	Andere Kopfverletzungen
C01A	Komplexer Eingriff bei penetrierenden Augenverletzungen oder bestimmte Orbitotomie
C01B	Andere Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen oder Amnionmembrantransplantation oder bestimmte Biopsie
C20A	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter < 16 Jahre oder beidseitige Eingriffe an Augen und Tränenwegen oder bei bösartiger Neubildung am Auge
D01B	Kochleaimplantation, unilateral
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D15B	Tracheostomie ohne äußerst schwere CC
D20B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen

DRG	DRG-Text
D24B	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff
D36Z	Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen
D37A	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter < 16 Jahre oder bei Gaumenspalte oder Spaltnase oder plastische Rekonstruktion der Nase mit Rippenknorpeltransplantation
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen, Gesichtsschädelknochen
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung
D64Z	Laryngotracheitis, Laryngospasmus und Epiglottitis
E01C	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe ohne kompl. Konst., ohne hochkomplexen Eingriff, ohne kompl. Diagnose, ohne best. Revisionseingriff, ohne beids. Lobektomie, ohne erw. Lungenres.
E08A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden
E76C	Tuberkulose bis 14 Belegungstag, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Pneumothorax
E77A	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
F01D	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei- oder Einkammer-Stim. mit äußerst schweren CC oder Einkammer-Stim. mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder mit IntK > 392 / 368 / - AP oder best. Sondenentfernung oder Alter < 18 Jahre
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit bestimmter komplizierender Konstellation oder bestimmtem Zweifacheingriff
F03D	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 0 Jahre, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, IntK < 197 / 185 / - P., ohne Zweifacheingriff, außer bei Endokarditis, außer bei angeborenem Herzfehler, Alter < 16 Jahre
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit kompl. Konstellation oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder Karotiseingriff
F06E	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne intraoperative Ablation, ohne schwerste CC, ohne Implantation eines herzunterstützenden Systems
F07C	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, IntK < - / 369/- P. oder Alter > 17 Jahre oder ohne Reop. oder ohne and. kompliz. Konst., ohne and. kompl. Eingriffe oder ohne Reop. an Herz oder Perikard oder ohne best. andere kompliz. Konst.
F09A	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, Alter < 16 Jahre, mit komplizierender Konstellation oder Exzision am Vorhof
F12F	Impl. HSM, Zweikammersys., oh. äuß. schwere CC, oh. isol. offen chir. Sondenimpl., oh. aufw. Sondenentf., oh. mäßig kompl. PTCA od. Impl. HSM, Einkammersys., oh. invasive kardiolog. Diag. bei best. Eingr., mit Impl. Ereignisrekorders, Alter > 15 J.

DRG	DRG-Text
F12G	Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders
F14A	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit äußerst schweren CC
F17B	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammer- oder Zweikammersystem, Alter > 15 Jahre
F27D	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne best. Amputation, ohne äußerst schwere CC, ohne kompl. Arthrodese des Fußes, ohne best. Gefäßeingriff, ohne mäßig kompl. Eingriff, mit best. aufwendigen Eingriff
F28A	Amputation mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder mit Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC
F28C	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere oder schwere CC
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen d. Kreislaufsystem. m. kompliz. Fakt., > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. m. best. OR-Proz., ohne aufwend. Ingr. od. > - / 552 / 552 P. m. best. Aortenstent od. minimalinv. Ingr. an mehrer. Herzkkl.
F41A	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt mit äußerst schweren CC
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte
F49A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, mit komplexem Eingriff oder Alter < 10 Jahre
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, ohne komplexen Eingriff, Alter > 9 Jahre
F49D	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, mit schweren CC, mehr als ein Belegungstag
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne best. kompl. Diagnose, mit best. Ingr.
F49G	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Eingriff
F50B	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit komplexer Ablation, ohne komplexe Ablation im linken Vorhof, ohne hochkomplexe Ablation, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, Alter > 15 Jahre
F62B	Herzinsuff. und Schock mit auß. schw. CC, mit Dialyse oder kompliz. Diag. od. mit best. hochaufw. Beh. od. ohne kompliz. Konst., ohne best. hochaufw. Beh., mehr als 1 BT bei best. akuten Nierenvers. mit auß. schw. CC od. Komplexbeh. des akut. Schlaganf.

DRG	DRG-Text
F62D	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung, ein Belegungstag
F67B	Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder schweren CC oder bestimmter mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung
F67C	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter < 18 Jahre
F71A	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit katetergestützter elektrophysiologischer Untersuchung des Herzens oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung
F72A	Angina pectoris mit äußerst schweren CC
F72B	Angina pectoris ohne äußerst schwere CC
F77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
G02C	Andere komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder andere Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose, ohne Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre
G08B	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, ohne äußerst schwere CC
G10Z	Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff
G22B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsionolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 9 Jahre, mit laparoskopischer Adhäsionolyse oder Alter < 16 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung
G23B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsionolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung
G26A	Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter < 16 Jahre oder bei bestimmter bösartiger Neubildung oder mit kleinem Eingriff am Rektum
G36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1470 / 1380 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / - Aufwandspunkte und < 1177 / 1105 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G47A	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, Alter < 16 Jahre oder mit endoskopischer submukosaler Dissektion am Dickdarm, ein Belegungstag
G66Z	Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 55 Jahre und mit CC

DRG	DRG-Text
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane
H02A	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen, Alter > 13 Jahre, bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmter biliodigestiver Anastomose
H12A	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen mit äußerst schweren CC
H12B	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff
H40A	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung mit äußerst schweren CC
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, mit akuter Pankreatitis oder Leberzirrhose oder bestimmter nichtinfektiöser Hepatitis, Alter < 16 Jahre
I01Z	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose
I03A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrodese od. Alter < 16 Jahre oder beidseitige od. mehrere gr. Eingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, mit auß. schw. CC oder mehrzeitigem Wechsel oder Eingr. an mehr. Lok.
I05C	Anderer großer Gelenkersatz ohne Implantation oder Wechsel einer inversen Endoprothese am Schultergelenk, ohne Implantation einer Sprunggelenkendoprothese
I06B	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals mit hochkomplexem Eingriff an der Wirbelsäule oder komplexem Eingriff an Kopf und Hals, Alter < 19 Jahre oder mit sehr komplexem Eingriff bei schwerer entzündlicher Erkrankung oder best. BNB Knochen
I08G	Andere Eingriffe Hüftgelenk u. Femur oh. best. kompliz. Faktoren, oh. best. andere Eingr. an Hüftgel. u. Femur oder best. Eingr. Femur u. Becken oh. best. Diag. oder komplexe Diag. oder beids. Eingr., oh. best. komplexen Eingr. Femur u. Becken, > 1 BT
I08H	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur oder Ersatz des Hüftgelenkes und Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule, mit anderem bestimmten Eingriff, 1 Belegungstag
I09A	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit sehr komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC
I09B	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten expandierbaren Implantaten oder mehrzeitigen komplexen Eingriffen
I09D	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten komplizierenden Faktoren, bei Frakturen der Halswirbelsäule oder sekundärer bösartiger Neubildung des Knochens oder mit anderen mehrzeitigen komplexen Eingriffen

DRG	DRG-Text
I09E	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule und best. komplizierende Faktoren oder best. Eingriffe an der WS mit best. anderen kompl. Faktoren und Eingriffe ZNS oder transpleuraler Zugang BWS oder best. langstreckige Spondylodese/Osteosynthese oder Diszitis
I09F	Best. Eingriffe WS und best. kompl. Faktoren od. best. andere Eingriffe WS mit best. anderen kompl. Faktoren od. Alter kl. 16 J., oh. Eingriffe ZNS, oh. transpleuraler Zugang BWS, oh. best. langstreckige Spondylodese/Osteosynthese, oh. Diszitis
I09G	Best. Eingriffe an der Wirbelsäule m. best. anderen kompl. Faktoren od. m. anderen kompl. Faktoren u. Frakturen Halswirbelsäule oder BNB der Wirbelsäule mit Kyphoplastie, mit Radiofrequenzabl. od. langstreckige ventrale Osteosynthese der WS
I09I	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne komplizierende Faktoren
I16A	Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität mit bestimmtem Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen
I17A	Aufwendige Operationen am Gesichtsschädel oder Alter < 16 Jahre
I17B	Operationen am Gesichtsschädel ohne aufwendige Operationen, Alter > 15 Jahre
I18A	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff oder mit beidseitigem Eingriff am Kniegelenk
I20D	Eingriffe am Fuß ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit Knochentransplantation oder schwerem Weichteilschaden oder bestimmtem Eingriff am Fuß oder Implantation einer Vorfuß- oder Zehenedoprothese oder Kalkaneusfraktur
I23C	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk und Femur und Wirbelsäule ohne komplizierenden Eingriff am Knochen, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmten Eingriff am Knochen
I24A	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe mit komplexem Eingriff oder Alter < 16 Jahre
I28E	And. Eingr. am Bindegew., oh. best. off. chir. Stab. Thorax, oh. Eingr. Zwerchf., oh. kompl. Eingr., oh. mäßig kompl. Eingr. an Brustw./Abd. od. Impl./We. best. Medik.-Pumpe, Alter > 9 J., oh. best. Eingr. an Knochen, Weichteilen od. Bindegew. oder 1 BT
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder best. Osteosynthesen an der Klavikula ohne kompliz. Diagnose, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen oder sonst. arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette mit bestimmten Eingriffen an der Schulter
I30B	Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk, Alter > 15 Jahre oder best. kompl. Eingriffe Kniegelenk ohne bestimmte sehr komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 17 J. oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I32B	Eingr. an Handgel. und Hand ohne mehrz. Eingr., oh. Komplexb. Hand, ohne aufw. rekonstr. Eingr., mit kompl. Eingr. od. bei angeb. Anomalie d. Hand od. Pseudarthr., Alter < 6 J. od. mit kompl. Eingr. bei angeb. Fehlb. d. Hand, Alter < 16 J.

DRG	DRG-Text
I32F	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe oder mit bestimmtem mäßig komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag oder mit anderem mäßig komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre
I36Z	Beidseitige oder kombinierte Implantation oder Wechsel einer Endoprothese an Hüft-, Kniegelenk und/oder an der oberen Extremität
I44C	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Wechsel von Endoprothesen oder Prothesenkomponenten, ohne Implantation einer patientenindividuell angefertigten Endoprothese am Kniegelenk
I45A	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, mehr als ein Segment
I46B	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, mit periprothetischer Fraktur
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne best. kompliz. Faktoren, ohne komplexe Diagnose an Becken/OS, ohne best. endoproth. Eingriff, ohne gelenkpl. Eingriff am Hüftgelenk, ohne Impl. oder Wechsel einer Radiuskopfprothese, ohne Entf. Osteosynthesemat.
I59Z	Andere Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk oder mäßig kompl. Ingr. Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm od. best. geschl. Reposition einer Gelenkluxation m. Osteosynthese od. Einbringen Osteosynthesemat. bei OP am Weichteilgewebe
I60Z	Frakturen am Femurschaft, Alter < 3 Jahre
I66H	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, ein Belegungstag, ohne bestimmte Biopsie am Herzen
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag
I74C	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß oder leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre
I79Z	Fibromyalgie
J07B	Kleine Eingriffe an der Mamma mit bestimmter Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei BNB, ohne beidseitigen Eingriff, ohne Eingriff an Ovar od. Plexus brachialis, ohne Eingriff an Lymphgefäßen, mit brusterhaltendem Eingriff
J07C	Kleine Eingriffe an der Mamma mit bestimmter Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei BNB, ohne beidseitigen Eingriff, ohne Eingriff an Ovar od. Plexus brachialis, ohne Eingriff an Lymphgefäßen, ohne brusterhaltenden Eingriff
J16B	Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J25Z	Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC
J62A	Bösartige Neubildungen der Mamma, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
J64A	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
J68A	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre
K04Z	Große Eingriffe bei Adipositas
K06C	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse u. Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, außer bei BNB, oh. auß. schw. oder schw. CC, mit Eingr. an der Schilddrüse außer kl. Eingriffe, ohne Thyreoidektomie durch Sternotomie, Alter > 15 Jahre
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Radiojodtherapie
K15C	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmter nuklearmedizinischer Therapie
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 6 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
L06B	Kleine Eingriffe an den Harnorganen ohne äußerst schwere CC oder ohne bestimmte Prozeduren oder Alter < 16 Jahre
L09E	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunt bei akuter Niereninsuffizienz oder bei chron. Niereninsuff. mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne best. Laparotomie, ohne bestimmten anderen Eingriff, Alter > 17 Jahre
L10Z	Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung ohne Multiviszeraleingriff oder Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, mit großem Eingriff am Darm
L13A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, mit CC
L13B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC, mit bestimmtem Eingriff
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter > 15 Jahre
L18A	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit äußerst schweren CC
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L62A	Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC
L63B	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung, Alter > 5 Jahre

DRG	DRG-Text
L63E	Infektionen der Harnorgane oh. äuß. schwere CC, oh. bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige / hochaufwendige Behandl., oh. Komplexbehandlung MRE, oh. best. schwere Infektionen, Alter > 2 J. und < 6 J. oder Alter < 18 J. mit schweren CC oder Alter > 89 J.
L64A	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, bei angeborener Fehlbildung oder Alter < 3 Jahre
L64D	Andere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
M01A	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC
M03C	Mäßig komplexe Eingriffe am Penis, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte Eingriffe am Penis, ohne aufwendige plastische Rekonstruktion des Penis, ohne totale Amputation des Penis, ohne Amputation des Penis mit bestimmter Lymphadenektomie
M05A	Zirkumzision oder bestimmte andere Eingriffe am Penis oder bestimmte großflächige Ablationen der Haut
M10B	Radioligandentherapie mit Lutetium-177-PSMA-Liganden
M60A	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC
M61Z	Benigne Prostatahyperplasie
N01A	Beckeneviszeration bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraler Eingriff
N01C	Beckeneviszeration bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit schweren CC
N01D	Beckeneviszeration bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC
N02A	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung oder bestimmte Eingriffe am Darm oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva, mit äußerst schweren CC
N02B	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder best. Hernien und große operat. Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei BNB, ohne äuß. schw. CC, mit best. Eingriff an Darm od. Ureter oder Rekonstruktion von Vagina u. Vulva od. Vulvektomie mit Lymphadenektomie
N02C	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere CC, mit mäßig komplexem Eingriff
N05B	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder bestimmte Embolisation an viszeralen und anderen abdominalen Gefäßen außer bei bösartiger Neubildung

DRG	DRG-Text
N13A	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva auß. bei BNB oder kl. Eingriffe an Vagina/Douglasraum oder best. Eingriff an der Harnblase, Alter > 80 Jahre od. auß. schw. od. schw. CC od. best. Embolisation an viszeralen und and. abdominalen Gefäßen bei BNB
N13B	Große Eingr. an Vagina, Zervix u. Vulva auß. bei BNB od. kl. Eingriffe an Vagina/Douglasraum od. best. Eingr. an der Harnblase, Alter < 81 Jahre, ohne auß. schw. od. schw. CC, mit aufwend. Eingr., ohne best. Embol. an visz. u. and. abdom. Gefäßen bei BNB
N14Z	Hysterektomie auß. bei BNB m. Beckenbodenpl. od. Brachytherapie b. Krankh./Stör. weibl. Geschlechtsorg., > 1 BT, m. auß. schw. CC od. Ovariectomie u. kompl. Eingriffe an den Tubae uterinae auß. bei BNB, ohne auß. schwere od. schwere CC, Alter < 16 Jahre
N16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen oder Brachytherapie
N23Z	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukleation
N34Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
O01A	Sekundäre Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Mehrlingsschwangerschaft oder Sectio caesarea mit IntK > 196 / 184 / 184 Punkte
O61Z	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Prozedur, ohne bestimmten Eingriff an der Mamma
P62A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur
P63Z	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden
Q03A	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter < 10 Jahre
Q60A	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, mit Milzverletzung oder Granulozytenstörung, Alter < 16 Jahre
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
R62C	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne Knochenaffektionen, ohne bestimmte Metastasen, ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre
S63A	Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation
U42B	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter > 18 Jahre, mindestens 14 Behandlungstage
V61Z	Drogenintoxikation und -entzug
V63Z	Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit

DRG	DRG-Text
W01B	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne Frührehabilitation, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung oder mit IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte
W01C	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne Frührehabilitation, ohne Beatmung > 263 Stunden, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte
W02B	Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
W61A	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender Diagnose oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
W61B	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe, ohne komplizierende Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten
Z03Z	Nierenspende (Lebendspende)

Tabelle A-4-3:

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

DRG	DRG-Text
801B	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit hochkomplexer OR-Prozedur oder mit komplizierender Konstellation, Alter > 17 Jahre oder ohne komplizierende Faktoren
801D	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter OR-Prozedur oder mit intensivmediz. Komplexbeh. > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte oder bestimmte nicht ausgedehnte OR-Prozedur mit neurolog. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
801E	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexe, komplexe oder bestimmte OR-Prozedur
802A	Bestimmte nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose oder andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte
802B	Andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit mäßig komplexer OR-Prozedur
802C	Andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne mäßig komplexe OR-Prozedur
802D	Wenig komplexe nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose
863Z	Neonatale Diagnose ohne Bezug zu Alter oder Gewicht
961Z	Unzulässige Hauptdiagnose
A01B	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 Stunden oder mit Transplantatabstoßung oder mit kombinierter Nierentransplantation oder mit kombinierter Pankreastransplantation oder Alter < 6 Jahre
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation, ohne kombinierte Pankreastransplantation, Alter > 5 Jahre
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A05A	Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2646 / 2484 / - Aufwandspunkte
A05B	Herztransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2646 / 2484 / - Aufwandspunkte
A06C	Beatmung > 1799 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte
A07A	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und int. Komplexbeh. > 3920 / 3680 / 3680 P. oder mit hochkompl. oder dreizeitigem Eingr.

DRG	DRG-Text
A07B	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinische Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur und ECMO ab 384 Stunden oder mit Polytrauma oder Alter < 16 J. oder intensivmed. Komplexbeh. > - / 3220 / - Punkte
A07D	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1176 / 1380 / - und < 2353 / 1933 / 2485 Aufwandspunkte, mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation
A07E	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 184 / 368 Aufwandspunkte oder Beatmung > 1799 Stunden
A07F	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 184 / 368 Aufwandspunkte, ohne Beatmung > 1799 Stunden
A09B	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 Punkte, mit angeb. Fehlbild. oder Tumorerkr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / - P., Alter < 16 J.
A11E	Beatmung > 249 Stunden, mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 P., ohne kompliz. Konstellation, Alter > 15 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 828 / - Aufwandspunkte
A11G	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 5 Jahre, mit kompl. Diagnose oder Prozedur oder Alter < 16 J. oder äußerst schwere CC
A13A	Beatmung > 95 Std. mit hochkompl. Eingriff oder mit int. Komplexbeh. > 1176 / 1380 / - P. oder mit kompl. OR-Prozedur oder bei Lymphom und Leukämie und int. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 P. oder mit kompliz. Konst. u. best. OR-Proz., Alter < 16 Jahre
A13C	Beatmung > 95 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Konstellation od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / - / 1104 Punkte od. Alter < 16 J., außer bei Lymphom und Leukämie, ohne kompliz. Konstellation
A13E	Beatmung > 95 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte und < 1177 / 829 / 1105 Aufwandspunkte od. Alter < 16 Jahre
A13F	Beatmung > 95 Stunden, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose oder Prozedur od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 368 / - Punkte
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre oder ohne AB0-inkompatible Transplantation, ohne schwerste CC
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion

DRG	DRG-Text
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit Entfernung eines Organtransplantates oder komplexer OR-Prozedur oder äußerst schweren CC oder komplizierender Konstellation
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber-, Dünndarm- oder Nieren-Pankreas-Transplantation
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation bei Neubildung des Nervensystems oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Punkte, Alter < 6 Jahre mit Eingriff bei BNB oder Alter < 16 Jahre und mehrzeitige komplexe OR-Prozedur
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, außer bei Neubildung, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmtem Eingriff, Alter < 18 Jahre oder mit best. komplizierenden Faktoren
B04C	Bestimmte interventionelle Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, ohne mehrzeitige Eingriffe, ohne beidseitige Eingriffe, ohne äußerst schwere CC
B04D	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, ohne mehrzeitige Eingriffe, ohne beidseitige Eingriffe, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte interventionelle Eingriffe
B05Z	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom oder kleine Eingriffe an den Nerven
B07Z	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC oder komplizierender Diagnose
B09Z	Andere Eingriffe am Schädel
B12Z	Implantation eines Herzschrittmachers bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
B16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
B16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
B17C	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplexem Eingriff
B17D	Eingr. an periph. Nerven, Hirnnerven und and. Teilen des Nervensyst. oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystr. od. Neurop., Alt. < 19 J. od. mit schw. CC, Alt. > 15 J., ohne mäßig kompl. Eingr. od. oh. schw. CC, Alt. > 18 J., mit mäßig kompl. Eingr.

DRG	DRG-Text
B18B	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems außer bei bösartiger Neubildung oder Revision eines Ventrikelschrittmachers oder operative Eingriffe bei nicht akuter Para- / Tetraplegie
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 18 Jahre oder mit komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre
B20B	Kraniotomie oder große WS-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 17 Jahre oder ohne bestimmte komplexe Prozedur, mit komplizierenden Faktoren, Alter > 15 Jahre
B20C	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter < 3 Jahre oder interventioneller Eingriff oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff
B20D	Kraniotomie oder große WS-OP mit komplexer Prozedur oder ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigeminusneuralgie
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 588 / 552 / 552 Punkte mit best. OR-Prozedur oder best. hochaufw. Implantate oder Alter > 9 Jahre bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B39A	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, mehr als 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
B42A	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder fachübergreifende u. andere Frührehabilitation mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B42B	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B44A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit neurologischer Komplexbehandlung oder anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls bei schwerer motorischer Funktionseinschränkung
B44B	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder schwerer motorischer Funktionseinschränkung
B44C	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne schwere motorische Funktionseinschränkung
B45Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen

DRG	DRG-Text
B60B	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, ein Belegungstag
B61A	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt
B63Z	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion
B66C	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
B66D	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
B67A	Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung
B67B	Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung
B68A	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
B68D	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B69A	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden
B70A	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit komplizierender Diagnose
B70B	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierende Diagnose oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
B70I	Apoplexie, ein Belegungstag
B71B	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, mit schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie oder mit Komplexbehandlung der Hand oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC, bei Para- / Tetraplegie
B71C	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne Komplexbehandlung der Hand oder mit kompl. Diagnose, ohne schw. CC oder außer bei Para- / Tetraplegie oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC, außer bei Para- / Tetraplegie
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC
B72B	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, mehr als ein Belegungstag
B73Z	Virusmeningitis oder Infektion des Nervensystems, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag
B74Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B75Z	Fieberkrämpfe
B76B	Anfälle, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC oder Alter < 3 Jahre oder komplexer Diagnose oder EEG, Alter < 1 Jahr, mehr als ein Belegungstag oder mit bestimmter Diagnose, mit komplexer Diagnose

DRG	DRG-Text
B76C	Anfälle, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mehr als ein Belegungstag, mit schweren CC, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder EEG, Alter < 1 Jahr, mehr als ein Belegungstag oder mit bestimmter Diagnose, ohne komplexe Diagnose
B76D	Anfälle, Alter < 6 Jahre oder komplizierende Diagnose oder EEG, mehr als ein Belegungstag
B76E	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, ohne bestimmte Diagnose, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B78A	Intrakranielle Verletzung, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Diagnose
B78B	Intrakranielle Verletzung, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Diagnose
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung
B82Z	Andere Erkrankungen an peripheren Nerven
B84Z	Vaskuläre Myelopathien
B85A	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit hochkomplexer Diagnose oder mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder bestimmter aufwendiger / hochaufwendiger Behandlung
B85B	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, ohne hochkomplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung
B85C	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, zerebrale Lähmungen oder Delirium
B85D	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose
C02B	E nukleationen und Eingriffe an der Orbita außer bei bösartiger Neubildung
C03A	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) od. bei BNB des Auges, mit best. Eingriff an der Retina od. Entfernung des Augapfels mit Implantat od. Endophthalmitis od. Eingr. Orbita bei BNB des Auges
C03B	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder bestimmtem Eingriff an der Retina oder komplexem Eingriff am Auge oder bei bösartiger Neubildung des Auges
C03C	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne bestimmten Eingriff an der Retina, ohne komplexen Eingriff am Auge, außer bei bösartiger Neubildung des Auges
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom

DRG	DRG-Text
C07A	Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE) oder komplexem Eingriff am Auge oder bestimmten Eingriffen bei Glaukom oder Alter < 6 Jahre
C07B	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), ohne komplexen Eingriff am Auge, ohne bestimmte Eingriffe bei Glaukom, Alter > 5 Jahre
C14Z	Andere Eingriffe am Auge
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina
C61Z	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges
C62Z	Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen
C63Z	Andere Erkrankungen des Auges oder Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus
C64Z	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides
C65Z	Bösartige Neubildungen des Auges
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D03B	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf, Alter > 0 Jahre
D04B	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen, ohne komplexen Eingriff
D06B	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, kompl. Eingriffe am Mittelohr und and. Eingriffe an Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 5 J. u. Alter < 16 J. od. Alter > 15 J., mit kompl. Proz. oder Diag., ohne Resektion Felsenbein, ohne intrakran. Eingriff bei BNB
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC
D12A	Andere aufwendige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D13A	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals mit komplizierender Diagnose oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren CC
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, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
D24A	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC oder mit Kombinationseingriff ohne äußerst schwere CC
D25C	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen
D29Z	Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung
D30C	Kleine Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals, Alter > 11 Jahre
D61Z	Gleichgewichtsstörung, Hörverlust und Tinnitus
D63Z	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege oder Blutung aus Nase und Rachen
D65Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals oder Verletzung und Deformität der Nase
D67Z	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle
E02A	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen mit aufwendigem Eingriff oder schwersten CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte oder Alter < 10 Jahre
E05C	Andere große Eingriffe am Thorax ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 17 Jahre
E06C	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum, Alter > 15 Jahre, ohne offene chirurgische Pleurolyse mit Ingr. an Lunge/Pleura, ohne bestimmte atypische Lungenresek., ohne best. Brustkorbbkorrektur
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingriff od. Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen od. mindestens 10 Bestrahlungen od. zerebrale, stereotaktische Bestrahlung
E08D	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Ingr. oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 10 Bestrahlungen, ohne zerebrale, stereotaktische Bestrahlung
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E40B	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre oder bei Para- / Tetraplegie
E42Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E63A	Schlafapnoesyndrom oder Polysomnographie oder kardiorespiratorische Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter < 18 Jahre oder mit bestimmter invasiver kardiologischer Diagnostik
E63B	Schlafapnoesyndrom oder Polysomnographie oder kardiorespiratorische Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte invasive kardiologische Diagnostik

DRG	DRG-Text
E64A	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder Lungenembolie
E64B	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
E64C	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
E64D	Respiratorische Insuffizienz, ein Belegungstag
E65A	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung mit äuß. schw. CC od. mit komplizierender Diagnose od. best. hochaufw. Behandlung od. Bronchitis u. Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äuß. schw. od. schw. CC, Alter < 1 J., mit RS-Virus-Infekt.
E65B	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, mit FEV1 < 35% und mehr als ein Belegungstag oder Alter < 1 Jahr oder mit bestimmter mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung
E65C	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, ohne FEV1 < 35% oder ein Belegungstag oder Alter > 1 Jahr, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung
E66A	Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose
E66B	Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose
E69B	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als 1 BT u. Alter > 55 J. od. mit äuß. schw. od. schw. CC, Alt. > 0 J. od. 1 BT od. oh. äuß. schw. od. schw. CC, Alt. < 1 J. od. flex. Bronchoskopie, Alt. < 16 J. od. best. mäßig aufw. Beh., m. RS-Virus-Infekt.
E71A	Neubildungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
E71B	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, mit Bronchoskopie oder bestimmter Lungenbiopsie oder mit endoskopischer Biopsie am Respirationstrakt, mit Chemotherapie
E71C	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne Bronchoskopie, ohne bestimmte Lungenbiopsie, mit endoskopischer Biopsie am Respirationstrakt, ohne Chemotherapie
E71D	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne Bronchoskopie, ohne bestimmte Lungenbiopsie, ohne endoskopische Biopsie am Respirationstrakt
E73A	Pleuraerguss mit äußerst schweren CC
E73B	Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC
E74Z	Interstitielle Lungenerkrankung
E75B	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
E75C	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose
E76B	Tuberkulose bis 14 Belegungstage oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC

DRG	DRG-Text
E77C	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit and. kompliz. Konst. od. schwersten CC oder äuß. schw. CC mit kompl. Diagnose od. mit Komplexbeh. MRE od. best. hochaufwend. Behandlung od. angeb. Fehlbildungssyndrom od. Alter < 10 J.
E77D	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane, Alter > 9 Jahre
E79A	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit äußerst schweren CC mit bestimmten Infektionen oder Entzündungen
E79B	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, bei Para- / Tetraplegie oder mit bestimmter mäßig aufwendiger Behandlung oder mit bestimmter Pneumonie, mehr als ein Belegungstag
E79C	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komp. Diagnose, ohne äußerst schwere CC od. ein Belegungstag, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne best. mäßig aufwend. Behandlung
F01A	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stimulation oder Defibrillator mit kompliz. Faktoren oder myokardstimulierendes System oder aufwendige Sondenentf. mit kompliz. Faktoren oder Zweikammer-Stimulation mit kompliz. Faktoren
F01B	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation mit komplizierenden Faktoren oder neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mehr als 24 Stunden mit komplizierenden Faktoren
F01F	Impl. Kardioverter / Defibrillator (AICD), Einkammer-Stimulation, ohne zusätzl. Herz- od. Gefäßeingriff, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne äuß. schw. CC, ohne aufw. Sondenentf., ohne Impl. Drucksens. in Pulmonalart., ohne Impl. Pulsgen., Alter > 17 J.
F02A	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Dreikammer-Stimulation
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Mehrfacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder bestimmter anderer komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 J., IntK > 196 / 184 / - P. und IntK < 393 / 369 / - P., mit Zweifacheingriff od. bei angeborenem Herzfehler, mit kompl. Eingr. od. best. Herzklappeneingriff oder andere komplizierende Konstellation
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 J., IntK < 197 / 185 / - P., mit Zweifacheingr. od. bei angeb. Herzfehler, oh. kompl. Eingr. od. oh. Zweifacheingr., auß. bei angeb. Herzfehler, Alter > 15 J., mit Impl. klappentragende Gefäßprothese
F03F	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 0 J., ohne Eingr. in tiefer Hypoth., IntK < 197 / 185 / - P., ohne Zweifacheingr., auß. bei Endokarditis, auß. b. angeb. Herzfehler, Alter > 15 J., ohne Impl. klappentr. Gefäßpr.

DRG	DRG-Text
F06A	Koronare Bypass-Operation mit bestimmten mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
F06B	Koronare Bypass-Operation mit anderen mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder mit intraoperativer Ablation oder schwersten CC oder Implantation eines herzunterstützenden Systems
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit best. kompliz. Konst. oder komp. Operation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 /- Aufwandspunkte oder < 18 J. mit Reop. od. and. kompliz. Konst., mit best. komp. Eingr.
F08A	Rekonstruktive Gefäßeingriffe mit komplizierender Konstellation oder komplexe Vakuumbehandlung oder komplexer Aorteneingriff
F08B	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellationen, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne komplexen Aorteneingriff, mit komplexem Eingriff mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Re-OP oder bestimmten Bypassen, mit äußerst schweren CC
F08C	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne kompl. Aorteneingriff, mit kompl. Eingriff ohne Mehretagen- od. Aorteneingriff, ohne Reop., ohne bestimmten Bypass, mit äußerst schweren CC oder mit bestimmtem Aorteneingriff
F08D	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompl. Konst., ohne kompl. Aorteneingriff, mit kompl. Eingr. mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Reop. oder best. Byp., ohne äuß. schw. CC, ohne best. Aorteneingriff oder bestimmte Bypässe mit äußerst schweren CC
F08E	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne kompl. Aorteneingriff, mit komplex. Eingriff, ohne Mehretagen- oder Aorteneingriff, ohne Reop., ohne bestimmten Bypass, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Aorteneingriff
F08F	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne komplexen Aorteneingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Aorteneingriff, mit bestimmtem Eingriff
F12A	Implantation eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem mit äuß. schw. CC oder ablativ. Maßnahmen oder PTCA oder mit aufwendiger Sondenentfernung mit kompliz. Faktoren oder mit Revision eines Herzschrittm. oder AICD ohne Aggregatw. mit kompliz. Faktoren
F12C	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, mit komplexem Eingriff oder Alter < 16 Jahre
F12D	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC oder isolierter offen chirurgischer Sondenimplantation oder aufwendiger Sondenentfernung oder mäßig komplexer PTCA

DRG	DRG-Text
F12E	Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem, Alter > 15 Jahre, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen
F13A	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen
F13B	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC, ohne mehrzeitige Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe
F13C	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen ohne äußerst schwere CC
F14B	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe, ohne äußerst schwere CC
F15Z	Perkutane Koronarangioplastie mit komplizierender Konstellation mit komplexer Diagn. u. hochkompl. Intervention od. m. best. Rekanalisationsverf., Alt. < 16 J. od. inv. kardiolog. Diagnostik, mit kompliz. Konst. od. Endokarditis, mehr als 2 Belegungstage
F18A	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder mit aufwendiger Sondenentfernung
F18B	Revision Herzschrittmacher od. Kardioverter / Defibrillator (AICD) oh. Aggregatw., Alt. < 16 J. od. mit äuß. schw. CC, oh. kompl. Eingr., oh. aufwend. Sondenentf. od. Alt. > 15 J., oh. äuß. schw. CC mit kompl. Eingr., mit intralum. exp. Extraktionshilfe
F18C	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, mit komplexem Eingriff, ohne intraluminale expandierende Extraktionshilfe
F18D	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, ohne komplexen Eingriff
F19B	Anderer transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC
F21A	Anderer OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation
F21B	Anderer OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne hochkomplexen Eingriff, mit komplexem Eingriff oder bestimmter komplizierender Konstellation
F21C	Anderer OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, mit mäßig komplexem Eingriff oder anderer komplizierender Konstellation oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte
F21D	Anderer OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmtem anderen Eingriff
F21E	Anderer OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten anderen Eingriff

DRG	DRG-Text
F28B	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff
F36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > - / 552 / 552 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne bestimmten Aortenstent oder bestimmter mehrzeitiger komplexer Eingriff
F39A	Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC
F39B	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC
F42Z	Operation b. kompl. angeb. Herzfehler, Hybridchirurgie, best. Herzklappeneingriffe od. and. Eingriffe m. Herz-Lungen-Maschine m. invas. kardiolog. Diagnostik bei Kindern od. best. rekonstruktive Gefäßeingriffe oh. Herz-Lungen-Maschine m. kompl. Eingriff
F48Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne schwere CC bei BT > 1, mit kardialem Mapping oder bestimmter komplexer Diagnose
F50C	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen ohne komplexe Ablation, ohne komplexe Ablation im linken Vorhof, ohne hochkomplexe Ablation, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, Alter > 15 Jahre
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination
F51B	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal, ohne bestimmte Aortenprothesenkombination
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie
F58B	Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC
F59A	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit äußerst schweren CC
F59B	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit aufwendiger Gefäßintervention, ohne äußerst schwere CC
F59C	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, mit aufwendigem Eingriff oder Mehrfacheingriff oder bestimmter Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
F59D	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, mit bestimmtem Eingriff oder anderem Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag oder mit pAVK mit Gangrän, mehr als ein Belegungstag
F59E	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwend. Gefäßinterv., mit bestimmtem anderen Eingriff oder PTA, mehr als ein Belegungstag, ohne aufwendigen oder bestimmten Eingr., ohne Mehrfacheingr., Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag
F59F	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, ohne aufwendigen, bestimmten oder bestimmten anderen Eingriff, ohne Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag
F60A	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC
F62A	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder komplizierender Diagnose oder mit bestimmter hochaufwendiger Behandlung mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Punkte oder komplizierender Konstellation
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äuß. schw. CC od. ohne Dialyse, ohne kompliz. Diagnose, ohne kompliz. Konst., ohne best. hochaufw. Beh., mehr als 1 Belegungstag, ohne best. akut. Nierenvers. od. ohne äuß. schw. CC. ohne Komplexbeh. des akut. Schlaganf.
F63B	Venenthrombose ohne äußerst schwere CC
F64Z	Hautulkus bei Kreislauferkrankungen
F65A	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte
F66A	Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC
F66B	Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC
F67D	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter > 17 Jahre
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
F68B	Angeborene Herzkrankheit ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter > 15 Jahre
F69A	Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC
F69B	Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere CC
F70A	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren CC
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung
F73A	Synkope und Kollaps, Alter < 14 Jahre, ein Belegungstag
F73B	Synkope und Kollaps, Alter > 13 Jahre oder mehr als ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
F75A	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC
F95A	Interventioneller Septumverschluss, Alter < 18 Jahre oder Vorhofohrverschluss
F98A	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Alter < 30 Jahre oder Implantation eines Wachstumsstents
F98B	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 29 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, mit sehr komplexem Eingriff
F98C	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 29 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, ohne sehr komplexen Eingriff
G01Z	Eviszeration des kleinen Beckens
G02A	Bestimmte Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeb. Fehlbildung, Alter < 2 Jahre oder sehr komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, Alter < 10 Jahre oder best. Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit kompliz. Diagnose, mit bestimmten kompliz. Faktoren
G02B	Bestimmte komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder andere Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeb. Fehlbildung, Alter < 2 Jahre oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose, ohne bestimmte komplizierende Faktoren
G03B	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum oder bestimmte Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplexer Prozedur ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspkt., mit komplexem Eingriff
G03C	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum oder bestimmte Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplexer Prozedur ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspkt., ohne komplexen Eingriff
G04Z	Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre od. mit auß. schw. od. schw. CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder best. Eingriffe an abd. Gefäßen mit auß. schw. CC oder Implantation eines Antireflux-Stimulationssystems od. best. Gastrektomie
G07B	Appendekt. od. laparoskop. Adhäsiolyse bei Peritonitis mit auß. schw. od. schw. CC od. kl. Eingriffe an Dünn- / Dickdarm, oh. äußerst schwere CC od. best. Anorektoplastik, Alt. > 2 Jahre u. Alter < 14 Jahre od. mit laparoskop. Adhäsiolyse od. Rektopexie
G07C	Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Anorektoplastik, Alter > 13 Jahre, ohne laparoskopische Adhäsiolyse, ohne Rektopexie

DRG	DRG-Text
G09Z	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis oder andere kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm
G11A	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter außer bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter < 6 Jahre
G12A	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur
G12B	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag
G12D	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe OR-Prozedur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexe OR-Prozedur, mit bestimmtem Eingriff oder Alter < 14 Jahre oder bei bösartiger Neubildung der Verdauungsorgane
G12E	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe OR-Prozedur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmten Eingriff, Alter > 13 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung der Verdauungsorgane
G14Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G16A	Komplexe Rektumresektion od. andere Rektumresektion mit best. Eingriff od. komplexer Diagnose od. mehrzeitige Enterostomaanlage und -rückverlagerung, mit kompliz. Konstell. od. plastischer Rekonstruktion mit myokutanem Lappen od. IntK > - / 368 / - P.
G16B	Komplexe Rektumresektion od. andere Rektumresektion mit best. Eingriff od. komplexer Diagnose od. mehrz. Enterostomaanlage und -rückverlagerung, ohne kompliz. Konstell., ohne plastische Rekonstruktion mit myokutanem Lappen, ohne IntK > - / 368 / - Punkte
G17A	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, bei bösartiger Neubildung
G17B	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, außer bei bösartiger Neubildung
G18A	Bestimmte Eingriffe an Dünn- / Dickdarm od. Anlegen eines Enterostomas od. andere Eingriffe am Darm mit äuß. schw. CC mit hochkompl. Ingr. od. kompliz. Diag. od. mit sehr kompl. Ingr. od. aufwendigem Ingr. mit äuß. schw. CC, mit Komplexbehandlung MRE
G18B	Bestimmte Eingriffe an Dünn-/ Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder anderer Eingriff am Darm mit äußerst schweren CC mit sehr komplexem Ingr. oder aufwendigem Eingriff mit äußerst schweren CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
G18C	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne aufwendigen Eingriff oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, mit komplexem Eingriff
G18D	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose
G19A	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, mit komplizierender Konstellation oder bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
G19B	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff
G19C	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff
G21B	Komplexe Adhäsiolektomie am Peritoneum, Alter > 3 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm und Enterostoma oder bestimmte Eingriffe am Pharynx, mit äußerst schweren CC oder aufwendigem Eingriff am Darm, Alter > 15 Jahre
G22A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolektomie bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung
G22C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolektomie bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung
G24C	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
G26B	Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 15 Jahre, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, ohne kleinen Eingriff am Rektum
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, ohne äußerst schwere CC
G29A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
G29B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G37Z	Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G40A	Bestimmte komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G40B	Andere komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G46A	Komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC oder andere Gastroskopie bei schw. Krankh. der Verd.organe, mit äußerst schweren CC, Alter < 15 Jahre, mehr als ein BT

DRG	DRG-Text
G46B	Komplexe therapeutische Gastroskopie mit schw. CC od. and. Gastroskopie bei auß. schw. CC, bei schw. Krankh. der Verd.organe, Alter > 14 J., mehr als 1 BT od. best. Gastroskopie, Alter < 15 J. od. mit kompliz. Faktoren od. ERCP mit and. endoskop. Eingr.
G46C	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsorgane und auß. schw. oder schw. CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit kompliz. Faktoren, ohne ERCP mit and. endoskop. Eingr.
G47B	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, Alter > 15 Jahre, ohne endoskopische submukosale Dissektion am Dickdarm oder mehr als ein Belegungstag
G48A	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, mit schwerer Darminfektion oder bei Zustand nach Organtransplantation
G48B	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, ohne schwere Darminfektion, außer bei Zustand nach Organtransplantation
G50Z	Komplexe therapeutische Gastroskopie und bestimmte andere Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 14 Jahre
G52Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung
G64A	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC
G64B	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre oder ohne schwere CC
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit bestimmten komplizierenden Faktoren
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC
G70B	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
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

DRG	DRG-Text
G74Z	Hämorrhoiden oder andere wenig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane
G77A	Bestimmte Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G77B	Andere Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 J., mit kompl. Eingriff oder intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P.
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 J., ohne kompl. Eingriff, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P.
H05Z	Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen
H06B	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit bestimmtem Eingriff und komplexer Diagnose, Dialyse, komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation
H07B	Cholezystektomie und wenig komplexe Eingriffe an Gallenblase, Gallenwegen, Leber ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation
H08A	Laparoskopische Cholezystektomie mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, Alter < 12 Jahre oder mit laparoskopischer Steinentfernung
H08C	Laparoskopische Cholezystektomie ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 11 Jahre, ohne laparoskopische Steinentfernung
H09A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC, mit bestimmtem Eingriff an Leber, Pankreas und Gallengängen
H12C	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
H16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
H36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 828 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 und < 981 / 829 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H40B	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
H41A	Bestimmte ERCP mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, mit Zugang durch retrograde Endoskopie
H41B	Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, ohne Zugang durch retrograde Endoskopie
H41C	Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, ohne komplexe Prozedur oder andere ERCP, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit Radiofrequenzablation und endoskopischer Stentimplantation
H41D	Andere aufwendige ERCP ohne bestimmte ERCP, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff, ohne Radiofrequenzablation mit endoskopischer Stentimplantation oder bestimmte endoskopische Eingriffe
H41E	Andere ERCP ohne bestimmte ERCP, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff, ohne Radiofrequenzablation mit endoskopischer Stentimplantation
H44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H60Z	Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC
H61A	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Pfortaderthrombose
H61C	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose, Alter > 16 Jahre
H62B	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, mit akuter Pankreatitis oder Leberzirrhose oder bestimmter nichtinfektiöser Hepatitis, Alter > 15 Jahre
H62C	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, ohne akute Pankreatitis, ohne Leberzirrhose, ohne bestimmte nichtinfektiöse Hepatitis
H63A	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und best. nichtinfekt. Hepatitiden, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose und äußerst schw. oder schw. CC oder mit kompl. Diagnose oder äußerst schw. oder schw. CC, Alter < 1 J.
H63B	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 0 Jahre
H63C	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose und ohne äußerst schwere oder schwere CC
H78Z	Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I02B	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation m. kompliz. Konst., Eingr. an mehr. Lokal. od. schw. Weichteilsch., m. auß. schw. CC od. kompl. OR-Proz. od. mit hochkompl. Gewebe-Tx od. Vakuumbh. od. BNB u. kompl. OR-Proz. od. kompl. Gewebe-Tx m. auß. schw. CC

DRG	DRG-Text
I02C	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation außer an der Hand, mit kompliz. Konst., Eingriff an mehreren Lokalisationen oder schw. Weichteilschaden, bei BNB und kompl. OR-Proz. m. äußerst schweren oder schweren CC od. komplexer Gewebe-Tx m. äußerst schweren CC
I02D	Kleinflächige oder großflächige Gewebe- / Hauttransplantation außer an der Hand, mit äußerst schweren CC
I03B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrodese od. Alter < 16 Jahre oder beidseitige od. mehrere gr. Eingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, ohne äuß. schw. CC, ohne mehrzeit. Wechsel, ohne Eingr. an mehr. Lok.
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie
I05B	Implantation oder Wechsel einer inversen Endoprothese am Schultergelenk oder Implantation einer Sprunggelenkendoprothese
I06C	Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an der Wirbelsäule, ohne schwere entzündliche Erkrankung, ohne bestimmte bösartige Neubildungen am Knochen oder ohne bestimmten Eingriff an der Wirbelsäule
I07A	Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I08A	And. Eingr. Hüftgel. mit kompl. Proz. od. Eingr. in Komb. Hüftg. und ob. Extr. od. WS od. best. kompl. Fakt. mit best. Eingriffen mit best. Diag. od. best. Beckenrepos. od. kompl. Fakt. od. kompl. Proz. od. Diag. od. äuß. schw. CC bei BNB WS und Becken
I08B	And. Eingr. Hüftgel. mit kompl. Proz. od. Eingr. in Komb. Hüftg. und ob. Extr. od. WS od. best. kompl. Fakt., oh. best. Eingriffe mit best. Diag., oh. best. Beckenrepos., oh. kompl. Fakt. od. kompl. Proz. od. Diag. od. äuß. schw. CC oh. BNB WS und Becken
I08D	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplexer Diagnose oder mit komplexer Prozedur oder mit äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre, ohne Eingriffe in Kombination Hüftgelenk und obere Extremität oder Wirbelsäule, ohne Komplexbehandlung
I08F	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne Eingr. in Komb. Hüftgel. und obere Extremität oder Wirbelsäule, ohne best. kompliz. Faktoren, mit best. and. Eingr. an Hüftgel. und Femur oder best. kompl. Eingr. Femur und Becken ohne best. Diagn., > 1 BT
I09C	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten komplizierenden Faktoren, mit Wirbelkörperersatz oder komplexer Spondylodese
I09H	Best. Eingriffe an der Wirbelsäule m. best. anderen kompl. Faktoren od. mit anderen kompl. Faktoren, oh. Frakturen HWS, oh. BNB der Wirbelsäule od. oh. Kyphoplastie od. oh. Radiofrequenzabl., oh. langstreckige vent. Osteosynthese an der Wirbelsäule
I10A	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Rückenmark, Spinalkanal, Wirbelsäule, Rumpf mit äußerst schweren CC
I10B	Andere Eingriffe WS m. best. kompl. Eingriffen od. Para- / Tetrapl. od. Wirbelfraktur m. best. Eingriffen oh. äuß. schw. CC od. best. andere Operationen WS m. äuß. schw. CC u. > 1 BT od. mäßig kompl. Eingriffe u. Diszitis od. Exzision spin. Tumorgewebe

DRG	DRG-Text
I10C	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule bei Bandscheibeninfektion oder mit bestimmtem Eingriff an der Wirbelsäule
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, ohne bestimmten anderen Eingriff an der Wirbelsäule
I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne Diszitis, ohne Bandscheibeninfektion, mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als 1 Belegungstag, Alter < 18 Jahre
I10F	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre
I12A	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äußerst schweren CC
I12C	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, ohne Revision des Kniegelenkes, ohne Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre
I13A	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit komplexem Mehrfacheingriff, mit komplizierendem Eingriff an Humerus und Tibia oder aufwendiger Osteosynthese
I13B	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit best. Mehrfacheingriff oder kompliz. Diagnose oder bei Endoprothese der oberen Extremität oder mit Fixateur ext., mit best. BNB od. mit Einbringen von Abstandshalt od. Alter < 18 J. mit äuß. schw. od. schw. CC
I13C	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit best. Mehrfacheingr. od. kompliz. Diag. od. bei Endopr. der oberen Extremität od. m. Fix. ext., m. kompl. Eingr. od. schw. Weichteilsch., m. best. kompl. Osteot. od. BNB od. Alter < 18 J. m. äuß. schw. od. schw. CC
I13D	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten od. bei Endoproth. am Knie m. kompl. Eingr. od. schw. Weichteilsch. od. Pseudarthrose od. best. Osteotom. od. best. Eingr. Knieproth. od. Epiphyseodesese od. bei BNB od. Alter > 17 J. od. ohne äuß. schw. od. schw. CC
I13E	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit bestimmter offener Reposition oder mit Implantation alloplastischer Knochenersatz oder bei BNB oder mit bestimmter Knochentransplantation oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
I13F	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten ohne bestimmte offene Reposition, ohne Implantation alloplastischer Knochenersatz, außer bei BNB ohne bestimmte Knochentransplantation oder Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I14Z	Revision eines Amputationsstumpfes
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula, Alter < 16 Jahre
I15B	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, ohne bestimmten intrakraniellen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an der Mandibula oder Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk
I20A	Eingriffe am Fuß mit mehreren hochkomplexen Eingriffen oder Teilwechsel Endoprothese des unteren Sprunggelenks, mit hochkomplexem Eingriff und komplexer Diagnose oder bestimmter Arthrodesese
I20C	Eingriffe am Fuß ohne mehrere komplexe Eingriffe, ohne hochkomplexen Eingriff, mit bestimmten komplizierenden Faktoren
I20E	Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritits oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre
I21Z	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder bestimmte Eingriffe an der Klavikula
I22A	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit großfläch. Gewebetransplantation, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, schwerem Weichteilschaden oder komplexer Gewebetransplantation mit schweren CC
I22B	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kleinflächiger Gewebetransplantation od. mit großflächiger Gewebetransplantation ohne kompliz. Konst., oh. Eingr. an mehreren Lokal., oh. schw. Weichteilschaden, oh. kompl. Gewebetranspl. m. schw. CC
I23A	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule, mit komplizierendem Eingriff am Knochen oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
I24B	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelettsystem und Bindegewebe oder hochaufwendiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe- / Hauttransplantation
I27A	Eingriffe am Weichteilgew. od. kleinfl. Gewebe-Tx m. best. Diagn. u. best. Eingr. od. m. äuß. schw. CC od. b. BNB m. schw. CC, m. best. Diagn. u. kompl. Eingr. od. Nephrekt. od. best. BNB m. best. Eingr. Abdomen od. Thorax od. Tx e. Zehe als Fingerersatz
I27B	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen mit äußerst schweren CC oder bei bösartiger Neubildung mit schweren CC, ohne bestimmte Diagnose oder ohne komplexen Eingriff
I27C	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen mit schweren CC oder bei BNB oder mit bestimmtem Eingriff am Weichteilgewebe, mehr als ein Belegungstag oder bestimmter Eingriff an Lunge, Pleura, Peritoneum
I27D	Eingriffe am Weichteilgewebe ohne bestimmte kleine Eingriffe oder kleinflächige Gewebetransplantationen, ohne schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmten Eingriff am Weichteilgewebe
I27E	Bestimmte kleine Eingriffe am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
I28C	Andere Eingriffe am Bindegewebe mit bestimmter Eingriff an Knochen, Weichteilen oder Bindegewebe, mehr als 1 Belegungstag, Alter > 17 Jahre oder außer bei bösartiger Neubildung oder Alter < 10 Jahre
I28D	Andere Eingriffe am Bindegewebe mit mäßig komplexem Eingriff am Bindegewebe, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre
I29A	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, bei komplizierender Diagnose oder Eingriff an mehreren Lokalisationen
I31A	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, mit aufwendigen Eingriffen am Unterarm
I31B	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand oder bestimmte Eingriffe bei Mehrfragmentfraktur der Patella, mit bestimmten komplexen Eingriffen am Unterarm
I31C	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm ohne gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, ohne bestimmte Eingriffe bei Mehrfragmentfraktur der Patella, ohne bestimmte komplexe Eingriffe am Unterarm
I32D	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder ohne sehr komplexen Eingriff oder mit komplexer Diagnose oder mit bestimmtem oder beidseitigem Eingriff oder Mehrfacheingriff an 3 Strahlen
I32E	Bestimmte mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, mehr als ein Belegungstag oder Alter < 6 Jahre
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
I41Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I42A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mind. 14 Tage
I43B	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk oder Entfernung bestimmter Endoprothesen am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC
I44A	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk mit äußerst schweren CC oder Korrektur einer Brustkorbdeformität
I44B	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere CC, mit bestimmtem Wechsel von Endoprothesen oder Implantation einer patientenindividuell angefertigten Endoprothese am Kniegelenk ohne Defekt oder Deformität der Knochen
I44E	Andere Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk
I46A	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC oder Eingriff an mehreren Lokalisationen
I46C	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne periprothetische Fraktur

DRG	DRG-Text
I47A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesse, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne best. kompliz. Faktoren, mit kompl. Diagnose an Becken/Oberschenkel, mit best. endoproth. oder gelenkplast. Ingr. od. m. Impl. od. Wechsel Radiuskopfproth. od. m. kompl. Erstimpl. od. m. Entf. Osteosynthesemat.
I50B	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne bestimmten Eingriff, mit bestimmter Vakuumbehandlung oder Alter < 16 Jahre
I54A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, bei bösartiger Neubildung, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder Alter < 18 Jahre
I54B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, bei bösartiger Neubildung, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, Alter > 17 Jahre
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie, Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I66B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
I66E	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Amyloidose oder Arthropathie, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag
I66F	Frakturen an Becken und Schenkelhals, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
I66G	Andere Erk. des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, oh. Amyloidose, ohne best. Vaskulitiden, oh. adulte Form des M. Still, oh. äußerst schwere CC, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Aufwandsp., oh. kinder- und jugendrheumat. Komplexbeh.
I68C	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 BT od. and. Femurfraktur, bei Para- / Tetraplegie od. mit äuß. schw. CC od. schw. CC od, Alter > 65 J., oh. kompl. Diagn. od. Kreuzbeinfraktur od. best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh.
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, mehr als ein Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh.
I69A	Knochenkrankheiten und spez. Arthropathie mit bestimmter Arthropathie oder Muskel- / Sehnenerkrankung bei Para- / Tetraplegie
I69B	Knochenkrankheiten und spez. Arthropathie ohne bestimmte Arthropathie, ohne Muskel- / Sehnenerkrankung bei Para- / Tetraplegie
I71B	Muskel- und Sehnenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur
I72Z	Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit äußerst schweren oder schweren CC oder Frakturen am Femurschaft, Alter > 2 Jahre

DRG	DRG-Text
I74A	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß oder leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit äußerst schweren oder schweren CC oder unspezifische Arthropathien
I75A	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit CC
I75B	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne CC oder Entzündungen von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln ohne äußerst schwere oder schwere CC
I76A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren CC oder septische Arthritis mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre
I76B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder septische Arthritis ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
I77Z	Mäßig schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk
I87Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J02A	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung oder ausgedehnte Lymphadenektomie oder Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomose, mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff
J02B	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extr. bei Ulkus od. Infektion / Entzündung od. ausgedehnte Lymphadenekt. oder Gewebetransplant. mit mikrovask. Anastomose, mit äuß. schw. CC, oh. kompl. Ingr. od. oh. äuß. schw. CC, m. kompl. Ingr.
J02C	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung oder ausgedehnte Lymphadenektomie, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
J03Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung
J08A	Bestimmte Hauttransplantation oder Debridement mit Eingriff an Kopf und Hals oder mit bestimmtem Eingriff an Haut und Unterhaut oder Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung, mit äußerst schweren CC
J08B	Bestimmte Hauttransplantation oder Debridement ohne Eingriff an Kopf und Hals, ohne bestimmten Eingriff an Haut und Unterhaut oder ohne äußerst schwere CC
J09B	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre
J10A	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff
J11B	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit komplizierender Diagnose oder mit mäßig komplexer Prozedur oder Diagnose oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit bestimmtem Eingriff bei bösartiger Neubildung oder Pemphigoid

DRG	DRG-Text
J11C	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne kompliz. Diag., ohne mäßig kompl. Proz. od. Diagn., Alter > 17 J. od. ohne äuß. schw. oder schw. CC, mit best. Eingr. od. mit Hidradenitis suppurativa od. bei BNB/Pemphigoid od. mit kl. Eingr. an d. Haut
J11D	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne kompliz. Diag., ohne mäßig kompl. Proz. od. Diagn., Alter > 17 J. od. ohne äuß. schw. oder schw. CC, ohne best. Eingr., ohne Hidradenitis suppurativa, auß. b. BNB od. Pemphigoid, oh. kl. Eingr. an d. Haut
J18A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
J18B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
J21Z	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit Lymphknotenexzision oder schweren CC
J22Z	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit Weichteildeckung oder Mehrfachtumoren der Haut oder Erysipel
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein BT, Alter > 17 Jahre oder mit kompl. Diagn., mit äuß. schw. CC od. Hautulkus bei Para-/Tetraplegie od. hochkompl. Diagn. od. Epid. Bullosa, Alter < 10 Jahre oder mit schwerer Erkr. der Haut, mit aufw. Behandl.
J61C	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter < 18 Jahre, ohne hochkomplexe Diagnose oder mäßig schwere Hauterkrankungen, mehr als ein Belegungstag
J62B	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC
J64B	Bestimmte Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC oder Alter < 6 Jahre
J64C	Andere Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut, Alter > 5 Jahre
J65A	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als 1 Belegungstag
J65B	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, ein Belegungstag
J67B	Andere Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte Hauterkrankungen
J77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma

DRG	DRG-Text
K06B	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, bei BNB oder mit äuß. schw. oder schw. CC oder Eingr. an der Schilddrüse außer kl. Eingr., mit Thyreoidektomie durch Sternotomie oder Alter < 16 Jahre
K09A	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit hochkomplexem Eingriff oder hochaufwendiger Pflege von Kleinkindern ab 72 Aufwandspunkten oder mit komplexem Eingriff, mit äußerst schweren CC oder Alter < 7 Jahre
K09C	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit mäßig komplexem Eingriff, Alter > 15 Jahre
K25Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit bestimmter OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen
K44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen
K60D	Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC oder multiplen Komplikationen oder Ketoazidose oder Koma, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K60E	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag
K60F	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose
K62A	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetrapleg. oder mit kompliz. Diagnose oder endoskopischer Einlage eines Magenballons oder Alter < 16 Jahre, mit äußerst schweren CC oder best. aufwendiger / hochaufw. Behandlung, mehr als ein Belegungstag
K62B	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetrapleg. oder mit kompliz. Diagnose oder endoskop. Einlage eines Magenballons oder Alter < 16 Jahre, ein Belegungstag od. ohne äußerst schwere CC od. ohne best. aufwendige / hochaufwendige Behandlung
K62C	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie, ohne kompliz. Diagnose, ohne endoskopische Einlage eines Magenballons, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne best. aufwendige / hochaufwendige Behandlung, Alter > 15 Jahre
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K63B	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K64C	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre oder mit bestimmter komplexer Diagnose oder mit invasiver endokrinologischer Diagnostik oder Alter < 18 Jahre bei bösartiger Neubildung
K64D	Endokrinopathien ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne invasive endokrinologische Diagnostik, Alter > 17 Jahre oder außer bei bösartiger Neubildung

DRG	DRG-Text
L02B	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse
L02C	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre, ohne akute Niereninsuffizienz, ohne chronische Niereninsuffizienz mit Dialyse
L03Z	Bestimmte Nieren-, Ureter-, Prostata- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder bestimmter Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm
L04A	Bestimmte komplexe Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff oder bestimmte Harnblaseneingriffe oder Alter < 16 Jahre
L06A	Bestimmte kleine Eingriffe an den Harnorganen mit äußerst schweren CC
L09A	And. Eingr. bei Erkr. der Harnorg. mit Anl. Dialyseshunt bei akut. Nierenins. od. bei chron. Nierenins. mit Dialyse od. auß. Anl. Dialyseshunt, m. Kalziphylaxie od. best. Laparotomie od. m. kompl. OR-Proz. od. kompl. Eingr., Alt. < 2 J. od. auß. schw. CC
L09B	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane mit Anlage Dialyseshunt bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse od. außer Anlage Dialyseshunt, m. Kalziphylaxie od. best. Laparotomie, Alter > 1 Jahr, ohne auß. schw. CC
L09D	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne best. Laparotomie, mit best. anderen Eingriff od. Alter < 18 Jahre
L12A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
L12B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 9 Tagen
L20A	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie oder mit ESWL bei Harnsteinen, mit äußerst schweren CC
L20B	Transurethrale Eingr. auß. Prostatares. und kompl. Ureterorenoskop. ohne ESWL, mit kompl. Eingriff od. andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie od. mit ESWL bei Harnsteinen, oh. äußerst schwere CC oder Alter < 16 J. oder Alter > 89 J.
L40Z	Diagnostische Ureterorenoskopie
L42A	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen mit auxiliären Maßnahmen oder bei Para- / Tetraplegie
L44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L60A	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder mit Dialyse und akutem Nierenversagen und äußerst schweren CC oder mit Dialyse und komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre
L60B	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse und komplizierenden Faktoren oder äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
L60C	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC oder Alter < 18 Jahre mit schweren CC oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
L60D	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre oder ohne schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
L62C	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
L63C	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung, ohne Komplexbeh. bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, mit Komplexbeh. bei multiresistenten Erregern od. best. aufw. Beh.
L63D	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter < 3 Jahre oder bestimmte schwere Infektionen oder bestimmte mäßig aufwendige Behandlung
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige / hochaufwendige Behandlung, ohne Komplexbeh. MRE, ohne best. schwere Infektionen, Alter > 5 und < 18 Jahre, ohne schwere CC od. Alter > 17 und < 90 Jahre
L64B	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, außer bei angeborener Fehlbildung, Alter > 2 Jahre
L68A	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 16 Jahre
L68B	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 15 Jahre
L71Z	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse
M01B	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC
M02A	Transurethrale Prostataresektion oder bestimmte andere Operationen an der Prostata mit äußerst schweren CC
M02B	Transurethrale Prostataresektion oder bestimmte andere Operationen an der Prostata ohne äußerst schwere CC
M09A	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder BNB des Penis
M11Z	Transurethrale Laserdestruktion und -resektion der Prostata
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
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane

DRG	DRG-Text
N01B	Beckeneviszeration bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszeraleingriff
N05A	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC
N07A	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus oder kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, mit bestimmtem Eingriff
N09B	Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, kleine Eingriffe an Blase, Uterus, Bauchwand und Peritoneum
N11A	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose mit äußerst schweren CC
N11B	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder äußerst schwere CC
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N60A	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC
N60B	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
N62A	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre
N62B	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre
O01B	Sectio caesarea, Schwangerschaftsd. bis 25 vollend. W. (SSW), m. mehr. kompliz. Diag., m. intraut. Ther. od. kompliz. Konstell. od. Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., m. od. oh. kompliz. Diag. m. best. Eingriff b. Sectio od. auß. schw. CC
O01D	Sekundäre Sectio caesarea m. mehrer. kompliz. Diagn., Schwangerschaftsdauer > 33 vollendete Wochen (SSW), oh. intraut. Ther., oh. kompliz. Konst., ohne Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., mit od. ohne kompliz. Diag., oh. auß. schw. CC
O01E	Sekundäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose
O01F	Primäre Sectio caesarea ohne auß. schwere CC, mit komplizierender oder komplexer Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen (SSW) oder sekundäre Sectio caesarea, ohne komplizierende oder komplexe Diagnose, SSW > 33 vollendete Wochen
O01G	Primäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose

DRG	DRG-Text
O04C	Stationäre Aufnahme nach Entbindung mit kleinem Eingriff an Uterus, Vagina, Perianalregion und Bauchwand oder Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie oder bestimmte Amnionpunktion
O05B	Cerclage und Muttermundverschluss oder komplexe OR-Prozedur oder bestimmte intrauterine Operation am Feten, mehr als ein Belegungstag
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff, mehr als ein Belegungstag
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 480 Stunden
P04A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit sig. OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Stunden oder temporärer Verschluss eines Bauchwanddefektes
P05A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, mit Beatmung > 179 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren
P05B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, ohne Beatmung > 179 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P05C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne temporären Verschluss eines Bauchwanddefektes
P06A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder best. aufwendige OR-Proz., mit Beatmung > 179 Stunden oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren oder Dialyse
P06B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder best. aufwendige OR-Proz., ohne Beatmung > 179 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne Dialyse
P06C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne bestimmte aufwendige OR-Prozeduren
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden

DRG	DRG-Text
P60C	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt, ohne Beatmung > 24 Stunden (Mindestverweildauer 24 Stunden für das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfindet)
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur
P62B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur
P65D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit Hypothermiebehandlung oder Krampfanfall mit bestimmten diagnostischen Maßnahmen oder Beatmung > 24 Stunden
P67B	Neugeborenes, Aufnahmegew. > 2499 g oh. sig. OR-Proz., mit schw. Prob., oh. Hypothermiebeh., oh. Krampfanfall mit best. diag. Maßnah., oh. Beatmung > 24 Std. od. mit anderem Prob., mehr als ein Belegungstag od. mit nicht sig. OR-Proz., neugeb. Mehrling
P67C	Neugeborenes, Aufnahmegew. > 2499 g oh. sig. OR-Proz., oh. Beatmung > 95 Std., ohne schw. Prob., oh. Hypothermiebeh., oh. Krampfanfall mit best. diag. Maßnah., mit anderem Prob., mehr als ein Belegungstag oder mit nicht sig. OR-Proz., neugeb. Einling
P67D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 1999 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, mit bestimmter Prozedur oder best. Diagnose beim Neugeborenen oder neugeborener Mehrling
P67E	Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Prozedur ohne bestimmte Diagnosen beim Neugeborenen
Q01Z	Eingriffe an der Milz
Q02C	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte Exzisionen und Resektionen Mediastinum oder Thymus
Q60B	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytenstörung, Alter < 1 Jahr
Q60C	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytenstörung oder Alter > 15 Jahre
Q60D	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC
Q63B	Aplastische Anämie, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
R01A	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur
R01D	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur
R03Z	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC oder mit bestimmter OR-Prozedur mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
R04A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Bestrahlungen an mindestens 7 Tagen
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC, Bestrahlungen an weniger als 7 Tagen
R11B	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit schweren CC
R11C	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R60C	Akute myeloische Leukämie mit int. Chemoth., äuß. schw. CC od. kompl. Diagnostik b. Leuk. od. mit mäß. kompl. Chemoth. mit best. kompliz. Faktoren od. mit äuß. schw. CC mit kompl. Diagnostik od. KomplBeh. MRE mit Dial. od. äuß. schw. CC od. schwerste CC
R60D	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth., ohne kompliz. Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimpl., oh. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - AufwP., oh. äuß. schwere CC, oh. kompl. Diagnostik b. Leukämie od. mit Dialyse od. äußerst schweren CC
R60E	Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC oder mit lokaler Chemotherapie oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
R60F	Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern

DRG	DRG-Text
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Sepsis oder bestimmter komplizierender Konstellation oder mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, mit hochkompl. Chemotherapie oder schwersten CC
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Sepsis oder anderer kompliz. Konstell. oder mit kompl. Diagnose oder Portimpl., mit äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre od. mit äuß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom, mit kompl. Diagnostik bei Leukämie od. mit schwersten CC
R61D	Lymphom u. nicht akute Leukämie mit Agranuloz., Portimpl., Komplexbeh. MRE od. kompl. Diag. b. Leuk., Alt. > 15 J., m. intens. Chemoth. od. Alt. < 18 J. od. m. äuß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndr. od. Blastenkr., oh. kompl. Diag. b. Leuk., oh. schwerste CC
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplant. oder Komplexbehandlung MRE oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre, oh. intensive Chemoth.
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne äuß. schw. CC, mit kompl. Diagnose od. kompliz. Prozedur, Alter < 16 Jahre od. best. Lymphom mit best. Chemotherapie od. kompl. Diagnose od. andere Komplexbehandlung MRE
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie oh. bestimmte kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, Alter < 16 Jahre od. mit kompl. Diagnose od. kompliz. Prozedur, Alter > 15 Jahre, oh. best. Lymphom mit best. Chemoth., oh. kompl. Diagnose, oh. andere Komplexbeh. MRE
R61H	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Prozedur, Alter > 15 Jahre
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit kompliz. Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr, mit komplexer Diagnose oder kompliz. Konstellation
R62B	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne kompliz. Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr, ohne komplexe Diagnose, ohne kompliz. Konstellation
R63D	Andere akute Leukämie mit komplizierender Konstellation oder mit mäßig komplexer Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre
R63E	Andere akute Leukämie mit intensiver oder mäßig kompl. Chemoth., mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit lokaler Chemoth., mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranulozytose od. Portimplantation oder mit äuß. schw. CC
R63G	Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC
R63I	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation

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
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer OR-Prozedur, komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte
T01B	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten oh. best. komplexe OR-Prozedur, oh. komplizierende Konstellation, außer bei Z.n. Organ-Tx, mit äußerst schweren CC oder bestimmtem Eingriff an Hüftendoprothese, Brustwand, Pleura, Pankreas, Magen
T01C	OR-Proz. bei infekt./parasit. Krankh. oh. best. kompl. OR-Proz., oh. kompliz. Konstell., auß. bei Z.n. Organ-Tx, oh. auß. schw. CC, oh. Ingr. an Hüftendoproth., Brustw., Pleura, Pankr., Magen, m. best. Ingr. bei best. Sepsis od. best. operativen Ingr.
T01D	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankh. oh. best. kompl. OR-Proz., oh. kompliz. Konstell., auß. bei Z.n. Organ-Tx, oh. best. Ingr. od. auß. bei best. Sepsis od. auß. schw. CC, oh. best. operativen Eingriff, mit best. mäßig komplexem Eingriff
T01E	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankh. oh. best. kompl. OR-Proz., oh. kompliz. Konstell., auß. bei Z.n. Organ-Tx, oh. best. Ingr. od. auß. bei best. Sepsis od. auß. schw. CC, oh. best. operativen Eingriff, oh. best. mäßig komplexen Eingriff
T36Z	Int. Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandsp. bei infektiösen und parasitären Krankheiten od. OR-Proz. b. inf. u. paras. Krankh. m. komplexer OR-Proz., kompliz. Konst. oder bei Zust. n. Organtranspl. mit int. Komplexbeh. > 392 / 368 / - Aufwandsp.
T44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei infektiösen und parasitären Krankheiten
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
T60B	Sepsis mit kompliz. Konst. od. b. Z.n. Organ-Tx, oh. auß. schw. CC, oh. IntK > 392 / 368 / - Punkte od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z.n. Organ-Tx, m. kompl. Diag. od. auß. schw. CC, Alt. < 18 J. od. m. Para- / Tetrapl. od. kompliz. ERCP od. schwerste CC
T60C	Sepsis m. kompliz. Konst. od. b. Z.n. Organ-Tx, oh. auß. schw. CC, oh. IntK > 392 / 368 / - Punkte od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z.n. Organ-Tx, m. kompl. Diag. od. auß. schw. CC, Alt. > 17 J., oh. Para- / Tetrapl., oh. kompliz. ERCP, oh. schwerste CC
T60D	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
T60E	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, mehr als ein Belegungstag
T60G	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, ein Belegungstag
T61Z	Postoperative und posttraumatische Infektionen
T62B	Fieber unbekannter Ursache ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 6 Jahre
T63B	Schwere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation
T63C	Mäßig schwere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation
T63D	Andere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation
T64B	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag
T64C	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen
U42C	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter > 18 Jahre, weniger als 14 Behandlungstage
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen
V40Z	Qualifizierter Entzug
V64Z	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit
W02A	Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
W04A	Polytrauma mit anderen Eingriffen oder Beatmung > 24 Stunden, mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen
W04B	Polytrauma mit anderen Eingriffen oder Beatmung > 24 Stunden, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen, mit bestimmten anderen Eingriffen oder Beatmung mehr als 24 Stunden
W04C	Polytrauma mit anderen Eingriffen oder Beatmung > 24 Stunden, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen, ohne bestimmte andere Eingriffe, ohne Beatmung > 24 Stunden
X01B	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, mit komplexer Diagnose oder Prozedur oder äußerst schw. CC, mehr als 1 BT

DRG	DRG-Text
X01C	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schw. CC oder 1 BT
X04Z	Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität
X05A	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, mit komplexem Eingriff
X06A	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerst schweren CC
X06B	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder Alter > 65 Jahre mit bestimmtem Eingriff oder mit schweren CC
X06C	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, Alter < 66 Jahre oder ohne bestimmten Eingriff
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
Y02A	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation oder anderen Eingriffen bei Sepsis oder mit kompliz. Konst., hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte
Y02B	Andere Verbrenn. m. Haut-Tx. od. and. Ingr. auß. b. Sep., oh. kompliz. Konst., oh. hochkompl. Ingr., oh. vierz. best. OR-Proz., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., m. äuß. schw. CC, kompliz. Diagn., kompl. Proz., Dialyse od. Beatm. > 24 Std.
Y02C	Andere Verbrenn. m. Haut-Tx. od. and. Ingr. oh. äuß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn., oh. komplexe Proz., oh. Dialyse, oh. Beat. > 24 Std., oh. kompliz. Konst., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., oh. best. Spalthauttranspl., Alter < 18 J.
Y02D	Andere Verbrenn. m. Hauttr. od. and. Ingr. oh. äuß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn., oh. komplexe Proz., oh. Dialyse, oh. Beat. > 24 Std., oh. kompliz. Konst., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., oh. best. Spalthauttranspl., Alter > 17 J.
Y03Z	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen
Y62Z	Andere Verbrennungen
Z01A	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation
Z01B	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit bestimmtem Eingriff
Z65Z	Beschwerden, Symptome, andere Anomalien und Nachbehandlung

Tabelle A-5:

Gegenüberstellung der DRGs je MDC (siehe Kap. 3.4.1.1)

MDC	Bezeichnung	Anzahl DRGs 2019	Anzahl DRGs 2020	Veränderung (in %)
00	Prä-MDC	76	75	- 1,3
01	MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	118	113	- 4,2
02	MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges	32	31	- 3,1
03	MDC 03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	57	56	- 1,8
04	MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	70	65	- 7,1
05	MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	155	151	- 2,6
06	MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	91	90	- 1,1
07	MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	49	50	+ 2,0
08	MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	180	175	- 2,8
09	MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	51	53	+ 3,9
10	MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	42	42	0
11	MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	76	74	- 2,6
12	MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	29	29	0
13	MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	39	39	0
14	MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	26	26	0
15	MDC 15 Neugeborene	41	41	0
16	MDC 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	16	15	- 6,3
17	MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen	52	50	- 3,8

MDC	Bezeichnung	Anzahl DRGs 2019	Anzahl DRGs 2020	Veränderung (in %)
18A	MDC 18A HIV	7	7	0
18B	MDC 18B Infektiöse und parasitäre Erkrankungen	24	25	+ 4,2
19	MDC 19 Psychische Krankheiten und Störungen	13	13	0
20	MDC 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	6	6	0
21A	MDC 21A Polytrauma	14	14	0
21B	MDC 21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	15	15	0
22	MDC 22 Verbrennungen	11	9	- 18,2
23	MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	15	15	0
24	MDC 24 Sonstige DRGs	10	10	0
-1	Fehler-DRGs und sonstige DRGs	3	3	0
Gesamt		1.318	1.292	- 2,0