

InEK

Abschlussbericht

Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2025

Klassifikation, Katalog, Bewertungsrelationen

Siegburg, den 19. Dezember 2024

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

Telefon 0 22 41 - 93 82 - 0

Fax 0 22 41 - 93 82 - 36

Internet [Internetseite des InEK](#)

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1 EINFÜHRUNG	1
2 METHODIK DER WEITERENTWICKLUNG	1
2.1 Datenerhebung, Datenprüfung und Datenaufbereitung	1
2.2 Versionsüberleitung der ICD-10- und OPS-Klassifikationen.....	2
3 AG-DRG-SYSTEM 2025	3
3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	3
3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung.....	5
3.2.1 Datenbasis	5
3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung	5
3.2.1.2 Ergänzende Datenbereitstellung	9
3.2.2 Vorschlagsverfahren.....	11
3.2.2.1 Grundzüge des Verfahrens	11
3.2.2.2 Beteiligung.....	12
3.2.2.3 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge.....	12
3.2.3 Ausgliederung der Pflegepersonalkosten	15
3.2.4 Sachkostenkorrektur / gezielte Absenkung	17
3.2.5 Vereinfachte Dämpfung.....	18
3.2.6 Hybrid-DRGs.....	18
3.3 Schwerpunkte der Weiterentwicklung	22
3.3.1 Anpassung der Methodik	22
3.3.1.1 Aktualisierung der Plausibilitätsprüfungen	22
3.3.1.2 Bewertungsrelationen für Belegversorgung	26
3.3.1.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen	28
3.3.1.4 Überarbeitung der CCL-Matrix	30
3.3.1.5 Einbeziehung von verlegten Fällen und Überliegern	34
3.3.1.6 Berechnung der Bezugsgröße	36
3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation	38
3.3.2.1 Augenheilkunde	38
3.3.2.2 Eingriffe an Haut, Unterhaut, Mamma	39
3.3.2.3 Gastroenterologie	39
3.3.2.4 Gefäßchirurgie und -interventionen / Angiologie	41
3.3.2.5 Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	41
3.3.2.6 Infektiöse und parasitäre Krankheiten	42
3.3.2.7 Intensivmedizin.....	42
3.3.2.8 Kardiologie und Herzchirurgie	43
3.3.2.9 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	44
3.3.2.10 Neurologie und Neurochirurgie.....	45
3.3.2.11 Unfallchirurgie/Orthopädie	47
3.3.2.12 Urologie.....	47
3.3.2.13 Versorgung von Kindern	48
3.3.2.14 Wirbelsäulenchirurgie	50

3.3.3	Integration neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	51
3.3.4	Zusatzentgelte.....	52
3.3.5	Sortierung	56
3.3.6	Umgang mit ICD- und OPS-Anpassungen	58
3.3.6.1	Anpassungen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen	58
3.3.6.2	Überleitung auf die ab 1. Januar 2025 gültigen Versionen.....	59
3.3.6.3	Nicht identische Codes mit „Vorgängerkode“	60
3.3.6.4	Nicht identische Codes ohne „Vorgängerkode“ (neue Codes).....	62
3.3.7	Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien.....	63
3.3.8	Schlichtungsausschuss	64
3.4	Statistische Kennzahlen	65
3.4.1	Analyse des Pauschalierungsgrades	65
3.4.2	Statistische Güte der Klassifikation	67
3.4.3	Analyse der Verweildauer – Prüfung auf Repräsentativität	70
4	PERSPEKTIVEN DER WEITERENTWICKLUNG	76
	ANHANG.....	77

Abkürzungen

Abs.	Absatz
aG-DRG	German Diagnosis Related Groups (nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)
AICD	Automatic Implantable Cardioverter Defibrillator; Automatischer implantierbarer Kardioverter/Defibrillator
BA	Belegabteilung
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BNB	Bösartige Neubildung
BT	Belegungstag
bzw.	beziehungsweise
CC	Complication or Comorbidity; Komplikation oder Komorbidität
CCL	Complication or Comorbidity Level; Schweregrad einer Komplikation oder Komorbidität
CED	chronisch entzündliche Darmerkrankung
d.h.	das heißt
DJ	Datenjahr
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien
DRG	Diagnosis Related Group; Diagnosebezogene Fallgruppe
ECCE	Extrakapsuläre Extraktion der Linse
ECMO	Extrakorporale Membranoxygenierung
EEG	Elektroenzephalographie
EFTR	Endoskopische Vollwandexzision [Endoscopic Full Thickness Resection]
EHEC	Enterohämorrhagische Escherichia coli
ERCP	Endoskopisch retrograde Cholangio-Pankreatikographie
etc.	et cetera
FEV1	Forced Expiratory Volume (Einsekundenausatem-Kapazität)
FPV	Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 20xx (Fallpauschalenvereinbarung 20xx)
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
ggf.	gegebenenfalls
gem.	gemäß
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GM	German Modification (ICD-10-GM)
HA	Hauptabteilung

HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HK	Homogenitätskoeffizient (der Kosten)
HWS	Halswirbelsäule
ICD	International Classification of Diseases; Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Ausgabe für die Zwecke des SGB V
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
IntK	Intensivmedizinische Komplexbehandlung
ISS	Injury Severity Score
i.V.m.	in Verbindung mit
KDE	Kodierempfehlung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KI	Konfidenzintervall
MDC	Major Diagnostic Category; Hauptdiagnosegruppe
med.	medizinisch
Mio.	Millionen
MS	Multiple Sklerose
mVWD	mittlere Verweildauer
MW	Mittelwert
n	Anzahl der Fälle
Nr.	Nummer
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
OGV	Obere Grenzverweildauer
OP	Operation
OPS	Operationenschlüssel nach § 301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
PPBV	Pflegepersonalbemessungsverordnung
PCCL	Patient Clinical Complexity Level; Patientenbezogener Gesamtschweregrad
PKV	private Krankenversicherung
PPR	Pflegepersonalregelung
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
Prä-MDC	den MDCs vorgeschaltete Hauptdiagnosegruppe
PTCA	Perkutane Koronarangioplastie
Qu.	Quantil

R ²	Varianzreduktion
RG	Relativgewicht
RSV	Respiratorische Synzytial-Viren
SAPS	Simplified Acute Physiology Score
SGB	Sozialgesetzbuch
SIRS	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom
SIRT	Selektive interne Radiotherapie
TE	Transfusionseinheiten
TIA	Transitorische ischämische Attacke
TISS	Therapeutic Intervention Scoring System
u.a.	unter anderem
UGV	Untere Grenzverweildauer
vgl.	vergleiche
VWD	Verweildauer
WS	Wirbelsäule
z.B.	zum Beispiel
ZE	Zusatzentgelt

1 Einführung

Dieser Bericht stellt Verfahrensweisen und Ergebnisse der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für 2025 vor. Die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen wurden gem. § 17b Abs. 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) erstmals für 2020 aus dem G-DRG-System ausgegliedert und deren Vergütung gleichzeitig in einen separaten Pflegeerlös-Katalog überführt.

Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (BGBl. I Nr. 42 vom 11.11.2022, S. 1990) wurde die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten ab dem Jahr 2025 neu geregelt. Danach soll ab 2025 ausschließlich Personal bestimmter Berufsgruppen, „das überwiegend in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist“, aus dem DRG-System ausgegliedert und über das Pflegebudget refinanziert werden. Diese Berufsgruppen werden in § 17b Abs. 4a KHG abschließend benannt. Das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (BGBl. I Nr. 56 vom 28.12.2022, S. 2793) erweiterte die Aufzählung der auszugliedernden Berufsgruppen in § 17b Abs. 4a KHG um Hebammen „auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen“ (§ 17b Abs. 4 KHG). Diese Anpassungen im Pflegebudget wurden bei der Weiterentwicklung des Entgeltsystems für 2025 entsprechend berücksichtigt.

Zahlreiche Vorschläge der medizinischen Fachgesellschaften, der Verbandsorganisationen der Krankenhäuser und Krankenkassen sowie weiterer Institutionen im „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2025 (Vorschlagsverfahren 2025)“ haben Erfahrungen der klinischen Praxis und medizinisches Expertenwissen in die Weiterentwicklung einfließen lassen. Allen, die sich am diesjährigen Vorschlagsverfahren beteiligt haben, sei an dieser Stelle gedankt.

Wir bedanken uns ganz besonders bei den 200 Krankenhäusern, die durch ihre aktive freiwillige Teilnahme an der Kostenkalkulation und ihr unvermindert großes Engagement an der Bereitstellung einer soliden Datenbasis gearbeitet haben. Ohne dieses Engagement der Kalkulationskrankenhäuser wäre die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems in der vorliegenden Form nicht möglich. Den gesetzlichen Vorgaben zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation folgend, wurden am 23. September 2022 dem aktualisierten Ziehungskonzept entsprechend 30 Krankenhäuser für die fünf Datenjahre 2022–2026 zur Teilnahme an der Kostendatenerhebung verpflichtet. Diese Krankenhäuser mussten im Jahr 2023 fallbezogene Kostendaten an das InEK übermitteln. Am 22. September 2023 wurden weitere 50 Krankenhäuser für die Datenjahre 2024–2028 zur Teilnahme an der Kostendatenerhebung verpflichtet. Im Datenjahr 2023 galt für diese 50 Krankenhäuser eine vereinfachte Teilnahme mit Lieferung von Kostenstellenauswertungen sowie Strukturinformationen an das InEK. Da diese Datenlieferungen auf einem hohen Aggregationsniveau erfolgen, konnten die übermittelten Daten nicht der fallbezogenen Datenbasis für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems zugeführt werden. Optional konnten die 2023 verpflichteten Krankenhäuser bereits im Datenjahr 2023 eine fallbezogene Kalkulation durchführen. Diese Option haben drei Krankenhäuser gewählt; die fallbezogenen Datensätze dieser drei Häuser wurden für die Weiterentwicklung verwendet. Den insgesamt 27 zur Teilnahme verpflichteten Krankenhäusern mit einer fallbezogenen Kostenkalkulation sei an dieser Stelle sehr herzlich für ihr Engagement gedankt. Ihre aktive Beteiligung leistete einen Beitrag zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation.

Mit Einführung der speziellen sektorengleichen Vergütung gem. § 115f SGB V durch das „Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeent-

lastungsgesetz – KHPfIEG)“ (BGBl. I, Nr. 56 vom 28.12.2022, S. 2793) wurde zum 1. Januar 2024 die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung neu justiert. Die spezielle sektorengleiche Vergütung basiert auf dem Grundgedanken, die Erbringung bestimmter Leistungen (Hybrid-DRGs) einheitlich zu vergüten, unabhängig davon, ob die Leistung ambulant oder stationär erbracht wurde. Die „Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung)“ des Bundesministeriums für Gesundheit (BGBl. I, Nr. 380 vom 21.12.2023) bildete die Grundlage für die Abrechnung von Hybrid-DRGs zum 1. Januar 2024. Die Vertragsparteien auf Bundesebene (GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Bundesvereinigung) sind gem. § 115f Abs. 1 SGB V beauftragt, die Hybrid-DRGs – bereits für das Entgeltsystem 2025 – weiterzuentwickeln. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben am 27. März 2024 eine entsprechende Vereinbarung geschlossen. Bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems wurden die Hybrid-DRGs sowohl hinsichtlich der klassifikatorischen Einordnung in den Gruppierungsalgorithmus als auch bei der Normierung des Entgeltsystems für 2025 berücksichtigt. Beide Aspekte werden im vorliegenden Abschlussbericht adressiert.

Das InEK legte den Selbstverwaltungspartnern (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) am 30. August 2024 den Entwurf des aG-DRG-Systems 2025 und des Pflegeerlös-Katalogs 2025 vor. Nach ausführlicher Beratung der Fach- und Entscheidungsgremien haben die Selbstverwaltungspartner dem aG-DRG-Fallpauschalen-Katalog 2025, dem Pflegeerlös-Katalog 2025 und den dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen zugestimmt.

Die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems kann nur gelingen, wenn Krankenhäuser und Krankenkassen weiterhin zur Weiterentwicklung und Kalkulation des pauschalierenden Entgeltsystems beitragen. Dies gilt insbesondere für Hinweise auf notwendige Änderungen und für Krankenhäuser, sich aktiv an der Kostendatenerhebung zu beteiligen; insbesondere auf diese Weise können Krankenhäuser zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation beitragen. Medizinische Fachgesellschaften sind weiterhin aufgerufen, durch aktive Teilnahme am Vorschlagsverfahren fachliche Impulse für die Weiterentwicklung zu geben.

Für die Mitarbeiter der InEK GmbH

Dr. Frank Heimig
Geschäftsführer

Christian Jacobs
Abteilungsleiter
Medizin

Dr. Michael Rabenschlag
Abteilungsleiter
Ökonomie

Mathias Rusert
Bereichsleiter
Statistische
Auswertungen

Siegburg, im Dezember 2024

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 2025 erforderlichen Anpassungen der Methodik werden in Kapitel 3.3.1 im Einzelnen beschrieben. Analoge Darstellungen der Vorgehensweise finden sich in älteren Berichten zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems. Diese stehen auf der [Internetseite des InEK](#) im Archiv zum Herunterladen zur Verfügung.

2.1 Datenerhebung, Datenprüfung und Datenaufbereitung

Datenerhebung

Alle dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) unterliegenden Krankenhäuser sind verpflichtet, krankenhausbazogene Strukturdaten und fallbezogene Leistungsdaten bereitzustellen (im Folgenden als „Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG“ bezeichnet).

Die an der Kostenerhebung teilnehmenden Krankenhäuser stellen neben den Leistungsdaten und den fallbezogenen Kostendaten auch ergänzende 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.

Datenaufbereitung

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

- Bereinigung bei fehlender DRG-Relevanz

Das aG-DRG-System gilt nicht für Leistungen der in § 17d KHG genannten Einrichtungen (Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung – PEPP-Entgeltssystem). Die entsprechenden Fälle wurden in eine separate Datenhaltung überführt. Gleiches gilt für vorstationäre Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung sowie Begleitpersonen.

- Überliegerbereinigung

Als Überlieger galten Behandlungsfälle, die vor dem 1. Januar 2023 aufgenommen, aber erst 2023 entlassen wurden. Für die Weiterentwicklung wurden nur Überlieger 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.

2.2 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 kontinuierlichen jährlichen Weiterentwicklung von ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen ist dies somit für jede neue G-DRG-Version erforderlich.

Für identische Codes ergibt sich keine Notwendigkeit einer Überleitung.

Bei nicht identischen Codes besteht die Überleitung zumeist in einer an der Überleitungstabelle des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) orientierten klassifikatorischen Überleitung. Teilweise muss hiervon allerdings abgewichen werden. Insofern lassen sich zwei Varianten festhalten:

- Klassifikatorische Überleitung
- Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

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

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

Eine detaillierte Erläuterung des Verfahrens findet sich in Kapitel 3.3.6.

3 aG-DRG-System 2025

3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Das aG-DRG-System 2025 umfasst insgesamt 1.295 DRGs. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Veränderungen zur Vorjahresversion:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
aG-DRG-System 2024	1.295	- 1
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.238	- 1
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	42	± 0
davon rein teilstationäre DRGs	15	± 0
davon bewertet (Anlage 1c)	2	± 0
davon explizite Ein-Belegungstag-DRGs	24	± 0
davon implizite Ein-Belegungstag-DRGs	411	+ 22

Tabelle 1: Überblick über das aG-DRG-System 2025

Die im Anhang enthaltene Tabelle A-5 gibt einen Überblick über die Veränderung der Anzahl der DRGs je MDC. Im Zusatzentgelte-Katalog (Anlage 2 FPV) werden 73 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 72) aufgeführt. Die Anzahl der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 FPV) liegt bei 170 (Vorjahr: 161).

Für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems wurden in der Datenerhebung gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG Angaben zu ca. 20 Mio. Fällen (Entgeltbereich „DRG“) aus 1.392 Krankenhäusern aus dem Datenjahr 2023 übermittelt.

Nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen lag die Anzahl der Kalkulationskrankenhäuser mit 279 im Datenjahr 2023 um 41 höher als im Vorjahr. Dabei ist zu berücksichtigen, dass 37 der im Jahr 2023 zur Kalkulationsteilnahme verpflichteten Krankenhäuser im Datenjahr 2023 keine fallbezogenen Daten, sondern Kostenstellenauswertungen und Strukturinformationen an das InEK geliefert haben; diese Daten können auf der Fallenebene nicht für die Weiterentwicklung verwendet werden. Die auswertbare Fallmenge aus den Kalkulationskrankenhäusern betrug ca. 4,1 Mio. Fälle. Die Anzahl der vollstationären Fälle aus den Kalkulationskrankenhäusern (ca. 3,92 Mio. Fälle) stieg im Vergleich zum Datenjahr 2022 (mit 3,35 Mio. Fällen) um 17,0% (siehe Tabelle 5).

Besonderheiten in diesem Jahr

Neben der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems war das InEK in diesem Jahr mit zahlreichen neuen Tätigkeiten betraut, die ebenfalls in einem vorgegebenen Zeitrahmen fertigzustellen waren. Dagehörten z.B.:

- Implementierung weiterer Hybrid-DRGs
- Erstmalige Entwicklung eines Leistungsgruppen-Groupers
- Auswertungen für den Bundes-Klinik-Atlas

- Anpassungen bei der Pflegepersonalausgliederung
- Erweiterung der Datenannahme (Arzterfassung)

Zu Beginn der Kalkulationsphase war daher nicht abzusehen, ob die Ressourcen für eine Anpassung des aG-DRG-System im gewohnten Umfang tatsächlich ausreichen würden. Letztlich konnten dennoch zahlreiche Umbauten am Algorithmus vorgenommen werden, wenn auch nicht im Ausmaß der Vorjahre. „Echte“ Fehler im DRG-Algorithmus wurden korrigiert und Änderungen vorgenommen, um relevante Fehlanreize zu minimieren. Darüber hinaus wurde das aG-DRG-System nur punktuell angepasst. Ein klassifikatorisch eher stabiles System mit vergleichsweise weniger Fallwanderungen als in den Vorjahren erschien aufgrund der besonderen Situation in diesem Jahr nicht per se nachteilig.

Hybrid-DRGs

Neben den erstmals für das aG-DRG-System 2024 implementierten Hybrid-DRGs für die spezielle sektorengleiche Vergütung hatten sich die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene auf weitere fünf Leistungsbereiche geeinigt, die zukünftig ebenfalls derartig vergütet werden sollen:

- Endoskopische Eingriffe an Galle, Leber und Pankreas
- Proktologische Eingriffe an Analfisteln
- Eingriffe an Hoden und Nebenhoden
- Brusterhaltende Eingriffe der Mammachirurgie
- Osteosynthetische Versorgung von Klavikulafrakturen

Zudem sollten die bestehenden Hybrid-DRGs für Operationen bei Hernien sowie bei Sinus pilonidalis gemäß Hybrid-DRG-Vereinbarung vom 27. März 2024 um zusätzliche Eingriffe erweitert werden. Insgesamt wurden die Vorgaben der Vereinbarung in den Leistungsbereichen soweit wie möglich umgesetzt, zehn neue Hybrid-DRGs etabliert, bestehende Hybrid-DRGs angepasst sowie die Ausschlusskriterien umfangreich überarbeitet.

CCL-Matrix

Die CCL-Matrix wurde über Jahre entwickelt und gepflegt. In einem mehrjährigen Prozess wurden umfangreiche Analysen von Diagnosen und ihren CCL-Werten durchgeführt – auch und insbesondere seit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System. Die Anpassungen in der CCL-Matrix waren wie auch die klassifikatorischen Umbauten deutlich zurückhaltender als in den Vorjahren, insgesamt wurden die Vorschläge aus dem strukturierten Dialog aufgenommen sowie unumgängliche Anpassungen einzelner Diagnosen und Diagnosegruppen (systemweit und in einzelnen Basis-DRGs) vorgenommen.

Statistische Güte des Systems

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

	aG-DRG-System 2024	aG-DRG-System 2025	Verbesserung (in %)
R ² -Wert auf Basis aller Fälle	0,7448	0,7450	+0,03
R ² -Wert auf Basis der Inlier	0,8262	0,8273	+0,13

Tabelle 2: Vergleich der Varianzreduktion R², aG-DRG-Systeme 2024 und 2025, Datenjahr 2023, Hauptabteilung, plausibilisiert, ohne explizite Ein-Belegungstag-DRGs und nicht bewertete DRGs

3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung

3.2.1 Datenbasis

3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung

Für das Datenjahr 2023 wurden im Datenfeld „Entgeltbereich“ die Ausprägungen „DRG“, „PSY“ und „PIA“ übermittelt.

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

Den Umfang der Datenlieferungen für das Datenjahr 2023 gibt Tabelle 3 wieder. Die Zahlen der Erhebung von Kostendaten sind „davon“-Angaben der Datenerhebung gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG. Die Angaben in Tabelle 3 geben den Stand nach erfolgten Fehlerprüfungen in der Datenstelle und vor Durchführung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen wieder.

Kriterium	Erhebung von Daten gem. § 21 KHEntgG	Erhebung von Kostendaten
Anzahl Krankenhäuser	1.392	279
Anzahl Betten	394.824	118.960
Anzahl Fälle	20.026.048	5.218.239

Tabelle 3: Umfang der Datenlieferung, Entgeltbereich „DRG“, Datenjahr 2023 (Stand: 31. Mai 2024)

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

Die Datensätze aus der Erhebung von Kostendaten 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 1.392 Krankenhäusern bzw. 279 Kalkulationskrankenhäusern. Abbildung 1 zeigt die regionale Zusammensetzung der Erhebungen nach dem Bundesland der einbezogenen Krankenhäuser.

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

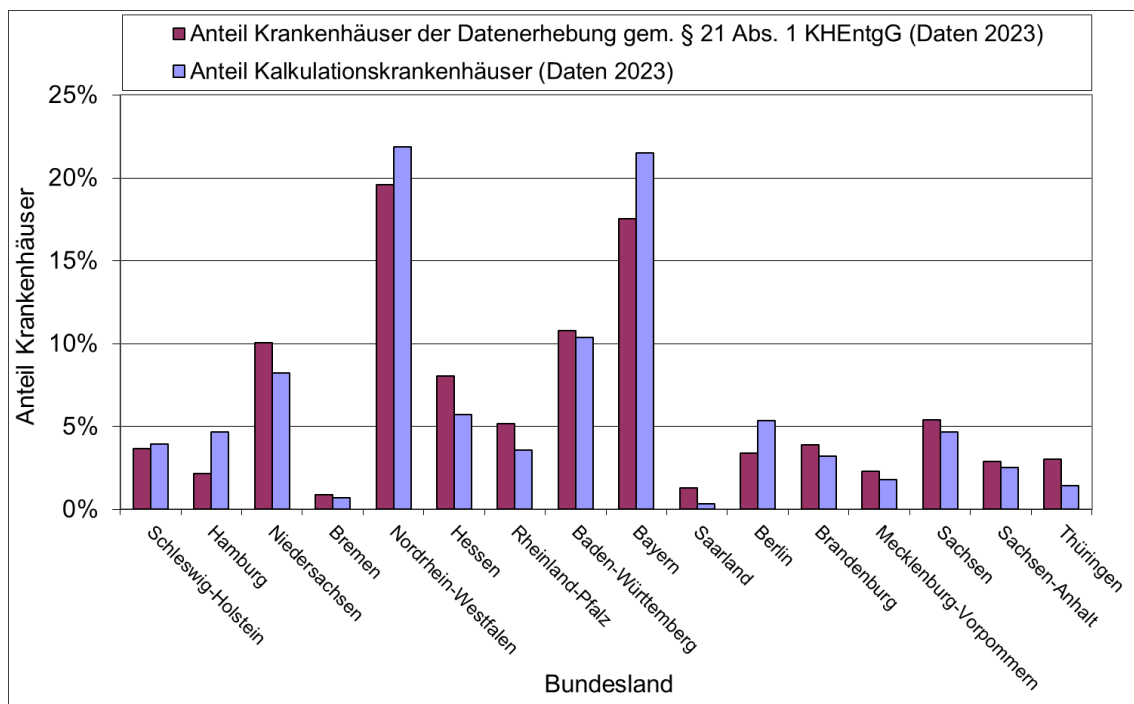


Abbildung 1: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser, Datenjahr 2023

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 Abs. 1 KHEntgG bei den Kalkulationskrankenhäusern ein Übergewicht der Krankenhäuser ab einer Größe von mehr als 300 Betten erkennbar. Andererseits sind bei den Kalkulationskrankenhäusern kleine Häuser mit bis zu 300 Betten mit einem geringeren Anteil als in der Datenerhebung gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG vertreten. Gleichzeitig stellt die höhere Beteiligung großer Krankenhäuser die Abdeckung des gesamten Leistungsspektrums mit ausreichenden Fallzahlen sicher.

Im Vergleich zum Vorjahr sinken die Anteile der Kalkulationskrankenhäuser in den Bettengrößenklassen mit bis zu 100 Betten und 801 bis 1.000 Betten, während sie in den übrigen Bettengrößenklassen leicht ansteigen. In den vier Bettengrößenklassen ab 301 Betten aufwärts verändert sich der Anteil bei den Kalkulationskrankenhäusern parallel zur Entwicklung der Datenerhebung gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG, während die beiden Bettengrößenklassen bis 300 Betten eine leicht gegenläufige Entwicklung zeigen.

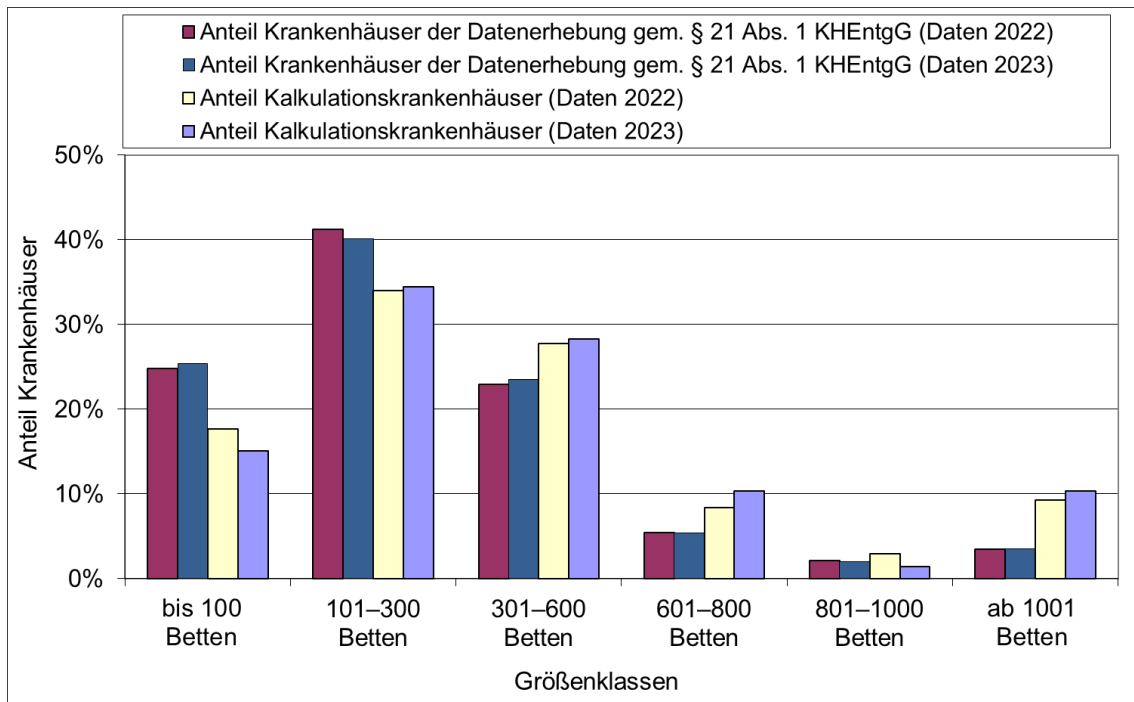


Abbildung 2: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser, Datenjahre 2022 und 2023

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

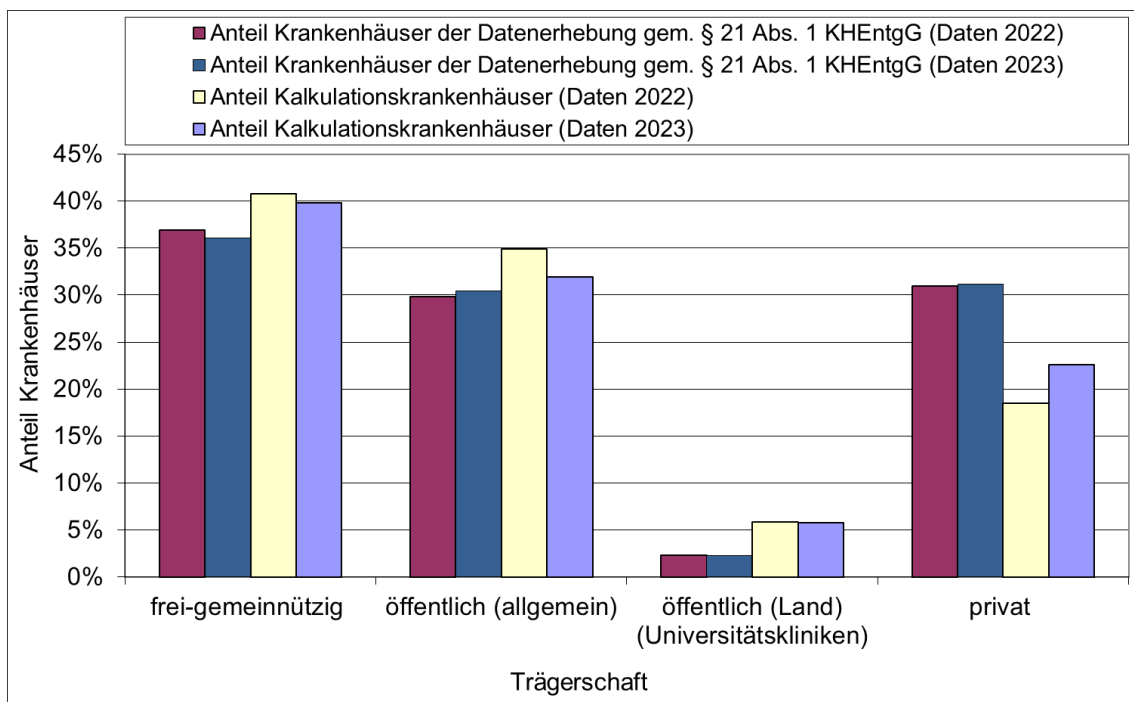


Abbildung 3: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Trägerschaft der Krankenhäuser, Datenjahre 2022 und 2023

Die Gegenüberstellung der Kalkulationskrankenhäuser mit den Krankenhäusern der Datenerhebung gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG zeigt bei den Kalkulationskrankenhäusern ein Übergewicht der frei-gemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäuser. Andererseits sind bei den Kalkulationskrankenhäusern private Krankenhäuser mit einem geringeren Anteil als in der Datenerhebung gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG vertreten. Der Vergleich der beiden Datenjahre 2022 und 2023 zeigt einen Rückgang des Anteils frei-gemeinnütziger und öffentlicher Kalkulationskrankenhäuser, während der Anteil bei privaten Kalkulationskrankenhäusern ansteigt.

Umfang der Datenlieferungen

Der Anteil fehlerhafter Datensätze an den übermittelten Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG lag nach Auswertung der Datenstelle im Datenjahr 2023 mit 0,07% unverändert auf niedrigem Niveau (Datenjahr 2022: 0,10%).

Insgesamt stellten die Kalkulationskrankenhäuser 6.354.524 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 3,9 Prozeduren und 6,4 Nebendiagnosen auf. Die Kostendaten wiesen je Fall im Durchschnitt 34,9 verschiedene Kostenmodule aus. Nach Ausschluss der nicht DRG-relevanten Datensätze standen 5.218.239 Fälle mit Kosten- und Leistungsdaten im Datenjahr 2023 zur Verfügung (siehe Tabelle 3).

Bereinigungen und Korrekturen

Tabelle 4 zeigt die von den verschiedenen Bereinigungs- und Korrekturmaßnahmen (siehe Kapitel 2.1) betroffenen Fallmengen. Die Prozentangaben beziehen sich auf die 5.218.239 geprüften Datensätze. Der Fallanteil in der zweiten Zeile ist – wie im Vorjahr – durch die separaten Vergütungen von Mehrkosten aufgrund des Coronavirus begründet. Der jeweilige fallbezogene Bereinigungsbetrag für Corona-Mehrkosten liegt dabei im kleinen zweistelligen Eurobereich.

Bereinigung/Korrektur	Anteil Datensätze (in %)	Maßnahme
Korrektur Zusatzentgelte: Dialysekosten, Kosten für Faktorpräparate bei Bluterbehandlung	0,9	Bereinigung Dialysekosten, Kosten-separation
Korrektur sonstige Zusatzentgelte	27,2	Bereinigung in relevanten Kostenmodulen bzw. Herausnahme aus der Datenbasis
Überliegerbereinigung	0,3	Herausnahme aus der Datenbasis

Tabelle 4: Ergebnis der Datenbereinigungen und -korrekturen (bezogen auf 5.218.239 Datensätze, Entgeltbereich „DRG“), Datenjahr 2023

Datenumfang nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen

Nach den Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie den Bereinigungen und Korrekturen (siehe Kapitel 2.1 und 3.3.1.1) standen schließlich 4.077.205 Datensätze im Datenjahr 2023 zur Verfügung. Auf Grundlage des Ergebnisses der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen mussten 15 Krankenhäuser ihre Kalkulationsdatensätze komplett stornieren (5,4% der Datensätze des Datenjahres 2023). Insgesamt wurden 21,9% der 5.218.239 geprüften Datensätze durch Bereinigung sowie durch Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen von der Kalkulation ausgeschlossen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der weit überwiegende Teil der ausgeschlossenen Fälle auf die 37 zur Kalkulationsteilnahme verpflichteten Krankenhäuser mit vereinfachter Kalkulation zurückzuführen ist. Diese 37 Häuser lieferten Kostenstellenauswertungen und Strukturinformationen, die auf der Fallebene keine für die Weiterentwicklung verwendbaren Informationen erbringen.

Tabelle 5 zeigt die nach Abteilungsart differenzierten Fallmengen vor und nach den Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen. Der Anteil plausibler Fälle lag im Datenjahr 2023 bei 78%.

Abteilungsart	Fallzahl vor Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen	Fallzahl nach Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen
Versorgung in Hauptabteilung	4.975.783	3.882.595
Belegärztliche Versorgung	57.545	41.710
Teilstationäre Versorgung	184.911	152.900
Gesamt	5.218.239	4.077.205

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, Datenjahr 2023

3.2.1.2 Ergänzende Datenbereitstellung

Der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems stehen in jedem Jahr die Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG sowie die 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. Bei 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 2024 und dem OPS Version 2024 ebenso wie von Leistungen, die in diesen Katalogen noch nicht abgebildet sind. Diese standen in den regulären Daten der Kalkulationskrankenhäuser aus dem Jahr 2023 noch nicht zur Verfügung. Ohne die ergänzende Datenbereitstellung hätten diese Informationen erst in der Kalkulation des Jahres 2025 oder nach Einführung

neuer Codes für 2025 erst im Jahr 2026 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 aG-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.

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

Insgesamt haben 218 Krankenhäuser 353.404 Leistungsdaten übermittelt. Eine detaillierte Übersicht über die ergänzend bereitgestellten Leistungsdaten zeigt Tabelle 6.

Da sich an der ergänzenden Datenbereitstellung nahezu alle an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser beteiligen, diese Informationen aber nicht aus allen gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG zur Datenlieferung verpflichteten Krankenhäusern vorliegen, wird zwar eine bessere Beurteilung von Mehrkosten bestimmter Verfahren ermöglicht, eine sichere Abschätzung über die bundesweite Leistungsmenge ist aber nicht in jedem Fall möglich. Infolgedessen ist es nur bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen möglich, den DRG-Algorithmus basierend auf den Daten der ergänzenden Datenbereitstellung umzubauen. Zur Analyse und Bewertung zusatzentgeltrelevanter Leistungen sind die ergänzenden Daten aber unverzichtbar.

Daten	Anzahl Krankenhäuser	Anzahl Daten
Leistungs- und Kostendaten zu Medikamenten	217	243.591
Leistungs- und Kostendaten zu Blutprodukten	191	69.345
Leistungs- und Kostendaten zu Neurostimulatoren, mit Angaben zum Typ des Implantats	95	2.499
Leistungs- und Kostendaten zu minimalinvasiven Operationen an Herzklappen, mit Angaben zum Typ des Implantats	62	16.298
Leistungs- und Kostendaten zu Stentgraft-Prothesen an der Aorta	54	656
Leistungsdaten zur Beatmungsentwöhnung	49	3.008
Leistungsdaten zu anderen operativen und interventionellen Verfahren	24	292
Leistungsdaten zu Dialysen	164	17.635

Tabelle 6: Übersicht ergänzende Datenbereitstellung, Datenjahr 2023

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 Sachverständes bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2025 (Vorschlagsverfahren für 2025)“ durch ein regelhaftes Verfahren zu führen. Die Konzeption des Verfahrens (siehe Punkt 1–4) entsprach im Wesentlichen den vorangegangenen Vorschlagsverfahren:

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

Das Vorschlagsverfahren für 2025 wurde am 30. November 2023 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 4. Juli 2024 auf der Internetseite des InEK veröffentlicht.

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

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

3.2.2.2 Beteiligung

Die Beteiligung am Verfahren fiel höher aus als im Vorjahr. Insgesamt sind 191 Vorschlagssendungen eingegangen. Da eine Vorschlagssendung aus mehreren Teilveranschlägen (also Vorschlägen zu verschiedenen Problemstellungen oder DRGs) bestehen konnte, ergaben sich rund 260 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 2023 zweifelsfrei identifizierbar waren.

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

Im diesjährigen Vorschlagsverfahren ging erneut eine nicht unerhebliche Anzahl von Vorschlägen ein, die auf Einzelfallbeispielen gründeten, also z.B. auf der Verschiebung von Einzelkodes ohne Berücksichtigung „benachbarter“ 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 aG-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 aG-DRG-Systems hingewiesen.

Beim Vorschlagsverfahren für 2025 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 Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Darauf wurde in der Verfahrensbeschreibung hingewiesen. Die im Rahmen des Verfahrens eingegangenen Vorschläge zur Neuformulierung von Kodes wurden an die zuständigen Stellen weitergeleitet, allerdings hatte dies keine Verlängerung der dortigen Annahmefrist (29. Februar 2024) zur Folge.

- Vorschläge zur Finanzierung über Zusatzentgelte

Generell ist die Vergütung einzelner Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel nach § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG nur für eng begrenzte Ausnahmefälle vorgesehen. Die Ermittlung von Zusatzentgelten erfordert typischerweise ergänzende Fallinformationen und eine eigene Methodik. In Kapitel 3.3.4 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 Prüfungen von Diagnosen und Diagnosegruppen beispielsweise im Hinblick auf streitbefangene, wenig belastbare Kodierung und Besonderheiten bei der Verschlüsselung durchgeführt. Schließlich wurden für das aG-DRG-System 2025 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 bei eindeutigen Simulationsergebnissen und einer relevanten Fallzahl implementiert. Im Ergebnis wurde die CCL-Matrix nur punktuell und somit deutlich zurückhaltender als in den Vorjahren angepasst. Die Überarbeitung der CCL-Matrix wird in Kapitel 3.3.1.4 detailliert beschrieben.

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

Simulationen auf den Daten der Kalkulationskrankenhäuser konnten nur anhand von Kodes durchgeführt werden, die in den Datensätzen vorhanden waren oder aufgrund einer ergänzenden Datenbereitstellung zur Verfügung standen. Mit neu beantragten Kodes wurde wie oben beschrieben verfahren. Wurden diese Kodes vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in die Klassifikationen aufgenommen, können sie ab dem Jahr 2024 verschlüsselt werden und stehen dann spätestens im Jahr 2025 in den Kalkulationsdaten zur Analyse zur Verfügung. Vorschläge, die auf Kodes des Jahres 2024 basieren, wurden weitestgehend auf Kodes des Jahres 2023 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 aG-DRG-Systems für 2025. Weiterhin wurden die DKR an Änderungen der Diagnosen-/Prozedurenklassifikation sowie der aG-DRG-Klassifikation für 2025 angepasst.
- Vorschläge zur Änderung von Rahmenbedingungen des aG-DRG-Systems
 Vorschläge, die grundsätzlich von den Rahmenbedingungen der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPV) für das Jahr 2024 abweichen bzw. außerhalb der Systemarchitektur des aG-DRG-Systems lagen, wurden auf innerhalb des aG-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 aG-DRG-Systems zu finden. Einige DRGs wurden jedoch im Fallpauschalen-Katalog für das Jahr 2025 nicht mit einer Bewertungsrelation belegt (Anlagen 3a und 3b der FPV 2025) 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.

Eine Besonderheit ergab sich in diesem Jahr dadurch, dass das Institut mannigfaltige neue Tätigkeiten zu erbringen hatte, z.B. die Implementierung weiterer Hybrid-DRGs, eine erstmalige Entwicklung eines Leistungsgruppen-Groupers, zusätzliche Auswertungen für den Bundes-Klinik-Atlas, Anpassungen bei der Pflegepersonalausgliederung sowie eine Erweiterung der Datenannahme (Arzterfassung). Zu Beginn der Kalkulationsphase war daher nicht abzusehen, inwieweit eine Berechnung aller eingegangenen Vorschläge tatsächlich möglich sein würde. Aus diesem Grund erfolgte zunächst eine Simulation aller eingegangenen rechenbaren Vorschläge zum Zwecke der Priorisierung, die wie folgt vonstattenging:

- Priorität 1:
 - Vorschläge, die „echte“ Fehler im DRG-Algorithmus beschreiben
 - Vorschläge, die helfen, relevante Fehlanreize zu minimieren
- Priorität 2:
 - Weitere mögliche Verbesserungen des aG-DRG-Systems

Letzten Endes erfolgten Umsetzungen doch in größerem Umfang als zu Beginn des Sommers erwartet. Alle „Priorität 1“- und „Priorität 2“-Vorschläge wurden berücksichtigt; Lösungen im Sinne der Vorschlagenden konnten in nennenswertem Maße etabliert werden. Insgesamt war der Umfang der Veränderungen aber deutlich kleiner als in den Vorjahren.

3.2.3 Ausgliederung der Pflegepersonalkosten

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurde der ordnungspolitische Rahmen für die Vergütung stationärer Leistungen neu ausgerichtet und in § 17b Abs. 4 KHG bestimmt, dass erstmals für den Fallpauschalen-Katalog 2020 die Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Stationen aus dem G-DRG-System ausgegliedert und einer eigenständigen tagesbezogenen Vergütung zugeführt wurden.

Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (BGBl. I Nr. 42 vom 11.11.2022, S. 1990) wurde die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten ab dem Jahr 2025 neu geregelt. Danach soll ab 2025 ausschließlich Personal bestimmter Berufsgruppen, „das überwiegend in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist“, aus dem G-DRG-System ausgegliedert und über das Pflegebudget refinanziert werden. Diese Berufsgruppen werden in § 17b Abs. 4a KHG abschließend benannt. Demnach müssen die Pflegepersonalkosten für die Berufsgruppen „Sonstige Berufe“ und „Ohne Berufsabschluss“ wieder in das aG-DRG-System zurückgeführt werden, da diese Kosten ab 2025 nicht mehr über das Pflegebudget finanziert werden. Das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (BGBl. I Nr. 56 vom 28.12.2022, S. 2793) erweiterte die Aufzählung der auszugliedernden Berufsgruppen in § 17b Abs. 4a KHG um Hebammen „auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen“ (§ 17b Abs. 4 KHG). Die Personalkosten der Hebammen müssen aus dem aG-DRG-System ausgegliedert werden, da diese Kosten ab 2025 über das Pflegebudget finanziert werden.

Kalkulatorisch wurden diese Umgliederungen dadurch umgesetzt, dass die Kalkulationskrankenhäuser die Personalkosten, die nicht mehr über das Pflegebudget finanziert werden, von Kostenartengruppe 2 (Pflegedienst) in Kostenartengruppe 3 (medizinisch-technischer Dienst/Funktionsdienst) umgegliedert haben. Die ab 2025 neu über das Pflegebudget zu finanzierenden Personalkosten der Hebammen wurden umgekehrt von Kostenartengruppe 3 (medizinisch-technischer Dienst/Funktionsdienst) in Kostenartengruppe 2 (Pflegedienst) umgegliedert. Dies gilt auch für die Kostenstellengruppe 6 (Kreißsaal), sodass Personalkosten für im Kreißsaal beschäftigte Dienstleistungen, die nicht dem Pflegebudget zugeordnet wurden, weiterhin in der InEK-Kostenmatrix in Kostenartengruppe 3 (medizinisch-technischer Dienst/Funktionsdienst) enthalten sind. Die Umgliederung der Personalkosten der Kalkulationskrankenhäuser fand im Laufe der Kostendatenerhebung statt, da die ursprüngliche buchhalterische Zuordnung der Personalkosten als Basis für die Testierung des Pflegebudgets durch den Wirtschaftsprüfer nach den Vorgaben des Pflegebudgets für 2023 erfolgte.

Die anteilige Ausgliederung von Personalkosten des Pflegedienstes in Kostenstellen der Kostenstellengruppe 13 (Patientenaufnahme) für bettenführende Aufnahmestationen blieb grundsätzlich unverändert bestehen.

Insbesondere die Ausgliederung der Hebammen aus dem aG-DRG-System führt „optisch“ zu sinkenden Relativgewichten in den Basis-DRGs der Geburtshilfe O01 *Sectio caesarea oder Thromboembolie während der Gestationsperiode mit OR-Prozedur*, O60 *Vaginale Entbindung oder Thromboembolie während der Gestationsperiode ohne OR-Prozedur* etc. „Optisch“ sinken meint, dass die Bewertungsrelationen in diesen Basis-DRGs im Vergleich zum Vorjahr zwar niedriger sind, die Vergütung der ausgegliederten Personalkosten für die Hebammen zukünftig aber über das Pflegebudget erfolgt. Die wieder einzugliedernden Pflegekräfte („Sonstige Berufe“ und „Ohne Berufsabschluss“) führen zu unterschiedlich ausgeprägten Veränderungen der Relativgewichte, da sie im Gesamtsystem unterschiedlich eingesetzt werden.

Da die Personalkosten der Hebammen ab 2025 dem Pflegebudget zugeordnet werden, sind die Bewertungsrelationen für die Versorgung in Hauptabteilungen mit angestellten

Hebammen (Spalte 4 Anlage 1 Teil a) FPV 2025) und für die Versorgung in Hauptabteilungen mit Beleghebammen (Spalte 5 Anlage 1 Teil a) FPV 2025) in der MDC 14 *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* identisch (bei allen anderen MDCs ist Spalte 5 grundsätzlich immer leer).

Pflegeerlös-Katalog 2025

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

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

Für die Berechnung der tagesbezogenen Bewertungsrelationen wurden die ausgegliederten Pflegepersonalkosten aller plausiblen Fälle (Inlier, Kurz- und Langlieger) des Datenjahres 2023 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.

Für die unbewerteten DRGs in den Anlagen 3a und 3b FPV 2025 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 25 der 42 unbewerteten DRGs der Anlage 3a FPV 2025 und 12 der 13 unbewerteten DRGs der Anlage 3b FPV 2025 tagesbezogene Bewertungsrelationen berechnet werden. Zur Vermeidung von zufälligen Schwankungen in der Stichprobenszusammensetzung wurden die zehn DRGs der MDC 25 *Teilstationäre pädiatrische Diagnostik und Behandlung* gemeinsam (d.h. alle teilstationären Tage identisch) bewertet.

Gem. § 8 Abs. 5 FPV 2025 wurden die 17 unbewerteten DRGs ohne kalkulierte Bewertungsrelation der Anlage 3a FPV 2025 mit dem Wert 1,0000 und eine unbewertete DRG ohne kalkulierte Bewertungsrelation der Anlage 3b FPV 2025 mit dem Wert 0,5000 versehen.

Für den Pflegeerlös-Katalog bei Versorgung durch Belegabteilungen wurden eigenständige tagesbezogene Bewertungsrelationen berechnet, wenn mindestens 200 Fälle aus mindestens fünf Krankenhäusern vorlagen. Für 16 DRGs konnten somit eigenständige tagesbezogene Bewertungsrelationen berechnet werden. Für die übrigen im Katalog für die Versorgung durch Belegabteilungen ausgewiesenen DRGs wurden die tagesbezogenen Bewertungsrelationen für den Pflegeerlös-Katalog unverändert aus dem Pflegeerlös-Katalog bei Versorgung durch Hauptabteilungen übernommen.

Um aus den tagesbezogenen Kostenwerten dimensionslose Bewertungsrelationen zu erzeugen, mussten die durchschnittlichen tagesbezogenen Pflegepersonalkosten durch eine entsprechende Bezugsgröße dividiert werden, d.h. der Pflegeerlös-Katalog musste normiert werden. Die Normierung erfolgte nach der Maßgabe, dass die durchschnittliche tagesbezogene Bewertungsrelation in Deutschland den Wert 1,0 annimmt. Dazu wurden alle vollstationären Fälle der Daten nach § 21 Abs. 1 KHEntgG für das Datenjahr 2023 bei Versorgung durch Haupt- oder Belegabteilungen mit den entsprechenden

Verweildauertagen bewertet. Um im Durchschnitt den Wert 1,0 zu erzielen, musste eine Bezugsgröße von 223,77 € verwendet werden.

3.2.4 Sachkostenkorrektur / gezielte Absenkung

Vor dem G-DRG-Katalog 2017, also vor Einführung der sogenannten Sachkostenkorrektur, wurden zur Berechnung der Bewertungsrelationen des G-DRG-Katalogs die jeweiligen durchschnittlichen Fallkosten der DRG einheitlich durch die Bezugsgröße geteilt. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) ergab sich eine Änderung in § 17b Abs. 1 KHG: „Um mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung der Sachkostenanteile bei voll- und teilstationären Leistungen jährlich zu analysieren und geeignete Maßnahmen zum Abbau vorhandener Übervergütung zu ergreifen, sind [...] sachgerechte Korrekturen der Bewertungsrelationen der Fallpauschalen zu vereinbaren“. Mit der „Vereinbarung gemäß § 17b Abs. 1 Satz 6 KHG zur Korrektur der Anteile der Sachkosten in den Bewertungsrelationen“ (Sachkostenvereinbarung) der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene wurde ab dem G-DRG-System 2017 die Sachkostenkorrektur eingeführt: Im Zuge dieser Sachkostenkorrektur wurden im Sinne einer Erlöskorrektur bei der Ermittlung der Bewertungsrelationen die Sachkosten durch eine größere Zahl als die Bezugsgröße geteilt (*Berech50* für 2017 bzw. *Berech60* in den Folgejahren). Damit gingen die Sachkosten weniger in die Berechnung der Bewertungsrelationen ein. Die „Restkosten“ wurden hingegen durch eine kleinere Zahl als die Bezugsgröße geteilt (Korrekturwert). Damit gingen sie stärker in die Berechnung ein. Der Wert *Berech60* berechnet sich dabei regelbasiert gemäß folgender Formel:

- Differenz: = Berechnungsergebnis gem. § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntgG – Bezugsgröße
- *Berech60*: = Bezugsgröße + 60% x Differenz

Der Korrekturwert ergibt sich in eindeutiger Weise dadurch, dass das Case-Mix-Volumen durch die Sachkostenkorrektur unverändert bleibt.

Ein ähnlicher Mechanismus wird auch bei der gezielten Absenkung und gezielten Abstufung bestimmter DRGs verwendet: Dort werden alle Kosten – und nicht nur die Sachkosten – durch die größere Zahl *Berech60* dividiert.

Im vergangenen Jahr lag die Bezugsgröße erstmals über dem Berechnungsergebnis gem. § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntgG. Dies hätte bei Verwendung der oben genannten konsentierten Formel zu einer Umkehr des Effekts der Sachkostenkorrektur geführt. Daher haben die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene für den aG-DRG-Katalog 2024 die Sachkostenkorrektur mit 0% (statt 60%) und damit „ohne Effekt“ umzusetzen. Die gezielte Absenkung der Fallpauschalen der DRGs I10D, I10E, I10F, I10G, I10H, I47C und die gezielte Abstufung der Fallpauschalen der DRGs I68D, I68E, I68F wurde fortgeführt, indem die Fallpauschalen pauschal um 5% verringert wurden.

Nach Berücksichtigung aller normierungsrelevanten Themen liegt die Bezugsgröße für den aG-DRG-Katalog 2025 nur wenig unter dem Berechnungsergebnis gem. § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntgG. Die Sachkostenkorrektur, die gezielte Absenkung und die gezielte Abstufung hätten daher mit dem oben skizzierten Regelwerk kaum einen Effekt gehabt. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben daher konsentiert, an der Umsetzung des Vorjahres auch in diesem Jahr festzuhalten: Die Umsetzung der Sachkostenkorrektur erfolgte entsprechend auch in diesem Jahr mit 0% (= keine Sachkostenkorrektur). Die gezielte Absenkung und gezielte Abstufung wurden erneut in Höhe von 5% und damit auf einem vergleichbaren Niveau der Vorjahre durchgeführt.

3.2.5 Vereinfachte Dämpfung

Um verzerrenden kostenkalkulatorischen Effekten infolge der Corona-Pandemie sachgerecht zu begegnen, wurde in den beiden vergangenen Jahren bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Katalogs ein gestufter Dämpfungsansatz verwendet (siehe die beiden Abschlussberichte zur Weiterentwicklung der aG-DRG-Kataloge für 2023 und 2024). Bereits im vergangenen Jahr wurde kommuniziert, dass der gestufte Dämpfungsansatz in der bisherigen Form nicht mehr umgesetzt werden kann, da der Abstand zwischen dem letzten „Vor-Corona-Jahr“ 2019 und dem vorliegenden Datenjahr 2023 zu groß ist.

Nach zwei Jahren mit Dämpfung wurde daher in der zuständigen Arbeitsgruppe mit den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene u.a. erörtert, ob eine grundsätzliche Dämpfung weiterhin notwendig ist, eine Rückkehr zur Kalkulationsroutine von vor der Corona-Pandemie möglich ist oder ein „Übergangsjahr“ z.B. mit angepasster Dämpfung benötigt wird.

Analysen zeigten, dass die Effekte einer (angepassten) Dämpfung viel geringer ausfallen würden als in den beiden Vorjahren. Daher war eine Dämpfung nicht mehr grundsätzlich angezeigt.

Der Wegfall der Dämpfung zeigt sich erwartungsgemäß vor allem bei DRGs, die im Vorjahr „stark“ gedämpft waren: Das heißt, bei DRGs, bei denen ein Rückgang gedämpft war, fallen die Bewertungsrelationen in der Tendenz, und bei DRGs, bei denen ein Anstieg gedämpft war, steigen sie dagegen tendenziell an.

Neben dem Wegfall der Dämpfung haben darüber hinaus auch die Anpassungen bei der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten einen erheblichen Einfluss auf die Veränderungen der im aG-DRG-Katalog ausgewiesenen Bewertungsrelationen (siehe Kapitel 3.2.3).

Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben das InEK gebeten, ein Schema für eine angepasste Berechnung der Bewertungsrelationen für den aG-DRG-Katalog 2025 vorzulegen: Dabei sollen nach Vorgaben durch die Selbstverwaltungspartner die effektiven Bewertungsrelationen für Fälle in „expliziten und impliziten Ein-Belegungstag-DRGs“ um 15% abgesenkt werden (vereinfachte Dämpfung). Im Gegenzug sind die effektiven Bewertungsrelationen der übrigen Fälle um einen konstanten und für alle DRGs gleichen Faktor so zu erhöhen, dass sich das effektive Case-Mix-Volumen in Deutschland im Ergebnis nicht verändert. Simulationsrechnungen zeigten, dass ein solcher Eingriff einen dämpfenden Einfluss auf die Veränderungen im aG-DRG-Katalog 2025 gegenüber dem Vorjahr hat.

Im aG-DRG-Katalog 2025 wurden dem Konsens der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene folgend die Relativgewichte der Fälle in expliziten und impliziten Ein-Belegungstag-DRGs um 15% abgesenkt und die Relativgewichte der übrigen Fälle angehoben, sodass das Case-Mix-Volumen gleich blieb. Von der Absenkung ausgenommen wurden die „Mutter-DRGs“ der Hybrid-DRGs.

3.2.6 Hybrid-DRGs

Bereits für das Jahr 2024 wurden die Vertragsparteien nach § 115b Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beauftragt, eine spezielle sektorengleiche Vergütung, die sogenannten Hybrid-DRGs, zu entwickeln. Nachdem sich die Vertragsparteien nicht einigen konnten, musste das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) durch eine Ersatzvornahme in Form einer Rechtsverordnung die Hybrid-DRGs in Kraft setzen („Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-

Verordnung“ (BGBl. I, Nr. 380 vom 21.12.2023). Insgesamt wurden zwölf aufwandshomogene Fallpauschalen etabliert, die für Leistungen ab dem 1. Januar 2024 gelten und fünf vorgegebenen Indikationen zuzurechnen sind:

- Bestimmte Hernienoperationen
- Entfernung von Harnleitersteinen
- Ovariectomien
- Arthrodesen (Versteifung) der Zehengelenke
- Exzision eines Sinus pilonidalis

Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene hatten sich nun Ende März 2024 auf weitere fünf Leistungsbereiche geeinigt, die zukünftig ebenfalls über Hybrid-DRGs vergütet werden sollen (Hybrid-DRG-Vereinbarung vom 27.3.2024):

- Endoskopische Eingriffe an Galle, Leber und Pankreas
- Proktologische Eingriffe an Analfisteln
- Eingriffe an Hoden und Nebenhoden
- Brusterhaltende Eingriffe der Mammachirurgie
- Osteosynthetische Versorgung von Klavikulafrakturen

Zudem sollten die bereits bestehenden Hybrid-DRGs für Operationen bei Hernien sowie bei Sinus pilonidalis gemäß der Hybrid-DRG-Vereinbarung um zusätzliche Eingriffe erweitert werden. Dabei sollte in diesen sieben Leistungsbereichen die Liste der „Hybrid-OPS“ um etwa 100 weitere Eingriffe ergänzt werden, wobei die Kalkulation der neuen Fallpauschalen grundsätzlich gemäß der bisherigen Systematik erfolgen sollte. Fälle der Hybrid-DRGs haben bestimmte Kriterien zu erfüllen:

- Vorliegen eines als „Hybrid-Prozedur“ gewerteten OPS-Kodes
- Verweildauer = 1, also ein Belegungstag
- PCCL < 3, d.h. keine schweren Komplikationen und/oder Komorbiditäten im Sinne einer höheren Erkrankungsschwere
- Keine weiteren Ausschlusskriterien, etwa
 - sogenannte „Kontextfaktoren“ (komplexe Diagnosen oder aufwendige Eingriffe)
 - DRG-spezifisch als nicht für Hybrid-DRG geeignet identifizierte Konstellationen

Weiterentwicklung

Erste Analysen zeigten bereits, dass die detaillierten Vorgaben der Hybrid-DRG-Vereinbarung und das Ergebnis der Datenanalysen des InEK für viele Konstellationen nicht immer in Übereinstimmung zu bringen waren. Dies betraf sowohl die Auswahl der definierenden OPS-Kodes für die jeweiligen Leistungsbereiche als auch die Definition von Ausschlusskriterien. Dabei kristallisierten sich im Wesentlichen vier problematische Konstellationen heraus:

- Die vorgegebene Auswahl an Prozeduren ergab bei bestimmten Leistungsbereichen nur eine sehr geringe Anzahl von betroffenen Fällen

- Zusätzliche Codes mussten ergänzt werden, damit nicht durch eine unspezifische Kodierung eine Zuordnung zu einer Hybrid-DRG vermieden werden kann
- Weitere Prozeduren könnten bei einer sehr ähnlichen Kostenstruktur der Fälle ergänzt werden
- Die in eine Hybrid-DRG eingeschlossenen Fälle sind gleich teuer oder teurer als nicht zugeordnete oder sogar explizit aus einer Hybrid-DRG ausgeschlossene vergleichbare Fälle (vergleichbar insbesondere einem Belegungstag und PCCL < 3)

Als Ergebnis mussten in allen Leistungsbereichen zumindest punktuelle Änderungen vorgenommen werden. Prozeduren mit ähnlichem Leistungsinhalt und Kostenprofil wurden ergänzt, unspezifische Codes wurden in die Definition aufgenommen. Die Ausschlusskriterien wurden ergänzt bzw. überarbeitet, die alleinige Anwendung der Ausschlüsse gemäß Hybrid-DRG-Vereinbarung erwies sich als weitgehend nicht praktikabel. Im Ergebnis wurden alle Themen der Hybrid-DRG-Vereinbarung auftragsgemäß bearbeitet.

Ergebnis – neue Hybrid-DRGs

Insgesamt wurden zehn neue Hybrid-DRGs in folgenden Bereichen definiert:

- Endoskopische Eingriffe an Galle, Leber und Pankreas
- Proktologische Eingriffe an Analfisteln
- Eingriffe an Hoden und Nebenhoden
- Lymphknotenbiopsien

Die gewünschte Etablierung von Hybrid-DRGs für Osteosynthesen der Klavikula bzw. Vakuumbiopsie der Mamma war hingegen nicht möglich, da die Kosten der Fälle im Vergleich zu den anderen Tagesfällen der DRGs bzw. sehr geringe Fallzahlen dies nicht zuließen.

Ergebnis – bestehende Hybrid-DRGs im Leistungsbereich Hernien

Über die Hybrid-DRGs G09N *Hybrid-DRG der DRG G09Z*, G24M *Hybrid-DRG der DRG G24C* und G24N *Hybrid-DRG der DRG G24B* werden seit 2024 bestimmte Hernieneingriffe sektorengleich vergütet. Gemäß der Hybrid-DRG-Vereinbarung sollten für das Jahr 2025 weitere Prozedurenkodes, z.B. für umbilikale, epigastrische und Narbenhernien, ebenfalls in diese Hybrid-DRGs führen. Zudem wurde bei den Hybrid-DRGs der Version 2024 zum Teil kritisch gesehen, dass auch bestimmte komplexe Kombinations- bzw. Mehrfacheingriffe (u.a. bei Rezidiv) den Hybrid-DRGs zugeordnet sind. Daher wurden die Hybrid-DRGs im Bereich der Hernien erneut umfassend analysiert und auch vielfach verändert. So wurde die Liste der „Hybrid-OPS-Kodes“ gemäß der Hybrid-DRG-Vereinbarung der Selbstverwaltung erweitert, wobei auch unspezifische und kostenähnliche Prozeduren Berücksichtigung fanden. Die gewünschte Analyse von Mehrfach- und Kombinationseingriffen sowie die entsprechende Etablierung weiterer Ausschlüsse, insbesondere Dreifacheingriffe und Eingriffe bei Rezidivhernien, hat zur Folge, dass die kritisierten Fallkonstellationen nicht mehr den Hybrid-DRGs zugeordnet werden.

Ergebnis – bestehende Hybrid-DRGs im Leistungsbereich Fußchirurgie

Die im Vorjahr etablierten Hybrid-DRGs I20M *Hybrid-DRG der DRG I20F* und I20N *Hybrid-DRG der DRG I20E* für Eingriffe am Fuß wurden ebenfalls modifiziert. Unspezifische und kostenähnliche Prozeduren, wie z.B. die Inzision eines Schleimbeutels, wurden ergänzt (insgesamt 62 Codes). Nach Analyse der Kalkulationsdaten des Jahres 2023 wurden auch bestimmte OPS-Kodes (insgesamt zwei Codes), wie z.B. die Prozedur für die

Naht einer Sehne am Unterschenkel (u.a. Naht der Achillessehne), aus der Hybrid-DRG gestrichen, da die Kosten der entsprechenden Tagesfälle denen der anderen Tagesfälle der Fußchirurgie ähnlicher waren als den Kosten der anderen Fälle der Hybrid-DRGs. Weiterhin wurden die Ausschlusskriterien in diesem Bereich überarbeitet, sodass z.B. eine Arthroplastik der Zehen II bis V an 2–3 Gelenken keinen Ausschluss mehr bedeutet.

Diese Modifikationen bedeuten jedoch für die DRGs I20M und I20N in Summe in sehr viel deutlicherem Maße eine Einschränkung als eine Erweiterung der Definitionen – es werden somit gemäß aG-DRG-System 2023/2025 deutlich weniger Fälle den Hybrid-DRGs I20M und I20N zugeordnet als nach dem aG-DRG-System 2023/2024. Die Zahl der von der Änderung betroffenen OPS-Kodes ist hier etwas irreführend: Die 62 ergänzten, oft inhalts-, mindestens aber aufwandsähnlichen Kodes führen zu einer Neuuzuordnung von etwas über 2.000 Fällen in die Hybrid-DRGs (Datenjahr 2023), während die beiden gestrichenen Kodes (trotz „nur“ zwei OPS-Kodes) zu einer Fallwanderung von über 3.000 Fällen aus den Hybrid-DRGs hinaus führen.

Ambulanter Erlaubnisvorbehalt

Im Bereich der Ovariektomien wurde in der Hybrid-DRG N25N *Hybrid-DRG der DRG N25Z* die Ergänzung kostenähnlicher Prozeduren aus dem Bereich 5-681 *Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus* geprüft, der auch einen Kode für die *Endometriumablation durch Heißwasserballon* (OPS 5-681.52) beinhaltet. Da für dieses Verfahren im ambulanten Bereich jedoch ein Erlaubnisvorbehalt für die Leistungserbringung besteht, wurde nach Absprache mit den Partnern der Selbstverwaltung schließlich auf die Erweiterung der Hybrid-DRG um bestimmte Kodes aus diesem Codebereich verzichtet.

Ergebnis – Ausschlusskriterien

Nach umfassenden Analysen wurden die Kriterien, die einen Ausschluss aus einer Hybrid-DRG bewirken, noch stärker DRG-spezifisch gestaltet. So gilt z.B. ein Rektalabszess in den Hybrid-DRGs für Eingriffe an Analfisteln nicht mehr als Ausschlusskriterium, in den Hybrid-DRGs für Hernieneingriffe jedoch weiterhin. In Hybrid-DRGs, die bösartige Neubildungen enthalten können (Lymphknoten-Biopsien, Transurethrale Resektion der Harnblase), werden Fälle mit mindestens zwei bestimmten bildgebenden Verfahren mit Großgeräten (z.B. CT und MRT) nicht mehr den Hybrid-DRGs zugeordnet, da die Kosten dieser in kurzer Zeit sehr umfassend untersuchten und behandelten Fälle nicht zu den typischen Kosten der Hybrid-DRGs passen.

Fazit

Die aktuelle Umsetzung der Hybrid-DRG-Definitionen orientiert sich sehr weitgehend an den Vorgaben der Hybrid-DRG-Vereinbarung. Alle gewünschten Leistungsbereiche wurden wo irgend möglich umgesetzt. Neben der Erweiterung der Prozedurenlisten um inhalts- und kostenähnliche Prozeduren wurden auch die Ausschlusskriterien umfangreich angepasst. Insgesamt werden gemäß aG-DRG-System 2025 rund 287.000 Krankenhausfälle des Datenjahres 2023 in eine Hybrid-DRG eingruppiert (gemäß aG-DRG-System 2024 waren dies rund 181.000 Fälle). Insgesamt existieren im aG-DRG-System 2025 nunmehr 22 Hybrid-DRGs aus neun verschiedenen Leistungsbereichen (siehe Abbildung 4).

G09N	Bestimmte Hernieneingriffe	H41N	Eingriffe Galle, Leber, Pankreas
G24N	Bestimmte Hernieneingriffe	H41M	Eingriffe Galle, Leber, Pankreas
G24M	Bestimmte Hernieneingriffe		
I20N	Arthrodesen Zehengelenk	G26N	Eingriffe an Analfisteln
I20M	Arthrodesen Zehengelenk	G26M	Eingriffe an Analfisteln
J09N	Exzision Sinus pilonidalis	M04N	Eingriffe Hoden und Nebenhoden
L17N	Entfernung Harnleitersteine	M04M	Eingriffe Hoden und Nebenhoden
L20N	Entfernung Harnleitersteine	M05N	Eingriffe Hoden und Nebenhoden
L20M	Entfernung Harnleitersteine		
N05N	Ovariectomien	E02N	Lymphknotenbiopsien
N07N	Ovariectomien	Q03N	Lymphknotenbiopsien
N25N	Ovariectomien	R14N	Lymphknotenbiopsien

Abbildung 4: Hybrid-DRGs im aG-DRG-System 2025

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

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

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

Auf Fallebene wurde geprüft, ob die ausgewiesenen Kosten in Bezug auf die angegebenen Leistungsdaten der Höhe nach plausibel sind. Die fallbezogenen Prüfergebnisse wurden in Verbindung mit dem Ergebnis der krankenhausesbezogenen bzw. systematischen Konformitätsprüfungen in einem zusammenhängenden Report an die Kalkulationsteilnehmer übermittelt.

Der deutliche Fallzahlrückgang im Zuge der Corona-Pandemie konnte bis zum Datenjahr 2023 im Entgeltbereich „DRG“ nicht wieder aufgeholt werden. Entsprechend zeigten sich in den fallbezogenen Datensätzen in vom Fallzahlrückgang betroffenen Bereichen unverändert die Auswirkungen der Pandemie – insbesondere durch (teilweise deutlich) erhöhte Kostensätze einzelner Kostenarten.

Im Gegenzug lagen die Sachkosten für „pandemiebezogene Produkte“ wie z.B. für persönliche Schutzausrüstung, Desinfektionsmittel und „Corona-Testkits“ bei gesunkenem Bedarf unter dem Vorjahresniveau. Im Zuge der Corona-Pandemie wurden die Abläufe in den Krankenhäusern den Anforderungen zum Schutz der Patientinnen und Patienten sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter folgend angepasst. Dafür wurde z.B. eine Umwidmung von Stationen zu „Corona-Stationen“ mit entsprechenden Isolations- und Behandlungsmöglichkeiten vorgenommen oder Personal zwischen einzelnen Stationen in Abhängigkeit von der jeweiligen Inanspruchnahme verlagert.

Im Bereich der Sachkosten (Kosten der nicht medizinischen Infrastruktur) wurden im Einzelfall auch Auswirkungen angestiegener Energiepreise identifiziert. Diese Erhöhungen der Infrastrukturkosten wurden bei der Plausibilisierung der Kostendatensätze entsprechend berücksichtigt.

Prüfungen auf Krankensebene

Auf Krankensebene wurde die inhaltlich korrekte Umsetzung fundamentaler Kalkulationsgrundsätze geprüft. Integraler Bestandteil dieser Datenprüfungen waren die zusätzlichen Angaben aus den Informationen zur Kalkulationsgrundlage. Dadurch wurde ein von den Einzelfällen unabhängiger Gesamtüberblick über das Kalkulationskrankenhaus gewonnen. Die inhaltliche Plausibilisierung der Kalkulationsdaten auf Krankensebene umfasste insbesondere die Kalkulationsbereiche mit zentraler Bedeutung für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems sowie für die Abgrenzung zwischen aG-DRG-Entgeltbereich und Pflegeerlös-Budget.

Datensätze, die aufgrund von Kalkulationsfehlern ein verzerrendes Bild der tatsächlichen Kostensituation darstellten, wurden aus der weiteren Betrachtung ausgeschlossen.

Die Veränderung der aggregierten Pflegepersonalkosten zwischen den Datenjahren 2022 und 2023 stand erneut im Fokus der Betrachtungen. Die Veränderung von Pflegepersonalkosten ist in der Regel das Resultat multifaktorieller Einflüsse. Das größte Änderungsvolumen entfiel in diesem Jahr auf die Anpassungen in der Abgrenzung des Pflegebudgets ab 2025 durch die Rückführung der Pflegepersonalkosten der Berufsgruppen „Sonstige Berufe“ und „Ohne Berufsabschluss“ in die aG-DRG-Vergütung und der gleichzeitigen Ausgliederung der Hebammen aus dem aG-DRG-Budget ins Pflegebudget. Zur Plausibilisierung der Kostenveränderungen wurden die intertemporalen Veränderungen bei den Kalkulationskrankenhäusern nachgefragt und um eine Aufschlüsselung nach den folgenden Einflussfaktoren gebeten:

- Veränderungen der Tarifgehälter (z.B. Tarifsteigerungen, Änderungen der Eingruppierung)
- Anstieg der Personalkosten durch Aufbau von Personal (z.B. durch neue Stellen, Stellenwiederbesetzung, Umwandlung von Teilzeitkräften in Vollzeitkräfte)

- Anstieg der Personalzahlen durch erhöhten Einsatz von Fremdpersonal
- Einmalzahlungen (z.B. außertarifliche Zahlungen – „Inflationsausgleich“)
- Rückführung der Pflegepersonalkosten für die Berufsgruppen „Sonstige Berufe“ und „Ohne Berufsabschluss“ ins aG-DRG-Budget
- Ausgliederung der Personalkosten für Hebammen (auch im Kreißsaal) aus dem aG-DRG-Budget
- Geänderte Berücksichtigung von Überliegerfällen (vollständige versus unvollständige Kosten bei Überliegerfällen)
- Sonstige Einflussfaktoren

Die sonstigen Einflussfaktoren sollten von den Kalkulationskrankenhäusern gesondert erläutert werden, um eruieren zu können, welche weiteren Faktoren Einfluss auf die Personalkostenentwicklung hatten. Bei der Aufschlüsselung sollten die Angaben soweit technisch/inhaltlich möglich sowohl das jeweilige Kostenvolumen als auch die korrespondierende Anzahl an Vollzeitkräften umfassen. Insgesamt zeigte sich das größte Kostenvolumen in der Rückführung der Pflegepersonalkosten der Berufsgruppen „Sonstige Berufe“ und „Ohne Berufsabschluss“ ins aG-DRG-Budget – mit entsprechenden Auswirkungen auf die Normierung des aG-DRG-Systems 2025 (siehe Kapitel 3.3.1.6).

Zur Umsetzung der Vorgaben der Vertragsparteien auf Bundesebene zur Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Stationen wurden die Kalkulationskrankenhäuser befragt, in welchem Umfang Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Aufnahmestationen in Kostenstellengruppe 13 (Patientenaufnahme) enthalten waren. Bei nennenswerten Kostenunterschieden im Vergleich zum Vorjahr wurde zur Plausibilisierung der Kostendaten die Ursache hinterfragt. Typischerweise lagen strukturelle Unterschiede in Verbindung mit einem Auf- oder Abbau von Betten in bettenführenden Aufnahmestationen vor. Die von den Krankenhäusern bereitgestellten Informationen zum Umfang der Pflegepersonalkosten in bettenführenden Aufnahmestationen wurden für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf der Fallebene verwendet.

Prüfungen auf Fallebene

Die fallbezogenen Plausibilitätsprüfungen konzentrierten 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. Tendenziell wurde die Anzahl der Prüfungen etwas reduziert, indem Prüfungen mit ähnlichem Prüfgegenstand zusammengeführt wurden.

Für die fallindividuelle Kostenzuordnung im OP-Bereich, in der Anästhesie und auf den Intensivstationen standen in gewohnter Weise zusätzliche Kosten- und Leistungsinformationen für die Plausibilitätsprüfungen zur Verfügung. Für die Plausibilisierung der Personalkosten für den Ärztlichen Dienst und den Funktionsdienst in OP und Anästhesie wurden die verschiedenen dem InEK vorliegenden Datenquellen in einen Prüfungszusammenhang überführt und analysiert, inwieweit die fallbezogenen Angaben zu den Leistungszeiten in OP und Anästhesie in einem plausiblen Verhältnis zu den übermittelten Kosteninformationen in den Kostenstellengruppen 4 (OP-Bereich) und 5 (Anästhesie) standen. Dabei wurde nicht nur die kostenstellenbezogene Zuordnung von Personalkosten, sondern auch die Plausibilität der übermittelten Leistungsminuten (Schnitt-Naht-Zeit bzw. Anästhesiologiezeit) unter Berücksichtigung der Darlegungen der Krankenhäuser zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie geprüft. Die aus den übermittelten Anwesenheitszeiten für die verschiedenen Personen (ärztliches Personal und

Funktionspersonal) resultierende Anzahl von gleichzeitig und insgesamt anwesenden Personen während der OP bzw. Anästhesie wurde ebenfalls bei Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen verwendet. Häufig wurde eine fehlerhafte Erfassung der Leistungsdaten als Ursache für 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. Gravierende Abweichungen bei der patientenindividuellen Verteilung der Verweildauer (VWD) zwischen Normalstation und Intensivstation gaben Anlass zur Nachfrage bei den Kalkulationskrankenhäusern, um fehlerhafte Kalkulationen oder Dokumentationen zu identifizieren und möglichst zu beseitigen.

Die Änderungen in der Abgrenzung zwischen aG-DRG-Budget und Pflegebudget führten zu korrespondierenden Anpassungen bei den Plausibilitätsprüfungen. Da die geänderte Zuordnung von Pflegepersonal in der InEK-Kostenmatrix durch eine Umgliederung der Personalkosten von der Kostenstellengruppe 2 (Pflegedienst) in die Kostenstellengruppe 3 (medizinisch-technischer Dienst/Funktionsdienst) und die Ausgliederung der Hebammen durch eine Umgliederung der Personalkosten von der Kostenartengruppe 3 (medizinisch-technischer Dienst/Funktionsdienst) in die Kostenstellengruppe 2 (Pflegedienst) umgesetzt wird, mussten die sich auf diese Matrixfelder beziehenden Prüfungen entsprechend adjustiert werden. Für die sachgerechte Ausgliederung der Personalkosten der Hebammen im Kreißaal (Kostenstellengruppe 6) wurde in der InEK-Kostenmatrix das bislang nicht verwendete (nicht relevante) Modul 6_2 (Pflegepersonalkosten im Kreißaal) als gültiges Datenfeld zum Ausweis der auszugliedernden Kosten etabliert. Auf diese Weise konnte sichergestellt werden, dass die Personalkosten anderer im Kreißaal beschäftigter Berufsgruppen mit Ausweis ihrer entsprechenden Personalkosten im Modul 6_3 (medizinisch-technischer Dienst/Funktionsdienst im Kreißaal) unverändert vollständig im aG-DRG-System berücksichtigt werden. Zur Plausibilisierung der im aG-DRG-System verbleibenden Personalkosten im Modul 6_3 wurden die Kalkulationskrankenhäuser um eine kurze Erläuterung gebeten, welche Kosten in diesem Modul noch gebucht wurden (häufig finden sich hier medizinische Fachangestellte zur Unterstützung der Hebammen).

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

Medizinische Plausibilitätsprüfungen

Bei den 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. Das beinhaltet auch die Verschlüsselung von Codes, die für die Definition und Kalkulation von Zusatzentgelten verwendet werden, wie z.B. die Diagnosen für die dauerhaft erworbene oder temporäre Blutgerinnungsstörung (U69.11! und U69.12!). Die korrekte Anwendung von Codes z.B. hinsichtlich der Tatsache, dass bestimmte Codes nur einmal pro stationärem Aufenthalt anzugeben sind, wurde durch medizinische Plausibilitätsprüfungen kontrolliert. Dies beinhaltete auch die Prüfung von Konstellationen, bei denen eine unvollständige Kodierung zu einer anderen Eingruppierung eines Falles führen würde wie z.B. bei der Kodierung ablativer Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen (OPS-Kodebereich 8-835). Prinzipiell wurden auch alle bestehenden Prüfungen auf ihre Relevanz im Gruppierungsalgorithmus überprüft und – falls erforderlich – gestrichen bzw. angepasst. Dabei konnten auch Rückmeldungen der Krankenhäuser zu einzelnen Prüfungen in dem Sinne berücksichtigt werden, dass bestimmte Fallkonstellationen aus Prüfungen ausgenommen wurden und zukünftig nicht mehr zu einer Hinweis- oder Fehlermeldung führen. Grundsätzlich bestand bei allen Prüfungen unverändert die Möglichkeit für die Krankenhäuser, die Korrektheit der Kodierung zu erläutern bzw. falls notwendig eine Korrektur des Falles vorzunehmen.

3.3.1.2 Bewertungsrelationen für Belegversorgung

Die Berechnung der Bewertungsrelationen für die DRGs mit belegärztlicher Versorgung sowie die normativ-analytische Ableitung bei nicht eigenständig kalkulierten DRGs wurde im Vergleich zu den Vorjahren unverändert durchgeführt. Die Berechnung von Bewertungsrelationen erfolgte entsprechend der in Kapitel 3.2.5 vorgestellten Vorgehensweise der vereinfachten Dämpfung.

Kalkulation

Wie in den Vorjahren wurden der Kalkulation nur Datensätze mit ausschließlich belegärztlicher Versorgung zugrunde gelegt. Die Kalkulationsbedingungen wurden unverändert aus dem Vorjahr übernommen. Bei DRGs, bei denen die Verletzung lediglich einer Kalkulationsbedingung vorlag, wurden wie in den Vorjahren Individualanalysen durchgeführt. Im Einzelnen wurde geprüft, welches Kriterium verletzt wurde und welchen Einfluss dies auf das Kalkulationsergebnis der jeweiligen DRG hatte. Konnte durch die Verletzung der Kalkulationsbedingung keine Beeinflussung des Kalkulationsergebnisses festgestellt werden, wurde eine eigenständige Kalkulation auf Basis der übermittelten und plausibilisierten Datensätze durchgeführt.

Einem langjährigen Trend folgend ging die Anzahl der Behandlungsfälle in belegärztlicher Versorgung im Datenjahr 2023 weiter zurück. In der Kalkulationsstichprobe standen dagegen im Vergleich zum Vorjahr mehr Fälle mit belegärztlicher Versorgung zur Verfügung. Ursächlich für den Anstieg ist die Zunahme von Kalkulationsteilnehmern mit Fällen in belegärztlicher Versorgung. Dem Anstieg der Kalkulationsdatensätze folgend konnten im Vergleich zum Vorjahr mehr DRGs mit belegärztlicher Versorgung eigenständig kalkuliert werden. Für die diesjährige Kalkulation standen 41.710 plausible Datensätze zur Verfügung, auf deren Basis 52 DRGs eigenständig kalkuliert werden konnten (16 DRGs mehr als im Vorjahr). Eine Aufstellung dieser DRGs befindet sich im Anhang (siehe Tabelle A-2). Wird die Gesamtheit der gelieferten Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG betrachtet, repräsentieren diese DRGs gut 57% aller abrechenbaren Belegfälle in Deutschland. Die Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung (Spalte 4, Teil b des

Fallpauschalen-Katalogs) liegen bei den eigenständig kalkulierten DRGs im Mittel 35,6% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tabelle 7).

Differenz Bewertungsrelation	DRGs kalkuliert	DRGs abgeleitet
Bis 10%	0	27
Über 10% bis 20%	6	356
Über 20% bis 30%	8	241
Über 30% bis 40%	21	6
Über 40% bis 50%	15	0
Über 50%	2	0
Mittelwert (ungew.)	35,6%	18,6%

Tabelle 7: Verteilung der Differenz der Bewertungsrelation Belegabteilung zur Bewertungsrelation Hauptabteilung, Datenjahr 2023

Bei einigen „impliziten“ Ein-Belegungstag-DRGs traten Konstellationen auf, bei denen Fälle mit einer Verweildauer von einem Belegungstag bei belegärztlicher Versorgung höhere Erlöse erzielen würden als identische Fälle bei Versorgung in Hauptabteilungen. Um die dadurch entstehende systematische Verzerrung zu vermeiden, wurde bei den betroffenen DRGs mit belegärztlicher Versorgung auch in diesem Jahr das Relativgewicht für den Kurzlieger-Abschlag so angepasst, dass sich die durchschnittlichen Kosten 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 340 DRGs zusätzlich zum Abzug der Arztkosten ein Zu- bzw. Abschlag der verweildauerabhängigen Module vorgenommen (94 DRGs mit Zuschlag, 246 DRGs mit Abschlag). Dadurch wurden die Bewertungsrelationen für belegärztliche Versorgung den mittleren Verweildauern der Belegfälle in den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG angepasst. Die Bewertungsrelationen bei den abgeleiteten DRGs liegen im Ergebnis durchschnittlich 18,6% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tabelle 7). Bei 43% der DRGs wurden lediglich die Arztkosten abgezogen, ohne dass weitere Anpassungen vorgenommen wurden (siehe Tabelle 8). Die untere und die obere Grenzverweildauer wurden jeweils nach den üblichen Vorschriften abgeleitet. Entsprechend wurde für den Entgeltkatalog bei belegärztlicher Versorgung die obere Grenzverweildauer (OGV) im Vergleich zur Hauptabteilung 134 Mal abgesenkt und 40 Mal angehoben. Die untere Grenzverweildauer (UGV) wurde im Vergleich zur Hauptabteilung 31 Mal abgesenkt und zwei Mal angehoben.

Verfahren	Anzahl DRGs
Zu- und Abschläge durch VWD-Anpassung	340
Nur Abzug Arztkosten	293
Eigenständig kalkulierte DRGs	52
Gesamt	685

Tabelle 8: Überblick Kalkulationsmethodik der DRGs bei belegärztlicher Versorgung, Datenjahr 2023

Für 553 DRGs, die für die Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert wurden, ließen sich in den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG keine Behandlungsfälle mit belegärztlicher Versorgung finden. Diese DRGs wurden aus dem Fallpauschalen-Katalog für belegärztliche Versorgung gestrichen. Die Anzahl der DRGs für belegärztliche Versorgung hat sich im Vergleich zum Vorjahr um elf DRGs reduziert (Vorjahr: 696 DRGs).

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

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

Die Bewertungsrelationen der genannten Versorgungsformen wurden sowohl bei den eigenständig kalkulierten als auch bei den normativ-analytisch abgeleiteten DRGs unverändert ausschließlich durch Abzug der jeweils relevanten Kostenmodule ermittelt. Da die Personalkosten der Hebammen ab 2025 dem Pflegebudget zugeordnet werden, sind die Bewertungsrelationen für Versorgung mit angestellten Hebammen und für Versorgung mit Beleghebammen identisch. Das bedeutet, dass die Bewertungsrelationen der Spalten 4 und 6 sowie der Spalten 5 und 7 in Anlage 1 Teil b) des Fallpauschalen-Katalogs identisch sind.

3.3.1.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen

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

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

Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung

Für das Datenjahr 2023 wies die Beschaffenheit der Datenmenge für die DRGs A90A *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung* und A90B *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung* unverändert eine Verletzung der Kalkulationsbedingungen sowie eine mangelnde Kostendifferenz zwischen den DRG-Fallpauschalen auf, sodass die beiden Fallpauschalen nicht bewertet werden konnten. Die teilstationären geriatrischen Fallpauschalen werden unverändert als unbewertete DRG in Anlage 3b der FPV 2025 ausgewiesen.

Niereninsuffizienz, teilstationär

Die teilstationären DRGs der Basis-DRG L90 *Niereninsuffizienz, teilstationär* wurden inhaltlich unverändert aus dem Vorjahr übernommen. Die Fallpauschale für teilstationäre Dialyse bei Kindern (L90A) konnte aufgrund der geringen Anzahl an Kalkulationsdatensätzen nicht bewertet werden; diese DRG verbleibt in Anlage 3b FPV 2025. Für die beiden anderen DRGs der Basis-DRG L90 lag eine ausreichende Anzahl von Kalkulationsdatensätzen vor. Die durchschnittlichen Kosten für die teilstationären DRGs L90B *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse* und L90C *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse* werden für insgesamt 1.621 Kalkulationsdatensätze zur DRG L90B und 157.162 Kalkulationsdatensätze zur DRG L90C in Tabelle 9 in modularer Struktur dargestellt. In Tabelle 10 und Tabelle 11 werden die häufigsten Hauptdiagnosen und in Tabelle 12 und Tabelle 13 die häufigsten Prozeduren abgebildet.

Bezeichnung	Kostenarten- gruppe	Kosten (€) L90B	Kosten (€) L90C
Ärztlicher Dienst	1	46,41	42,81
Funktions-/Medizinisch-technischer Dienst	3	8,63	6,65
Arzneimittel	4a	9,17	10,48
Arzneimittel Einzelkosten	4b	0,71	2,65
Implantate/Transplantate	5	–	–
Übriger med. Bedarf	6a	39,66	33,27
Übriger med. Bedarf Einzelkosten	6b	23,11	8,14
Sachkosten für von Dritten bezogene med. Behandlungsleistungen	6c	1,04	24,30
Med. Infrastruktur	7	27,15	22,25
Nicht med. Infrastruktur	8	90,49	58,33
Gesamt		246,37	208,88

Tabelle 9: *Mittlere Kosten der teilstationären DRGs L90B Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse und L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Datenjahr 2023*

Kode	Hauptdiagnose	Fälle
Z49.1	<i>Extrakorporale Dialyse</i>	44
N18.5	<i>Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5</i>	34

Tabelle 10: *Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90B, Datenjahr 2023*

Kode	Hauptdiagnose	Fälle
Z49.1	<i>Extrakorporale Dialyse</i>	5.638
N18.5	<i>Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5</i>	1.334

Tabelle 11: Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90C, Datenjahr 2023

Kode	Prozeduren	Anzahl
8-857.0	<i>Peritonealdialyse: Intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)</i>	1.380
8-855.2	<i>Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation</i>	69

Tabelle 12: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90B, Datenjahr 2023

Kode	Prozeduren	Anzahl
8-854.2	<i>Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation</i>	96.460
8-855.3	<i>Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation</i>	42.878
8-854.3	<i>Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen</i>	12.138

Tabelle 13: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90C, Datenjahr 2023

Teilstationäre Leistungen bei Kindern

Für die aG-DRG-Version 2021 wurden insgesamt zehn unbewertete teilstationäre DRGs für Diagnostik und Behandlung von Kindern in der neuen MDC 25 *Teilstationäre pädiatrische Diagnostik und Behandlung* etabliert.

Die Analysen der Fälle der teilstationären DRGs zeigten im Datenjahr 2023 allerdings erhebliche Kostenunterschiede, auch zwischen den leistungserbringenden Krankenhäusern. Aufgrund dieser uneinheitlichen Datenlage war eine Bewertung der DRGs der MDC 25 für 2025 nicht möglich (siehe auch Kapitel 3.3.2.13).

3.3.1.4 Überarbeitung der CCL-Matrix

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

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

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

Mit dem PCCL wird jedem Fall in Abhängigkeit von der Kostenrelevanz seiner Begleiterkrankungen auf hochdifferenzierte Weise ein DRG- und fallspezifischer Wert zugeordnet, durch den die Begleiterkrankungen des Falles implizit in die Zuordnung zu einer Fallpauschale eingehen können, ohne die Aufwandserhöhung durch die Begleiterkrankungen für jeden Fall und jede DRG für jede mögliche Diagnose und Diagnosekombination einerseits explizit messen und andererseits für jede DRG mit individuellen Splitkriterien mit langen Diagnosetabellen und entsprechender Intransparenz definieren zu müssen. Dessen ungeachtet werden einzelne, besonders kostenrelevante Nebendiagnosen auch explizit in Gruppierungsbedingungen berücksichtigt.

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

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

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

Vorgehensweise der Überarbeitung

Grundsätzlich gibt es unterschiedliche Herangehensweisen zur Analyse der CCL-Matrix. Zum einen können Diagnosen oder Diagnosegruppen überwiegend systemweit auf- bzw. abgewertet werden. Zum anderen kann die Anpassung der CCL-Werte bestimmter Diagnosen in bestimmten Basis-DRGs individuell erfolgen. Für das aG-DRG-System 2025

erfolgte eine punktuelle Fortsetzung des Prozesses der Weiterentwicklung der CCL-Matrix.

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

Im Datenjahr 2023 zeigte sich, nach einem Anstieg in der Anzahl an Nebendiagnosen je Fall (siehe Abbildung 5) in den letzten Jahren, ein starker Rückgang der Anzahl der Nebendiagnosen. Dieser starke Rückgang der Anzahl der Nebendiagnosen je Fall im Jahr 2023 lässt sich durch einen rückläufigen „Corona-Effekt“ erklären. Dieser kommt im Wesentlichen durch deutlich weniger kodierte Corona-Testungen (Nebendiagnosen ICD U99.0 und Z11) zustande.

Für Diagnosen mit starkem Fallzahlwachstum sowie großer Häufigkeit oder Bedeutung für das Gesamtsystem war zu prüfen, ob diese im Schweregrad-System einen Mehraufwand noch begründen. Bei der Untersuchung solcher Diagnosekodes bzw. Diagnosegruppen erfolgte eine punktuelle Abwertung der CCL-Werte in den Basis-DRGs, in denen sie einen Ressourcenmehraufwand nicht mehr begründen, in der Regel jeweils um 1.

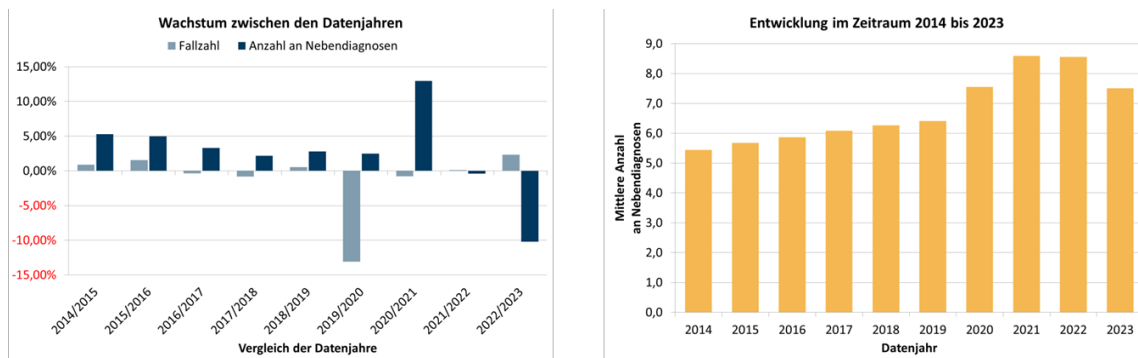


Abbildung 5: Vergleich des Wachstums von Fallzahl und Anzahl an Nebendiagnosen zwischen den Datenjahren (links) sowie Entwicklung der mittleren Anzahl an Nebendiagnosen je Fall (rechts) für die Datenjahre 2014 bis 2023 auf Basis der validen vollstationären Fälle der §-21-Daten 2014 bis 2023

Bei internen Analysen wurden somit viele Diagnosen hinsichtlich ihrer Abbildung in der CCL-Matrix untersucht. Diese Analysen auf Basis des Datenjahres 2023 führten zur Anpassung der Werte bestimmter Diagnosen innerhalb mehrerer Basis-DRGs.

Beispiele

Beispielhafte punktuelle Neubewertungen aufgrund eigener Analysen in der CCL-Matrix konnten wie folgt vorgenommen werden (siehe Abbildung 6):

ICD	Bezeichnung
D62	Akute Blutungsanämie
E87.6	Hypokaliämie
J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet
J95.0	Funktionsstörung eines Tracheostomas
J95.88	Sonstige Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen
J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]
J96.09	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet

Abbildung 6: Beispielhafte punktuelle Abwertung von Diagnose-Kodes in der CCL-Matrix um 1.

In Abbildung 7 ist die Anzahl der Diagnosen mit DRG-spezifischen Aufwertungen und Abwertungen sowie Neuaufnahmen seit dem G-DRG-System 2019 dargestellt.

	für 2019	für 2020	für 2021	für 2022	für 2023	für 2024	für 2025
DRG-spezifische Abwertungen in 1-2 Basis-DRGs	726	467	635	197	691	345	0
DRG-spezifische Abwertungen in 3-9 Basis-DRGs	514	46	639	4	401	28	2
DRG-spezifische Abwertungen in 10-29 Basis-DRGs	208	7	436	4	61	23	8
DRG-spezifische Abwertungen >29 Basis-DRGs	16	78	227	1	68	135	11
Abwertungen aus dem Vorschlagsverfahren	22	0	2	0	9	2	6
Aufwertungen aus dem Vorschlagsverfahren	0	0	0	0	5	1	2
Weitere Aufwertungen	0	0	5	1	11	38	2
Neu aufgenommene Codes	1	1	27	0	2	5	1
Gesamt (beinhaltet Doppelnennungen)	1.487	599	1.971	207	1.248	577	30

Abbildung 7: Anzahl der Diagnosen mit verändertem CC-Level in der CCL-Matrix für 2019 bis 2025 (beinhaltet Doppelnennungen)

Vorschlagsverfahren

Die Beteiligung am Vorschlagsverfahren zu Anpassungen der CCL-Matrix lag in diesem Jahr auf Vorjahresniveau. Vorschläge kamen in diesem Jahr vor allem von Seiten der Krankenkassen und Fachgesellschaften wie der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS). Auf Basis dieser Vorschläge wurde eine umfassende Analyse der Bewertung vieler Diagnosen innerhalb der CCL-Matrix durchgeführt. Anpassungen und Neubewertungen sind jedoch nur in den Basis-DRGs möglich, in denen aussagekräftige Fallzahlen vorhanden sind.

Der Vorschlag der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) zur Überprüfung der Aufwertung der Diagnosen für Sonstige chronische Pankreatitis (ICD K86.10 *Autoimmunpankreatitis [AIP]* und K86.11 *Hereditäre Pankreatitis*) führte zu einer Aufwertung beider Diagnosen um 1 in 43 Basis-DRGs.

Die AOK Bayern reichte Vorschläge zur Analyse der Neubewertung der Diagnosen für *iatrogenen Pneumothorax* (ICD J95.80) und *Akute Gefäßerkrankung des Darmes* (ICD K55.0) in einzelnen Basis-DRGs ein. Die Überprüfung der Fälle mit genannten Diagnosen zeigte, dass diese Fälle systemweit vielfach nicht kostenentsprechend abgebildet sind, sodass die Diagnosen Iatrogenen Pneumothorax und Akute Gefäßerkrankung des Darmes entsprechend in mehreren Basis-DRGs der CCL-Matrix abgewertet wurden.

Der Vorschlag vom GKV-Spitzenverband zur Neubewertung der Diagnosen für *Systemisches Inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS)* führte zu einer umfangreichen, systemweiten Neubewertung der Diagnosen *Systemisches Inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]* (ICD R65.-) in der CCL-Matrix.

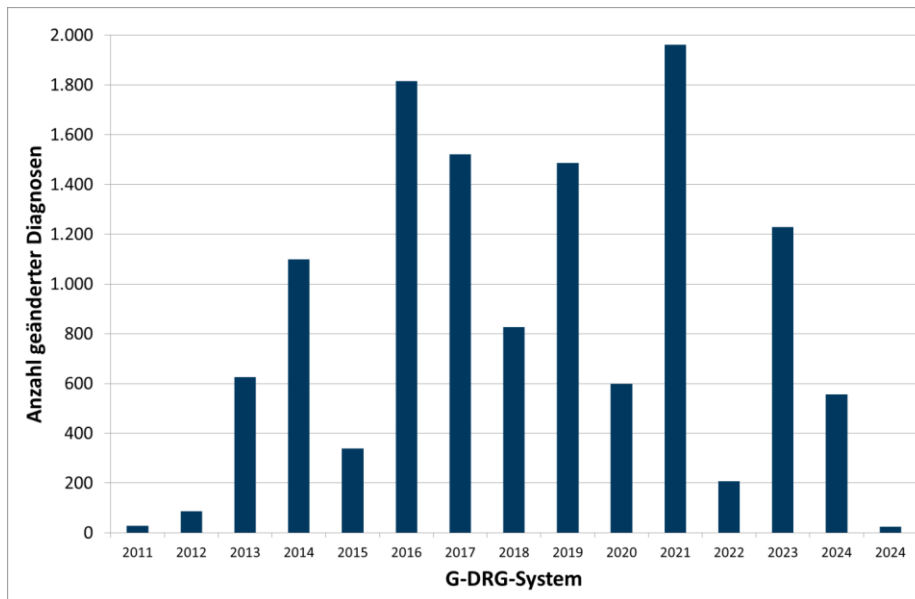


Abbildung 8: Anzahl veränderter Diagnosen für 2011 bis 2025

Im Gesamt-Ergebnis wurden in diesem Jahr deutlich weniger Anpassungen in der CCL-Matrix vorgenommen als im Vorjahr. Vorwiegend wurden zielgerichtete Anpassungen vorgenommen (siehe Abbildung 8).

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 Kostenmittels je Verlegungsart bestimmt. Dabei ergaben sich vier Fallkonstellationen, die sich auf die 1.295 DRGs wie in Tabelle 14 dargestellt verteilen (siehe Tabellen A-4-1 bis A-4-3 im Anhang).

Kalkulationsbasis	Anzahl DRGs	Anteil DRGs (in %)
Nicht verlegte Fälle	221	17,1
Nicht verlegte und zusätzlich aufnahmeverlegte Fälle	191	14,7
Nicht verlegte und zusätzlich entlassverlegte Fälle	218	16,8
Alle Fälle (nicht verlegte und zusätzlich aufnahme- oder entlassverlegte Fälle)	610	47,1
DRGs ohne Bewertung (Anlage 3a und 3b)	55	4,2
Gesamt	1.295	100,0

Tabelle 14: Überblick über die Berücksichtigung der Verlegungsarten im aG-DRG-System 2025

Überlieger aus dem Vorjahr

Überlieger sind Behandlungsfälle, die vor dem Jahreswechsel im Krankenhaus aufgenommen und erst nach dem Jahreswechsel aus dem Krankenhaus entlassen werden. Die bei diesen Fällen erbrachten Leistungen werden mit den im Aufnahmejahr gültigen Versionen der ICD-10-GM und des OPS verschlüsselt.

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

Beispielsweise wäre die DRG A18Z *Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion* mit einer mittleren Verweildauer von 99,7 Tagen (Fallpauschalen-Katalog 2025) von einer Löschung vieler Überlieger stark betroffen, da rein rechnerisch rund ein Viertel der Fälle Überlieger aus dem Vorjahr oder Überlieger ins nächste Jahr sind. Unter den Langliegern dieser DRG ist der Anteil an Überliegern noch höher.

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

- Korrekte Kostenkalkulation
- Überleitbarkeit der verwendeten Codes

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

Eine klassifikatorische Voraussetzung für den Verbleib von Überliegern in den Kalkulationsdaten ist die Überleitbarkeit der Leistungsbezeichner (ICD- und OPS-Kodes). Bei einer Differenzierung von Codes (von 2022 auf 2023) ist diese unter Umständen nicht gegeben, da für Überlieger (die noch mit undifferenzierten Codes aus 2022 verschlüsselt sind) keine Information darüber verfügbar ist, mit welchem der inzwischen verfügbaren differenzierten Codes der Fall im Jahr 2023 verschlüsselt würde.

Ein Beispiel hierfür ist der OPS-Kode 5-38a.9 *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: V. cava: Stent-Prothese ohne Klappenfunktion*. Mit dem OPS Version 2023 wurde der Code weiter differenziert:

- 5-38a.90 *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: V. cava: Stent-Prothese ohne Klappenfunktion*
- 5-38a.91 *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: V. cava: Stent-Prothese mit Klappenfunktion, monokaval*
- 5-38a.92 *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: V. cava: Stent-Prothese mit Klappenfunktion, bikaval*
- 5-38a.9x *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: V. cava: Sonstige*

Wenn auf Grundlage neu ausdifferenzierter Codes z.B. eine neue DRG definiert wurde und daher Fälle, die 2022 mit dem gleichen Code verschlüsselt wurden, 2023 aufgrund dieser Differenzierung unterschiedliche Gruppierungsergebnisse aufweisen, kann es erforderlich sein, nicht überleitbare Fälle aus der Kalkulationsbasis auszuschließen.

In bestimmten Fällen können jedoch auch Fälle mit formal nicht überleitbaren Codes aus 2022 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. Für die oben genannte DRG A18Z sind z.B. nur die Beatmungszeit und ein OPS-Kode (Transplantation) gruppierungsrelevant. Haupt- oder Nebendiagnosen haben bei diesen Fällen nie einen Einfluss auf das Gruppierungsergebnis, sodass eine nicht überleitbare Diagnose keinen Grund darstellt, einen Überlieger aus der Kalkulationsmenge auszuschließen.

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.

Für den aG-DRG-Katalog 2024 ergab sich auf Basis der Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG für das Datenjahr 2023 eine Summe effektiver Bewertungsrelationen von 14.980.780. Fälle, für die im Jahr 2025 eine spezielle sektorengleiche Vergütung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRGs) abgerechnet werden kann, wurden bei der Berechnung des nationalen Case-Mix-Volumens nicht berücksichtigt. Unter Verwendung identischer Daten ergab sich für den aG-DRG-Katalog 2025 nach Umsetzung der Sachkostenvereinbarung und der Vereinbarung zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen (siehe Kapitel 3.2.3) eine Summe effektiver Bewertungsrelationen von 15.101.725. Die für die Normierung des aG-DRG-Katalogs 2025 erforderliche Bezugsgröße beträgt damit 4.172,63 €.

Bei der Normierung des aG-DRG-Katalogs 2025 waren insbesondere die Anpassungen bei der Abgrenzung der über das Pflegebudget finanzierten Pflegepersonalkosten zu berücksichtigen:

- Hebammen werden zukünftig vollständig über das Pflegebudget finanziert (d.h. sie werden aus dem aG-DRG-System ausgegliedert).

- Bestimmte Pflegekräfte mit den Qualifikationen „Sonstige Berufe“ und „Ohne Berufsabschluss“ werden hingegen nicht mehr über das Pflegebudget finanziert (d.h. sie werden wieder ins aG-DRG-System eingegliedert).

Wie bei der erstmaligen Ausgliederung der Pflegepersonalkosten waren diese Anpassungen relevant für die Normierung des aG-DRG-Katalogs. Für die Normierung war daher für die beiden gegenläufigen Bewegungen das damit verbundene Case-Mix-Volumen zu ermitteln.

Das normierungsrelevante Kostenvolumen konnte auf Grundlage der Pflegebudget-Wirtschaftsprüferstate für das Jahr 2022 ermittelt werden. Die Kostendaten aus dem Jahr 2022 bildeten die Grundlage des aG-DRG-Katalogs 2024, gegen den der neue Katalog zu normieren war. Dass auf die Wirtschaftsprüferstate zurückgegriffen werden konnte, ist im Vergleich zur Erstausgliederung der Pflegepersonalkosten für den aG-DRG-Katalog 2020 ein bedeutender Vorteil.

Aus den Angaben in den Wirtschaftsprüferstaten ließen sich folgende Kostenvolumen ermitteln:

- für die auszugliedernden Hebammen: 361 Mio. Euro
- für die wiedereinzugliedernden Pflegekräfte („Sonstige Berufe“ und „Ohne Berufsabschluss“): 981 Mio. Euro

Bei den Auswertungen der Wirtschaftsprüferstate fielen sowohl in Bezug auf die auszugliedernden Hebammen als auch in Bezug auf die wiedereinzugliedernden Pflegekräfte Aspekte auf, die zusätzlich zu berücksichtigen waren.

Bei der Auswertung der Hebammenkosten in den Wirtschaftsprüferstaten fielen Krankenhäuser auf, die trotz einer nennenswerten Anzahl an Geburten nichts („leer“) oder 0 Euro im (nur) „nachrichtlich“ zu übermittelnden Datenfeld „Hebammen im Funktionsdienst“ übermittelt haben. Damit bestand eine Erfassungslücke bei den Hebammenkosten. Mit einer Abschätzung über das Kostenmodul 6_3 (Funktionsdienst im Kreißsaal) wurde die Erfassungslücke sowohl fallzahl- als auch pflegetagegewichtet auf rund 60 Mio. Euro geschätzt. Dieser Betrag war zusätzlich aus dem aG-DRG-System auszugliedern.

Personal mit den Qualifikationen „Sonstige Berufe“ und „Ohne Berufsabschluss“ kann in den Pflegebudgets nur bis zu den Werten des Jahres 2018 berücksichtigt werden („Referenzwerte“). Der GKV-Spitzenverband machte darauf aufmerksam, dass in einer relevanten Anzahl von Krankenhäusern die von den Wirtschaftsprüfern testierten Angaben der genannten Qualifikationen teils deutlich über den in den Vereinbarungsunterlagen angegebenen Referenzwerten lagen. Damit würde das aus den Wirtschaftsprüferstaten ermittelte Kostenvolumen, das zurück in das aG-DRG-System „wandert“, falsch-hoch berechnet werden.

Analysen ergaben, dass bei einigen Krankenhäusern die Angabe der Referenzwerte über die verschiedenen Vereinbarungsjahre hinweg nicht einheitlich erfolgte. Daher konnte als Schätzung für das Kostenvolumen nur ein Bereich angegeben werden. Das Kostenvolumen für die wiedereinzugliedernden Pflegekräfte dürfte um 85 bis 105 Mio. Euro niedriger liegen als das mit den Wirtschaftsprüferstaten ermittelte Kostenvolumen.

In Bezug auf die Normierung wurde das Thema der Weiterentwicklung der Hybrid-DRGs wie im vergangenen Jahr behandelt. Über Hybrid-DRGs vergütete Fälle werden nicht über das aG-DRG-System vergütet. Fälle in Hybrid-DRGs wurden daher nicht bei der Normierung des aG-DRG-Katalogs berücksichtigt. Wie im letzten Jahr haben sich die Vertragsparteien darauf verständigt, die Case-Mix-Summe des aG-DRG-Systems zu

erhöhen. Die Schätzung der Vertragsparteien auf Bundesebene hierfür belief sich auf 20 bis 50 Mio. Euro. Tabelle 15 fasst alle Aspekte in einer Übersicht zusammen.

in Mio. Euro	Berücksichtigter Aspekt	„Quelle“
+ 981	Wiedereingliederung bestimmter Pflegekräfte	Wirtschaftsprüferestate
- 361	Ausgliederung Hebammen	Wirtschaftsprüferestate
- 60	Erfassungslücke Hebammen	Wirtschaftsprüferestate, Kalkulation
- (105 bis 85)	„Sonstige Berufe“ und „Ohne Berufsabschluss“ über Referenzwert 2018	Wirtschaftsprüferestate, Vereinbarung Pflegebudget
+ (20 bis 50)	im Kontext der Weiterentwicklung Hybrid-DRGs	Schätzung der Vertragsparteien
= 475 bis 525	Gesamtsumme von rund 500 Mio. Euro	

Tabelle 15: Überblick über die normierungsrelevanten Aspekte für das aG-DRG-System 2025

Das konsentiertere Gesamtvolumen von 500 Mio. Euro entspricht rund 122.061 Case-Mix-Punkten. Das mit dem aG-DRG-Katalog 2024 gemessene Case-Mix-Volumen war bei der Normierung des neuen Fallpauschalen-Katalogs um diesen Betrag zu erhöhen.

Die geschätzte Auswirkung für erstmals im Datenjahr 2023 bereinigte NUB- bzw. ZE-Leistungen beträgt zudem etwa -1.145 Case-Mix-Punkte. Im Ergebnis war das Case-Mix-Volumen daher um 120.916 Case-Mix-Punkte anzuheben. Erreicht wurde dies durch eine Absenkung der Bezugsgröße.

In der MDC 15 *Neugeborene* wurde das Case-Mix-Volumen für die DRGs dieser MDC in Reaktion auf die RSV-Prophylaxeverordnung des BMG um weitere 1.425 Case-Mix-Punkte – dies entspricht 6 Mio. Euro – angehoben (Details siehe Kapitel 3.3.2.13). Ein Vergleich der Bezugsgröße mit Werten vergangener Jahre ist insbesondere wegen der Umgliederungen von Personalkosten zwischen aG-DRG-Budget und Pflegebudget sowie der Weiterentwicklung der Hybrid-DRGs nicht möglich.

3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation

Im nachfolgenden Teil werden thematisch gegliedert die Veränderungen des aG-DRG-Systems für 2025 ausführlich dargestellt.

3.3.2.1 Augenheilkunde

In die MDC 02 *Krankheiten und Störungen des Auges* werden Fälle mit einer Hauptdiagnose für Erkrankungen an den Augen eingruppiert, damit auch typische Eingriffe an den Augen. Mit der Weiterentwicklung für das Jahr 2025 wurden erneut Neuzuordnungen zur Verbesserung der sachgerechten Abbildung von Fällen mit ophthalmologischen Erkrankungen umgesetzt.

In der Basis-DRG C06 *Komplexe Eingriffe bei Glaukom* sind komplexe Eingriffe bei Glaukom abgebildet, wie z.B. gedeckte Goniotripanation oder Trabekulektomie. Einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend, wurden Fälle mit Filtrationsoperation mit Implantat bei Glaukom untersucht, da dort Kostenunterschiede vermutet wurden. Bestimmte Fälle mit Senkung des Augeninnendrucks durch filtrierende Operationen mit nahtfixiertem Implantat haben sich mit höheren Kosten gezeigt als die übrigen Fälle der DRG C06Z *Komplexe Eingriffe bei Glaukom*. Als Ergebnis wurde die Basis-DRG C06 *Komplexe Eingriffe bei Glaukom* anhand der Prozedur für *Senkung des Augeninnendrucks durch filtrierende Operationen mit nahtfixiertem Implantat, mit Abfluss unter die Bindehaut* gesplittet, sodass diese Fälle zukünftig in der neuen DRG C06A abgebildet werden.

3.3.2.2 Eingriffe an Haut, Unterhaut, Mamma

In der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* finden sich Fälle mit Hauteingriffen oder mit Operationen an der Mamma, ebenso wie konservativ versorgte Fälle mit diesen Diagnosen.

Im Vorschlagsverfahren wurde darauf hingewiesen, dass bestimmte Fälle mit einem autologen Fettgewebstransfer an der Brust und in anderen Körperregionen mit erhöhtem Aufwand verbunden seien. Fälle der DRG J10B *Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma [...]* mit einer Prozedur für das Absaugen von Fettgewebe bei Vorliegen einer bösartigen Neubildung zeigten bei der Analyse höhere Kosten als andere Fälle der DRG. Betroffene Fälle werden zukünftig kostenentsprechend der höher bewerteten DRG J25Z *Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung [...]* zugeordnet.

3.3.2.3 Gastroenterologie

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

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

ERCP und bestimmte endoskopische Eingriffe

Im aG-DRG-System 2024 werden Behandlungsfälle der MDC 07 mit endoskopischer Sondierung oder Behandlung der Gallenwege oder des Pankreasgangs je nach Behandlungsaufwand in die fünffach ausdifferenzierte Basis-DRG H41 *ERCP oder bestimmte endoskopische Eingriffe* 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.

Fälle mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie zeigten sich in der DRG H41C mit deutlich geringeren Kosten verbunden als andere Fälle der DRG. Im aG-DRG-System 2025 sind

die entsprechenden Prozeduren für die H41C nicht mehr gruppierungsrelevant und die Fälle werden der DRG H41D *Andere aufwendige ERCP oder bestimmter endoskopischer Eingriff ohne bestimmte BNB* zugeordnet. Zudem erfolgte innerhalb der Basis-DRG H41 die Etablierung einer neuen DRG für Fälle der DRG H41D mit bestimmter bösartiger Neubildung oder mit bestimmter Pankreatitis. Im aG-DRG-System 2025 hat die Basis-DRG H41 nun sechs DRGs, H41A – H41F (siehe Abbildung 9).

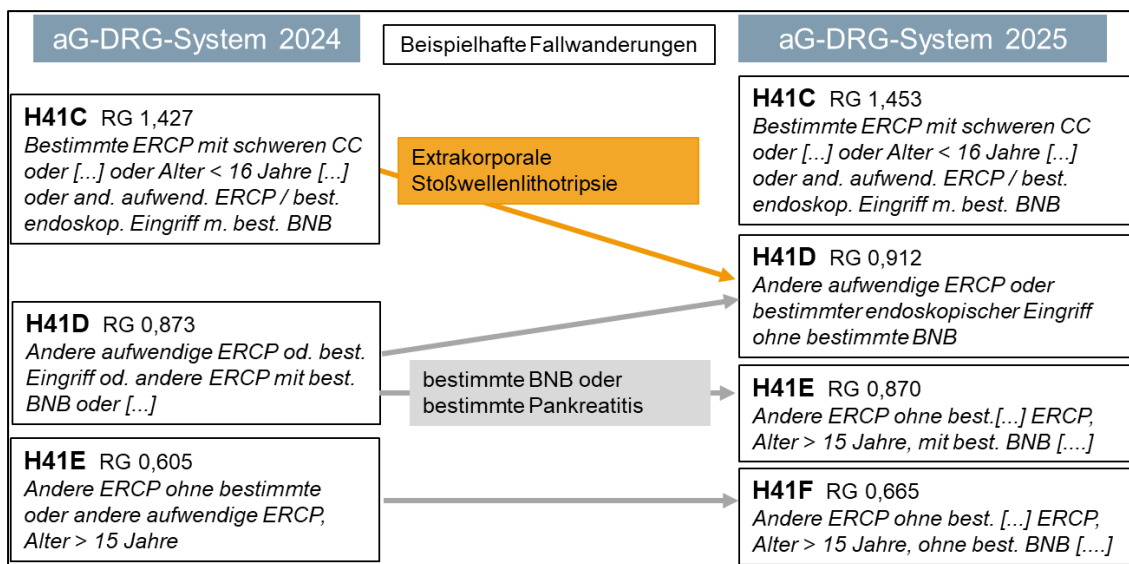


Abbildung 9: Änderungen innerhalb der Basis-DRG H41 für das aG-DRG-System 2025

Endoskopie in der MDC 06

Im Vorschlagsverfahren erreichten uns wieder zahlreiche Hinweise zur Abbildung endoskopischer Leistungen in der MDC 06, wie die endoskopische Vollwandresektion (EFTR). Dieses Verfahren wird zur Entfernung von Läsionen unter Einbeziehung aller Wandschichten des Magens, Dünn-/Dickdarms und Rektums eingesetzt. Die Eingruppierung der Lokalisationen Magen und Dünn-/Dickdarm erfolgt dabei mindestens in die Basis-DRG G47 *Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe*. Bei Vorliegen bestimmter komplizierender Faktoren werden die Lokalisationen Magen und Dünndarm der Basis-DRG G46 *Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie [...]* und die Lokalisationen Dickdarm und Rektum der Basis-DRG G48 *Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC [...]* zugeordnet. In diesem Jahr wies die Fachgesellschaft auf die nicht sachgerechte Abbildung von Fällen mit EFTR an Magen und Rektum hin, auch unter Berücksichtigung von Fällen mit einem Belegungstag. Die durchgeführten Analysen führten im Ergebnis zur Aufnahme der EFTR am Magen in die Basis-DRG G46, wodurch Fälle aus der DRG G46D in die DRG G46C aufgewertet wurden. Darüber hinaus werden Fälle mit einer EFTR am Rektum und einem Belegungstag ab 2025 in der DRG G47A *Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, mit bestimmter endoskopischer Maßnahme am Dickdarm, ein Belegungstag* abgebildet und damit aufgewertet.

Ebenfalls im Vorschlagsverfahren thematisiert wurde von der Fachgesellschaft die Komplexität der Entfernung großer Polypen von mindestens 2 cm Durchmesser. Die Mehrheit der Fälle werde unabhängig vom durchgeführten Verfahren der DRG G71Z *Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane* zugeordnet. In dieser DRG seien Tagesfälle – im Gegensatz zu Normalliegern – nicht sachgerecht vergütet. Im OPS ist die Kodierung der Entfernung von Polypen mit mindestens 2 cm Durchmesser für die Lokalisationen Ösophagus, Magen, Dünn-/Dickdarm sowie Rektum über entsprechende

Zusatzcodes möglich, die nach der Anzahl der Polypen differenziert sind. Analysiert wurde gemäß dem eingebrachten Vorschlag eine Abbildung der Tagesfälle mit Entfernung großer Polypen sowohl durch Split der DRG G71Z als auch durch eine Aufwertung in die DRG G47A bzw. innerhalb der Basis-DRG G60 *Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane*. Umgesetzt werden konnte alternativ eine Aufwertung von Tagesfällen mit Entfernung von mindestens zwei großen Polypen in die Basis-DRG G47 und in die DRG G47B, wodurch hauptsächlich Fälle der DRGs G60B und G71Z deutlich aufgewertet wurden.

Im Vorschlagsverfahren erreichten uns auch Hinweise zur Abbildung von Fällen mit *Colitis indeterminata* (ICD K52.3-). Die Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung (CED) sei aufwendiger als bei Erwachsenen, dies werde im G-DRG-System aber nur für den *M. Crohn* und die *C. ulcerosa* berücksichtigt, die Vergütung der *C. indeterminata* erfolge altersunabhängig. Daher wurde sowohl eine einheitliche Eingruppierung dieser CED-Subtypen als auch eine Aufwertung von Kindern mit CED von der DRG G47B in die DRG G46C oder G48B vorgeschlagen. Konservativ behandelte Fälle mit Colitis indeterminata werden 2024 der DRG G67A [...] *verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder [...] mit bestimmten komplizierenden Faktoren* zugeordnet. Für diese Fälle ergaben die Analysen eine sachgerechte Abbildung, sodass kein Anhalt für eine veränderte Eingruppierung bestand. Fälle der DRG G67A mit Pancolitis und linksseitiger *C. indeterminata* sowie *C. indeterminata* des Rektosigmoids und bestimmten endoskopischen Eingriffen wiesen allerdings höhere Kosten auf und wurden in der Basis-DRG G47 Fällen mit *M. Crohn* und *C. Ulcerosa* gleichgestellt und damit aufgewertet.

3.3.2.4 Gefäßchirurgie und -interventionen / Angiologie

Bei der diesjährigen Weiterentwicklung zum aG-DRG-System 2025 ergaben sich keine größeren Änderungen für dieses Teilgebiet der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*. Eine veränderte Eingruppierung ergab sich lediglich für bestimmte Fälle mit Eingriffen an Venen (Varizen-OP).

So war bislang die Abbildung von Fällen mit Eingriffen an Venen im Wesentlichen auf die beiden Basis-DRGs F20 *Beidseitige Unterbindung und Stripping von Venen [...]* und F39 *Unterbindung und Stripping von Venen* aufgeteilt, wobei bestimmte komplexere Eingriffe der höher bewerteten DRG F20Z zugeordnet wurden. Bei äußerst geringen Fallzahlen in den Daten des Jahres 2023 war keine Kalkulation der DRG F20Z möglich. Zudem zeigten die Fälle der DRG F20Z vergleichbare Kosten und Verweildauern zu Fällen der DRG F39A. Deshalb wurden für das aG-DRG-System 2025 die Fälle der DRG F20Z der DRG F39A *Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder bestimmter Diagnose [...]* zugeordnet und die DRG F20Z für 2025 gestrichen.

3.3.2.5 Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

In der MDC 03 sind die Krankheiten und Störungen des Hals-Nasen-Ohren-Bereichs bereits hochdifferenziert abgebildet. Dennoch konnte für einige Konstellationen die Abbildung der Fälle im aG-DRG-System 2025 weiter verbessert werden.

In der Basis-DRG D13 *Kleine Eingriffe [...]* werden Fälle mit Eingriffen an Nase, Ohr, Mund und Hals abgebildet, wie z.B. Verschluss einer oroantralen Verbindung, Parazentese oder Adenotomie. Im Vorschlagsverfahren wurde darauf hingewiesen, dass der Kode für partielle Resektion der Maxilla ohne Rekonstruktion (OPS 5-771.10) nicht nur

größere Eingriffe abbildet, sondern auch kleinere wie z.B. die Entfernung von Knochen-
teilen im Rahmen von endonasalen Septum- und Nebenhöhleneingriffen umfasst, sobald
sich die knöchernen Anteile am Oberkiefer befinden. In der Analyse haben sich Fälle mit
bestimmten partiellen Resektionen an der Maxilla in der DRG D13A *Kleine Eingriffe an
Nase, Ohr, Mund und Hals mit komplizierender Diagnose oder bestimmtem Eingriff [...]*
mit geringeren Kosten gezeigt und werden zukünftig kostenentsprechend in der DRG
D38Z *Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase, Nasennebenhöhlen oder Gesichtsschädel-
knochen* abgebildet.

3.3.2.6 Infektiöse und parasitäre Krankheiten

In der MDC 18B *Infektiöse und parasitäre Krankheiten* sind Fälle mit einer Sepsis in der
gleichnamigen und vielfach differenzierten Basis-DRG T60 abgebildet, wo als Splitkrite-
rien u.a. das Alter, Diagnosen, PCCL sowie verschiedene Funktionen und Komplexbe-
handlungen dienen.

In die ICD-10-GM Version 2023 wurde die Diagnose B34.80 *Sepsis durch Viren, ande-
renorts nicht klassifiziert* aufgenommen. Ein diesbezüglicher externer Vorschlag aus dem
Vorjahr konnte in diesem Jahr analysiert werden, da diese Diagnose erstmalig in den
Kalkulationsdaten 2023 zu finden war. Konkret wurde eine Gleichstellung dieser neuen
Diagnose mit vergleichbaren Diagnosen für Sepsis vorgeschlagen und letztlich auch um-
gesetzt. Die entsprechenden Fälle wurden aus den Basis-DRGs T63 *Virale Erkrankung*
und T64 *Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten* in die Basis-DRG T60 *Sepsis* ver-
schoben.

3.3.2.7 Intensivmedizin

Die besonderen hochkomplexen Konstellationen der Prä-MDC sind prinzipiell in jedem
Jahr Gegenstand umfangreicher Analysen. In dieser Kalkulationsphase jedoch be-
schränkte sich aus genannten Gründen die Weiterentwicklung zunächst auf Umbauten
mit hoher Priorität. Auch war die Anzahl externer Vorschläge zu den DRGs der Prä-MDC
in diesem Jahr eher überschaubar.

Die Basis-DRG A07 *Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizin-
ischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte* ist im Jahr 2024 in
sechs DRGs unterteilt. Als Kostentrenner finden neben SAPS-Punkten auch Alter, Beat-
mungsstunden sowie bestimmte Prozeduren und Diagnosen Anwendung. Zur Eingrup-
pierung sind für die DRG A07D z.B. mehr SAPS-Punkte vonnöten als bei der DRG A07E.
Auch sind in der DRG A07D Fälle mit Zustand nach Organtransplantation und anderen
komplizierenden Konstellationen zu finden. Diese höheren Anforderungen spiegelten
sich bislang auch in den Kosten und Erlösen dieser DRGs wider. Dieser kostentrennende
Effekt der Vorjahre war jedoch in den Kalkulationsdaten des Jahres 2023 nicht mehr auf-
findbar. Auch bei einer Analyse weiterer Attribute fand sich keine suffiziente Lösung, die
einen Fortbestand dieser beiden Fallpauschalen mit nennenswerten und stimmigen Kos-
ten- und Erlösdifferenzen sinnvoll erscheinen ließ, sodass letztlich die DRGs A07D und
A07E zu einer DRG zusammengefasst (kondensiert) wurden.

3.3.2.8 Kardiologie und Herzchirurgie

Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen

Bei der diesjährigen Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems wurden im bereits hoch ausdifferenzierten Bereich der Kardiologie Anregungen aus dem Vorschlagsverfahren berücksichtigt. Mehrfach wurde das Thema *ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Irreversible Elektroporation [...]* (OPS 8-835.k*) adressiert. Diese Codes wurden in den OPS-Katalog 2023 aufgenommen und fanden sich daher erstmalig in der Datengrundlage für die Weiterentwicklung. Sie wurden für die aG-DRG-Systeme 2023 und 2024 (die auf Daten aus 2021 bzw. 2022 entwickelt wurden), zunächst auf die OPS-Kodes 8-835.4* *Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Ablation mit anderen Energiequellen [...]* übergeleitet. Es wurde vorgeschlagen, die Verfahren der Ablation mittels irreversibler Elektroporation in Verbindung mit transeptaler Funktionsdiagnostik und dreidimensionalen, elektroanatomischen Mappingverfahren, analog dem Verfahren mit gekühlter Radiofrequenzablation, in die DRG F50A einzuordnen. Nach der Analyse konnte eine modifizierte Umsetzung dieses Vorschlags etabliert werden, indem Fälle mit irreversibler Elektroporation wie auch Fälle mit Ablation durch andere Energiequellen im aG-DRG-System 2025 in die DRG F50A aufgenommen wurden.

Diese Umsetzung schloss zwei weitere Vorschläge ein, die den vergleichbaren Aufwand und vergleichbare Kosten bei der Ablation im linken Vorhof (OPS 8-835.k3) und der Pulmonalvenenablation (OPS 8-835.k5), jeweils in Kombination mit transeptaler, elektroanatomischer Funktionsdiagnostik und 3D-Mappingverfahren mittels irreversibler Elektroporation, thematisierten. Auch hier bestätigten die Analysen der aktuellen Daten vergleichbare Kosten nicht nur in diesen Fällen, sondern auch bei denen mit anderen Energiequellen (OPS 8-835.4*). Somit führen im aG-DRG-System 2025 derartige Fälle ebenfalls in die DRG F50A.

Eingriffe an Koronargefäßen

Im Vorschlagsverfahren wurde die Abbildung von Fällen mit verschiedenen sachkostentlastigen Interventionen an Koronargefäßen und kurzer Verweildauer thematisiert. Bei der Analyse der Abbildung dieser Fälle in den „PTCA-DRGs“ (Basis-DRGs F52, F56, F58, F24), z.B. bei einer Prozedur für Blade-Angioplastie, erwiesen sich die meisten Konstellationen auch als Eintagesfälle sachgerecht abgebildet.

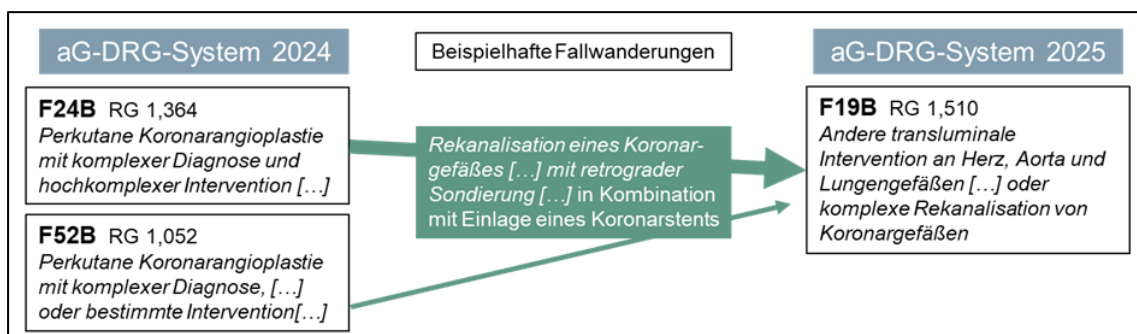


Abbildung 10: Aufwertung in PTCA-DRGs für das aG-DRG-System 2025

Als aufwendiger zeigten sich Fälle mit *Rekanalisation eines Koronargefäßes [...] mit retrograder Sondierung über die Kollateralgefäße [...]* in Kombination mit einer Einlage von Stents in Koronargefäße. Für das aG-DRG-System 2025 erfolgte die kostenentsprechende Aufwertung der Fälle mit retrograder Sondierung und Stent in die DRG F19B (siehe Abbildung 10).

Minimalinvasive Operationen an Herzklappen

Die meisten Behandlungsfälle mit einem minimalinvasiven Eingriff an Herzklappen werden im aG-DRG-System der Basis-DRG F98 *Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen [...]* zugeordnet. Bei einem kombinierten Eingriff an mehreren Herzklappen erfolgt bei Aorten-, Pulmonal- oder Mitralklappeneingriff seit 2015 eine Eingruppierung in die DRG F36B *Intensivmed. Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen d. Kreislaufsys. m. kompliz. Fakt., > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. m. best. OR-Proz., [...]* od. *minimalinv. Eingr. an mehrer. Herzkl.*

Für das aG-DRG-System 2023 erfolgt eine Erweiterung der Bedingung der DRG F36B um die Prozeduren für transvenöse Trikuspidalklappensegelplastik und -anuloplastik und damit eine Aufwertung der betroffenen Fälle mit Kombinationseingriffen an mehr als einer Herzklappe. In Ergänzung zur beschriebenen Änderung für 2023 erfolgte (auf Basis einer geringen Anzahl von Fällen) für das aG-DRG-System 2025 eine Erweiterung der Bedingung der DRG F36A um die Prozeduren für transvenöse Trikuspidalklappensegelplastik und Trikuspidalklappenanuloplastik und damit eine Angleichung dieser Eingriffe an andere kombinierte minimalinvasive Eingriffe an Aorten-, Pulmonal- oder Mitralklappe.

3.3.2.9 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane

Für das aG-DRG-System 2025 ergaben sich für die Abbildung von Fällen der MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* nur wenige Änderungen. Hervorzuheben ist hier vor allem die Etablierung der Hybrid-DRG E02N *Hybrid-DRG der DRG E02E* (vgl. auch Kapitel 3.2.6). Weitere Änderungen betrafen vor allem die medizinische Partition der MDC 04.

Interstitielle Lungenerkrankung

Fälle mit einer Hauptdiagnose für eine interstitielle Lungenerkrankung werden im aG-DRG-System 2024 vor allem in die DRG E74Z *Interstitielle Lungenerkrankung* eingruppiert.

In der ICD-10 Version 2023 erfolgte eine Differenzierung für einige dieser Diagnosen, z.B. *Allergische Alveolitis durch organische Stäube* (ICD J67.8-) nach Mit / Ohne Angabe einer akuten Exazerbation, sodass ab dem Datenjahr 2023 eine zusätzlich vorliegende akute Exazerbation bei diesen Erkrankungen mit verschlüsselt werden konnte.

Im Vorschlagsverfahren wurde thematisiert, dass die Behandlung von Fällen mit interstitieller Lungenerkrankung bei Vorliegen einer akuten Exazerbation mit einem höheren Aufwand bzw. Kosten verbunden sei als die Behandlung von Fällen ohne eine akute Exazerbation.

In den Daten zeigten sich höhere Kosten bei Fällen mit interstitieller Lungenerkrankung und Angabe einer akuten Exazerbation vor allem bei Fällen mit einer längeren Verweildauer. Deshalb erwies sich eine generelle Aufwertung dieser Fälle innerhalb der Basis-DRG E74 im ersten Datenjahr mit Kodendifferenzierung als nicht sachgerecht. Für eine Teilmenge dieser Fälle war dennoch eine sachgerechte Neuzuordnung für das aG-DRG-System 2025 möglich. So konnten Fälle mit einer *allergischen Alveolitis [...]* oder *interstitiellen Lungenkrankheit* (ICD J84.-) bei Angabe einer akuten Exazerbation und bestimmter aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung durch Aufnahme in die Basis-DRG E40 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden [...]* aufgewertet werden.

Funktionsstörung eines Tracheostomas (ICD J95.0)

Bislang beinhaltete dieser Diagnosekode in der ICD-10 ebenfalls die Diagnose einer *Sepsis des Tracheostomas*. Diese Bezeichnung wurde vom BfArM für die ICD-10 Version 2025 zu *Infektion des Tracheostomas* geändert.

Die Diagnose J95.0 ist im aG-DRG-System 2024 sowohl innerhalb der Basis-DRG E75 *Andere Krankheiten der Atmungsorgane* als auch im PCCL-System vergütungsrelevant. Diese inhaltliche Änderung könnte zukünftig zu einer häufigeren Kodierung der Diagnose J95.0 *Funktionsstörung eines Tracheostomas* führen, z.B. durch die Verschlüsselung weniger aufwendiger, entzündlicher Befunde wie einer lokalen Rötung. Unter diesem Gesichtspunkt war die 2024 bestehende Gruppierungsrelevanz für 2025 zu prüfen. So zeigte sich, dass zum einen die bisherige Gruppierungsrelevanz der Diagnose J95.0 *Funktionsstörung eines Tracheostomas* in der Basis-DRG E75 nicht mehr zwingend geboten war, sodass diese Diagnose aus der Splitbedingung zu den DRGs E75A und E75B gestrichen wurde. Entsprechende Fälle werden zukünftig der DRG E75C zugeordnet. Zum anderen zeigte sich bei den Analysen zum PCCL-System ein überwiegender Teil der Fälle mit einer Diagnose J95.0 nicht mit höheren Kosten verbunden, sodass die CCL-Relevanz dieser Diagnose für 2025 fast vollständig gestrichen wurde. Damit ist sichergestellt, dass eine möglicherweise kodierbedingt ansteigende Zahl von Fällen mit einer Nebendiagnose J95.0 im aG-DRG-System 2025 ohne relevante Auswirkung bleibt.

Entsprechende Anpassungen der Eingruppierung des unspezifischen Kodes für *Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen, nicht näher bezeichnet* (ICD J95.9) waren vor diesem Hintergrund notwendig und auf Basis der Kostendaten des Jahres 2023 auch möglich.

3.3.2.10 Neurologie und Neurochirurgie

Im G-DRG-System werden Fälle anhand ihrer Hauptdiagnose in eine „Major Diagnostic Category“ (MDC) eingruppiert und anschließend in Abhängigkeit von weiteren Faktoren, wie z.B. Prozeduren oder Nebendiagnosen, dann „ihrer“ DRG zugewiesen. Dabei sollte die Vergütung ähnlicher Leistungen stets weitgehend unabhängig von der Hauptdiagnose des Falles sein, da diese Gleichbehandlung etwaigen Kodierstreitigkeiten vorbeugen kann und in diesem Zusammenhang auch mögliche Unsicherheiten zu vermeiden hilft.

Der Strukturierte Dialog lieferte einen Hinweis auf eine derartige Ungleichbehandlung.

Fälle mit der Hauptdiagnose *Mechanische Komplikation durch einen ventrikulären, intrakraniellen Shunt* (ICD T85.0) seien in der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* sachgerecht abgebildet, die Hauptdiagnose *Infektion und entzündliche Reaktion durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate im Nervensystem* (ICD T85.72) dagegen führe in die MDC 21B *Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten*. Der operative Aufwand einer Revision oder kompletten Neuanlage eines Liquorshunts sei aber identisch und unabhängig von der jeweiligen Hauptdiagnose des Falles. Die Analysen anhand der Kalkulationsdaten des Jahres 2023 bestätigten diese Einschätzung aus dem externen Vorschlag, auch die Fälle mit der Hauptdiagnose T85.72 und anderen bzw. ohne weitere Prozeduren zeigten sich in der MDC 01 als sachgerecht vergütet. Im aG-DRG-System 2025 werden demzufolge nun beide Diagnosen und damit auch die benannten Konstellationen einheitlich in der MDC 01 abgebildet und dort ihrem Aufwand entsprechend vergütet.

Je nach Hauptdiagnose werden Fälle mit Eingriffen an der Wirbelsäule in der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* oder der MDC 08 *Krankheiten und*

Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe abgebildet. Die Basis-DRG B18 *Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark [...]* ist in ihrer Definition eng an korrespondierende DRGs der MDC 08 angelehnt, dennoch gilt es hier die Besonderheiten bei neurologischen Diagnosen, z.B. Neubildungen an Rückenmark bzw. Rückenmarkshäuten, zu berücksichtigen. Fälle, bei denen Tumorgewebe an Rückenmarkshäuten oder intraspinalen Nervenwurzeln bzw. Ganglien exzidiert wurde, waren in der DRG B18D nicht sachgerecht vergütet, dementsprechend wurden diese Konstellationen innerhalb der Basis-DRG B18 aufgewertet (siehe Abbildung 11).

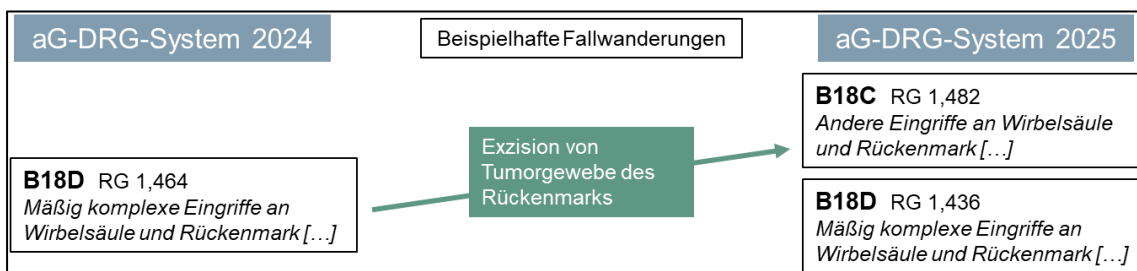


Abbildung 11: Kostenentsprechende Aufwertungen in der Basis-DRG B18 für das aG-DRG-System 2025

Ein weiterer Vorschlag regte an, den kostentrennenden Effekt der Prozeduren für die Rekonstruktion der Hirnhäute zu überprüfen. Je nach Kodierung könne diese Maßnahme eine operative Defektdeckung oder aber lediglich den wasserdichten Verschluss eines Zugangsweges beschreiben. Entsprechende Analysen lieferten jedoch kein umsetzbares Ergebnis, die Fälle sind in der DRG B20D *Kraniotomie oder große WS-OP mit komplexer Prozedur [...]* sachgerecht vergütet. Im Zuge der Kalkulation fiel jedoch in der DRG B20D eine andere Konstellation ins Auge. Fälle mit bestimmten Rekonstruktionen von Hirn- und/oder Gesichtsschädel wiesen im Vergleich zu solchen mit anderen Eingriffen geringere Kosten auf. Diese Prozeduren für Kranioplastiken, z.B. die Rekonstruktion von Hirn- und Gesichtsschädel oder Gesichtsschädel mit einfachem Implantat (z.B. Knochenzement), wurden folglich aus der DRG B20D gestrichen.

Die Basis-DRG B04 beinhaltet Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, wobei als Kostentrenner interventionelle, beidseitige oder mehrzeitige Eingriffe sowie der Schweregrad (PCCL) fungieren (siehe Abbildung 12).

DRG	Bezeichnung
B04A	<i>Interventionelle oder beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC</i>
B04B	<i>Beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC oder mehrzeitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen oder äußerst schwere CC</i>
B04C	<i>Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, ohne mehrzeitige Eingriffe, ohne beidseitige Eingriffe, ohne äußerst schwere CC</i>

Abbildung 12: Basis-DRG B04 im aG-DRG-System 2024

In den Kalkulationsdaten des Jahres 2023 war kein Kostenunterschied zwischen den DRGs B04A und B04B zu finden. Da sich auch unter Zuhilfenahme weiterer Attribute kein

kostentrennender Effekt zwischen den beiden Kollektiven mehr erreichen ließ, wurden demzufolge für das aG-DRG-System 2025 beide DRGs zusammengefasst.

3.3.2.11 Unfallchirurgie/Orthopädie

Wie schon in den Jahren zuvor war auch in diesem Jahr insgesamt eine rege Beteiligung am Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems im Bereich der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* zu verzeichnen. Neben Vorschlägen von Seiten der Fachgesellschaften erreichten uns auch Vorschläge von anderen Beteiligten des Gesundheitssystems. Zahlreiche Analysen und Anpassungen im G-DRG-System hatten in den vergangenen Jahren in diesem Bereich zu einer Vielzahl von Weiterentwicklungen geführt. Dennoch konnte die Abbildung der Fälle im aG-DRG-System 2025 weiter verbessert werden.

Ein Hinweis im Vorschlagsverfahren deutete an, dass die unspezifische Diagnose für Rheumatismus M79.09 *Rheumatismus, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation* zu einer Höhergruppierung der Fälle in der Basis-DRG I08 *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur [...]* führen könne. In der Analyse zeigten sich Fälle mit der Diagnose M79.09 in der DRG I08E *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur [...]* mit bestimmten komplizierenden Diagnosen mit geringeren Kosten verbunden. Betroffene Fälle werden kostenentsprechend zukünftig in der DRG I08F *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Diagnose [...]* abgebildet.

Im Vorschlagsverfahren wurde des Weiteren darauf hingewiesen, dass bestimmte Fälle mit Implantation von resorbierbarem keramischem Knochenersatz in der Basis-DRG I13 *Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten [...]* schlechter gestellt sein könnten als entsprechende Fälle mit Implantation von nicht resorbierbarem keramischem Knochenersatz. In der Analyse zeigten bestimmte Fälle mit resorbierbarem Knochenersatz vergleichbare Kosten. Die betroffenen Prozeduren wurden kostenentsprechend den DRGs I13C bzw. I13D zugeordnet (im Sinne einer Auf- oder Abwertung), sodass zukünftig eine einheitliche Eingruppierung besteht.

In der DRG I08E *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur [...]* mit bestimmten komplizierenden Diagnosen zeigten sich Fälle mit offener Reposition bestimmter einfacher Fraktur im Gelenkbereich des Femurs bei Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantats, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte mit geringeren Kosten verbunden als andere Fälle der DRG. Diese wurden kostenentsprechend in die DRG I13C *Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit [...]* komplizierender Diagnose [...] verschoben.

Fälle der DRG I08H *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexen Eingriff [...]* mit geschlossener Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese durch Fixateur interne am Becken haben sich dagegen mit erhöhten Kosten im Vergleich zu den anderen Fällen in der DRG gezeigt und werden daher zukünftig kostenentsprechend in die DRG I08F *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur [...]* mit bestimmten anderen Eingriffen [...] aufgewertet.

3.3.2.12 Urologie

Die Abbildung der Behandlung von urologischen Fällen verteilt sich im aG-DRG-System auf zwei MDCs. So erfolgt die Abbildung der Behandlung von geschlechtsunspezifischen Erkrankungen von harnbildenden und harnableitenden Organen in der MDC 11

Krankheiten und Störungen der Harnorgane. Gleichfalls werden hier internistisch-nephrologische Fälle, beispielsweise bei Niereninsuffizienz mit oder ohne Dialyse und verwandte Verfahren, abgebildet. Die Abbildung von Fällen mit der Behandlung von Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane erfolgt in der MDC 12 *Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane.*

Für 2025 ergaben sich im Bereich der Hybrid-DRGs einige Änderungen für die bestehenden Hybrid-DRGs der MDC 11: L17N, L20N und L20M. Des Weiteren wurden innerhalb der MDC 12 drei weitere, neue Hybrid-DRGs M04M, M04N und M05N etabliert (vgl. hierzu Kapitel 3.2.6). Darüber hinaus ergaben sich für das aG-DRG-System 2025 nur wenige Änderungen für die Abbildung von Fällen in der Urologie.

Autotransplantation der Niere

Im Vorschlagsverfahren wurde die Abbildung von Fällen mit Autotransplantation der Niere thematisiert. Dieser Eingriff sei vom Aufwand vergleichbar mit einer Kombination der beiden Eingriffe bei einer Nieren-Lebendspende (Entnahme und Retransplantation) und nicht den realen Kosten entsprechend abgebildet.

Im aG-DRG-System 2024 ist der Eingriff der DRG L04A *Bestimmte komplexe Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung [...]* zugeordnet. Fälle mit dieser Leistung finden sich – trotz insgesamt sehr kleiner Fallzahl – aber auch in anderen MDCs und in intensivmedizinischen DRGs. Auf Basis der Kostendaten des Jahres 2023 ist eine Gleichstellung mit anderen Verfahren der Nierentransplantation nicht möglich, diese erschien auch nicht in allen Aspekten plausibel (z.B. im Hinblick auf die fehlende Immunsuppression). Dennoch konnten für 2025 diese Fälle innerhalb der MDC 11 mit Zuordnung zur DRG L07Z *Andere Nieren-, Ureter-, Prostata- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung [...]* oder *Autotransplantation Niere* aufgewertet werden.

Mikrowellenablation

Ebenfalls wurde im Vorschlagsverfahren eine nicht sachgerechte Abbildung von Fällen mit *perkutan-transrenaler Destruktion von Gewebe der Niere durch Mikrowellenablation* thematisiert.

Im aG-DRG-System 2024 werden diese Fälle vor allem in der DRG L20C *Transurethrale Eingriffe [...]* *Alter > 15 Jahre [...]* abgebildet. Fälle mit einer Mikrowellenablation zeigten sich in der DRG L20C mit höheren Kosten verbunden als die anderen Fälle der DRG. Sie wurden kostenentsprechend für 2025 der DRG L20B *Transurethrale Eingriffe [...]* *Alter < 16 Jahre [...]* zugeordnet und damit aufgewertet.

3.3.2.13 Versorgung von Kindern

Teilstationäre Leistungen bei Kindern

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

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

Zur Umsetzung für 2021 wurde vorab ein weitgehender Konsens zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene und GKinD erzielt. Der DRG-spezifische medizinische Inhalt entspricht den Vorgaben der teilstationären OPS-Kodes, die zum Zweck der Definition dieser DRGs in den OPS Version 2021 aufgenommen wurden. Leistungs- und Kosteninformationen zu den DRGs der MDC 25 lagen weder bei der Etablierung für 2021 in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser des Jahres 2019 noch in den Daten des Jahres 2020 vor. Die Daten des Jahres 2021, in dem diese Leistungen erstmals verschlüsselt wurden, ergaben keinen Anhalt für eine Bewertung der DRGs. Daher waren die DRGs der MDC 25 bisher unbewertet. Bei weiterhin sehr uneinheitlicher Datengrundlage sind die DRGs der MDC 25 auch im Fallpauschalen-Katalog 2025 ohne Relativgewicht ausgewiesen.

Im diesjährigen Vorschlagsverfahren wurden erneut verschiedene Hinweise und Vorschläge zur MDC 25 eingebracht, darunter auch wieder der Vorschlag, die DRGs der MDC 25 zu kalkulieren und zu bewerten. Die Analysen der Fälle der teilstationären DRGs zeigten auch in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser des Jahres 2023 unverändert eine uneinheitliche Datenlage, sodass eine Bewertung der DRGs der MDC 25 weiterhin nicht möglich war. Ein weiterer Vorschlag betraf die teilstationäre Erbringung einer transösophagealen Echokardiographie (OPS 3-052) bei Patienten < 18 Jahre. Diese Leistung war bis dato in der MDC 25 nicht abbildbar, sei aber vergleichbar mit einer diagnostischen Ösophagogastroskopie (OPS 1-631), die in der DRG 741Z *Bestimmte endoskopische Diagnostik in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär* abgebildet ist. Im Vorschlagsverfahren zum OPS Version 2025 ist analog ein Vorschlag eingegangen, den Zusatzcode 1-999.3 *Teilstationäre pädiatrische Diagnostik mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit* auch für die Kombination mit dem OPS 3-052 zu öffnen. Ab dem OPS Version 2025 ist die Kombination von 1-999.3 und 3-052 möglich, sodass dies auch in der Definition der DRG 741Z berücksichtigt wurde. Die betroffenen Fälle mit dieser Leistung, die auch die oben genannten allgemeinen Definitionskriterien der DRGs der MDC 25 erfüllen, werden dadurch zukünftig z.B. nicht mehr in konservativen DRGs der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*, sondern in der DRG 741Z abgebildet.

Zusatzentgelte

Im Fallpauschalen-Katalog 2025 existieren 70 Zusatzentgelte für Medikamente mit Kinderdosisklassen sowie sechs sonstige kinderspezifische Zusatzentgelte (z.B. Komplexe neuropädiatrische Diagnostik). Darüber hinaus wurden vier neue unbewertete Zusatzentgelte etabliert, die für die Behandlung von Kindern mit zystischer Fibrose zugelassen sind und bisher den NUB-Status 1 aufwiesen:

- ZE2025-225 *Gabe von Ivacaftor, oral*
- ZE2025-226 *Gabe von Ivacaftor-Tezacaftor-Elexacaftor, oral*
- ZE2025-227 *Gabe von Lumacaftor-Ivacaftor, oral*
- ZE2025-228 *Gabe von Tezacaftor-Ivacaftor, oral*

RSV-Immunisierung

Mit der „Verordnung zum Anspruch auf Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe gegen Respiratorische Synzytial Viren (RSV-Prophylaxeverordnung)“ (BGBl. I, Nr. 278 vom 13.09.2024) hat das Bundesministerium für Gesundheit mit Wirkung zum 14. September 2024 erstmals einen Anspruch von Versicherten, die das erste Lebensjahr noch nicht vollendet haben, auf die prophylaktische Gabe des Arzneimittels mit dem monoklonalen Antikörper Nirsevimab geregelt.

Mit der „Ergänzungsvereinbarung vom 26.09.2024 zur Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2024 (Fallpauschalenvereinbarung 2024 – FPV 2024) vom 06.11.2023 sowie zur Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2025 (Fallpauschalenvereinbarung 2025 – FPV 2025) vom 26.09.2024“ haben die Vertragsparteien auf Bundesebene zügig eine Abrechnungsmöglichkeit für die RSV-Prophylaxe im stationären Bereich geschaffen und für den Zeitraum vom 1. Oktober 2024 bis 31. Dezember 2024 in Anlage 2 FPV 2024 das Zusatzentgelt ZE176 *Gabe von Nirsevimab, parenteral, 50 mg oder 100 mg, Alter <1 Jahr* unterjährig ergänzt. Für das Jahr 2025 werden Anlage 2 und Anlage 5 FPV 2025 entsprechend um das ZE176 ergänzt, da ab dem Jahr 2025 ein entsprechender OPS zur Kodierung der Gabe des Arzneimittels zur Verfügung steht. Die Höhe der Vergütung für das Zusatzentgelt ZE176 beträgt 416,50 Euro.

Die Aufwendungen der Krankenhäuser für die Gabe des Medikaments sowie die Aufklärung sollen über die aG-DRG-Fallpauschalen der Neugeborenen (MDC 15 *Neugeborene*) pauschaliert vergütet werden. Hierzu haben die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene vereinbart, die Relativgewichte der DRGs der MDC 15 im Fallpauschalen-Katalog 2025 so anzuheben, dass in der Summe eine Anhebung des nationalen Case-Mix-Volumens um 6 Mio. Euro erfolgt. Das entspricht einer weiteren Anhebung des deutschlandweiten Case-Mix-Volumens um rund 1.425 Case-Mix-Punkte (siehe auch Kapitel 3.3.1.6).

3.3.2.14 Wirbelsäulenchirurgie

Operative Eingriffe an der Wirbelsäule sind im aG-DRG-System hochdifferenziert abgebildet. Als Splitkriterien dienen z.B. äußerst schwere CC, Eingriff an mehreren Lokalisationen, komplizierende Konstellationen, mehrzeitige Eingriffe oder Alter. Auch weniger komplexe Fälle sind häufig mit einer Vielzahl von Prozeduren verschlüsselt, was eine regelmäßige Analyse aller Prozeduren auf Eignung als Splitkriterium für eine sachgerechte Eingruppierung der Fälle notwendig macht. Nach zahlreichen Anpassungen in den Vorjahren erfolgten weitere Umbauten in der Wirbelsäulenchirurgie in diesem Jahr überwiegend auf Basis des Vorschlagsverfahrens.

Im Vorschlagsverfahren wurde darauf hingewiesen, dass die dorsale Spondylodese als Splitkriterium nicht bzw. wenig geeignet sein soll, da der wesentliche operative Aufwand der Wirbelsäulenfusion in der Osteosynthese und ventralen bzw. ventral und dorsal kombinierten Spondylodese bestehe, wohingegen der Aufwand für die dorsale Spondylodese gering sei. In der Analyse zeigten sich die Fälle mit dorsalen Spondylodesen jedoch weitgehend sachgerecht abgebildet. Es ergaben sich lediglich einzelne Konstellationen, an denen eine kostenentsprechende Neuordnung möglich war (siehe Abbildung 13).

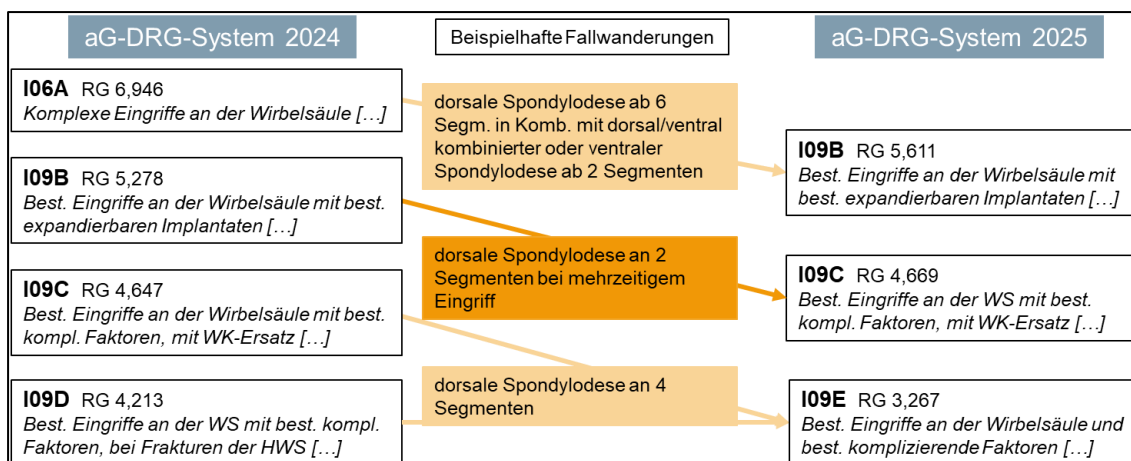


Abbildung 13: Anpassungen in der Wirbelsäulen Chirurgie für das aG-DRG-System 2025

Einem weiteren Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend, wurden Fälle mit knöcherner Dekompression des Spinalkanals in der Basis-DRG I10 *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule* untersucht. In einer bestimmten Konstellation war eine geringe Anzahl von Fällen mit *knöcherner Dekompression des Spinalkanals an 2 oder 3 Segmenten* höher bewertet als Fälle mit *knöcherner Dekompression des Spinalkanals an 4 oder mehr Segmenten*. Betroffene Fälle wurden kostenentsprechend in die DRG I10B *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten komplexen Eingriffen [...]* aufgenommen und sind dadurch zukünftig nicht schlechter gestellt als die Fälle mit dem entsprechenden Eingriff an 2 oder 3 Segmenten.

3.3.3 Integration neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2025 konnten erneut Leistungen, die in den vergangenen Jahren als noch nicht sachgerecht vergütet identifiziert wurden (NUB-Status 1), in Form von Zusatzentgelten in das G-DRG-System integriert werden. NUB-Leistungen, die als Zusatzentgelte abgebildet werden konnten, sind in Tabelle 16 aufgeführt.

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

NUB-Verfahren	Status 2024	Zusatzentgelt	Bezeichnung
Inotuzumab ozogamicin	1	ZE2025-223	Gabe von Inotuzumab ozogamicin, parenteral
Isatuximab	1	ZE2025-224	Gabe von Isatuximab, parenteral
Ivacaftor	1	ZE2025-225	Gabe von Ivacaftor, oral
Ivacaftor-Tezacaftor-Elexacaftor	1	ZE2025-226	Gabe von Ivacaftor-Tezacaftor-Elexacaftor, oral
Lumacaftor-Ivacaftor	1	ZE2025-227	Gabe von Lumacaftor-Ivacaftor, oral
Tezacaftor-Ivacaftor	1	ZE2025-228	Gabe von Tezacaftor-Ivacaftor, oral
Liposomalem Cytarabin-Daunorubicin	1	ZE2025-229	Gabe von Liposomalem Cytarabin-Daunorubicin, parenteral

Tabelle 16: Leistungen mit NUB-Status 1, die im aG-DRG-System 2025 als Zusatzentgelt abgebildet werden

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 Zusatzentgelte

Bei der diesjährigen Weiterentwicklung wurden nach den Verfahrenseckpunkten zur Umsetzung des § 6 Abs. 2 KHEntgG (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) über 250 spezielle und hochaufwendige Leistungen auf die Möglichkeit einer sachgerechten Abbildung als Zusatzentgelt im aG-DRG-System geprüft.

	aG-DRG-System 2024	aG-DRG-System 2025
Mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte		
Operative, interventionelle und diagnostische Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	38	38
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	31	31
Besondere Behandlungsformen	4	4
Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG		
Operative, interventionelle und diagnostische Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	50	50
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	105	114
Besondere Behandlungsformen	6	6
Gesamt	234	243

Tabelle 17: Vergleich der Anzahl der Zusatzentgelte im aG-DRG-System 2024 und 2025

Prinzipiell blieb die Untersuchungsmethodik gegenüber den Vorjahren unverändert. Die von den Kalkulationskrankenhäusern bereitgestellten Kostendaten und ergänzenden Fallinformationen bildeten die Grundlage für die Definition und Bewertung der

Zusatzentgelt-Leistungen. Die Anzahl der Zusatzentgelte des aG-DRG-Systems 2025 im Vergleich zum aG-DRG-System 2024 ist in Tabelle 17 dargestellt. Zu den besonderen Behandlungsformen zählen die *Palliativmedizinische Komplexbehandlung* (ZE60), die *Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung* (ZE145), *Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 1)* (ZE162), *Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 2)* (ZE163) (jeweils mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte) sowie die *Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung* (ZE2025-26), die *Versorgung von Schwerstbehinderten* (ZE2025-36), die *Naturheilkundliche Komplexbehandlung* (ZE2025-40), die *Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst* (ZE2025-133), die *Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen externen Palliativdienst* (ZE2025-134) und die *Längerfristige Beatmungsentwöhnung* (ZE2025-190) (jeweils Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG).

Die Bewertung der Leistungen in den Anlagen 2 und 5 FPV 2025 erfolgte – soweit überhaupt betroffen – aufgrund der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem aG-DRG-System ohne Berücksichtigung von Pflegepersonalkosten. Hiervon betroffen sind u.a. einige Leistungen der besonderen Behandlungsformen, wie beispielsweise die Zusatzentgelte für palliativmedizinische Komplexbehandlung (ZE60, ZE145) oder für erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (ZE162, ZE162).

Nachdem in den letzten, stark pandemiegeprägten Datenjahren aufgrund fehlender bzw. inverser Kostenunterschiede die Zusatzentgelte für *Palliativmedizinische Komplexbehandlung* (ZE60) und *Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung* (ZE145) mit einheitlichen Vergütungsbeträgen ausgewiesen wurden, erlaubten die Daten des Jahres 2023 erstmals wieder eine differenzierte Kalkulation der beiden Zusatzentgelte mit unterschiedlichen Beträgen – wenn auch mit vergleichsweise kleinen Kostenunterschieden.

Zusatzentgelte für erhöhten Pflegeaufwand

Die Methodik zur Berechnung der Zusatzentgelte ZE162 und ZE163 wurde unverändert aus den Jahren vor der Corona-Pandemie übernommen. Diese basierte auf dem im System verbleibenden Teil der mit Pflege assoziierten Kosten, d.h. auf den Modulen 1_4a, 1_6a und 13_2. Die bisherige Berechnungsweise mit bestmöglicher Näherung durch Günstigerprüfung mit Konzentration auf die (Differenzen der) „Pflegekosten“ wurde grundsätzlich beibehalten. Auch im Jahr 2025 enthält der Zusatzentgelt-Katalog 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. Wie in den Vorjahren erfolgte eine Anpassung des „Trennwerts“ zwischen hohem und niedrigem Zusatzentgelt für erhöhten Pflegeaufwand so, dass die Erlösvolumina der beiden Zusatzentgelte auf Basis des Datenjahres 2023 etwa gleich groß sind.

Der erhöhte Aufwand für pflegebedürftige Menschen wird damit weiterhin auch mit den Zusatzentgelten ZE162 und ZE163 abgebildet. Für das aG-DRG-System 2025 ergeben sich nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten Beträge in Höhe von 24,58 € für ZE162 und 48,95 € für ZE163. Aktualisierte DRG-Listen für die Zuordnung der DRGs zu einem der beiden Zusatzentgelte finden sich in Anlage 8 des Fallpauschalen-Katalogs.

Dialysen

In diesem Jahr erfolgte die Berechnung der Entgeltbeträge für die Zusatzentgelte für Dialyse und verwandte Verfahren (ZE01.01, ZE01.02, ZE02, ZE36, ZE37, ZE61, ZE62, ZE119, ZE120, ZE121, ZE122 und ZE123) auf Basis der aktuellen Kostendaten des Jahres 2023 in Kostenstellengruppe 3 (Dialyse) – ohne Berücksichtigung der Pflege-

personalkosten. Gemäß DRG-Grundlagenvereinbarung erfolgte für diese Zusatzentgelte kein separater Ausweis der aus den Zusatzentgelten ausgegliederten Pflegepersonal-kosten. Nach dem Regelwerk zur Berechnung der Zusatzentgelte für Dialyse und ver-wandte 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 erneut 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 ausgewiesen. Das Zu-satzentgelt ZE2025-109 *Dialyse mit High-Cut-Off-Dialysemembran* bleibt auch weiterhin unbewertetes Zusatzentgelt.

Verfahren

Im Bereich der Zusatzentgelte für operative, interventionelle und diagnostische Verfahren ergaben sich für das aG-DRG-System 2025 keine wesentlichen Änderungen im Ver-gleich zum Vorjahr. Bei Differenzierungen ZE-definierender OPS-Kodes erfolgte die Zu-ordnung neuer OPS-Kodes entsprechend der Überleitung des BfArM (siehe dazu auch Kapitel 3.3.6): so beispielsweise für 2025 durch die Aufnahme des Codebereichs für die Einlage eines medikamentefreisetzenden adaptierenden Hybrid-Stents in Koronargefäße (OPS 8-83d.b) in das *ZE101 Medikamente-freisetzende Koronarstents* und der Zusatz-kodes für die Verwendung eines Stentretreivers mit integrierter Mikrofilter-Emboliepro-tection zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung in das Zusatzentgelt ZE152 *Per-kutän-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Ge-fäßen unter Verwendung eines Stentretreiver* (OPS 8-83b.8k, .8m, .8n).

Medikamente

In die Liste der unbewerteten Zusatzentgelte wurden insgesamt sieben neue Zusatzent-gelte für Medikamente aufgenommen, die für das Jahr 2024 den NUB-Status 1 erhalten hatten (siehe Tabelle 18). Die aufgeführten Leistungen erfüllen zwar die Kriterien für eine Zusatzentgelt-Definition, konnten jedoch auf Basis der vorhandenen Daten nicht mit ei-nem Vergütungsbetrag bewertet werden.

Zusatzentgelt	Bezeichnung
ZE2025-223	<i>Gabe von Inotuzumab ozogamcin, parenteral</i>
ZE2025-224	<i>Gabe von Isatuximab, parenteral</i>
ZE2025-225	<i>Gabe von Ivacaftor, oral</i>
ZE2025-226	<i>Gabe von Ivacaftor-Tezacaftor-Elexacaftor, oral</i>
ZE2025-227	<i>Gabe von Lumacaftor-Ivacaftor, oral</i>
ZE2025-228	<i>Gabe von Tezacaftor-Ivacaftor, oral</i>
ZE2025-229	<i>Gabe von Liposomalem Cytarabin-Daunorubicin, parenteral</i>

Tabelle 18: Im Jahr 2024 mit Status 1 bewertete NUB-Leistungen, die ins aG-DRG-System 2025 als un-bewertete Zusatzentgelte integriert wurden

Die Gabe von humanem, polyvalentem Immunglobulin umfasst eine Vielzahl von ver-schiedenen Präparaten und wird seit 2007 über ein bewertetes Zusatzentgelt vergütet: ZE93 *Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent*. Für diese Leistung erfolgt im Rah-men der ergänzenden Datenbereitstellung bereits seit einigen Jahren (neben der verab-reichten Dosis und den Kosten) eine Abfrage der eingesetzten Präparate auf Fallebene.

Die Erhöhung der Bezugskosten resultiert bereits seit Jahren in jährlichen Preisanpassungen im Katalog. Bei den Analysen der ergänzenden Daten des Jahres 2023 zeigte sich für die meisten Präparate eine fortgesetzte Steigerung der Bezugskosten im Vergleich zum Vorjahr, woraus für 2025 deutlich erhöhte Beträge für das ZE93 resultierten (+7.2%). Im Rahmen der OPS-Weiterentwicklung wurde vom BfArM eine weitere Kinder-Dosisklasse für die *Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent* etabliert (OPS 8-810.wv 2 g bis unter 2,5 g). Aufgrund einer ausreichenden Datenbasis im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung konnte das bewertete ZE93 *Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent* um die neue Dosisklasse erweitert und ein entsprechender Betrag ausgewiesen werden.

Im Vorschlagsverfahren für 2025 wurde erneut die Gabe von zusatzentgeltfähigen Medikamenten in neuen Applikationsformen thematisiert. Beispielsweise wurde für die Gabe von Atezolizumab (aG-DRG-System 2024: ZE172 *Gabe von Atezolizumab, parenteral*) im Laufe des Jahres 2024 eine subkutane Darreichungsform als Einmal-Fertigspritze im Markt eingeführt. In diesem Zusammenhang wurde das InEK von einer Fachgesellschaft darauf hingewiesen, dass eine Abrechnung des ZE172 (auf mg-Basis) basierend auf der für 2024 gültigen Kodierung prinzipiell möglich sei, dies allerdings zu einer deutlichen Übervergütung der Leistung führen würde, da die Kosten einer Fixdosis von 1.875 mg vergleichbar denen der intravenösen Therapie von 1.200 mg seien. Da die Abrechnung beider Applikationsformen über das bestehende Zusatzentgelt im Widerspruch zu einer sachgerechten Vergütung stand, wurden sowohl der OPS-Kode als auch das Zusatzentgelt differenziert. Basierend auf den Daten des Jahres 2023 wird die intravenöse Gabe von Atezolizumab zukünftig über das bewertete Zusatzentgelt ZE177 *Gabe von Atezolizumab, intravenös* abgebildet. Da über die subkutane Gabe von Atezolizumab keine Leistungs- und Kostendaten vorlagen, wurde diese Leistung in die Liste der unbewerteten Zusatzentgelte aufgenommen – ZE2025-221 *Gabe von Atezolizumab, subkutan* (siehe Tabelle 19).

Wirkstoff	Applikationsform	ZE 2025	Bezeichnung	OPS-Kode 2025
Atezolizumab	intravenös	ZE177	<i>Gabe von Atezolizumab, intravenös</i>	6-00a.m*
	subkutan	ZE2025-221	<i>Gabe von Atezolizumab, subkutan</i>	6-00a.n*
Ocrelizumab	intravenös	ZE178	<i>Gabe von Ocrelizumab, intravenös</i>	6-00a.p*
	subkutan	ZE2025-104	<i>Gabe von Ocrelizumab, subkutan</i>	6-00a.q*

Tabelle 19: Im aG-DRG-System 2025 neu nach Applikationsform differenzierte Zusatzentgelte für Medikamente

Eine ähnliche Situation mit unterschiedlichen Applikationsformen bestand bei der Gabe von Ocrelizumab (aG-DRG-System 2024: ZE173 *Gabe von Ocrelizumab, parenteral*). Auch hier wurde im Laufe des Jahres 2024 eine subkutane Darreichungsform als Einmal-Fertigspritze im Markt eingeführt. Gemäß Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren seien die Kosten einer Fixdosis von 920 mg vergleichbar denen der intravenösen Therapie von 600 mg. Da die Abrechnung beider Applikationsformen über das bestehende Zusatzentgelt auch hier im Widerspruch zu einer sachgerechten Vergütung stand, wurden sowohl

der OPS-Kode als auch das Zusatzentgelt für die Gabe von Ocrelizumab differenziert (siehe Tabelle 19).

Gabe von Gerinnungsfaktoren

Basierend auf Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren erfolgte für 2025 eine Erweiterung der Definition der Zusatzentgelte ZE2025-97 *Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren* und ZE2025-139 *Gabe von Blutgerinnungsfaktoren* um die Transfusion von Faktor XI (OPS 8-812.b *Faktor XI*).

Gabe von Blutprodukten

Bei weiterhin unterschiedlichen Kosten für Thrombozytenkonzentrate und Apherese-Thrombozytenkonzentrate enthält der Fallpauschalen-Katalog 2025 in Bezug auf Vergütungsbetrag und Einstiegsschwelle unverändert differenzierte Zusatzentgelte: ZE146 *Gabe von Thrombozytenkonzentraten* und ZE147 *Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten* bzw. ZE164 *Gabe von pathogeninaktivierten Thrombozytenkonzentraten* und ZE165 *Gabe von pathogeninaktivierten Apherese-Thrombozytenkonzentraten*.

Für den OPS Version 2024 wurden neue Codes für die Gabe von pathogeninaktivierten patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten etabliert. Diese Leistung wurde auch im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung bei den Kalkulationskrankenhäusern abgefragt. Da die über die ergänzende Datenbereitstellung übermittelten Kosten sehr inhomogen und vergleichbar mit den Kosten von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten lagen, konnte auch für 2025 kein eigenständiges Zusatzentgelt etabliert werden.

3.3.5 Sortierung

Vorgehensweise

Zur Vermeidung der Problematik einer „Mindervergütung bei Mehrleistung“ werden im aG-DRG-System die DRGs in der Regel gemäß ihren mittleren Kosten sortiert. Daraus resultiert eine Abfragereihenfolge, in der typischerweise hoch bewertete DRGs vor geringer bewerteten DRGs abgefragt werden. Die Vorgehensweise der Sortierung entsprach weitgehend der Vorgehensweise der Vorjahre. Grundsätzlich erfolgte auch für das aG-DRG-System 2025 eine an den Kosten der Fälle orientierte konsequente Sortierung aller DRGs innerhalb der operativen und der anderen Partitionen, 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. Für die Abfragereihenfolge des aG-DRG-Systems 2025 ist auch in diesem Jahr das Inlier-Relativgewicht das primäre Sortierkriterium.

Weiterhin gelten auch die MDC-spezifischen Besonderheiten:

- Vollständige partitionsübergreifende Sortierung in den MDCs 17, 18A und 18B
- Weitgehend partitionsübergreifende Sortierung in den MDCs 04 und 05
- Sortierung zwischen anderer und medizinischer Partition in den MDCs 06, 07 und 11
- Einsortierung endoskopischer Eingriffe (DRGs H40A, H40B) und komplexer therapeutischer ERCPs (DRGs H41A, H41B) in die operative Partition der MDC 07

- Einsortierung der kardiothorakalen und Gefäßeingriffe in die sonst disjunkten DRGs der MDC 15 entsprechend ihren Kosten
- Sortierung aller DRGs für intensivmedizinische Komplexbehandlung ihren Kosten entsprechend in die Abfragereihenfolge der Prä-MDC
- In den MDCs 12 und 13 werden die medizinischen Tumor-DRGs und entsprechende Strahlentherapie-DRGs individuell bei der Sortierung berücksichtigt
- Sortierung der Prä-MDC unter Berücksichtigung der zahlreichen DRG- und MDC-Zuweisungen

Besondere Konstellationen

Wie oben dargestellt, werden die DRGs typischerweise gemäß ihrem Relativgewicht bzw. den Kosten absteigend sortiert. Seit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten – erstmalig im aG-DRG-System 2020 – werden die mittleren Inlierkosten ohne die Kosten der Pflege am Bett als Sortierkriterium herangezogen.

Neben den mittleren Inlierkosten bzw. dem Relativgewicht wird zur Vermeidung einer nicht sachgerechten 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. Die DRG F49C *Invasive kardiologische Diagnostik [...] Alter < 18 Jahre* steht an Abfrageposition 118 und hat mit 0,940 ein niedrigeres Relativgewicht als die direkt danach abgefragte DRG F49D *Invasive kardiologische Diagnostik [...] Alter > 17 Jahre [...]* mit Rang 119 und einem Relativgewicht von 1,584. In der DRG F49C werden Fälle mit einem Alter unter 18 Jahren abgebildet. Kinder bleiben bei vergleichbaren Diagnosen und Prozeduren typischerweise im Mittel kürzer im Krankenhaus als Erwachsene, d.h. sie haben eine kürzere Verweildauer. Dies zeigt auch der Vergleich der DRG F49C (mVWD 2,4) mit der DRG F49D (mVWD 13,0). Das 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 ganz erheblicher Teil der Inlier-Fälle der jetzigen F49C einen Kurzlieger-Abschlag bekommen würde und ein Teil der Langlieger-Fälle erst ab einer VWD von 27 Tagen im Vergleich zu jetzt ab 5 Tagen einen Zuschlag bekäme. Bei einem relevanten Anteil von vor allem Kurz-, aber auch Langliegern innerhalb der DRG F49C sowie zusätzlich einer hohen Anzahl an Fällen, die in der DRG F49C Inlier sind, aber in einer kondensierten DRG Abschläge erhielten, würde dies zu einer erheblichen Schlechterstellung von Kindern führen (siehe auch Tabelle 20).

Rang-Sortierung	DRG	Parti-tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweil-dauer	UGV: Erster Tag mit Abschlag	OGV: Erster Tag mit zusätzl. Entgelt
118	F49C	A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre	0,940	2,4	1	5
119	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	1,584	13,0	3	27

Tabelle 20: Auszug aus der FPV 2025: DRGs F49C und F49D

Ein weiteres Beispiel betrifft die nicht nach Alter, aber nach unterschiedlichen Behandlungsformen differenzierte Basis-DRG K15 *Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag*. In dieser Basis-DRG

wurden gleich zweimal DRGs von Fällen mit kurzer Verweildauer, aber niedrigerem Relativgewicht vor DRGs mit höherem Relativgewicht und längerer Verweildauer sortiert – siehe Tabelle 21. Hier würde ein Zusammenlegen von Fällen u.a. zu einer nicht sachgemäßen Benachteiligung von bestimmten Behandlungsformen führen.

Rang-Sortierung	DRG	Parti-tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweil-dauer	UGV: Erster Tag mit Abschlag	OGV: Erster Tag mit zusätzl. Entgelt
16	K15A	0	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Radiojodtherapie	0,911	3,1	-	6
17	K15B	0	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Radiojodtherapie	1,493	13,3	3	29
19	K15C	0	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmter nuklearmedizinischer Therapie	0,744	3,2	-	6
20	K15D	0	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmte nuklearmedizinische Therapie	0,818	6,2	-	13
22	K15E	0	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie	0,459	3,0	-	7

Tabelle 21: Auszug aus der FPV 2025 – Basis-DRG K15

3.3.6 Umgang mit ICD- und OPS-Anpassungen

3.3.6.1 Anpassungen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen

Die ab 1. Januar 2025 gültige ICD-10-GM Version 2025 enthält insgesamt 14.309 terminale Codes und somit 19 Codes mehr als die Version 2024 (14.290). Die Mehrzahl dieser Codes (14.281, 99,8%) unterscheidet sich weder hinsichtlich des Codes noch hinsichtlich des dazugehörigen Textes gegenüber dem Vorjahr.

Der OPS Version 2025 enthält insgesamt 34.032 terminale Codes. Das sind 246 Codes mehr als im OPS Version 2024 (33.786). Die Mehrzahl der Codes (33.491, 98,41%) zeigt ebenfalls keinen Unterschied zum Vorjahr in Bezug auf den Code und die Leistungsbeschreibung.

Die Weiterentwicklung der Klassifikationen ICD-10-GM und OPS ist Aufgabe des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), das in seinem jährlichen Revisionsverfahren auch Änderungsvorschläge annimmt. Die im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2025 beim InEK eingegangenen Vorschläge zur Umformulierung bestehender Codes bzw. zur Etablierung neuer Codes wurden an die zuständigen Stellen beim BfArM weitergeleitet.

Über die im Vorschlagsverfahren für das Jahr 2025 angeregten Änderungen hinaus wurde im Zuge der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems die Notwendigkeit weiterer neuer Codes deutlich. Dies betrifft beispielsweise die neuen OPS-Codes zur Abbildung von Medikamenten und Dosisklassen, die ab 2025 im OPS zu finden sind, wie z.B. Codes aus 6-00e.n- *Applikation von Medikamenten, Liste 14: Isatuximab, parenteral* zur Definition der Dosisklassen beim Zusatzentgelt ZE2025-224 *Gabe von Isatuximab, parenteral*.

Darüber hinaus wurden neue Codes zur Abbildung von Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG in den OPS Version 2025 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 aG-DRG-System. Ein Beispiel ist die Einführung des neuen Codes 5-35a.8 *Endovaskuläre Implantation eines Trikuspidalklappenersatzes*. Der neue Code ermöglicht zukünftig die spezifische Abbildung und Analyse der NUB-Leistung „Endovaskuläre Implantation eines Trikuspidalklappenersatzes“.

Entsprechend der Vorgehensweise in den Vorjahren wurden für 2025 bestehende ICD-Kodes differenziert bzw. neue ICD-Kodes etabliert, um Unterschiede in Aufwand und Ablauf von Behandlungen darstellbar zu machen. So wurde ein neuer 5-Steller zur spezifischen Kodierung einer *Muskeldystrophie* (ICD G71.0-) eingeführt: G71.00 *Muskeldystrophie, maligne [Typ Duchenne]* und G71.08 *Sonstige Muskeldystrophien*. Auf diese Weise besteht zukünftig die Möglichkeit, Fälle mit der Diagnose G71.0– *Muskeldystrophie* aufwandsentsprechend abzubilden.

3.3.6.2 Überleitung auf die ab 1. Januar 2025 gültigen Versionen

Die Datenbasis, die der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2025 zugrunde liegt, beruht auf medizinischen Daten des Jahres 2023 (Datenjahr 2023). Die Diagnosen wurden dementsprechend mit der ICD-10-GM Version 2023 und die Prozeduren mit dem OPS Version 2023 kodiert.

Nach Abschluss der Weiterentwicklung für das Jahr 2025 stand zunächst die aG-DRG-Version 2023/2025 zur Verfügung. Diese Version stellt die erste Übergangsversion dar, die den G-DRG-Algorithmus des Jahres 2025 anhand der im Datenjahr 2023 gültigen Diagnose- und Prozedurenkodes definiert. Zur Nutzung des aG-DRG-Systems 2025 für die Gruppierung im Jahr 2025 mit den dann gültigen Leistungsbezeichnern waren zwei Überleitungen des Systems notwendig.

In einem ersten Schritt wurde das aG-DRG-System 2023/2025 auf das aG-DRG-System 2024/2025 übergeleitet. Die für diesen Zweck notwendige Überleitung der Diagnose- und Prozedurenkodes wurde ausgehend von den Überleitungstabellen, die vom BfArM zur Verfügung gestellt wurden, durchgeführt. Anhand dieser Informationen konnte jedem der im Jahr 2024 gültigen Diagnosen- oder Prozedurenkodes eine Funktion im Gruppierungsalgorithmus zugewiesen werden, typischerweise die, die sein „Vorgängerkode“ in der Version 2023 der ICD- bzw. OPS-Klassifikationen im Rahmen der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für 2025 erhalten hatte. Dabei wurden textliche, inhaltliche und formale Änderungen der Codes sowie Änderungen der Kodierrichtlinien berücksichtigt. Auf diese Weise entstand die aG-DRG-Version 2024/2025. Die umfangreichen Änderungen und Anpassungen, die für diese Version notwendig waren, entsprechen weitestgehend den Änderungen, die bei der Überleitung der Übergangsversion 2023/2024 auf die aG-DRG-Version 2024 vorgenommen wurden. Diese sind auch im Abschlussbericht für das Jahr 2024 dargestellt.

Im zweiten Schritt wurde, analog zu diesem Vorgehen, die aG-DRG-Version 2024/2025 auf die aG-DRG-Version 2025 übergeleitet. Erneut dienten die vom BfArM zur Verfügung gestellten Überleitungstabellen als Basis.

Die beiden Übergangsversionen sollen es den Vertragspartnern auf Ortsebene ermöglichen, Budgetverhandlungen für das Jahr 2025 auf Basis der Leistungsdaten der Jahre 2023 bzw. 2024 zu führen. 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.

3.3.6.3 Nicht identische Codes mit „Vorgängerkode“

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

- Klassifikatorische Überleitung
- Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

Diese Varianten werden im Folgenden anhand von Beispielen erläutert.

Klassifikatorische Überleitung

Bei der klassifikatorischen Überleitung wird den Codes, die im Jahr 2025 Gültigkeit erhalten, die Funktion zugewiesen, die ihr „Vorgängerkode“ in der Version 2024/2025 hatte. Typischerweise kommt dies bei einer Ausdifferenzierung von Codes vor.

So wird beispielsweise den für das Jahr 2025 neu etablierten fünfstelligen Codes für *Störungen des Plasmaprotein-Stoffwechsels, anderenorts nicht klassifiziert* (ICD E88.0-) die Funktion des im Jahr 2024 gültigen vierstelligen Codes E88.0 *Störungen des Plasmaprotein-Stoffwechsels, anderenorts nicht klassifiziert* zugewiesen (siehe Tabelle 22).

Alter Kode (ICD-10-GM Version 2024)	Neue Codes (ICD-10-GM Version 2025)
E88.0 <i>Störungen des Plasmaprotein-Stoffwechsels, anderenorts nicht klassifiziert</i>	E88.00 <i>Alpha-1-Antitrypsinmangel</i> E88.08 <i>Sonstige Störungen des Plasmaprotein-Stoffwechsels, anderenorts nicht klassifiziert</i>

Tabelle 22: Differenzierung des ICD-Kodes E88.0 Störungen des Plasmaprotein-Stoffwechsels, anderenorts nicht klassifiziert

Die neuen Codes wurden gemäß der Überleitungstabelle des BfArM auf den Vorgängerkode E88.0 übergeleitet. Konkret bedeutet dies für das aG-DRG-System 2025:

In jeder Tabelle des aG-DRG-Systems 2024/2025, in welcher der alte ICD-10-Kode E88.0 verzeichnet ist, wurden für das aG-DRG-System 2025 jeweils die neuen Codes an dessen Stelle eingetragen. In diesem Fall sind die folgenden Tabellen davon betroffen:

- Tabellen der gültigen Diagnose- und Hauptdiagnosekodes
- Hauptdiagnosetabelle der MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten*
- Tabelle „Angeborene Stoffwechselstörungen“ der Basis-DRG K63

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

Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

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

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

Im Prozeduren-Katalog 2025 wurde ein Code für die *Erweiterte Hemihepatektomie links [Resektion der Segmente 2 bis 5 und 8]* (OPS 5-502.9) neu etabliert. Laut klassifikatorischer Überleitung des BfArM sollte dieser neue OPS-Code auf den unspezifischen Code („Sonstige“) für *Anatomische (typische) Leberresektion: Resektion sonstiger Segmentkombinationen* (OPS 5-502.5) übergeleitet werden. Dies würde in der Gruppierung der entsprechenden Fälle bedeuten, dass diese Leistung in der MDC 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* – im Gegensatz zur *Hemihepatektomie links [Resektion der Segmente 2, 3, 4a und 4b]* (OPS 5-502.1) – nicht in der Basis-DRG H01 *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie [...]* abgebildet wird. Um zu gewährleisten, dass zukünftig eine Eingruppierung analog zu Codes erfolgt, die eine Teilleistung (Resektion der Lebersegmente 2, 3, 4a und 4b) des neuen Verfahrens beschreiben, wurde von der klassifikatorischen Überleitung des BfArM abgewichen. Im Ergebnis wurde der neue Code 5-502.9 auf den Code 5-502.1 *Hemihepatektomie links [Resektion der Segmente 2, 3, 4a und 4b]* übergeleitet und wird damit in der aG-DRG-Version 2025 in der Basis-DRG H01 der MDC 07 abgebildet.

Überleitung unter Anpassung des Gruppierungsalgorithmus

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

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

Für die aG-DRG-Version 2025 wird dies anhand von folgendem Beispiel erläutert:

Im OPS Version 2025 wurden die Codes für die *Offen chirurgische Arthrodesen: Zehengelenk: Kleinzehengelenk* (OPS 5-808.b2 bis .b6) differenziert in „Metatarsophalangealgelenk, Digitus II bis V“ und „Interphalangealgelenk, Digitus II bis V“. Analog zum OPS bis einschließlich zur Version 2024 ist auch die Anzahl der versorgten Gelenke kodierbar. In der aG-DRG-Version 2024/2025 sind die Codes für mindestens zwei Gelenke zum Beispiel in der Splitbedingung zur DRG I20E *Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritiden oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre* in Kombination mit bestimmten Eingriffen an der Großzehe gruppierungsrelevant. Ab 2025 sind Fälle, die sowohl einen Eingriff an einem Metatarso- als auch an einem Interphalangealgelenk Digitus II bis V haben, nicht mehr wie bisher mit einem Code für „zwei Gelenke“, sondern stattdessen mit zwei Codes für jeweils ein Gelenk zu verschlüsseln. Um eine

geänderte Gruppierung durch Änderung der Kodierung einer offen chirurgischen Arthro-
dese an den Kleinzehengelenken zu vermeiden, wurde nach der Überleitung die Defini-
tion der DRG I20E in der Weise angepasst, dass die Kombination der beiden Codes 5-
808.b9 *Offen chirurgische Arthro-
dese: Zehengelenk: Metatarsophalangealgelenk, Digi-
tus II bis V, 1 Gelenk* und 5-808.bd *Offen chirurgische Arthro-
dese: Zehengelenk: Inter-
phalangealgelenk, Digitus II bis V, 1 Gelenk* analog der Eingruppierung der Codes für die
offen chirurgische Arthro-
dese von mindestens zwei Kleinzehengelenken in der aG-DRG-
Version 2024/2025 in die DRG I20E führt. In der Basis-DRG I20 *Eingriffe am Fuß* wurde
durch die Anpassung sichergestellt, dass weiterhin eine Kongruenz zwischen Kalkulati-
ons- und Abrechnungsjahr besteht.

3.3.6.4 Nicht identische Codes ohne „Vorgängerkode“ (neue Codes)

Für neu in die ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen aufgenommene Codes, für die
keine Überleitungsempfehlung des BfArM vorlag, bestanden verschiedene Varianten der
Berücksichtigung im aG-DRG-System 2025:

- Die Codes werden nicht berücksichtigt
- Die Codes werden anhand ergänzender Informationen einzelnen DRGs zuge-
ordnet
- 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 Geltungsbe-
reich 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 ist der in den
OPS Version 2023 neu aufgenommene Codebereich für die *Multimodale Komplexbe-
handlung bei Patienten mit angeborener Stoffwechselerkrankung oder schwerer Mangel-
ernährung [Malnutrition]* (OPS 8-984.4). Die Codes aus diesem Bereich sind im aG-DRG-
System seit der Version 2023 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
2025 neue Code für die Kodierung einer *Porcines Influenza-Virus, nachgewiesen* (ICD
U69.22). Dieser neue Code wurde auf den Diagnosekode *Influenza A/H1N1 Pandemie
2009 [Schweinegrippe]* (ICD U69.20) übergeleitet und damit den Hauptdiagnosen der
MDC 18B *Infektiöse und parasitäre Krankheiten* zugeordnet.

Die Codes werden anhand ergänzender Informationen einzelnen DRGs zugeordnet

In den Jahren 2024 oder 2025 neu etablierte ICD- und OPS-Kodes sind in den regulären
Kalkulationsdaten, die dem InEK bei der Entwicklung des aG-DRG-Systems 2025

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 2025 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-Kodes 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 2025 tritt diese auch nicht auf. Für den Fall, dass die klassifikatorische Überleitung des BfArM dazu führen würde, dass beispielsweise eine operative Leistung nicht als OR-Prozedur gewertet wird, kann prinzipiell von der klassifikatorischen Überleitung abgewichen werden (siehe auch Absatz „Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung“).

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

3.3.7 Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien

Im Rahmen der diesjährigen Überarbeitung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) wurde eine weitere Konsolidierung im Sinne von Klarstellungen vorgenommen. Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen nach § 19 KHG werden entweder in den bereits bestehenden Kodierrichtlinien oder im Anhang C zitiert. Für die Version 2025 gilt dies für alle vom Schlichtungsausschuss getroffenen Entscheidungen, die bis zum 27. August 2024 veröffentlicht wurden. Eine Entscheidung des Schlichtungsausschusses zu einem Antrag gem. § 19 Abs. 3 KHG zum Thema „Kodierung patientenindividuell angefertigter Beckenteilersatz“ wird in Anhang C zitiert. Die Anträge, die einer Entscheidung des Schlichtungsausschusses zu einer konkreten Verfahrensnummer zugrunde liegen, stehen auf der [Internetseite des Schlichtungsausschusses](#) zur Verfügung. Weitere Informationen zum Schlichtungsausschuss enthält Kapitel 3.3.8.

Im Folgenden zwei Beispiele für Änderungen/Klarstellungen:

- DKR P003s: In dieser Kodierrichtlinie wurde teilweise noch der Begriff „EDV(-Version)“ für den vom BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) veröffentlichten aufbereiteten Auszug der allgemeinen Systematik des OPS verwendet. Um Missverständnisse zu vermeiden, wird zukünftig nur noch die auch beim BfArM gebräuchliche Bezeichnung „Metadaten“ benutzt.
- DKR 0103x: Der Absatz „Bakteriämie“ dieser Kodierrichtlinie erläutert die Kodierung einer Bakteriämie in Abgrenzung zu einer Sepsis. Für die Version 2025 wurde dieser Absatz gestrichen, da bezüglich der Abgrenzung einer Bakteriämie von einer Sepsis keine Probleme bekannt sind.

In Anhang B der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2025 sind ausführliche Informationen zu den durchgeführten Änderungen zusammengestellt.

3.3.8 Schlichtungsausschuss

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

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

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

Für die Deutschen Kodierrichtlinien Version 2025 gilt dies analog für alle vom Schlichtungsausschuss getroffenen Entscheidungen, die bis zum 27. August 2024 veröffentlicht wurden.

Im Jahr 2024 hat der Schlichtungsausschuss in insgesamt zwei Sitzungen zwei Anträge zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen zu den Themen Kodierung von patientenindividuell angefertigtem Beckenteilersatz sowie Kodierung einer Infektion (z.B. Erysipel) mit Bakteriämie beraten und entschieden. Alle vom Schlichtungsausschuss getroffenen Entscheidungen sowie die zugrunde liegenden Anträge werden auf der [Internetseite des Schlichtungsausschusses](#) veröffentlicht.

3.4 Statistische Kennzahlen

3.4.1 Analyse des Pauschalierungsgrades

Die Gesamtzahl der DRGs veränderte sich in den letzten drei Jahren (aG-DRG-Systeme 2023, 2024 und 2025) von 1.292 über 1.296 auf 1.295. Parallel dazu verläuft der Anstieg bewerteter DRGs von 1.235 über 1.239 auf 1.238.

Auf Basis der Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG wurde untersucht, in welcher Weise

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

Analyse der Anzahl getroffener DRGs in den Krankenhäusern

Eine Möglichkeit, den Pauschalierungsgrad zu analysieren, ist die Betrachtung der Anzahl getroffener DRGs je Krankenhaus. Dabei werden DRGs, die pro Krankenhaus nur genau ein Mal getroffen werden, ausgeblendet. Auf Basis der vollstationären Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG des Jahres 2023 zeigte sich, dass die Anzahl der Krankenhäuser, die während eines gesamten Jahres z.B. mehr als 400 verschiedene DRG-Fallpauschalen abrechnen, im Vergleich der aG-DRG-Systeme nur leicht angestiegen ist. Rund 61% der dem KHEntgG unterliegenden Krankenhäuser rechnen höchstens 400 verschiedene DRG-Fallpauschalen ab (siehe Abbildung 14).

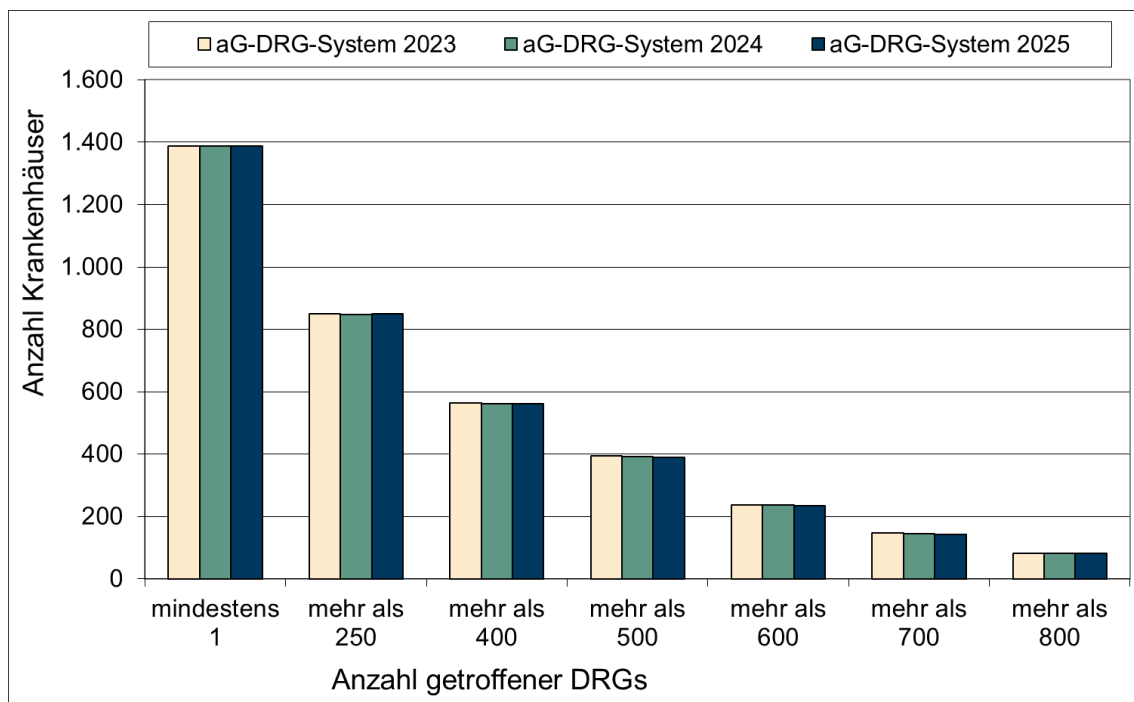


Abbildung 14: Anzahl getroffener DRGs pro Krankenhaus für die aG-DRG-Systeme 2023, 2024 und 2025, vollstationäre Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG, Datenjahr 2023

Analyse des Fallanteils in den am häufigsten getroffenen DRGs

Die Abbildung der 200 fallzahlstärksten DRGs in einer Sättigungskurve zeigt, dass das aG-DRG-System einen hohen Grad der Pauschalierung erreicht hat. Bereits die 200 fallzahlstärksten Fallpauschalen bilden rund 74% aller abrechenbaren vollstationären Fälle

ab. Der Grad der Pauschalierung ist im Vergleich der drei untersuchten aG-DRG-Systeme in etwa gleich (siehe Abbildung 15).

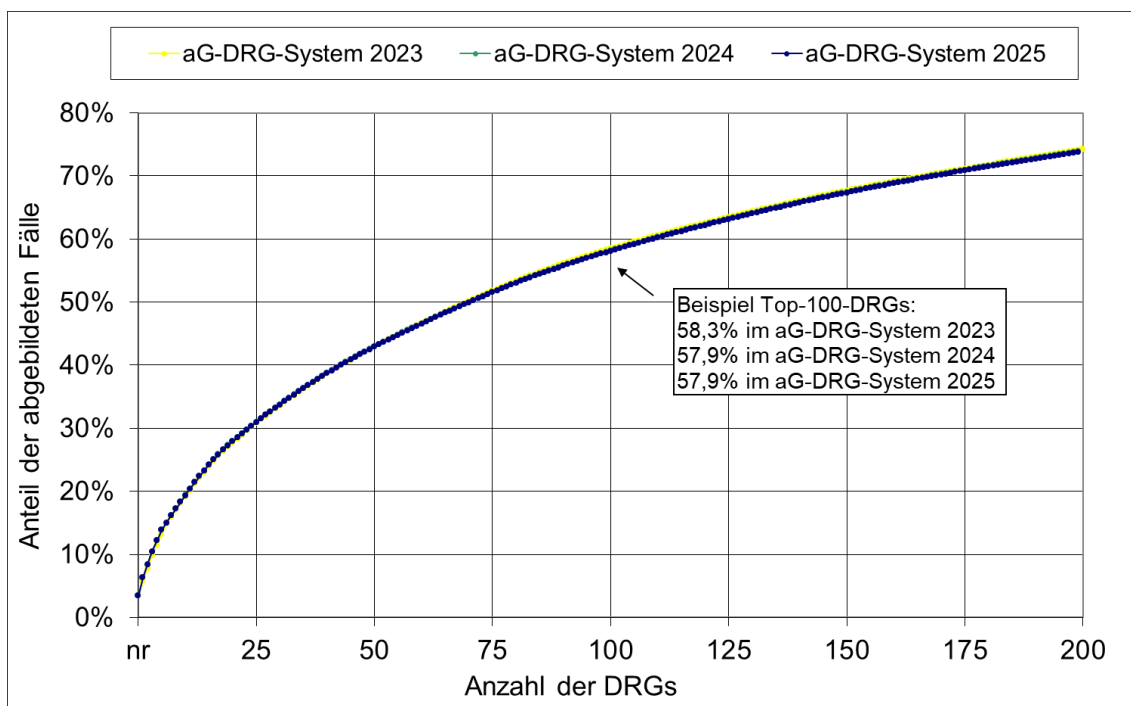


Abbildung 15: Anteil der vollstationären Fälle in den 200 fallzahlstärksten DRGs, aG-DRG-Systeme 2023, 2024 und 2025, vollstationäre Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG, Datenjahr 2023

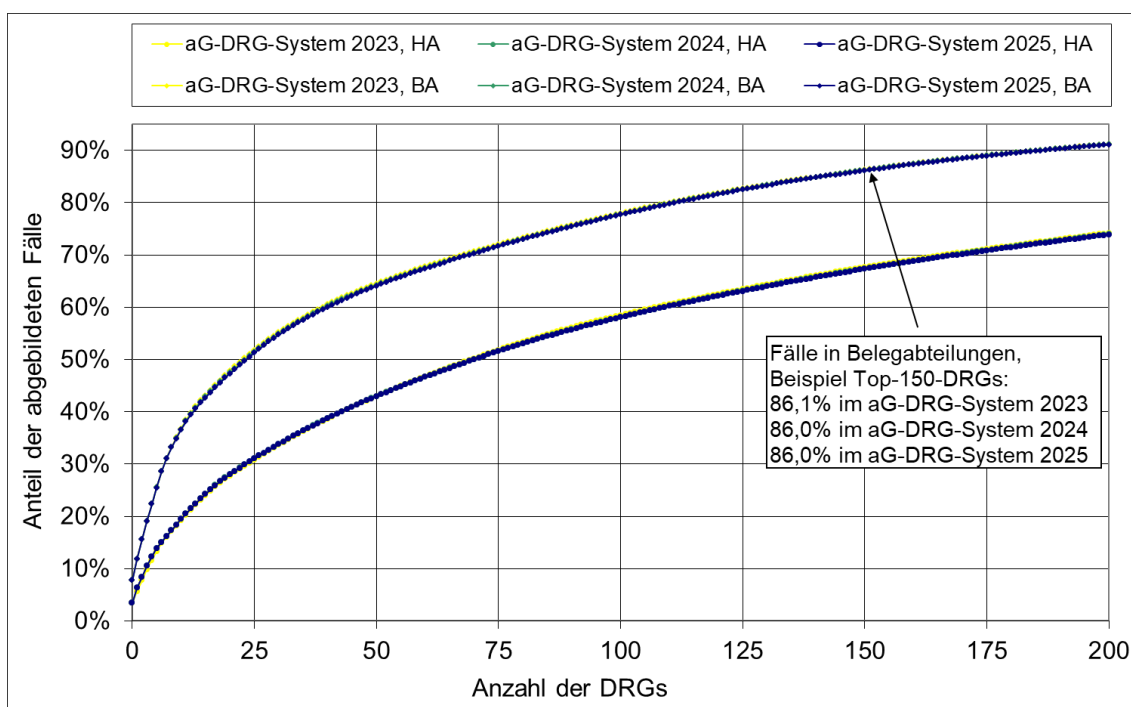


Abbildung 16: Anteil der Fälle in Haupt- und Belegabteilungen in den 200 fallzahlstärksten DRGs, aG-DRG-Systeme 2023, 2024 und 2025, Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG, Datenjahr 2023

In Abbildung 16 wurden die Fälle getrennt nach Versorgung durch Hauptabteilungen bzw. in belegärztlicher Versorgung analysiert. Der Pauschalierungsgrad ist bei belegärztlicher

Versorgung deutlicher ausgeprägt als bei Versorgung durch Hauptabteilungen. Mit den 100 fallzahlstärksten Fallpauschalen können bereits rund 78% aller abrechenbaren Fälle in belegärztlicher Versorgung abgebildet werden. Für einen identischen Abbildungsgrad bei Versorgung in Hauptabteilungen sind rund 230 DRGs erforderlich.

3.4.2 Statistische Güte der Klassifikation

Die Fähigkeit zur Bildung kostenhomogener Klassen stellt die Grundlage zur Einschätzung der Güte pauschalierender Entgeltsysteme dar. 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 des Datenjahres 2023 zugrunde. Diese wurden sowohl nach dem aG-DRG-System 2024 als auch nach dem aG-DRG-System 2025 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 des Fallpauschalen-Katalogs) blieben unberücksichtigt. Außerdem wurden die expliziten Ein-Belegungstag-DRGs der beiden aG-DRG-Systeme aus der Analyse ausgeschlossen, da deren Festlegung nicht ausschließlich aus Gründen der Kostenhomogenität erfolgte.

Entsprechend wurden 1.212 DRGs im aG-DRG-System 2024 bzw. 1.211 DRGs im aG-DRG-System 2025 für die Analyse verwendet.

Analyse der Varianzreduktion

Zur Bewertung des aG-DRG-Systems 2025 im Vergleich zum aG-DRG-System 2024 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 2023 – für alle Fälle und für Inlier – berechnet und einander gegenübergestellt (siehe Tabelle 23).

	aG-DRG-System 2024	aG-DRG-System 2025	Verbesserung (in %)
R^2 -Wert auf Basis aller Fälle	0,7448	0,7450	+0,03
R^2 -Wert auf Basis der Inlier	0,8262	0,8273	+0,13

Tabelle 23: Vergleich der Varianzreduktion R^2 im aG-DRG-System 2024 bzw. 2025, Datenjahr 2023

Bezogen auf alle Fälle konnte die Varianzreduktion um 0,03% verbessert werden. Für Inlier wurde ein R^2 -Wert von 0,8273 erreicht.

Neben der Betrachtung des gesamten aG-DRG-Systems kann die Varianzreduktion auch für jede einzelne MDC berechnet werden. In Abbildung 17 sind die R^2 -Werte je MDC auf

Basis der Inlier dargestellt. Die Sortierung der MDCs erfolgt absteigend nach dem R²-Wert für das aG-DRG-System 2025 (linke Skala). Der Index gibt das Verhältnis zwischen der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das aG-DRG-System 2025 und für das aG-DRG-System 2024 wieder. Eine Referenzlinie für den Indexwert 100 (rechte Skala) erleichtert den Vergleich.

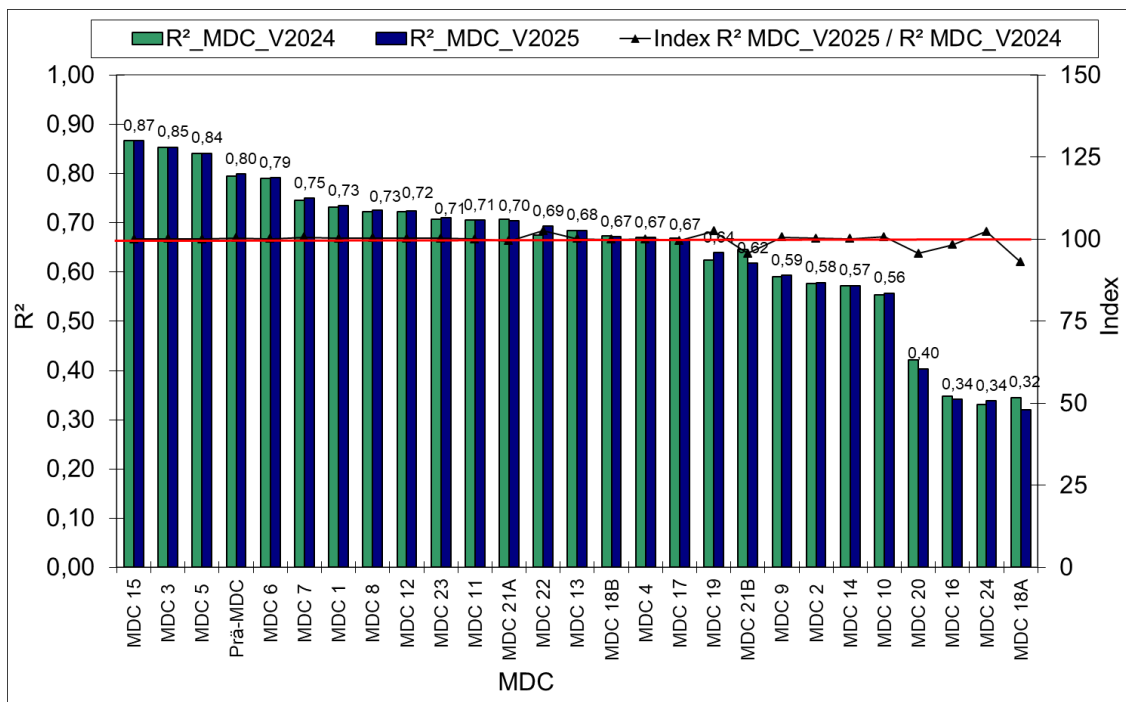


Abbildung 17: R²-Wert je MDC im aG-DRG-System 2024 und 2025, Sortierung nach R²-Wert für das aG-DRG-System 2025, Inlier, Datenjahr 2023

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 der aG-DRG-Systeme 2025 und 2024 zu verzeichnen.

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

- MDC 22 *Verbrennungen* (Index 102,6)
- MDC 19 *Psychische Krankheiten und Störungen* (Index 102,5)
- MDC 24 *Sonstige DRGs* (Index 102,3)
- MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* (Index 100,7)

Die Varianzreduktion in den MDCs, die in beiden Versionen des aG-DRG-Systems knapp die Hälfte der analysierten Fälle stellen (46,6%), hat sich wie folgt verändert:

- MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*: von 0,7326 auf 0,7348 (Index 100,3)
- MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*: von 0,8411 auf 0,8416 (Index 100,1)
- MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*: von 0,7900 auf 0,7911 (Index 100,1)

- MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe: von 0,7226 auf 0,7252 (Index 100,4)

Analyse der Kostenhomogenität

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

Teilt man die DRGs bezüglich des Kostenhomogenitätskoeffizienten in Klassen ein, so ergibt sich – auf Basis der Inlier (Datenjahr 2023) für die analysierten DRGs – folgende Situation (siehe Tabelle 24):

Homogenitätskoeffizient Kosten	aG-DRG-System 2024		aG-DRG-System 2025		Veränderung des Anteils
	Anzahl	Anteil (in %)	Anzahl	Anteil (in %)	Veränderung (in %)
unter 60%	18	1,5	19	1,6	+ 5,6
60% bis unter 65%	134	11,1	125	10,3	– 6,6
65% bis unter 70%	396	32,7	396	32,7	+ 0,1
70% bis unter 75%	403	33,3	405	33,4	+ 0,6
75% und mehr	261	21,5	266	22,0	+ 2,0
Gesamt	1.212		1.211		

Tabelle 24: Vergleich Homogenitätskoeffizient der Kosten im aG-DRG-System 2024 bzw. 2025, Inlier, Datenjahr 2023

In den beiden Klassen mit der höchsten Homogenität („70% bis unter 75%“ sowie „75% und mehr“), die knapp 60% der Inlier-Fälle repräsentieren, ist ein Anstieg der Anzahl betroffener DRGs von 0,6% bzw. 2,0% festzustellen.

Analyse des Konfidenzintervalls der Fallkosten

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

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

Die analysierten DRGs wurden in Klassen eingeteilt, die den beschriebenen Anteil widerspiegeln. Abbildung 18 zeigt den Fallanteil in den verschiedenen Klassen für die aG-DRG-Systeme 2024 und 2025.

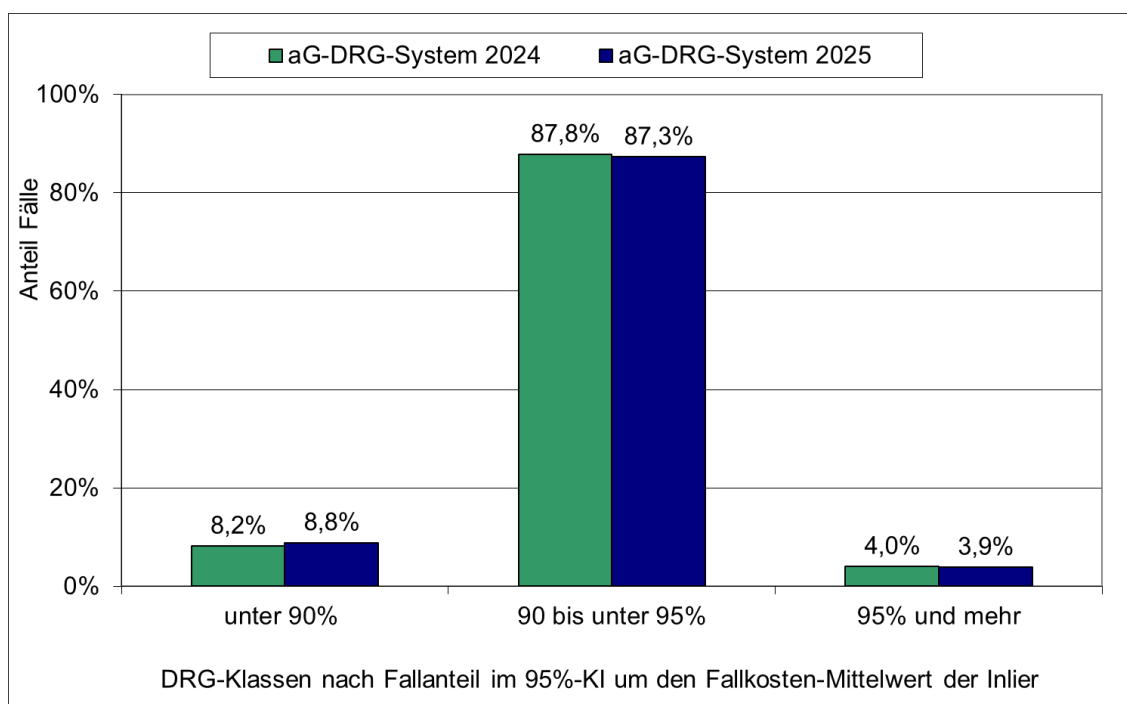


Abbildung 18: Vergleich der DRG-Klassen im 95%-Konfidenzintervall um den Fallkosten-Mittelwert der Inlier im aG-DRG-System 2024 und 2025 bezüglich Fallanteil, Datenjahr 2023

Der Vergleich des aG-DRG-Systems 2025 mit dem aG-DRG-System 2024 zeigt eine recht ähnliche Klasseneinteilung. Die Resultate unterstreichen insgesamt die Kostenhomogenität des aG-DRG-Systems 2025.

3.4.3 Analyse der Verweildauer – Prüfung auf Repräsentativität

Verweildauervergleich Datenjahre 2021–2023

Vor der Analyse auf Repräsentativität der Verweildauer wurde die Verweildauer in den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG untersucht. Als Analysebasis dienten die aus den drei Datenjahren 2021, 2022 und 2023 jeweils gemäß aG-DRG-Version 2023 gruppierten Fälle in Hauptabteilungen ohne Fälle in nicht bewerteten DRGs (Anlage 3a DRG-Fallpauschalen-Katalog 2023). Der Analyse lagen rund 15,9 Mio. bzw. 15,9 Mio. bzw. 16,3 Mio. Fälle zugrunde.

Im Durchschnitt ergab sich in den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG ein Gleichstand zwischen den Datenjahren 2021 und 2022 sowie ein Verweildauerrückgang von 0,5% vom Datenjahr 2022 zum Datenjahr 2023 (siehe Tabelle 25).

Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG Hauptabteilung	Verweildauer- Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)
Datenjahr 2021	5,88		
Datenjahr 2022	5,88	± 0,00	± 0,0
Datenjahr 2023	5,85	– 0,03	– 0,5

Tabelle 25: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG, Hauptabteilung, Datenjahre 2021 bis 2023, gruppiert nach aG-DRG-Version 2023

Betrachtet man nur die Datenjahre 2022 und 2023, ergibt sich bei den 20 häufigsten DRGs, die 27,3% der Fälle in den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG des Jahres 2023 repräsentieren, ein Anstieg des Verweildauer-Mittelwerts von 0,07 Tagen bzw. 1,6%.

Das Ergebnis einer Analyse getrennt nach Fällen in Hauptabteilungen bzw. in belegärztlicher Versorgung und eingeschränkt auf nur solche DRGs mit mindestens 20 Fällen in beiden Abteilungsarten ist in Tabelle 26 dargestellt.

Nach dieser DRG-Filterung ist ein Verweildauerrückgang vom Datenjahr 2022 zum Datenjahr 2023 von 1,7% für Fälle in Hauptabteilungen bzw. 0,6% für Fälle in belegärztlicher Versorgung zu verzeichnen.

Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG	VWD Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)	VWD Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)
	Hauptabteilung			Belegabteilung		
Datenjahr 2021	4,60			3,28		
Datenjahr 2022	4,60	± 0,00	± 0,0	3,27	– 0,01	– 0,3
Datenjahr 2023	4,52	– 0,08	– 1,7	3,25	– 0,02	– 0,6

Tabelle 26: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG, Datenjahre 2021 bis 2023, DRGs mit mindestens 20 Fällen in Haupt- und Belegabteilung

Im Vergleich zur Gesamtbetrachtung (siehe Tabelle 25) beträgt der Mittelwert der Verweildauer für das aktuell vorliegende Datenjahr 2023 für Fälle in Hauptabteilungen nun statt 5,85 nur noch 4,52 Tage. Der Verweildauerrückgang vom Datenjahr 2022 zum Datenjahr 2023 ist mit 1,7% im Vergleich zu 0,5% etwas stärker.

Im Folgenden wird die Entwicklung des Anteils der vollstationären Fälle mit einer Verweildauer von einem Belegungstag an allen vollstationären Fällen (siehe Abbildung 19) betrachtet. Insgesamt – und auch getrennt nach Haupt- und Belegabteilung – ist ein leichter Anstieg des Anteils der Ein-Belegungstag-Fälle im Datenjahr 2023 im Vergleich zum Datenjahr 2022 festzustellen.

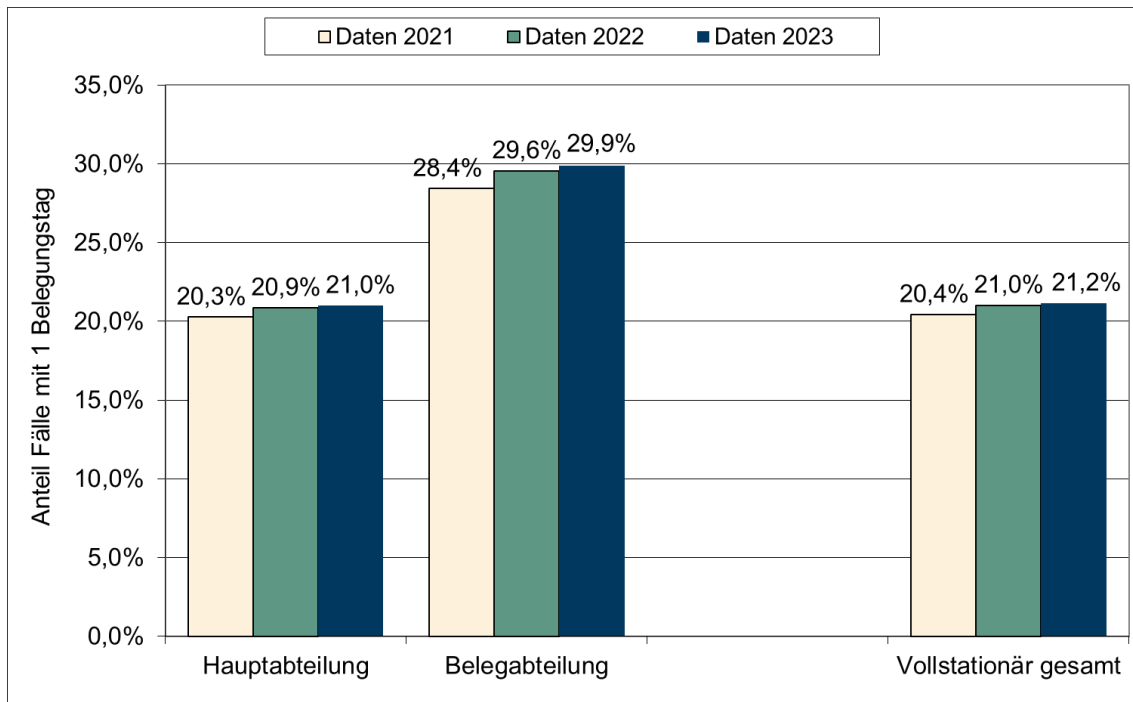


Abbildung 19: Entwicklung des Anteils der Ein-Belegungstag-Fälle an allen vollstationären Fällen, Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG, Datenjahre 2021 bis 2023

Prüfung auf Repräsentativität

Zur Überprüfung der Repräsentativität der Daten der Kalkulationskrankenhäuser wurden diese Daten mit den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG verglichen. In beiden Datengesamtheiten wurden die durch die Grenzverweildauern des aG-DRG-Systems 2025 definierten Inlier in Hauptabteilungen betrachtet. Dabei wurden aufnahme- und/oder entlassverlegte Fälle entsprechend der DRG-Zuordnung (siehe Kapitel 3.3.1.5) berücksichtigt.

Für die Daten der Kalkulationskrankenhäuser wurde durch die differenzierten Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen (siehe Kapitel 3.3.1.1) und dazugehörige Einzelnachfragen ein hoher Detaillierungsgrad der Plausibilisierung erreicht. Für die rund 20,0 Mio. Datensätze gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG wurden medizinische Plausibilitätsprüfungen durchgeführt (siehe dazu auch Kapitel 2.1 und 2.2).

Unter der Zielvorgabe einer möglichst großen Kostenhomogenität der aG-DRG-Klassifikation müsste die Überprüfung der Repräsentativität in beiden Datengesamtheiten mit Hilfe von Kostendaten durchgeführt werden. Wegen fehlender Kostenangaben in den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG wurde für die Analyse hilfsweise die Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer zugrunde gelegt.

Überblick über das analytische Vorgehen

- Eine Analyse der Differenz der Verweildauer-Mittelwerte zeigt auf, ob strukturelle Unterschiede zwischen den Verweildauern der Stichprobe (Daten der Kalkulationskrankenhäuser) und der Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG) vorliegen.
- Die Analyse des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer fokussiert auf das Streuungsverhalten und bietet damit eine weitere Möglichkeit zur Analyse der Verweildauerverteilung.

Nicht einbezogen in die Analyse der Verweildauer wurden folgende DRGs:

- 24 Ein-Belegungstag-DRGs
- 15 rein teilstationäre DRGs
- 62 DRGs mit weniger als 30 Fällen

Diese Einschränkungen schlossen insgesamt 101 DRGs aus der Analyse aus. Der Analyse lagen somit 1.194 DRGs zugrunde.

Analyse der Differenz der Verweildauer-Mittelwerte

Die Differenz der Verweildauer-Mittelwerte (Daten der Kalkulationskrankenhäuser – Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG) fällt für die meisten DRGs nur sehr gering aus (siehe Abbildung 20): Für 957 der 1.194 analysierten DRGs (80%) ist diese geringer als $\pm 0,5$ Tage, 1.124 DRGs (94%) unterscheiden sich um höchstens ± 1 Tag und für 1.167 DRGs (98%) beträgt diese gerundet höchstens ± 2 Tage.

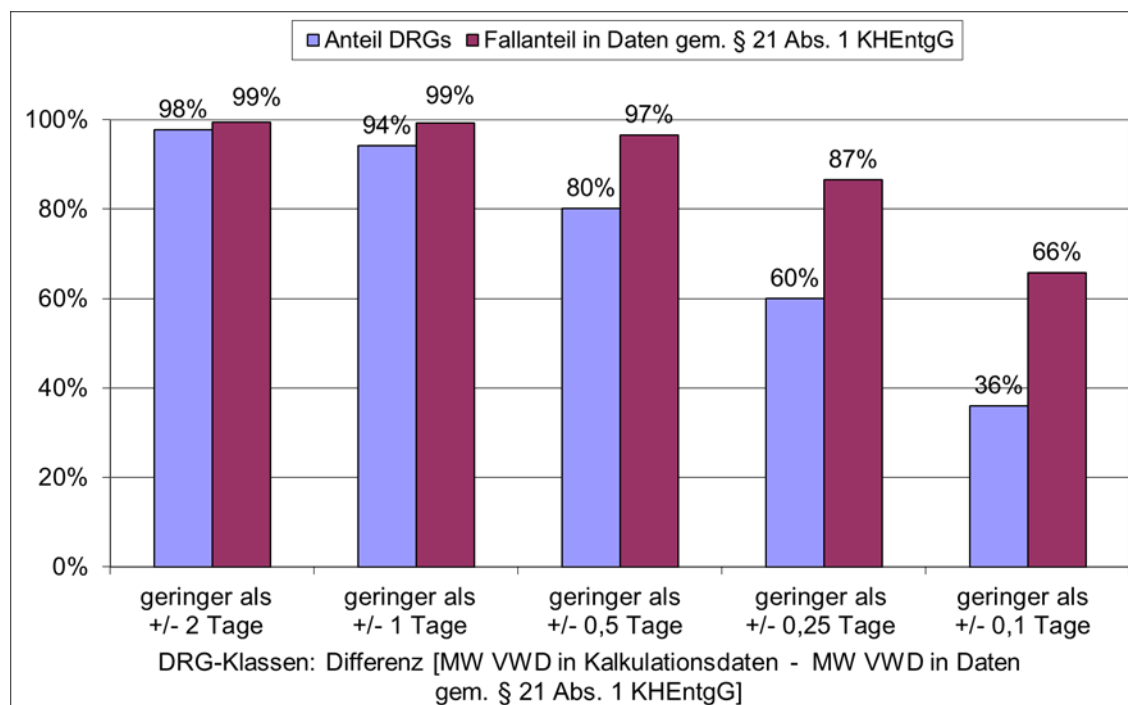


Abbildung 20: Häufigkeitsverteilung Differenzen der Verweildauer-Mittelwerte (Daten der Kalkulationskrankenhäuser – Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG), getrennt nach DRG- und Fallanteil, Inlier, Datenjahr 2023

Im Hinblick auf die Fallanteile in den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG wird in der Analyse deutlich, dass 87% aller analysierten Fälle in DRGs liegen, deren Verweildauer-Mittelwerte sich um höchstens 0,25 Tage unterscheiden. Bei einer Abweichung von höchstens $\pm 0,5$ Tagen sind dies 97% aller analysierten Fälle.

Analyse des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer

Ein weiterer Vergleich der Verweildauerverteilungen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG ist durch die Analyse des Streuverhaltens 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 21 dargestellte empirische

Häufigkeitsverteilung der Homogenitätsklassen. Die Häufigkeitsverteilungen der Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und der Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG unterscheiden sich nur geringfügig.

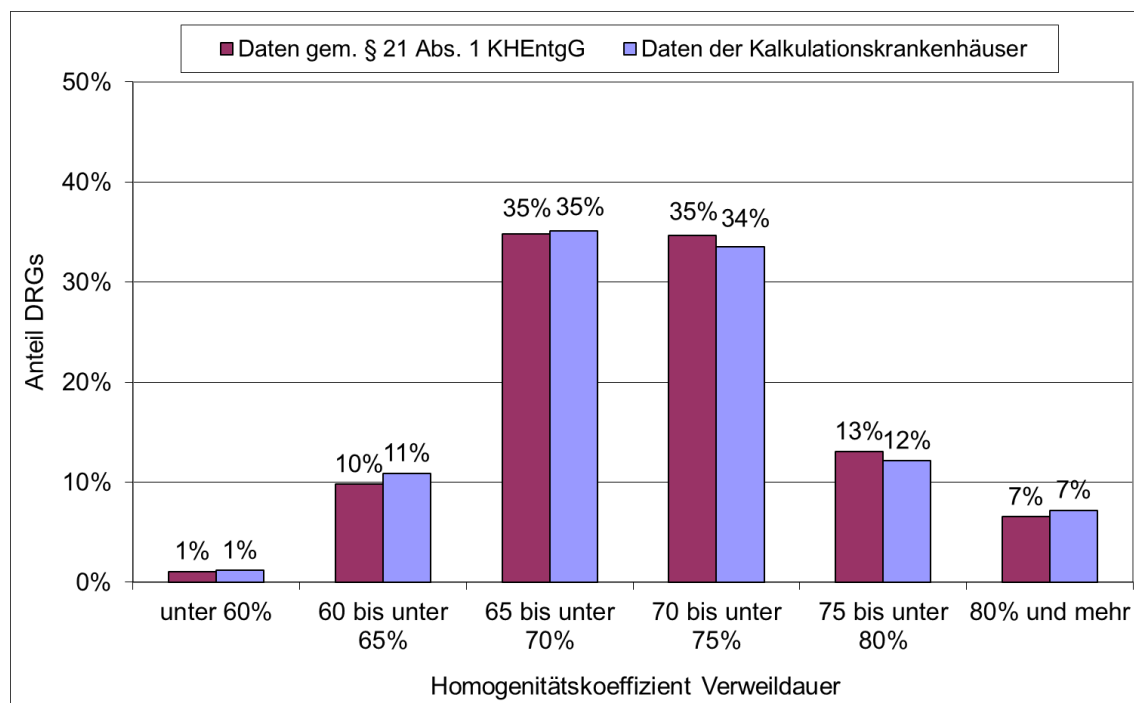


Abbildung 21: Häufigkeitsverteilung der Verweildauer-Homogenitätskoeffizientenklassen, Daten der Kalkulationskrankenhäuser und Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG, Inlier, Datenjahr 2023

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

Für 1.172 von 1.194 DRGs (98%) liegt der Index zwischen 95 und 105, d.h. die relative Abweichung zwischen den Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und der Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG beträgt höchstens $\pm 5\%$. Eine Abweichung von höchstens $\pm 2,5\%$ liegt bei 1.095 DRGs (92% von 1.194 DRGs) vor.

Insgesamt betrachtet kann also eine hohe Übereinstimmung der Homogenitätskoeffizienten der Verweildauern festgestellt werden.

Fazit

1. Die Analyse der Verweildauer, die hilfsweise als Parameter für die Repräsentativitätsprüfung der Kostenhomogenität herangezogen wurde, ergab für den überwiegenden Teil der analysierten 1.194 DRGs eine vernachlässigbare Differenz zwischen den Mittelwerten der Verweildauern in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG.
2. Die Analyse des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer, der stärker auf die Streuung und damit auf die Homogenität der Verteilungen fokussiert, zeigt keine Auffälligkeit zwischen den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG.
3. Die Homogenitätskoeffizienten der Verweildauern zeigen unter Berücksichtigung der Abweichung des Verweildauer-Mittelwerts, dass

- a) die Plausibilitätsprüfungen keine sogenannte „Pseudo-Homogenität“ in den der Weiterentwicklung der aG-DRG-Klassifikation zugrunde liegenden Daten erzeugt haben und
- b) die für die Bewertung der Weiterentwicklung der aG-DRG-Klassifikation zugrunde gelegten Streuungsmaße eine mindestens zulässige Entscheidungsgrundlage für die Abbildung der Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG sein konnten.

Das auf Basis der Daten der Kalkulationskrankenhäuser weiterentwickelte aG-DRG-System 2025 bildet somit die Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG im Hinblick auf die Kosten- und Verweildauerhomogenität gut ab.

4 Perspektiven der Weiterentwicklung

Der Erkenntnisgewinn im Sinne eines lernenden Systems wird konstruktiv für die Weiterentwicklung eingesetzt – bereits jetzt bekannte Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems werden im Folgenden kurz angesprochen.

Corona-Pandemie – Hybrid-DRGs

Die Folgen der Corona-Pandemie zeigten weiterhin Auswirkungen auf die Leistungs- und Kostendaten des Datenjahres 2023. Die im Vergleich zum Datenjahr 2019 geringere Anzahl an Behandlungsfällen konnte bis zum Datenjahr 2023 nicht aufgeholt werden. Bei gleichzeitig einsetzender Fallzahlreduktion durch Einführung der Hybrid-DRGs im Jahr 2024 muss davon ausgegangen werden, dass sich die im Datenjahr 2023 beobachtbaren Nachwirkungen der Corona-Pandemie in den folgenden Datenjahren verfestigen werden.

Datenerhebung/Plausibilitätsprüfungen

Für das Jahr 2025 ergeben sich geänderte Vorschriften für die Ausgliederung von Pflegepersonalkosten in Bezug auf das Pflegeerlös-Budget. Die Anpassungen im Pflegeerlös-Budget erfordern von den Kalkulationsteilnehmern nochmals eine Umgliederung von Personalkosten im Datenjahr 2024, da die Neuregelungen erst in den Kalkulationsdaten der übernächsten Kalkulationsrunde im Jahr 2026 in den tatsächlichen Personalkostenbuchungen enthalten sein werden. Mit Inkrafttreten der „Verordnung über die Grundsätze der Personalbedarfsmessung in der stationären Krankenpflege (Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV)“ (BGBl. I, Nr. 188 vom 14.6.2024) zum 1. Juli 2024 steht bei der Verrechnung der Pflegepersonalkosten im Rahmen der Kostenträgerrechnung ein Übergangsjahr bevor, da die Leistungen in den ersten Monaten des Datenjahres 2024 nach den zu diesem Zeitpunkt gültigen Regelungen dokumentiert wurden und in den Monaten nach Inkrafttreten der PPBV nach den Regelungen der sog. PPR 2.0. Die Unterschiede in der Dokumentation führen tendenziell dazu, dass identisch dokumentierte Fälle in der PPR 2.0 einen höheren Minutenwert zugewiesen bekommen. Bei Betrachtung des Gesamtzeitraums kommt dann ein „Misch-Kostensatz“ je PPR-Minute zustande. Mit dem Datenjahr 2025 liegen dann ausschließlich nach der PPBV dokumentierte Minutenwerte der PPR 2.0 vor.

Am 23. September 2022 wurden zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation 30 Krankenhäuser zur Kostendatenlieferung verpflichtet; diese Krankenhäuser müssen im Jahr 2025 fallbezogene Kostendatensätze übermitteln und somit einen aktiven Beitrag zur Erweiterung der Kalkulationsbasis leisten. Die 50 Krankenhäuser, die am 22. September 2023 zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation verpflichtet wurden, müssen im kommenden Jahr erstmals fallbezogene Kostendatensätze übermitteln. Damit stehen im kommenden Jahr (bei unterstellter unveränderter freiwilliger Teilnahme an der Kostendatenerhebung) deutlich mehr Kalkulationsdatensätze für die Weiterentwicklung des G-DRG-Entgeltsystems zur Verfügung.

Anhang

Übersicht

Tabelle A-1:

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

Tabelle A-2:

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

Tabelle A-3:

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

Tabelle A-4-1:

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

Tabelle A-4-2:

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

Tabelle A-4-3:

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

Tabelle A-5:

Gegenüberstellung der DRGs je MDC (siehe Kapitel 3.4.2)

Tabelle A-1:

326 DRGs, bei denen für die Berechnung der zusätzlichen Entgelte bei Überschreitung der OGV die modifizierte Form der analytischen Ableitung oder der Median der Tageskosten der Langlieger herangezogen wurde

DRG	DRG-Text
801A	Ausgedehnte OR-Proz. oh. Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter kompl. Konst. oder Strahlenth. oder endovaskulärer Impl. von Stent-Proth. an der Aorta oder intensivmediz. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandsp. od. Alter < 18 J. mit kompl. Faktoren
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation
A01B	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtranspl. mit Beatmung > 59 und < 180 Std. od. mit Transplantatabstoßung od. mit komb. Nierentranspl. od. m. kombinierter Pankreastranspl. od. Alter < 6 J. oder od. m. intensivm. Komplexbeh. > 980 / 828 / - P.
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne komb. Nierentranspl., ohne kombinierte Pankreastranspl., Alter > 5 Jahre, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 980 / 828 / - P.
A02Z	Transplantation von Niere und Pankreas
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden
A04B	Knochenmarktranspl. / Stammzelltransf., allogene, außer bei Plasmozytom oder mit Graft-versus-Host-Krankheit Grad III und IV, mit Gabe best. Stammzellen od. Alt. < 18 J., mit best. Entnahme od. Stammzellboost od. intensivmed. Komplexbeh. > 2058 / - / - P.
A04C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, < 18 J. od. GVHD Grad III/IV od. auß. b. Plasmozytom, mit Gabe best. Stammz. od. GVHD III/IV od. HLA-versch., mit best. Entn. od. SZ-Boost od. m. intensivm. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / 2760 P.
A04D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit Graft-versus-Host-Krankheit Grad III und IV oder außer bei Plasmozytom, HLA-verschieden oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
A04E	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom
A05Z	Herztransplantation

DRG	DRG-Text
A06A	Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / 7360 Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / 7360 Aufwandspunkte
A06C	Beatmung > 1799 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte
A07A	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und int. Komplexbeh. > 3920 / 3680 / 3680 P. oder mit hochkompl. oder dreizeitigem Eingr.
A07B	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 P., mit komplexer OR-Prozedur und ECMO ab 384 Stunden oder mit Polytrauma oder Alter < 18 J. oder intensivmed. Komplexbeh. > - / 3220 / - P.
A07C	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 4900 / 4600 / 4600 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, ohne ECMO ab 384 Stunden, ohne Polytrauma, Alter > 17 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2760 Punkte
A09A	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit IntK > 2352 / 1932 / 2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre, mit IntK > 1764 / 1932 / - Punkten oder mit sehr komplexem Eingriff und IntK > - / 2208 / - Punkten
A09B	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 Punkte, mit angeb. Fehlbild. oder Tumorerkr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / - P., Alter < 16 J.
A09C	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 P., mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 P. oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre
A11A	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 Aufwandsp.
A11B	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit hochkomplexem Eingriff oder best. Eingriff und best. intensivmed. Komplexbeh. oder Alter < 2 Jahre bei angeborener Fehlbildung

DRG	DRG-Text
A11C	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmed. Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre oder komplizierende Konstellation
A11D	Beatmung > 249 h oder > 95 h mit IntK > 1764 / 1656 / 1656 P. mit best. OR-Prozeduren u. kompliz. Konstell. oder EHEC oder generalisierte Mukositis ohne IntK > 1764 / 1656 / 1932 P. oder mit kompl. Diagnose u. Alter < 3 J. oder IntK > 980 / 1104 / - P.
A13A	Beatmung > 95 Std. mit hochkompl. Eingriff oder mit int. Komplexbeh. > 1176 / 1380 / - P. oder mit kompl. OR-Prozedur oder bei Lymphom und Leukämie und int. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 P. oder mit kompliz. Konst. u. best. OR-Proz., Alter < 16 Jahre
A13B	Beatmung > 95 Stunden mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., Alter < 16 Jahre od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte und kompliz. Konst.
A13C	Beatmung > 95 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Konstellation od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / - / 1104 Punkte od. Alter < 16 J., außer bei Lymphom und Leukämie, ohne kompliz. Konstellation
A15B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter < 18 Jahre oder bestimmte Entnahme oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte
A15C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte Entnahme oder bei Plasmozytom, mit bestimmter Entnahme oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte
A15D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom, ohne bestimmte Entnahme
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre oder AB0-inkompatible Transplantation oder schwerste CC
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre oder ohne AB0-inkompatible Transplantation, ohne schwerste CC
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion
A36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 1104 / 1656 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 P. bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen

DRG	DRG-Text
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
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

DRG	DRG-Text
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
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

DRG	DRG-Text
B17C	Eingr. an periph. Nerven, Hirnnerven und and. Teilen des Nervensys. oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystr. od. Neurop., mit best. kompl. Eingr., Alt. < 16 J. oder mit mäßig kompl. Eingr., Alt. < 19 J. oder mit schw. CC od. Impl. Ereignis-Rekorder
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 18 Jahre oder mit komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre oder mit bestimmter intrakranieller Blutung
B20B	Kraniotomie oder große WS-Operation mit kompl. Prozedur, mit kompliz. Faktoren, Alter > 15 Jahre, ohne best. intrakran. Blutung oder Alter < 1 J. mit interv. oder großem intrakran. oder best. Eingriff oder mit kompl. Diagnose od. bei bösart. Neubildung
B20C	Kraniotomie oder große WS-Operation, Alter < 3 Jahre oder interventioneller Eingriff oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff oder mit kompl. Diagnose oder best. Eingriff, Alter < 16 J. od. bei bösartiger Neubildung, Alter > 0 Jahre
B20D	Kraniotomie oder große WS-OP mit komplexer Prozedur oder ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff oder mit bestimmter Prozedur oder bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff, ohne bestimmte Prozedur, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1380 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

DRG	DRG-Text
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, Alter < 16 Jahre oder bestimmte Enzephalitis mit Intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 0 / 0 / 184 Aufwandspunkte
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, ohne komplexe Diagnose
C01A	Komplexer Eingriff bei penetrierenden Augenverletzungen oder bestimmte Orbitotomie
C02Z	Enukleationen und Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder Amnionmembrantransplantation oder komplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Pars-plana-Vitrektomie oder Alter < 16 Jahre
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne Pars-plana-Vitrektomie, Alter > 15 Jahre
C10B	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, mit komplexem Eingriff oder Alter < 6 Jahre
C16Z	Aufwendige Eingriffe am Auge, Alter < 6 Jahre
C20A	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter < 16 Jahre oder mit bestimmter Transplantation am Auge 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

DRG	DRG-Text
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D03A	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf mit Hartgaumenplastik oder bestimmte Knochentransplantation an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen oder Alter < 2 Jahre
D04A	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen, mit komplexem Eingriff
D04B	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen, ohne komplexen Eingriff
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
D20A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
D20B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder mit Eingriff an den oberen Atemwegen mit äußerst schweren CC oder Strahlentherapie mit operativem Eingriff
D25C	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei BNB oder mit Eingriff an den oberen Atemwegen, ohne Laryngektomie, ohne Exzision von Tumorgewebe, ohne äußerst schwere CC
D28Z	Andere Eingriffe an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen oder totale Auflagerungsplastik der Maxilla
D33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
D35Z	Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen bei bösartiger Neubildung

DRG	DRG-Text
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC
E08A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingriff od. Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen od. mindestens 10 Bestrahlungen od. zerebrale, stereotaktische Bestrahlung
E08D	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingr. oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 10 Bestrahlungen, ohne zerebrale, stereotaktische Bestrahlung
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder bestimmte Lungenembolie oder komplexe respiratorische Insuffizienz, Alter < 16 Jahre
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC
E64B	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit IntK > 0 / 0 / - Aufwandspunkten, ohne IntK > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkten, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
E75A	Anderer Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit bestimmter komplizierender Konstellation
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

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

DRG	DRG-Text
F07C	Andere Eingr. mit HLM, Alter > 0 J., IntK < - / 369/- P. oder Alter > 17 J. od. ohne Reop. od. ohne and. kompliz. Konst., ohne and. kompl. Eingriffe od. ohne Reop. an Herz od. Perikard od. ohne best. and. kompliz. Konst. od. ohne best. Aortklers.
F09A	Andere kardiothorakale Eingriffe, Alter < 16 Jahre, mit komplizierender Konstellation oder Exzision am Vorhof
F18A	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder mit aufwendiger Sondenentfernung
F30Z	Operation bei komplexem angeborenen Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen d. Kreislaufsystem. m. kompliz. Fakt., > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. m. best. OR-Proz., ohne aufwend. Eingr. od. > - / 552 / 552 P. m. best. Aortenstent od. minimalinv. Eingr. an mehrer. Herzkkl.
F36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > - / 552 / 552 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne bestimmten Aortenstent oder bestimmter mehrzeitiger komplexer Eingriff
F42Z	Operation b. kompl. angeb. Herzfehler, Hybridchirurgie, best. Herzklappeneingriffe od. and. Eingriffe m. Herz-Lungen-Maschine m. invas. kardiolog. Diagnostik bei Kindern od. best. rekonstruktive Gefäßeingriffe oh. Herz-Lungen-Maschine m. kompl. Eingriff
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder best. Impl. herzunterst. System
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC

DRG	DRG-Text
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC
G01Z	Eviszeration des kleinen Beckens
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplexer Prozedur mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandsp.
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, mit äußerst schweren CC
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, ohne äußerst schwere CC
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 bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane > 1470 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1104 und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte oder mit endoösophagealer Vakuumtherapie, mit aufwendigem Eingriff
G36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte oder mit endoösophagealer Vakuumtherapie, ohne aufwendigen Eingriff
G36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / - Aufwandspunkte und < 1177 / 1105 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane

DRG	DRG-Text
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, mit bestimmter endoskopischer Maßnahme am Dickdarm, ein Belegungstag
G70A	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 18 Jahre oder mit komplexer Diagnose
G72A	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter < 3 Jahre
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 J., mit kompl. Eingriff oder intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P.
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 J., ohne kompl. Eingriff, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P.
H09A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit bestimmtem Eingriff mit äußerst schweren CC oder aufwendiger Eingriff am Dünndarm mit bestimmten komplizierenden Faktoren
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
H16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
H16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 828 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 und < 981 / 829 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas

DRG	DRG-Text
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, Alter < 18 Jahre oder mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit Pfortaderthrombose
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung oder Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre oder Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 10 Jahre
H78Z	Bestimmte komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I02A	Großflächige Gewebe- / Hauttransplantation außer an der Hand, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit schwerem Weichteilschaden, mit äußerst schweren CC und komplexer OR-Prozedur
I06B	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals mit sehr komplexem Eingriff bei schwerer entzündlicher Erkrankung oder bestimmte bösartige Neubildung am Knochen oder Alter < 19 Jahre
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula, Alter < 16 Jahre
I26A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 785 / 829 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I26B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe oder bestimmte hochaufwendige Implantate
I27A	Eingriffe am Weichteilgew. od. kleinfl. Gewebe-Tx m. best. Diagn. u. best. Eingr. od. m. äuß. schw. CC od. b. BNB m. schw. CC, m. best. Diagn. u. kompl. Eingr. od. Nephrekt. od. best. BNB m. best. Eingr. Abdomen od. Thorax od. Tx e. Zehe als Fingerersatz
I28A	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit bestimmter offen chirurgischer Stabilisierung der Thoraxwand oder bestimmtem Eingriff am Zwerchfell oder Alter < 18 Jahre bei bösartiger Neubildung
I32A	Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Eingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwendigem rekonstruktivem Eingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochentx. bei Pseudarthrose der Hand

DRG	DRG-Text
I32B	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff oder bei angeborener Anomalie der Hand oder Pseudarthrose, Alter < 6 Jahre oder bei schweren Weichteilschäden oder mit komplexen Eingriffen bei angeborener Fehlbildung der Hand, Alter < 16 Jahre
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 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, Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I95A	Implantation einer Tumorendoprothese mit Implantation oder Wechsel einer bestimmten Endoprothese oder Knochentotalersatz am Femur oder resezierende Eingriffe am Becken bei bösartiger Neubildung oder Alter < 18 Jahre
I95B	Implantation einer Tumorendoprothese ohne Implantation oder Wechsel einer bestimmten Endoprothese, ohne Knochentotalersatz am Femur, ohne resezierende Eingriffe am Becken bei bösartiger Neubildung, 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 oder bestimmte zweizeitige Eingriffe an der Hypophyse
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte zweizeitige Eingriffe an der Hypophyse
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Radiojodtherapie
K15C	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmter nuklearmedizinischer Therapie
K15D	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmte nuklearmedizinische Therapie
K15E	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen
K60B	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre und multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K64A	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
K64B	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
L03Z	Bestimmte Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder bestimmter Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm
L12A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
L12B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 9 Tagen
L17A	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, mit bestimmten Eingriffen an der Urethra oder Alter < 16 Jahre
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre ohne schwere CC
L69A	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder hämolytisch-urämisches Syndrom
M03A	Komplexe Eingriffe am Penis, Alter < 6 Jahre oder aufwendige plastische Rekonstruktion des Penis, Alter < 18 Jahre oder totale Amputation des Penis oder partielle Amputation des Penis mit bestimmter Lymphadenektomie
M03B	Mäßig komplexe Eingriffe am Penis, Alter < 18 Jahre, ohne aufwendige plastische Rekonstruktion des Penis, ohne totale Amputation des Penis, ohne partielle Amputation des Penis mit bestimmter Lymphadenektomie
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

DRG	DRG-Text
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
O01A	Sekundäre Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation 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 oder Maßnahmen bei postpart. Blutung, bis 19 vollendete SSW oder mit komplizierender Prozedur oder schwere oder mäßig schwere kompliz. Diagnose bis 33 vollendete SSW
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe mit Beatmung > 480 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen mit Beatmung > 899 Stunden

DRG	DRG-Text
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 180 und < 481 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen, Beatmung > 180 und < 900 Stunden oder Eingriff bei univentrikulärem Herzen, Beatmung < 481 Stunden
P02C	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Eingriff bei univentrikulärem Herzen oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen, ohne Beatmung > 180 Stunden
P03A	Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g, mehrere schwere Probleme mit signifikanter OR-Prozedur oder mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit Beatmung > 479 Stunden oder mehrere schwere Probleme ohne signifikante OR-Prozedur mit Beatmung > 599 Stunden
P03B	Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beat. > 120 Std., oh. Beat. > 599 Std. oder oh. mehrere schwere Probleme, oh. Beat. > 479 Std. oder oh. mehrere schwere Probleme oder oh. sig. OR-Prozedur oder oh. mehrzeitige komplexe OR-Prozedur
P04A	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g, mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Prozedur oder mehrz. kompl. OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Std. oder mehrere schwere Probleme mit Beatmung > 320 Std. oder temporärer Verschluss eines Bauchwanddefektes
P04B	Aufnahmegew. 1500 - 1999 g, sig. OR-Proz. od. Beat. > 120 Std., oh. meh. schw. Probl. od. oh. Beat. > 320 Std., oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. oh. Beat. > 240 Std., oh. sig. OR-Proz. od. oh. Beat. > 240 Std., oh. temp. Verschluss BW-Defekt
P05A	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, mit Beatmung > 275 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren
P05B	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, ohne Beatmung > 275 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P05C	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne temporären Verschluss eines Bauchwanddefektes
P06A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g, sig. OR-Proz. oder Beatmung > 95 Std., best. mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Proz. oder mit Beatmung > 120 Std. oder best. aufwendige OR-Proz., mit Beatmung > 240 Std. oder mehrz. kompl. OR-Proz. oder Dialyse

DRG	DRG-Text
P06B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g, sig. OR-Proz. oder Beatmung > 95 Std., mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Proz. od. mit Beatmung > 120 Std. od. best. aufwendige OR-Proz., oder mit Beatmung > 240 Std. oder mehrz. kompl. OR-Proz. oder Dialyse
P06C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme oder ohne sig. OR-Prozedur oder ohne Beatmung > 120 Std., ohne bestimmte aufwendige OR-Prozeduren
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden
P60C	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt, ohne Beatmung > 24 Stunden
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61E	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P62A	Aufnahmegewicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur
P62B	Aufnahmegewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62C	Aufnahmegewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62D	Aufnahmegewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P63Z	Aufnahmegewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden
P64Z	Aufnahmegewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden
P65A	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder Beatmung > 95 Stunden

DRG	DRG-Text
P65B	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem
P65C	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, mit anderem Problem
P66A	Neugeborenes ohne sign. OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., 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	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem, ohne Krampfanfall mit bestimmten diagnostischen Maßnahmen, ohne Beatmung > 48 Stunden
P66C	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem
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 mit schw. Prob., oh. Hypothermiebeh., oh. Krampfanfall mit best. diag. Maßnah., oh. Beatmung > 24 Std. od. mit anderem Prob., mehr als ein Belegungstag, neugeb. Mehrling od. mit bestimmter aufwendiger Prozedur
Q02B	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe u. des Immunsystems oh. äußerst schwere CC, Alter < 6 J. od. best. Exzisionen u. Resektionen Mediastinum od. Thymus od. mit best. mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung
Q03A	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter < 10 Jahre
Q60A	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, mit bestimmter Milzverletzung oder Granulozytenstörung, Alter < 16 Jahre
Q60B	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit kompl. Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, oh. Granulozytenstörung, Alter < 1 Jahr oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren CC
Q63A	Aplastische Anämie, Alter < 16 Jahre oder bestimmte Anämie
R01A	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur

DRG	DRG-Text
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 Wirbelsäule oder Gehirn
R01C	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur, ohne aufwendigen Eingriff an Wirbelsäule oder Gehirn
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

DRG	DRG-Text
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R60A	Akute myeloische Leukämie m. hochkomplexer Chemoth., Alter > 17 J. od. m. int. Chemoth. m. kompliz. Diagnose od. Dialyse od. Portimpl. od. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P. od. schwerste CC od. best. kompl. Diagnostik bei Leuk., Alter < 16 J.
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose od. Dialyse od. Portimplantation od. intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte od. schwerste CC od. best. kompl. Diagnostik bei Leuk., Alter > 15 J.
R60C	Akute myel. Leukämie m. int. Chemo, äuß. schw. CC od. kompl. Diagnostik b. Leuk. od. Port od. m. mäß. kompl. Chemo m. best. kompliz. Fakt. od. m. äuß. schw. CC m. kompl. Diagnost. od. KomplBeh. isolat.pfl. Erreg. m. Dial. od. äuß. schw. od. schwerste CC
R60D	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth., ohne kompliz. Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimpl., oh. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - AufwP., oh. äuß. schwere CC, oh. kompl. Diagnostik b. Leukämie od. mit Dialyse od. äußerst schweren CC
R60E	Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemoth., ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimpl., ohne äußerst schwere CC od. mit lokaler Chemoth. od. mit Komplexbeh. bei multiresistenten Erregern od. mit kompl. Diagnostik bei Leukämie
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Sepsis oder bestimmter komplizierender Konstellation oder mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, mit hochkompl. Chemotherapie oder schwersten CC
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Sepsis oder anderer kompliz. Konstell. oder mit kompl. Diagnose oder Portimpl., mit äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre od. mit äuß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom, mit kompl. Diagnostik bei Leukämie od. mit schwersten CC
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation oder Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, Alter < 16 Jahre
R61D	Lymphom u. nicht akute Leukämie m. Agranuloz., Portimpl., Komplbeh. bei isolationspfl. Erregern od. kompl. Diag. bei Leukämie, > 15 J., mit intens. Chemo od. < 18 J. od. m. äuß. schw. CC od. Blastenkrise, oh. kompl. Diag. bei Leukämie, oh. schwerste CC
R61E	Lymph. u. nicht akute Leukämie mit best. kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, Alt. > 17 J., oh. intensive Chemoth. od. kompl. Diag., kompliz. Proz., Alt. < 16 J. od. best. Lymph. mit best. Chemo. od. kompl. Diag., and. Komplbeh. b. isolat.pfl. Erregern

DRG	DRG-Text
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, mit kompl. Diagnose od. kompliz. Prozedur, Alter < 16 J. od. best. Lymphom mit best. Chemotherapie od. kompl. Diagnose od. andere Komplexbeh. b. isolationspfl. Erregern
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie oh. best. kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, Alter < 16 J. od. mit kompl. Diag. od. kompliz. Prozedur, Alter > 15 J., oh. best. Lymphom m. best. Chemoth., oh. kompl. Diagnose, oh. and. Komplbeh. b. isolat.pfl. Erregern
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit kompliz. Diagnose oder Portimplantation oder mit Knochenaffektionen oder best. Metastasen oder äußerst schweren CC oder Dialyse oder Alter < 1 Jahr, mit komplexer Diagnose oder kompliz. Konstellation
R63A	Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter > 17 Jahre
R63B	Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC
R63C	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre
R63D	Andere akute Leukämie mit intens. Chemoth. mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranuloz. od. Portimpl. od. mit äuß. schw. CC od. mit kompliz. Konstell. od. mit mäßig komplexer Chemoth., mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranuloz. od. Portimpl., Alter < 16 J.
R63E	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemoth., mit Dialyse oder Sepsis oder Agranulozytose oder Portimplantat. oder mit lokaler Chemoth. oder best. Agranulozytose mit äuß. schw. CC, mit Dialyse oder Sepsis oder Portimplant. oder äuß. schw. CC
R63F	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit mäßig komplexer od. lokaler Chemoth., mit äußerst schweren CC oder ohne Chemoth. mit Dialyse od. Sepsis od. and. Agranulozyt. od. Portimpl. od. äuß. schw. CC
R63G	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R63H	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R66Z	Akute myeloische Leukämie oder andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter < 18 Jahre

DRG	DRG-Text
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 äußerst schweren CC
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit, ohne äußerst schwere CC
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer Prozedur oder komplizierender Konstellation, außer bei sonstiger Sepsis
T36Z	Intensivmedizinische Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandsp. bei infektiösen und parasitären Krankheiten oder OR-Prozedur bei inf. u. parasitären Krankh. mit best. komplexer Prozedur oder kompliz. Konstellation mit IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
T60B	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Z. n. Organtransplantation oder mit komplexer Diagnose oder äuß. schw. CC, Alter < 18 J. oder bei best. Para- / Tetraplegie oder mit best. ERCP od. mit schwersten CC oder mit IntK > 196 / 184 / 368 Punkte
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte oder Alter < 14 Jahre mit komplexer Diagnose
T64A	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit bestimmter komplexer Diagnose, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
W01B	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne Frührehabilitation, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung oder mit IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte
W01C	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne Frührehabilitation, ohne Beatmung > 263 Stunden, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten
Y02A	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation oder anderen Eingriffen bei Sepsis oder mit kompliz. Konst., hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte
Y02C	Andere Verbrenn. m. Haut-Tx. od. and. Eingr. oh. äuß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn., oh. komplexe Proz., oh. Dialyse, oh. Beat. > 24 Std., oh. kompliz. Konst., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., oh. best. Spalthauttranspl., Alter < 18 J.
Z03Z	Nierenspende (Lebendspende)

Tabelle A-2:

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

DRG	DRG-Text
C03B	Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Entfernung Augapfel ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Faktoren, mit bestimmtem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre
C03C	Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Entfernung Augapfel, ohne komplexen oder bestimmten Eingriff, außer bei bösartiger Neubildung
C06B	Komplexe Eingriffe bei Glaukom ohne erhöhten Aufwand
C08B	Extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE) ohne komplexe Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Auge, Alter > 9 Jahre
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina
D04A	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen, mit komplexem Eingriff
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien
D06B	Andere Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder Alter > 15 Jahre, mit komplexer Prozedur oder Diagnose, ohne Resektion am Felsenbein, ohne intrakraniellen Eingriff bei BNB
D06C	Bestimmte Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, mit bestimmter Prozedur
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne komplexe Diagnose
D28Z	Andere Eingriffe an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen oder totale Auflagerungsplastik der Maxilla
D30A	Tonsillektomie außer bei BNB od. versch. Eingriffe Ohr, Nase, Mund, Hals oh. äuß. schw. CC, m. aufw. Ingr. od. Ingr. Mundh., Mund, Alter < 3 J. od. m. kompl. Diag. od. Alter < 16 J. m. äuß. schw. od. schw. CC od. m. Ingr. Ohr, Trachea m. äuß. schw. CC
D30B	Tonsillektomie außer bei BNB oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals, Alter > 15 oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 12 Jahre oder Alter > 11 Jahre bei BNB oder mit anderem Eingriff oder ohne Eingriff an Hals, Trachea
D37B	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre, außer bei Gaumenspalte oder Spaltnase, ohne plastische Rekonstruktion der Nase mit Rippenknorpeltransplantation
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen, Gesichtsschädelknochen
E63B	Schlafapnoesyndrom oder Polysomnographie oder kardiorespiratorische Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte invasive kardiologische Diagnostik
G26B	Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 17 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne kleinen Eingriff am Rektum

DRG	DRG-Text
I05B	Implantation oder Wechsel einer inversen Endoprothese am Schultergelenk oder Implantation einer Sprunggelenkendoprothese
I09G	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten anderen kompliz. Faktoren oder mit anderen kompl. Faktoren und Frakturen Halswirbelsäule oder BNB der Wirbelsäule mit Kyphoplastie, mit Radiofrequenzablation oder komplexer Eingriff an der Wirbelsäule
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 oder mit äußerst schweren oder schweren CC ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, ohne bestimmten anderen Eingriff an der Wirbelsäule
I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff, mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als 1 Belegungstag, Alter < 18 Jahre oder mit bestimmtem anderen kleinen Eingriff ohne äußerst schwere oder schwere CC
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 oder ohne bestimmten anderen kleinen Eingriff, Alter > 17 Jahre
I13E	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. Epiphyseodese od. bei BNB od. Alter > 17 J. od. ohne äuß. schw. od. schw. CC
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
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder best. Osteosynthesen an der Klavikula ohne kompliz. Diagnose, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen oder sonst. arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette mit bestimmten Eingriffen an der Schulter
I29C	Sonstige arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette ohne bestimmte Eingriffe an der Schulter
I30B	Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk, Alter > 15 Jahre oder bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I43B	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk oder Entfernung bestimmter Endoprothesen am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC
I44C	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Wechsel von Endoprothesen oder Prothesenkomponenten, ohne Impl. e. patientenindivid. angefertigter Endoprothese am Knie, ohne Einbringen od. Wechsel von Abstandshaltern
I44D	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk oder Einbringen einer Entlastungsfeder am Kniegelenk
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente

DRG	DRG-Text
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne best. kompliz. Faktoren, ohne komplexe Diagnose an Becken/OS, ohne best. endoproth. Eingriff, ohne gelenkpl. Eingriff am Hüftgelenk, ohne Impl. oder Wechsel einer Radiuskopfprothese, ohne Entf. Osteosynthesemat.
I59Z	Andere Eingriffe an den Extremitäten oder am Gesichtsschädel
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh., oh. Wirbelsäulenfraktur
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, ohne bestimmte Eingriffe an der Urethra, Alter > 15 Jahre
L18B	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale / andere retroperitoneale Eingriffe oh. ESWL, oh. äußerst schwere CC od. best. Eingriffe Niere od. transurethrale Eingriffe auß. Prostatares. u. kompl. Ureterorenoskop., b. Para-/Tetrapl., m. auß. schw. CC
L20B	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre oder Alter > 89 Jahre
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter > 15 Jahre oder Alter < 90 Jahre
L62C	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
L63E	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne best. mäßig aufw. / aufw. / hochaufw. Behandlung, ohne Komplexbeh. b. isolationspfl. Erregern, ohne best. schw. Infektionen, Alter > 5 und < 18 Jahre, ohne schwere CC od. Alter > 17 und < 90 Jahre
L64B	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, außer bei angeborener Fehlbildung, außer bei BNB der Harnorgane, Alter > 2 Jahre
L64D	Andere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Eingriffe am Ureter, Alter > 15 Jahre
M02B	Transurethrale Prostataresektion oder bestimmte andere Operationen an der Prostata ohne äußerst schwere CC
M04D	Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff oder Alter > 2 Jahre, ohne schwere CC oder ohne beidseitigen Hodenhochstand oder Alter > 13 Jahre
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane
O01E	Primäre Sectio caesarea ohne auß. schwere CC, mit komplizierender oder komplexer Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen (SSW) oder sekundäre Sectio caesarea, ohne komplexe Diagnose, Schwangerschaftsdauer > 33 vollendete Wochen
O01F	Primäre Sectio caesarea ohne komplexe Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW)

DRG	DRG-Text
O65C	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff, mehr als ein Belegungstag
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 aG-DRG-Systems in der CCL-Matrix veränderten Diagnosen (siehe Kapitel 3.3.1.4). Aus Formatgründen werden die Kategorien: „Abwertung in < 3 Basis-DRGs“, „Abwertung in 3-9 Basis-DRGs“, „Abwertung in 10-29 Basis-DRGs“ und „Abwertung in mindestens 30 Basis-DRGs“ kurz als „Abwertung“ bezeichnet, obgleich es sich nicht um eine generelle Abwertung handelt. Ebenso wird die Kategorie „Auf- und Abwertung je nach Basis-DRG“ kurz als „Auf- und Abwertung“ bezeichnet und die Kategorie „global aus der CCL-Matrix gestrichen“ mit „Streichung“ abgekürzt. Die ausführlichen Kategorien der einzelnen Diagnosen sind in der veröffentlichten „Übersicht CCL-Matrix-Änderungen“ auf der [Internetseite des InEK](#) zu finden.

ICD 2023	ICD-Text 2023	Kategorie
D62	Akute Blutungsanämie	Abwertung
D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet	Abwertung
E87.6	Hypokaliämie	Abwertung
J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J91	Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
J95.0	Funktionsstörung eines Tracheostomas	Abwertung
J95.80	Iatrogener Pneumothorax	Abwertung
J95.88	Sonstige Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen	Abwertung
J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	Abwertung
J96.09	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet	Abwertung
J98.10	Dystelektase	Abwertung
J98.11	Partielle Atelektase	Abwertung
J98.18	Sonstiger und nicht näher bezeichneter Lungenkollaps	Abwertung
K20.1	Radiogene Ösophagitis	Neuaufnahme
K55.0	Akute Gefäßkrankheiten des Darmes	Abwertung
K86.10	Autoimmunpankreatitis [AIP]	Aufwertung
K86.11	Hereditäre Pankreatitis	Aufwertung
R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	Abwertung
R58	Blutung, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
R65.0	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese ohne Organkomplikationen	Abwertung
R65.1	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen	Abwertung
R65.2	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese ohne Organkomplikationen	Abwertung
R65.3	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese mit Organkomplikationen	Abwertung
U07.1	COVID-19, Virus nachgewiesen	Abwertung

Tabelle A-4-1:

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

DRG	DRG-Text
863Z	Neonatale Diagnose ohne Bezug zu Alter oder Gewicht
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation
A04E	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom
A06A	Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / 7360 Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff
A11D	Beatmung > 249 h oder > 95 h mit IntK > 1764 / 1656 / 1656 P. mit best. OR-Prozeduren u. kompliz. Konstell. oder EHEC oder generalisierte Mukositis ohne IntK > 1764 / 1656 / 1932 P. oder mit kompl. Diagnose u. Alter < 3 J. oder IntK > 980 / 1104 / - P.
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
A15C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte Entnahme oder bei Plasmozytom, mit bestimmter Entnahme oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre oder ohne AB0-inkompatible Transplantation, ohne schwerste CC
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
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

DRG	DRG-Text
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation
B01B	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 17 Jahre
B18D	Mäßig komplexe Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B47A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mindestens 14 Behandlungstage
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen
B60A	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag
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
B70G	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme
B77Z	Kopfschmerzen
C06B	Komplexe Eingriffe bei Glaukom ohne erhöhten Aufwand
C10C	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, ohne komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre
C65Z	Bösartige Neubildungen des Auges
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC
D36Z	Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC
D61Z	Gleichgewichtsstörung, Hörverlust und Tinnitus
D64Z	Laryngotracheitis, Laryngospasmus und Epiglottitis
E02B	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 9 Jahre, mit mäßig aufwendigem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane oder mehr als ein Belegungstag mit bestimmtem Eingriff an Larynx oder Trachea oder mit äußerst schweren CC
E02C	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 9 J., mehr als 1 BT, ohne best. Eingr. an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwend. Eingr., ohne äuß. schw. CC, mit best. endoskop. Lungenvolumenred. oder anderem mäßig kompl. Eingr. oder Alter < 18 J.
E05A	Andere große Eingriffe am Thorax mit bestimmten Eingriffen bei Brustkorbdeformität oder äußerst schweren CC
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
E63A	Schlafapnoesyndrom oder Polysomnographie oder kardiorespir. Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter < 18 Jahre oder mit best. invasiver kardiologischer Diagnostik oder Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häusl. Beatmung bis 2 BT, Alter < 18 Jahre
E63B	Schlafapnoesyndrom oder Polysomnographie oder kardiorespiratorische Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte invasive kardiologische Diagnostik
E71A	Neubildungen der Atmungsorgane mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkten oder mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC
E77D	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane, Alter > 9 Jahre
F13D	Amputation bei Kreislauferkrankungen an unterer Extremität ohne komplexe Amputationen, ohne äußerst schwere CC
F18B	Revision Herzschrittmacher od. Kardioverter / Defibrillator (AICD) oh. Aggregatw., Alt. < 16 J. od. mit auß. schw. CC, oh. kompl. Eingr., oh. aufwend. Sondenentf. od. Alt. > 15 J., oh. auß. schw. CC mit kompl. Eingr., mit intralum. exp. Extraktionshilfe
F28B	Bestimmte Amputation bei Kreislauferkrankungen an unterer Extremität ohne zusätzlichen Gefäßeingriff, ohne Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC
F39A	Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC
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
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre
F59B	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit aufwendiger Gefäßintervention, ohne äußerst schwere CC
F63A	Venenthrombose mit äußerst schweren CC
F67B	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige / mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, bei primärer Überfunktion von Nebenschilddrüse oder Nebenniere oder Alter < 18 Jahre
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC
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
G11A	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter außer bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter < 6 Jahre
G29A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen

DRG	DRG-Text
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
H06A	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit aufwendigem Eingriff und bestimmten komplizierenden Faktoren
H12A	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen mit äußerst schweren CC
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
H16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
H29Z	Bestimmte selektive Embolisation oder SIRT
H41E	Andere ERCP ohne bestimmte oder andere aufwendige ERCP, Alter > 15 Jahre, mit bestimmter BNB oder bestimmter Pankreatitis
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung oder Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre oder Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 10 Jahre
H63A	Erkrankungen der Leber auß. bösart. Neubild., Leberzirr. u. best. nichtinfekt. Hepatitiden u. best. Erkrank. der Gallenwege, mehr als ein Belegungstag, mit kompl. Diag. u. auß. schw. o. schw. CC od. kompl. Diag. od. auß. schw. od. schw. CC, Alter < 1 J.
H63B	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden und best. Erkrankungen der Gallenwege, mehr als ein Belegungstag, mit kompl. Diagnose oder auß. schw. o. schw. CC oder Leberbiopsie, Alter < 18 J.
H63C	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden und bestimmte Erkrankungen der Gallenwege, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose und ohne äußerst schwere oder schwere CC
H64Z	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen
I02C	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation außer an der Hand, mit kompliz. Konst., Eingriff an mehreren Lokalisationen oder schw. Weichteilschaden, bei BNB und kompl. OR-Proz. m. äußerst schweren oder schweren CC od. komplexer Gewebe-Tx m. äußerst schweren CC
I07B	Bestimmte Amputation am Fuß
I08E	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC, mit bestimmten Eingriffen an Becken und Femur oder mit bestimmten komplizierenden Diagnosen
I08F	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag, mit bestimmten anderen Eingriffen an Hüftgelenk und Femur

DRG	DRG-Text
I12C	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, ohne Revision des Kniegelenkes, ohne Einbringen oder Wechsel von Abstandshaltern, ohne Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre
I13B	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit best. Mehrfacheingriff oder kompliz. Diagnose oder bei Endoprothese der oberen Extremität oder mit Fixateur ext., mit best. BNB od. mit Einbringen von Abstandshalt od. Alter < 18 J. mit auß. schw. od. schw. CC
I16A	Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität mit bestimmtem Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen
I18A	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff oder mit beidseitigem Eingriff am Kniegelenk
I20A	Eingriffe am Fuß mit mehreren hochkomplexen Eingriffen oder Teilwechsel Endoprothese des unteren Sprunggelenks, mit hochkomplexem Eingriff und komplexer Diagnose oder bestimmter Arthrodesese
I20E	Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritits oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre
I23B	Andere kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen mit bestimmten kleinen Eingriffen an Knochen und Weichteilen, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I28A	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit bestimmter offen chirurgischer Stabilisierung der Thoraxwand oder bestimmtem Eingriff am Zwerchfell oder Alter < 18 Jahre bei bösartiger Neubildung
I29C	Sonstige arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette ohne bestimmte Eingriffe an der Schulter
I30B	Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk, Alter > 15 Jahre oder bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I32B	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff oder bei angeborener Anomalie der Hand oder Pseudarthrose, Alter < 6 Jahre oder bei schweren Weichteilschäden oder mit komplexen Eingriffen bei angeborener Fehlbildung der Hand, Alter < 16 Jahre
I42B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 14 Tage
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente
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.
I50C	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne bestimmten Eingriff, ohne bestimmte Vakuumbehandlung, Alter > 15 Jahre
I64A	Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre
I64C	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC

DRG	DRG-Text
I66A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte
I66B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte oder anderen komplizierenden Konstellationen
I68C	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 BT od. and. Femurfraktur, bei Para- / Tetraplegie od. mit auß. schw. CC od. schw. CC od. Alter > 65 J., oh. kompl. Diagn. od. Kreuzbeinfraktur od. best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh.
I71A	Muskel- und Sehnenkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, mit Zerebralparese oder Kontraktur
I76A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre mit septischer Arthritis
I87A	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, COVID-19, Virus nachgewiesen
I95A	Implantation einer Tumorendoprothese mit Implantation oder Wechsel einer bestimmten Endoprothese oder Knochentotalersatz am Femur oder resezierende Eingriffe am Becken bei bösartiger Neubildung oder Alter < 18 Jahre
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J08B	Bestimmte Hauttransplantation oder Debridement ohne Eingriff an Kopf und Hals, ohne bestimmten Eingriff an Haut und Unterhaut oder ohne äußerst schwere CC
J10A	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff
J18A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung
J24C	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, mit komplexem Eingriff
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein BT, Alter > 17 Jahre oder mit kompl. Diagn., mit auß. schw. CC od. Hautulkus bei Para-/Tetraplegie od. hochkompl. Diagn. od. Epid. bullosa, Alter < 10 Jahre oder mit schwerer Erkr. der Haut, mit aufw. Behandl.
J67A	Bestimmte Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder moderate Hauterkrankungen
J68A	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre mit anderer komplexer Diagnose
K03A	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre oder bestimmte zweizeitige Eingriffe an der Hypophyse

DRG	DRG-Text
K06A	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus mit IntK > 392 / 368 / - Punkte oder bei BNB, mit äußerst schweren CC oder Parathyreoidektomie oder äußerst schwere oder schwere CC, mit Thyreoidektomie durch Sternotomie
K09A	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit hochkomplexem Eingriff oder mit bestimmtem Eingriff, mit äußerst schweren CC oder Alter < 7 Jahre
K15A	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Radiojodtherapie
K25Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit bestimmter OR-Prozedur 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
K60F	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K64B	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
L02A	Operatives Einbringen eines Peritonealkatheters, Alter < 10 Jahre oder Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung mit Multiviszeraleingriff oder Verschluss einer Blasenektrophie
L02C	Operatives Einbringen eines Peritonealkatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse oder transurethrale Injektion bei Ostiuminsuffizienz
L03Z	Bestimmte Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder bestimmter Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm
L17A	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, mit bestimmten Eingriffen an der Urethra oder Alter < 16 Jahre
L36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / - / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre ohne schwere CC
L63C	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbeh. bei isolationspflichtigen Erregern, ohne best. aufw. / hochaufw. Behandl., außer bei TBC des Urogenitalsyst., Alter < 3 Jahre oder best. schwere Infektionen oder best. mäßig aufw. Beh.
N05B	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder anderer Eingriff an der Harnblase oder Adhäsiolyse, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
N09A	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag
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, Alter > 13 Jahre
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
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
O02A	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierende Konstellation oder bestimmtem Eingriff oder komplizierender Diagnose oder mit äußerst schweren CC
O03Z	Eingriffe bei Extrauterin gravidität
O04A	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma mit komplexem Eingriff
O04C	Stationäre Aufnahme nach Entbindung mit kleinem Eingriff an Uterus, Vagina, Perianalregion und Bauchwand oder Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie oder bestimmte Amnionpunktion
O05D	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, ein Belegungstag oder ohne Cerclage, Muttermundverschluss, komplexe OR-Prozedur und bestimmte intrauterine Operation am Feten, mit wenig aufwendigem Eingriff oder intrauterine Therapie des Feten
O63Z	Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie
O65A	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern, COVID-19, Virus nachgewiesen
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexer Diagnose oder komplizierendem Eingriff oder ein Belegungstag
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 180 und < 481 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen, Beatmung > 180 und < 900 Stunden oder Eingriff bei univentrikulärem Herzen, Beatmung < 481 Stunden
P03B	Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beat. > 120 Std., oh. Beat. > 599 Std. oder oh. mehrere schwere Probleme, oh. Beat. > 479 Std. oder oh. mehrere schwere Probleme oder oh. sig. OR-Prozedur oder oh. mehrzeitige komplexe OR-Prozedur

DRG	DRG-Text
P04B	Aufnahmegew. 1500 - 1999 g, sig. OR-Proz. od. Beat. > 120 Std., oh. meh. schw. Probl. od. oh. Beat. > 320 Std., oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. oh. Beat. > 240 Std., oh. sig. OR-Proz. od. oh. Beat. > 240 Std., oh. temp. Verschluss BW-Defekt
P05C	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne temporären Verschluss eines Bauchwanddefektes
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62C	Aufnahmegewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62D	Aufnahmegewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P63Z	Aufnahmegewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden
P64Z	Aufnahmegewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden
P65A	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder Beatmung > 95 Stunden
P65B	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem
P65C	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, mit anderem Problem
P65D	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne 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	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem, ohne Krampfanfall mit bestimmten diagnostischen Maßnahmen, ohne Beatmung > 48 Stunden
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
Q02A	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems mit äußerst schweren CC oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung
Q03A	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter < 10 Jahre

DRG	DRG-Text
Q03B	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter > 9 Jahre
Q60A	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, mit bestimmter Milzverletzung oder Granulozytenstörung, Alter < 16 Jahre
Q60B	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit kompl. Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, oh. Granulozytenstörung, Alter < 1 Jahr oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren CC
Q62Z	Andere Anämie
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R03Z	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC oder mit bestimmter OR-Prozedur mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
R04A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC
R11A	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
R11B	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit schweren CC
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
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation oder Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, Alter < 16 Jahre
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, mit kompl. Diagnose od. kompliz. Prozedur, Alter < 16 J. od. best. Lymphom mit best. Chemotherapie od. kompl. Diagnose od. andere Komplexbeh. b. isolationspfl. Erregern
R63A	Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter > 17 Jahre
R63D	Andere akute Leukämie mit intens. Chemoth. mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranuloz. od. Portimpl. od. mit äuß. schw. CC od. mit kompliz. Konstell. od. mit mäßig komplexer Chemoth., mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranuloz. od. Portimpl., Alter < 16 J.

DRG	DRG-Text
R63F	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit mäßig komplexer od. lokaler Chemoth., mit äußerst schweren CC oder ohne Chemoth. mit Dialyse od. Sepsis od. and. Agranulozyt. od. Portimpl. od. auß. schw. CC
R63G	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R63H	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R65Z	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit, ohne äußerst schwere CC
T60B	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Z. n. Organtransplantation oder mit komplexer Diagnose oder auß. schw. CC, Alter < 18 J. oder bei best. Para- / Tetraplegie oder mit best. ERCP od. mit schwersten CC oder mit IntK > 196 / 184 / 368 Punkte
T60F	Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196/ 184 / - Aufwandspunkte
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte oder Alter < 14 Jahre mit komplexer Diagnose
T64B	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
U60A	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
U61Z	Schizophrene, wahnhaft und akut psychotische Störungen
V40Z	Qualifizierter Entzug
V60B	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne bestimmte psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, ohne HIV-Krankheit
X01A	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen mit komplizierender Konstellation oder freier Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder mit schweren Weichteilschäden oder komplexer OR-Prozedur oder best. komplexem Eingriff, mit auß. schweren CC
X07B	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation eines Fingers oder einer Zehe
Y62Z	Andere Verbrennungen
Z01B	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit bestimmtem Eingriff

Tabelle A-4-2:

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

DRG	DRG-Text
801A	Ausgedehnte OR-Proz. oh. Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter kompl. Konst. oder Strahlenth. oder endovaskulärer Impl. von Stent-Proth. an der Aorta oder intensivmediz. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandsp. od. Alter < 18 J. mit kompl. Faktoren
801C	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit komplexer OR-Prozedur oder anderem Eingriff an Kopf und Wirbelsäule oder mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder bei Para- / Tetraplegie
801D	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter OR-Prozedur oder mit intensivmediz. Komplexbeh. > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte oder bestimmte nicht ausgedehnte OR-Prozedur mit neurolog. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
A04B	Knochenmarktranspl. / Stammzelltransf., allogene, außer bei Plasmozytom oder mit Graft-versus-Host-Krankheit Grad III und IV, mit Gabe best. Stammzellen od. Alt. < 18 J., mit best. Entnahme od. Stammzellboost od. intensivmed. Komplexbeh. > 2058 / - / - P.
A07D	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 17 Jahre, mit IntK > 392 / 184 / 368 und < 2353 / 1933 / 2761 Aufwandspunkte, mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation oder Beatmung > 1799 Stunden
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
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.
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
A15D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom, ohne bestimmte Entnahme
A36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / - / 552 und < - / - / 829 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen
A61A	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen mit äußerst schweren CC oder mit bestimmter akuter Graft-versus-Host-Krankheit, mehr als ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
B02E	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte komplizierende Faktoren
B09Z	Andere Eingriffe am Schädel
B18A	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff, ohne bestimmte Prozedur, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre
B39B	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, bis 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mehr als 72 Stunden, ohne kompl. Eingriff, ohne kompliz. Konst., ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Punkte
B39C	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit best. OR-Prozedur, bis 72 Std., ohne kompl. Eing., ohne kompliz. Konst., ohne intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P. oder and. neurolog. Komplexbeh. des akuten Schlaganf., mehr als 72 Std.
B60B	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, 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 > 72 Stunden
B69C	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls ohne äußerst schwere CC oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung oder mit äußerst schweren 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 Std. oder mit bestimmter 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, mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolyse oder Alter < 16 Jahre
B70F	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne komplizierende Diagnose, ohne systemische Thrombolyse, Alter < 15 Jahre

DRG	DRG-Text
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
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, ohne komplexe Diagnose
B80Z	Andere Kopfverletzungen
B82Z	Andere Erkrankungen an peripheren Nerven
B84Z	Vaskuläre Myelopathien
C02Z	Enukleationen und Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung
C07A	Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder komplexem Eingriff am Auge oder bestimmten Eingriffen bei Glaukom oder Alter < 6 Jahre
C10B	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, mit komplexem Eingriff oder Alter < 6 Jahre
C16Z	Aufwendige Eingriffe am Auge, Alter < 6 Jahre
D01B	Kochleaimplantation, unilateral
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D12A	Andere aufwendige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit komplexer Diagnose
D13B	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals ohne komplizierende Diagnose, ohne bestimmten Eingriff, Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre
D20A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
D22A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund, mit Mundboden- oder Vestibulumplastik, mit Eingriffen an Gaumen- und Rachenmandeln bei bösartiger Neubildung oder komplexe Eingriffe am Kopf
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund oder Eingriffe an Hals und Kopf, ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik, ohne Eingriffe an Gaumen- und Rachenmandeln bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Eingriffe am Kopf
D24B	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder mit Eingriff an den oberen Atemwegen mit äußerst schweren CC oder Strahlentherapie mit operativem Eingriff
D60B	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
E02A	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen mit aufwendigem Eingriff oder schwersten CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte oder Alter < 10 Jahre

DRG	DRG-Text
E05C	Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Revisionseingriffe ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 17 Jahre
E06A	Andere Lungenresektionen, bestimmte Eingriffe an Thoraxorganen, Thoraxwand, Gefäßsystem oder Mediastinum, Alter < 10 Jahre oder Eingriff am Thorax mit äußerst schweren CC oder bestimmte Lobektomie oder Exzision intrakranielles Tumorgewebe
E64B	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit IntK > 0 / 0 / - Aufwandspunkten, ohne IntK > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkten, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
E66B	Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose
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
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder Karotiseingriff
F06E	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne intraoperative Ablation, ohne schwerste CC, ohne Implantation eines herzunterstützenden Systems
F08C	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompl. Vakuumbeh., ohne kompl. Aorteneingriff, mit kompl. Eingriff ohne Mehretagen- od. Aorteneingriff, ohne Reop., ohne best. Bypass, mit äußerst schweren CC oder mit best. Aorteneingriff od. best. kompl. Konstellation
F09C	Andere kardiothorakale Eingriffe, Alter > 15 Jahre, ohne kompl. Konst., ohne Exzision am Vorhof, ohne äußerst schwere CC oder ohne mäßig kompl. kardiothorakale Eingr., ohne best. kardiothorakalen Eingr., ohne best. Perikardektomie bei chron. Perikarditis
F12E	Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem oder Implantation eines Ereignisrekorders, Alter > 15 Jahre, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen
F13A	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer oder unterer Extremität oder Revisionseingriff mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen
F13C	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität oder komplexe Amputation an unterer Extremität oder Revisionseingriff ohne äußerst schwere CC
F21A	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation
F24A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC
F24B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
F27A	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit äußerst schweren CC oder Gefäßeingriff oder bestimmter Amputation oder komplexer Arthrodese des Fußes oder komplexem Hauteingriff oder Ringfixateur
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen d. Kreislaufsystem. m. kompliz. Fakt., > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. m. best. OR-Proz., ohne aufwend. Eingr. od. > - / 552 / 552 P. m. best. Aortenstent od. minimalinv. Eingr. an mehrer. Herzkkl.
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder best. Impl. herzun-terst. System
F50B	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen ohne hochkomplexe Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne best. angeb. Herzfehler, mit komplexer Ablation, Alter > 17 Jahre
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC
F58A	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC
F59A	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit äußerst schweren CC
F59E	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwend. Gefäßinterv., mit best. anderen Eingriff oder best. Mehrfacheingriff oder PTA, mehr als ein Belegungstag, ohne aufwendigen oder bestimmten Eingr., Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag
F59F	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, ohne aufwendigen, bestimmten oder bestimmten anderen Eingriff, ohne Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag
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
F62D	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung, ein Belegungstag
F66B	Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
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
F73A	Synkope und Kollaps, Alter < 14 Jahre, ein Belegungstag
F74Z	Thoraxschmerz und sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems
F77B	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
F95A	Interventioneller Septumverschluss oder Verschluss einer paravalvulären Leckage mit einem kardialen Okkluder, Alter < 18 Jahre oder Vorhofohrverschluss
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
G07A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse bei Peritonitis mit auß. schw. od. schw. CC od. kl. Eingr. an Dünn- / Dickdarm od. an abdom. Gefäßen, oh. auß. schw. CC od. best. Anorektoplastik, Alter < 10 Jahre od. mit best. Eingr. an abdominalen Gefäßen
G08A	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, mit äußerst schweren CC
G08B	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, ohne äußerst schwere CC
G10Z	Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz
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
G17B	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre
G18D	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder andere Eingriffe am Darm mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff
G23B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse außer bei Peritonitis oder Exzision erkranktes Gewebe Dickdarm ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung oder Endometriose am Darm
G26A	Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter < 18 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder mit kleinem Eingriff am Rektum
G36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte oder mit endoösophagealer Vakuumtherapie, ohne aufwendigen Eingriff

DRG	DRG-Text
G38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane oder mehrzeitiger komplexer Eingriff am Gastrointestinaltrakt und anderem Organsystem
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, mit anderem aufwendigen Eingriff
G66Z	Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 55 Jahre und mit CC
G74Z	Hämorrhoiden oder andere wenig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane
H02A	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen, Alter > 13 Jahre, bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmter biliodigestiver Anastomose
H02B	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen, Alter > 13 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmte biliodigestive Anastomose
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, ohne bestimmten Eingriff oder ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff am Dünndarm mit bestimmten komplizierenden Faktoren
H12C	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H40A	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung mit äußerst schweren CC
H41D	Anderer aufwendige ERCP oder bestimmter endoskopischer Eingriff ohne bestimmte BNB
I02A	Großflächige Gewebe- / Hauttransplantation außer an der Hand, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit schwerem Weichteilschaden, mit äußerst schweren CC und komplexer OR-Prozedur
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
I06C	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals, Alter > 18 Jahre, ohne Para- / Tetraplegie oder ohne äußerst schwere CC, ohne bösartige Neubildung am Knochen, mit bestimmtem Eingriff ohne schwere entzündliche Erkrankung oder ohne bestimmten Eingriff

DRG	DRG-Text
I08B	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit sehr komplexem Eingriff oder äußerst schweren CC oder bei komplexer Diagnose oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule mit bestimmten komplizierenden Faktoren
I08D	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplexer Diagnose oder Prozedur oder äußerst schweren CC
I09A	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit sehr komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC oder bestimmter Spondylodese ab 10 Segmenten oder aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung ab 369 Punkten
I09D	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit best. kompl. Faktoren, bei Frakturen der Halswirbelsäule oder sek. bösartiger Neub. des Knochens oder mit anderen mehrz. kompl. Eingriffen ohne aufwendige intensmed. Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten
I09E	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule und best. komplizierende Faktoren oder best. Eingriffe an der WS mit best. anderen kompl. Faktoren und Eingriffe ZNS oder transpleuraler Zugang BWS oder best. langstreckige Spondylodese/Osteosynthese oder Diszitis
I09F	Best. Eingriffe an der Wirbelsäule, best. kompliz. Faktoren od. Alter < 16 Jahre oder knöcherne Dekompression Spinalkanal / best. Osteosynthese > 3 Segm. oder Impl. eines Schrauben-Band-Systems oder Schrauben-Stab-Systems, 1 Segment bei Diszitis
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
I21Z	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder bestimmte Eingriffe an der Klavikula
I22B	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kleinflächiger Gewebetransplantation od. mit großflächiger Gewebetransplantation ohne kompliz. Konst., oh. Ingr. an mehreren Lokal., oh. schw. Weichteilschaden, oh. kompl. Gewebetranspl. m. schw. CC
I23C	Andere kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen ohne bestimmte kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I24A	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe oder Alter < 18 Jahre
I27D	Bestimmte andere Eingriffe am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag
I28D	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit mäßig komplexem Eingriff, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre
I30C	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk ohne bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder bestimmte arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
I31C	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm ohne gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, ohne bestimmte Eingriffe bei Mehrfragmentfraktur der Patella, ohne bestimmte komplexe Eingriffe am Unterarm
I32C	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff oder bei angeborener Anomalie der Hand oder Pseudarthrose, Alter > 5 Jahre oder mit hochkomplexem Eingriff bei angeb. Fehlbildung der Hand, Alter < 16 Jahre oder mit best. Eingr. od. kompl. Diagnose
I32D	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder ohne sehr komplexen Eingriff oder mit komplexer Diagnose oder mit bestimmtem oder beidseitigem Eingriff
I32E	Bestimmte mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, mehr als ein Belegungstag oder Alter < 6 Jahre
I32F	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe oder ohne bestimmtem mäßig komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag
I36Z	Beidseitige oder kombinierte Implantation oder Wechsel einer Endoprothese an Hüft-, Kniegelenk und/oder an der oberen Extremität
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
I44A	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk mit äußerst schweren CC oder Implantation bestimmter schaftverankerten Prothese am Knie oder Korrektur einer Brustkorbdeformität
I44C	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Wechsel von Endoprothesen oder Prothesenkomponenten, ohne Impl. e. patientenindivid. angefertigten Endoprothese am Knie, ohne Einbringen od. Wechsel von Abstandshaltern
I44D	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk oder Einbringen einer Entlastungsfeder am Kniegelenk
I44E	Andere Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk
I46C	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne periprothetische Fraktur
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.
I65C	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter > 16 Jahre, ohne äußerst schwere CC
I66H	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh., mit Wirbelsäulenfraktur
I68F	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag oder Prellung am Oberschenkel

DRG	DRG-Text
I72Z	Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit äußerst schweren oder schweren CC oder Frakturen am Femurschaft
J07B	Best. Eingr. an der Mamma mit Lymphknotenex. oder PCCL >2 oder Impl. Hautexpander oder best. Eingr. an Ovar/Plexus brachialis oder Lymphknotenex. mit Hauttransplantation oder Debridement, ohne beidseitigen Eingr., ohne best. Eingr. Ovar/Plexus brachialis
J16A	Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
J25Z	Kleine Eingriffe an der Mamma und andere Eingriffe bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC
J62A	Bösartige Neubildungen der Mamma, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
J65A	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als 1 Belegungstag
J65B	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, ein Belegungstag
K06D	Andere Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyroglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder bestimmte Reduktionseingriffe an Haut und Unterhaut
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
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen
K63C	Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag
L06B	Kleine Eingriffe an den Harnorganen ohne äußerst schwere CC oder ohne bestimmte Prozeduren oder Alter < 16 Jahre
L09D	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunt bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne best. Laparotomie, mit best. anderen Eingriff od. Alter < 18 Jahre
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, ohne bestimmte Eingriffe an der Urethra, Alter > 15 Jahre
L18B	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale / andere retroperitoneale Eingriffe oh. ESWL, oh. äußerst schwere CC od. best. Eingriffe Niere od. transurethrale Eingriffe auß. Prostatares. u. kompl. Ureterorenoskop., b. Para-/Tetrapl., m. auß. schw. CC
L19Z	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC oder perkutane Thermo- oder Kryoablation der Niere
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter > 15 Jahre oder Alter < 90 Jahre
L38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane

DRG	DRG-Text
L62A	Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC
L63D	Infektionen der Harnorgane oh. äuß. schwere CC, oh. best. mäßig aufwendige / aufwendige / hochaufw. Behandl., oh. Komplexbeh. b. isolationspfl. Erregern, oh. best. schw. Infektionen, Alter > 2 J. u. < 6 J. od. Alter < 18 J. mit schw. CC od. Alter > 89 J.
L64A	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, bei angeborener Fehlbildung oder BNB der Harnorgane oder Alter < 3 Jahre
L64D	Andere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Eingriffe am Ureter, Alter > 15 Jahre
L70A	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre
L73Z	Harnblasenlähmung, mehr als ein Belegungstag
M01A	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC
M01B	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC
M02B	Transurethrale Prostataresektion oder bestimmte andere Operationen an der Prostata ohne äußerst schwere CC
M10B	Radioligandentherapie mit Lutetium-177-PSMA-Liganden
M10C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 8 Tagen oder interstitielle Brachytherapie
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane
M64Z	Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane und Sterilisation beim Mann
N01A	Beckeneviszierung bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraleingriff
N01B	Beckeneviszierung bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszeraleingriff
N01D	Beckeneviszierung 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 bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei BNB oder bestimmte Eingriffe am Darm oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva, ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff

DRG	DRG-Text
N07A	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus oder kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, mit bestimmtem Eingriff
N11A	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose mit äußerst schweren CC
N14Z	Best. 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. schw. od. schw. CC, Alter < 16 J.
N21A	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne auß. schw. oder schw. CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder subtotale und andere Hysterektomie bei bösartiger Neubildung oder komplexe Myomenukleation, mit aufwendigem Eingriff
N34Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N61Z	Infektion und Entzündung der weiblichen Geschlechtsorgane
O01A	Sekundäre Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Sectio caesarea mit IntK > 196 / 184 / 184 Punkte
O01F	Primäre Sectio caesarea ohne komplexe Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW)
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
O04B	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma, ohne komplexen Eingriff
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder Alter < 18 Jahre
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, Alter > 17 Jahre
O65C	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff, mehr als ein Belegungstag
Q02B	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe u. des Immunsystems oh. äußerst schwere CC, Alter < 6 J. od. best. Exzisionen u. Resektionen Mediastinum od. Thymus od. mit best. mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung
Q61A	Andere Erkrankungen der Erythrozyten mit äußerst schweren CC
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 Wirbelsäule oder Gehirn

DRG	DRG-Text
R01C	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur, ohne aufwendigen Eingriff an Wirbelsäule oder Gehirn
R01D	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur
R04B	Anderer hämatologische und solide Neubildungen mit anderer OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC
R11C	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC
R63C	Anderer akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer Prozedur oder komplizierender Konstellation, außer bei sonstiger Sepsis
T63D	Anderer virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, Alter > 13 Jahre oder ohne komplexe Diagnose
W02B	Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
W04A	Polytrauma mit anderen Eingriffen oder Beatmung > 24 Stunden, mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen oder Alter < 6 Jahre
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
W61A	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender Diagnose oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte oder Alter < 12 Jahre
X01C	Rekonstr. Operation bei Verletzungen ohne kompliz. Konst., ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, ohne schw. Weichteilschäden, ohne kompl. OR-Prozedur, ohne auß. schw. CC, mit best. Nerven- od. Hautplastik, > 1 BT od. Alter < 18 J.
X05B	Anderer Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff
X60A	Bestimmte Verletzungen
X60B	Verletzungen und allergische Reaktionen ohne bestimmte Verletzungen
Y02A	Anderer Verbrennungen mit Hauttransplantation oder anderen Eingriffen bei Sepsis oder mit kompliz. Konst., hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
Y02B	Andere Verbrenn. m. Haut-Tx. od. and. Eingr. auß. b. Sep., oh. kompliz. Konst., oh. hochkompl. Eingr., oh. vierz. best. OR-Proz., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., m. auß. schw. CC, kompliz. Diagn., kompl. Proz., Dialyse od. Beatm. > 24 Std.

Tabelle A-4-3:

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

DRG	DRG-Text
801B	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit hochkomplexer OR-Prozedur oder mit komplizierender Konstellation, Alter > 17 Jahre oder ohne komplizierende Faktoren oder mit komplexer OR-Prozedur oder schweren CC, Alter < 16 Jahre
801E	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexe, komplexe oder bestimmte OR-Prozedur
802A	Bestimmte nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose oder andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte
802B	Andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit mäßig komplexer OR-Prozedur
802C	Andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne mäßig komplexe OR-Prozedur
802D	Wenig komplexe nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose
A01B	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtranspl. mit Beatmung > 59 und < 180 Std. od. mit Transplantatabstoßung od. mit komb. Nierentranspl. od. m. kombinierter Pankreastranspl. od. Alter < 6 J. oder od. m. intensivm. Komplexbeh. > 980 / 828 / - P.
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne komb. Nierentranspl., ohne kombinierte Pankreastranspl., Alter > 5 Jahre, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 980 / 828 / - P.
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden
A05Z	Herztransplantation
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / 7360 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.
A07E	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 17 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 184 / 368 Aufwandspunkte, ohne Beatmung > 1799 Stunden
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

DRG	DRG-Text
A09B	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 Punkte, mit angeb. Fehlbild. oder Tumorerkr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / - P., Alter < 16 J.
A11B	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit hochkomplexem Eingriff oder best. Eingriff und best. intensivmed. Komplexbeh. oder Alter < 2 Jahre bei angeborener Fehlbildung
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
A13B	Beatmung > 95 Stunden mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., Alter < 16 Jahre od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte und kompliz. Konst.
A13C	Beatmung > 95 Stunden 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
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
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit Entfernung eines Organtransplantates oder komplexer OR-Prozedur oder äußerst schweren CC oder komplizierender Konstellation
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber-, Dünndarm- oder Nieren-Pankreas-Transplantation
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
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
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
B04A	Beidseitige oder mehrzeitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen oder äußerst schwere CC
B04B	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, ohne mehrzeitige Eingriffe, ohne beidseitige Eingriffe, ohne äußerst schwere CC
B07Z	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC oder komplizierender Diagnose
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	Eingr. an periph. Nerven, Hirnnerven und and. Teilen des Nervensys. oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystr. od. Neurop., mit best. kompl. Eingr., Alt. < 16 J. oder mit mäßig kompl. Eingr., Alt. < 19 J. oder mit schw. CC od. Impl. Ereignis-Rekorder
B17D	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit mäßig komplexem Eingriff oder best. Eingriff und Alter < 19 J. oder schw. CC oder best. Diagnose
B18B	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder Revision eines Ventrikels-huntes oder operative Eingriffe bei nicht akuter Para- / Tetraplegie

DRG	DRG-Text
B18C	Andere Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B19A	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 18 Jahre oder mit komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre oder mit bestimmter intrakranieller Blutung
B20B	Kraniotomie oder große WS-Operation mit kompl. Prozedur, mit kompliz. Faktoren, Alter > 15 Jahre, ohne best. intrakran. Blutung oder Alter < 1 J. mit interv. oder großem intrakran. oder best. Eingriff oder mit kompl. Diagnose od. bei bösart. Neubildung
B20D	Kraniotomie oder große WS-OP mit komplexer Prozedur oder ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff oder mit bestimmter Prozedur oder bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1380 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur oder Alter < 10 Jahre bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 588 / 552 / 552 Punkte mit best. OR-Prozedur oder best. hochaufw. Implantate oder Alter > 9 Jahre bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B39A	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, mehr als 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
B42A	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder fachübergreifende u. andere Frührehabilitation mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B42B	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B44A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit neurologischer Komplexbehandlung oder anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls bei schwerer motorischer Funktionseinschränkung
B44B	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder schwerer motorischer Funktionseinschränkung

DRG	DRG-Text
B44C	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne schwere motorische Funktionseinschränkung
B45Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B61A	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt
B63Z	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion
B66D	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
B67A	Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung
B67B	Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
B68D	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B70A	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit komplizierender Diagnose oder bestimmter neurologischer Komplexbehandlung > 96 Stunden
B70B	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden 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
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne Komplexbehandlung der Hand oder mit kompl. Diagnose, ohne schw. CC oder außer bei Para- / Tetraplegie
B72A	Infektion des Nervensystems, Alter < 16 Jahre oder bestimmte Enzephalitis mit Intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 0 / 0 / 184 Aufwandspunkte
B72B	Infektion des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, ohne bestimmte Enzephalitis, ohne Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 0 / 0 / 184 Aufwandspunkte
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

DRG	DRG-Text
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, mit komplexer 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, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B78A	Intrakranielle Verletzung, Alter < 6 Jahre oder mit komplizierender Diagnose oder Intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
B78B	Intrakranielle Verletzung, Alter > 5 Jahre, ohne komplizierende Diagnose, ohne Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor oder andere Kopfverletzungen und bestimmte Fraktur
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung
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 oder Alter < 6 Jahre
B85B	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit komplexer Diagnose, zerebrale Lähmungen oder Delirium, Alter < 2 Jahre
B85C	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, zerebrale Lähmungen oder Delirium, Alter > 1 Jahr
B85D	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose
C01A	Komplexer Eingriff bei penetrierenden Augenverletzungen oder bestimmte Orbitotomie
C01B	Andere Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen oder Amnionmembrantransplantation oder bestimmte Biopsie
C03A	Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Entfernung Augapfel mit komplexem Eingriff oder komplizierenden Faktoren oder mit bestimmtem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung, Alter < 16 Jahre
C03B	Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Entfernung Augapfel ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Faktoren, mit bestimmtem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre
C03C	Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Entfernung Augapfel, ohne komplexen oder bestimmten Eingriff, außer bei bösartiger Neubildung
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder Amnionmembrantransplantation oder komplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Pars-plana-Vitrektomie oder Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
C07B	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), ohne komplexen Eingriff am Auge, ohne bestimmte Eingriffe bei Glaukom, Alter > 5 Jahre
C08A	Beidseitige extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) oder extrakapsuläre Extraktion der Linse oder bestimmte andere Eingriffe am Auge bei komplexer Diagnose oder Alter < 10 Jahre
C14Z	Andere Eingriffe am Auge
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte Transplantation am Auge außer bei bösartiger Neubildung am Auge
C62Z	Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen
C63Z	Andere Erkrankungen des Auges oder Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus
C64Z	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D03A	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf mit Hartgaumenplastik oder bestimmte Knochentransplantation an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen oder Alter < 2 Jahre
D06B	Andere Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder Alter > 15 Jahre, mit komplexer Prozedur oder Diagnose, ohne Resektion am Felsenbein, ohne intrakraniellen Eingriff bei BNB
D06C	Bestimmte Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, mit bestimmter Prozedur
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne komplexe Diagnose
D13A	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals mit komplizierender Diagnose oder bestimmtem Eingriff oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr
D15A	Tracheostomie mit äußerst schweren CC oder mit radikaler zervikaler Lymphadenektomie oder Implantation einer Kiefergelenkendoprothese
D15B	Tracheostomie ohne äußerst schwere CC, ohne radikale zervikale Lymphadenektomie
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
D20B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
D24A	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC oder mit Kombinationseingriff ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
D25B	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei BNB oder mit Eingriff an den oberen Atemwegen, mit Laryngektomie oder Exzision von Tumorgewebe, ohne äußerst schwere CC oder außer bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D28Z	Andere Eingriffe an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen oder totale Auflagerungsplastik der Maxilla
D30A	Tonsillektomie außer bei BNB od. versch. Eingriffe Ohr, Nase, Mund, Hals oh. äuß. schw. CC, m. aufw. Ingr. od. Ingr. Mundh., Mund, Alter < 3 J. od. m. kompl. Diag. od. Alter < 16 J. m. äuß. schw. od. schw. CC od. m. Ingr. Ohr, Trachea m. äuß. schw. CC
D30B	Tonsillektomie außer bei BNB oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals, Alter > 15 oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 12 Jahre oder Alter > 11 Jahre bei BNB oder mit anderem Eingriff oder ohne Eingriff an Hals, Trachea
D30C	Kleine Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals, Alter > 11 Jahre
D39Z	Andere Eingriffe an der Nase
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung
D63B	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege oder Blutung aus Nase und Rachen ohne äußerst schwere CC
D65Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals oder Verletzung und Deformität der Nase
E01A	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose
E01B	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose
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
E05B	Andere große Eingriffe am Thorax bei bösartiger Neubildung oder Alter < 18 Jahre oder Perikarddrainage mit äußerst schweren CC
E06B	And. Lungenresek., best. Ingr. an Thoraxorg., Thoraxw., Gefäßsystem od. Mediast., Alter > 9 und < 16 J. od. m. offen chirurg. Pleurolyse m. Ingr. an Lunge/Pleura od. best. atyp. Lungenresek. od. best. Brustkorbkorr. od. best. chirurg. Stab. d. Thoraxw.
E06C	Andere Lungenresektionen, best. Eingriffe an Thoraxorganen, Thoraxwand, Gefäßsystem od. Mediastinum, Alter > 15 J., ohne offen chirurgische Pleurolyse mit Ingr. an Lunge/Pleura, mit komplexem Eingriff an Atmungsorganen, Mediastinum und Brustkorb
E06D	Andere Lungenresektionen, best. Eingriffe an Thoraxorganen, Thoraxwand, Gefäßsystem od. Mediastinum, Alter > 15 J., ohne offen chirurgische Pleurolyse mit Ingr. an Lunge/Pleura, mit bestimmtem Eingriff an Atmungsorganen, Mediastinum und Brustkorb
E08A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden

DRG	DRG-Text
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingriff od. Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen od. mindestens 10 Bestrahlungen od. zerebrale, stereotaktische Bestrahlung
E08D	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingr. oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 10 Bestrahlungen, ohne zerebrale, stereotaktische Bestrahlung
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E40A	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur oder int. Komplexbehandlung > 196 / 368 / - Punkte oder komplizierender Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mit äußerst schw. CC oder ARDS
E40B	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre oder bei bestimmter Para- / Tetraplegie
E40C	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 h, mehr als 2 BT, mit kompl. Prozedur, IntK > - / 184 / - und < 197 / 369 / - Punkte bei akuter Exazerb. best. interstit. LungenKh, ohne äußerst schwere CC, außer bei best. Para- / Tetraplegie
E42B	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, außer bei traumatischem Hämato-/Pneumothorax
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder bestimmte Lungenembolie oder komplexe respiratorische Insuffizienz, Alter < 16 Jahre
E64A	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder bestimmte Lungenembolie oder IntK > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte oder Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern, Alter > 15 Jahre
E64C	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, IntK < - / - / 185 Aufwandspunkten, Alter > 15 Jahre
E64D	Respiratorische Insuffizienz, ein Belegungstag
E65A	Chron.-obstr. Atemwegserkrankung od. best. Atemwegsinfekt. mit auß. schw. CC od. best. hochaufw. Beh. od. kompliz. Fakt. od. Bronchitis u. Asthma bronch., > 1 BT, mit auß. schw. od. schw. CC, Alter < 1 J., mit RS-V.-Infekt., mit IntK > 196 / 184 / - P.
E65B	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung oder best. Atemwegsinfektion ohne äußerst schwere CC, mit komplizierender Diagnose oder mit FEV1 < 35% und mehr als ein Belegungstag oder Alter < 1 J. oder mit best. mäßig aufwendiger /and. aufwendiger Behandlung

DRG	DRG-Text
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 / andere aufwendige Behandlung
E66A	Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose
E69A	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung, Alter < 1 Jahr ohne RS-Virus-Infektion oder bei Para- / Tetraplegie
E69B	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als 1 BT u. Alter > 55 J. od. mit auß. schw. od. schw. CC, Alter > 0 J. od. 1 BT od. oh. auß. schw. od. schw. CC, Alter < 1 J. od. flex. Bronchoskopie, Alter < 16 J. od. andere mäßig aufw. Beh., mit RS-Virus-Infekt.
E69C	Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag oder ohne auß. 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
E71B	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, mit Ösophagusprothese oder endoskopischer Stufenbiopsie oder endoskopischer Biopsie am Respirationstrakt mit Chemotherapie ohne int. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Punkten
E71C	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne Ösophagusproth., ohne Stufenbiop., ohne Chemotherapie od. ohne endoskop. Biop. am Respir.-Trakt, mit Bronchoskop. mit starrem Instr. oder perkut. Biop. am Respir.-Trakt
E71D	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag od. ohne äußerst schwere CC, ohne Ösophagusproth., ohne Stufenbiopsie, ohne Chemoth. od. ohne endoskop. Biop. am Respir.-Trakt, ohne Bronchoskopie mit starrem Instr., ohne perkut. Biopsie am Respir.-Trakt
E73B	Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC
E74Z	Interstitielle Lungenerkrankung
E75B	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre oder best. andere Krankheiten der Atmungsorgane oder intensivmed. Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten od. Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern
E75C	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC, ohne best. andere Krankheiten der Atmungsorgane, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., ohne Komplexbeh. bei isolationspfl. Erregern oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose
E76B	Tuberkulose bis 14 Belegungstage oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
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
E77B	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter komplizierender Konstellation oder hochkomplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
E77C	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung oder schwersten CC oder weiteren komplizierenden Faktoren
E78Z	Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung, bis 2 Belegungstage, Alter > 17 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 komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne bestimmte mäßig aufwendige Behandlung
F01A	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stim. od. Defibrillator mit subk. Elektrode od. intrak. Pulsgen. mit kompliz. Fakt. od. myokardstim. Sys. od. aufwendige Sondenentf. mit kompliz. Fakt. od. Zweikammer-Stim. mit kompliz. Fakt.
F01B	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation mit komplizierenden Faktoren oder neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mehr als 24 Stunden mit komplizierenden Faktoren
F01C	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stimulation oder Defibrillator oder intrakardialer Pulsgenerator, ohne komplizierende Faktoren oder Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie
F01E	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation oder aufwendige Sondenentfernung, ohne Implantation eines Drucksensors in Pulmonalarterie, ohne Implantation eines intrakardialen Pulsgenerators, Alter > 17 Jahre
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
F02B	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Einkammer-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

DRG	DRG-Text
F03D	Herzklappeneingriff mit HLM, Alter > 0 J., IntK < 197 / 185 / - P., mit Zweifacheingr. od. bei angeb. Herzfehler, oh. kompl. Eingr. oder Alter < 16 J. od. oh. Zweifacheingr., auß. bei angeb. Herzfehler, Alter > 15 J. mit Impl. klappentr. Gefäßprothese
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne Eingr. in tiefer Hypoth., IntK < 197 / 185 / - P., ohne Zweifacheingr., auß. bei Endokarditis, auß. b. angeb. Herzfehler, ohne Impl. klappentr. Gefäßpr.
F06A	Koronare Bypass-Operation mit bestimmten mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
F06B	Koronare Bypass-Operation mit anderen mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder mit intraoperativer Ablation oder schwersten CC oder Implantation eines herzunterstützenden Systems
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit best. kompliz. Konstellation od. kompl. Operation oder IntK > - / 368 / - P. oder Alter < 18 Jahre mit Reop. Herz od. Perikard oder and. kompliz. Konstellation, mit best. kompl. Eingriffen
F07B	And. Eingr. mit HLM, Alter < 1 J. od. mit best. kompl. Konst. od. IntK > -/368 / - P., oh. best. kompl. Eingr. od. Alter > 0 J., IntK < -/369/- P., m. and. kompl. Eingr. mit Reop. Herz od. Perik. od. mit best. and. kompliz. Konst. od. mit best. Aortklers.
F07C	Andere Eingr. mit HLM, Alter > 0 J., IntK < - / 369/- P. oder Alter > 17 J. od. ohne Reop. od. ohne and. kompliz. Konst., ohne and. kompl. Eingriffe od. ohne Reop. an Herz od. Perikard od. ohne best. and. kompliz. Konst. od. ohne best. Aortklers.
F08A	Rekonstruktive Gefäßeingriffe mit komplizierender Konstellation oder komplexe Vakuumbehandlung oder komplexer Aorteneingriff
F08B	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellationen, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne komplexen Aorteneingriff, mit komplexem Eingriff mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Re-OP oder bestimmten Bypassen, mit äußerst schweren CC
F08D	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompl. Konst., ohne kompl. Aorteneingriff, mit kompl. Eingr. mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Reop. oder best. Byp., ohne auß. schw. CC, ohne best. Aorteneingriff oder bestimmter Bypass mit äußerst schweren CC
F08E	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne kompl. Aorteneingriff, mit komplex. Eingriff, ohne Mehretagen- oder Aorteneingriff, ohne Reop., ohne bestimmten Bypass, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Aorteneingriff
F08F	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne komplexen Aorteneingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Aorteneingriff, mit bestimmtem Eingriff

DRG	DRG-Text
F09A	Andere kardiothorakale Eingriffe, Alter < 16 Jahre, mit komplizierender Konstellation oder Exzision am Vorhof
F09B	Andere kardiothorakale Eingriffe, Alter > 15 Jahre, ohne kompl. Konst., ohne Exzision am Vorhof, mit mäßig kompl. kardiothorakalen Eingriffe. mit äußerst schweren CC oder best. kardiothorakalem Eingriff oder best. Perikardektomie bei chron. Perikarditis
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
F12B	Implantation eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem ohne äußerst schwere CC, ohne ablativ. Maßnahme, ohne PTCA oder Implantation eines Herzschrittmachers ohne aufwendige Sondenentfernung mit komplizierenden Faktoren
F12C	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, mit komplexem Eingriff oder Alter < 16 Jahre
F12D	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC oder isolierter offen chirurgischer Sondenimplantation oder aufwendiger Sondenentfernung oder mäßig komplexer PTCA
F12F	Impl. HSM, Zweikammersys., oh. äuß. schwere CC, oh. isol. offen chir. Sondenimpl., oh. aufw. Sondenentf., oh. mäßig kompl. PTCA od. Impl. HSM, Einkammersys. od. Impl. Ereignisrekorder, oh. invasive kardiolog. Diagnostik bei best. Eingriffen, Alter > 15 J.
F13B	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer oder unterer Extremität oder Revisionseingriff mit äußerst schweren CC, ohne mehrzeitige Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe
F14A	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit äußerst schweren CC
F14B	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe, ohne äußerst schwere CC
F17B	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammer- oder Zweikammersystem, Alter > 15 Jahre
F18A	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder mit aufwendiger Sondenentfernung
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
F19A	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC
F21B	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne hochkomplexen Eingriff, mit komplexem Eingriff oder bestimmter komplizierender Konstellation

DRG	DRG-Text
F21C	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, mit mäßig komplexem Eingriff oder anderer komplizierender Konstellation oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte
F21D	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmtem anderen Eingriff
F21E	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten anderen Eingriff
F27B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne äußerst schwere CC, ohne Gefäßeingriff, ohne bestimmte Amputation, ohne komplexe Arthrodesen des Fußes, ohne komplexen Hauteingriff, ohne Ringfixateur, mit mäßig komplexem Eingriff
F27C	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne äußerst schwere CC, ohne Gefäßeingriff, ohne best. Amputation, ohne komplexe Arthrodesen des Fußes, ohne Ringfixateur, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmtem aufwendigen Eingriff
F28C	Bestimmte Amputation bei Kreislauferkrankungen an unterer Extremität, ohne zusätzlichen Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere oder schwere CC
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
F41A	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt mit äußerst schweren CC
F41B	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt ohne äußerst 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
F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems oh. IntK > 392 / 552 / 552 Pkte, Alter > 5 J. und Alter < 16 J. od. mit kompl. Konstell. od. best. OR-Prozedur od. IntK > - / 368 / - Punkte, ohne best. Impl. herzunterst. System
F43C	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 15 J., ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, ohne best. OR-Prozedur, ohne best. Impl. herzunterst. System
F48Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
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

DRG	DRG-Text
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 best. andere kardiologische Diagnostik oder best. komplexer Diagnose
F49F	Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, mit best. Eingr.
F49G	Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, ohne best. Eingr.
F50A	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit hochkomplexer Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen oder Implantation eines Ereignisrekorders oder Alter < 16 Jahre oder best. angeb. Herzfehler oder mit kompl. Ablation, Alter < 18 Jahre
F50C	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen ohne hochkomplexe Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne best. angeb. Herzfehler, ohne komplexe Ablation, Alter > 15 Jahre
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination
F51B	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal, ohne bestimmte Aortenprothesenkombination
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie oder koronare Lithoplastie
F58B	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, 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
F62B	Herzinsuff. und Schock mit auß. schw. CC, mit Dialyse oder kompliz. Diag. od. mit best. hochaufw. Beh. od. ohne kompliz. Konst., ohne best. hochaufw. Beh., mehr als 1 BT bei best. akuten Nierenvers. mit auß. schw. CC od. Komplexbeh. des akut. Schlaganf.
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne auß. schw. CC od. ohne Dialyse, ohne kompliz. Diagnose, ohne kompliz. Konst., ohne best. hochaufw. Beh., mehr als 1 Belegungstag, ohne best. akut. Nierenvers. od. ohne auß. schw. CC. ohne Komplexbeh. des akut. Schlaganf.
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
F65B	Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte
F66A	Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
F67A	Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter hochaufwendiger / mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung
F67C	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige / mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, ohne primäre Überfunktion von Nebenschilddrüse oder Nebenniere, Alter > 17 Jahre
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
F69A	Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC
F69B	Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere CC
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC
F71A	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit kathetergestützter elektrophysiologischer Untersuchung des Herzens oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung
F72A	Angina pectoris mit äußerst schweren CC
F73B	Synkope und Kollaps, Alter > 13 Jahre oder mehr als ein Belegungstag
F75A	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
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
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
G02B	Bestimmte komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder andere Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeb. Fehlbildung, Alter < 2 Jahre oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose, ohne bestimmte komplizierende Faktoren
G02C	Andere komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder andere Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose, ohne Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre

DRG	DRG-Text
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 äuß. schw. od. schw. CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder best. Eingriffe an abd. Gefäßen mit äuß. schw. CC oder Implantation eines Antireflux-Stimulationssystems od. best. Gastrektomie
G07B	Appendekt. od. laparoskop. Adhäsiolyse bei Peritonitis mit äuß. schw. od. schw. CC od. kl. Eingr. an Dünn-/Dickdarm, oh. äuß. schw. CC od. best. Anorektopl., Alt. > 9 J. u. Alt. < 16 J. od. mit laparoskop. Adhäsiolyse od. Rektopexie od. best. Magenexz.
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 > 15 Jahre, ohne laparoskopische Adhäsiolyse, ohne Rektopexie
G12B	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
G12C	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit wenig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag
G12D	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe OR-Prozedur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexe OR-Prozedur, mit bestimmtem Eingriff oder Alter < 14 Jahre oder bei bösartiger Neubildung der Verdauungsorgane
G14Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff
G16A	Komplexe Rektumresektion od. and. Rektumres. m. best. Eingr. od. kompl. Diagnose od. mehrz. Enterostomaanlage und -rückverlagerung, m. kompliz. Konstell. od. plast. Rekonstruktion m. myokut. Lappen od. IntK > 196/ 368/ - P. od. endorektale Vakuumtherapie
G16B	Komplexe Rektumresektion od. andere Rektumres. mit best. Eingr. od. kompl. Diag. od. mehrz. Enterostomaanlage u. -rückverlagerung, ohne kompliz. Konstell. od. plast. Rekonstruktion m. myokut. Lappen od. IntK > 196/ 368/ - P. ohne endorekt. Vakuumtherapie
G17A	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre
G18A	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder andere Eingriffe am Darm oder an abdominalen Gefäßen mit bestimmtem hochkomplexem Eingriff oder Diagnose oder mit endorektaler Vakuumtherapie
G18B	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder andere Eingriffe am Darm oder an abdominalen Gefäßen mit bestimmter sehr komplexer Prozedur oder Diagnose
G18C	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder andere Eingriffe am Darm mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff

DRG	DRG-Text
G19A	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, mit komplizierender Konstellation oder bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre ohne bestimmte Operationen an Pharynx oder Magenband
G19B	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff
G19C	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff
G21A	Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 J., ohne äußerst schw. oder schw. CC od. andere Eingriffe an Darm u. Enterostoma od. best. Eingriffe am Pharynx od. Verschluss Darmfistel m. äußerst schw. CC od. aufw. Eingriff am Darm oder Alter < 16 Jahre
G21B	Andere Eingriffe an Darm und Enterostoma oder bestimmte Eingriffe am Pharynx oder Verschluss Darmfistel ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff am Darm, Alter > 15 Jahre
G22B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung, mit laparoskopischer Adhäsiolyse oder sekundärer Appendektomie oder Alter < 16 Jahre
G22C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung, ohne laparoskopische Adhäsiolyse, ohne sekundäre Appendektomie
G23A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis oder Exzision erkranktes Gewebe Dickdarm ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung oder Endometriose am Darm
G24B	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
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 > 17 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne kleinen Eingriff am Rektum
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, ohne äußerst schwere CC
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

DRG	DRG-Text
G36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane > 1470 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1104 und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte oder mit endoösophagealer Vakuumtherapie, mit aufwendigem Eingriff
G36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / - Aufwandspunkte und < 1177 / 1105 / - 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
G46A	Komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC oder andere Gastroskopie bei schw. Krankh. der Verd.organe, mit äußerst schweren CC, Alter < 15 Jahre, mehr als ein BT
G46B	Komplexe therapeutische Gastroskopie mit schw. CC od. and. Gastroskopie mit 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. Ingr.
G46D	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 anderen aufwendigen Eingriff
G47B	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, ohne bestimmte endoskopische Maßnahme am Dickdarm oder mehr als ein Belegungstag
G48A	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, mit schwerer Darminfektion oder bei bösartiger Neubildung oder bestimmter Darminfektion mit äußerst schweren CC
G48B	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, ohne schwere Darminfektion, außer bei bösartiger Neubildung od. best. Darminfektion od. ohne äußerst schwere CC
G50Z	Komplexe therapeutische Gastroskopie und bestimmte andere Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 14 Jahre
G52Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G60A	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC oder bestimmte hochaufwendige Behandlung
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit bestimmten komplizierenden Faktoren

DRG	DRG-Text
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC
G70A	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 18 Jahre oder mit komplexer Diagnose
G70B	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre, ohne komplexe Diagnose
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane
G72B	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane, Alter > 2 Jahre oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 2 Jahre und Alter < 56 Jahre oder ohne CC
G73Z	Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
G77A	Bestimmte Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G77B	Andere Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 J., mit kompl. Eingriff oder intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P.
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 J., ohne kompl. Eingriff, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P.
H05Z	Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen
H06B	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit bestimmtem Eingriff und komplexer Diagnose, Dialyse, komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation
H06C	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation
H07B	Cholezystektomie und wenig komplexe Eingriffe an Gallenblase, Gallenwegen, Leber ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation
H08A	Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand, Alter < 12 Jahre oder mit endoskopischer Steinentfernung oder mit bestimmter Diagnose
H08C	Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand, Alter > 11 Jahre

DRG	DRG-Text
H09A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit bestimmtem Eingriff mit äußerst schweren CC oder aufwendiger Eingriff am Dünndarm mit bestimmten komplizierenden Faktoren
H12B	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff
H16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
H38A	Bestimmte komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff 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
H40B	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung ohne äußerst schwere CC
H41A	Bestimmte ERCP mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, mit Zugang durch retrograde Endoskopie
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 komplexem Eingriff oder Alter < 16 J. oder andere ERCP mit Radiofrequenzablation und endoskopischer Stentimplantation oder andere aufwendige ERCP oder bestimmter endoskopischer Eingriff mit bestimmter BNB
H41F	Andere ERCP ohne bestimmte oder andere aufwendige ERCP, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte BNB oder bestimmte Pankreatitis
H44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H60Z	Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC oder komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H61B	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, Alter < 18 Jahre oder mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit Pfortaderthrombose
H61C	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, Alter > 17 Jahre
H62B	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, mit akuter Pankreatitis mit Organkomplikation oder Leberzirrhose oder bestimmter nichtinfektiöser Hepatitis, Alter > 15 Jahre
H62C	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, ohne akute Pankreatitis mit Organkomplikation, ohne Leberzirrhose, ohne bestimmte nichtinfektiöse Hepatitis, Alter > 15 Jahre
H77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H78Z	Bestimmte komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas

DRG	DRG-Text
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. Vakuumbeh. od. BNB u. kompl. OR-Proz. od. kompl. Gewebe-Tx m. auß. schw. 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 auß. 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 periprotetische Fraktur an der Schulter oder am Knie
I05A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC
I05B	Implantation oder Wechsel einer inversen Endoprothese am Schultergelenk oder Implantation einer Sprunggelenkendoprothese
I06A	Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit hochkomplexem Korrekturingriff oder bestimmtem mehrzeitigen Eingriff oder mit Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit komplizierender Konstellation oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC
I07A	Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I08A	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit hochkomplexem Eingriff bei Beckenfraktur, mit bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren CC oder mit weiteren komplizierenden Faktoren
I08C	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Einbringen von Abstandhaltern od. and. komplexen Eingriffen od. auß. schw. CC od. bei kompl. Diagnose od. Ersatz des Hüftgelenks mit Eingriff an oberer Extremität od. Wirbelsäule ohne best. kompliz. Faktoren
I08G	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexem Eingriff
I08I	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten anderen Eingriff, Alter > 11 Jahre, ohne Eingriff an der unteren Extremität
I09B	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten expandierbaren Implantaten oder bestimmter langstreckigen Spondylodese oder mehrzeitigen komplexen Eingriffen
I09C	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit best. kompl. Faktoren, mit Wirbelkörperersatz oder komplexer Spondylodese oder andere mehrzeitige komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit aufwendiger intens-med. Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten
I09G	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten anderen kompliz. Faktoren oder mit anderen kompl. Faktoren und Frakturen Halswirbelsäule oder BNB der Wirbelsäule mit Kyphoplastie, mit Radiofrequenzablation oder komplexer Eingriff an der Wirbelsäule

DRG	DRG-Text
I09H	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten anderen kompliz. Faktoren oder mit anderen kompliz. Faktoren, ohne Frakturen HWS, ohne BNB der Wirbelsäule oder ohne Kyphoplastie od. ohne Radiofrequenzabl., ohne komplexen Eingriff an der Wirbelsäule
I09I	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne komplizierende Faktoren
I10A	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
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 oder mit äußerst schweren oder schweren CC ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, ohne bestimmten anderen Eingriff an der Wirbelsäule
I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff, mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als 1 Belegungstag, Alter < 18 Jahre oder mit bestimmtem anderen kleinen Eingriff ohne äußerst schwere oder schwere CC
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 oder ohne bestimmten anderen kleinen Eingriff, 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
I12B	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, mit Revision des Kniegelenkes, mit Einbringen oder Wechsel von Abstandshaltern oder Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre
I13C	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit best. Mehrfacheingr. od. kompliz. Diag. od. bei Endopr. der oberen Extrem. 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 mit bestimmtem anderen Mehrfacheingriff oder komplizierender Diagnose oder bei endoprothetischem Eingriff an der oberen Extremität od. mit Fixateur externe oder mit and. kompl. Eingr. od. bei sek. BNB Knochen/-mark
I13E	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
I13F	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit bestimmtem anderen Eingriff an den Extremitäten oder bei bösartiger Neubildung oder kleiner Eingriff bei Knochen- und Gelenkinfektion oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC

DRG	DRG-Text
I13G	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten ohne bestimmten anderen Eingriff an den Extremitäten, außer bei bösartiger Neubildung, ohne kleinen Eingriff bei Knochen- und Gelenkinfektion oder Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I14Z	Revision eines Amputationsstumpfes
I15B	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, ohne bestimmten intrakraniellen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an der Mandibula oder Alter > 15 Jahre
I17A	Aufwendige Operationen am Gesichtsschädel oder Alter < 16 Jahre
I20B	Eingriffe am Fuß mit mehreren komplexen Eingriffen od. hochkompl. Eingriff od. Teilwechsel Endoprothese d. unteren Sprunggelenks od. bei Zerebralparese od. mit kompl. Eingriff und kompl. Diagnose od. mit Eingriff an Sehnen des Rückfußes, Alter < 12 Jahre
I20C	Eingriffe am Fuß ohne mehrere komplexe Eingriffe, ohne hochkomplexen Eingriff, mit bestimmten komplizierenden Faktoren oder Alter > 11 Jahre
I20D	Eingriffe am Fuß ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit Knochentransplantation oder schwerem Weichteilschaden oder bestimmtem Eingriff am Fuß oder Kalkaneusfraktur
I23A	Andere kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen mit bestimmten kleinen Eingriffen am Knochen oder Revision mit Osteosynthese an der oberen Extremität 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 > 17 Jahre
I26A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 785 / 829 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I26B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe oder bestimmte hochaufwendige Implantate
I27A	Eingriffe am Weichteilgew. od. kleinfl. Gewebe-Tx m. best. Diagn. u. best. Ingr. od. m. auß. schw. CC od. b. BNB m. schw. CC, m. best. Diagn. u. kompl. Ingr. od. Nephrekt. od. best. BNB m. best. Ingr. Abdomen od. Thorax od. Tx e. Zehe als Fingerersatz
I27B	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebe-Tx mit äußerst schweren CC oder bei BNB mit schweren CC oder mit kompliz. Faktoren, mit schweren CC oder bei BNB oder mit best. Ingr. am Weichteilgewebe, > 1 Belegungstag oder best. Eingriff
I27C	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen mit schweren CC oder bei BNB oder mit bestimmtem Eingriff am Weichteilgewebe, mehr als ein Belegungstag oder bestimmter Eingriff ohne komplizierende Faktoren
I27E	Bestimmte kleine Eingriffe am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag
I28B	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit komplexem Eingriff an Thorax und Abdomen oder Implantation/Wechsel best. Medikamentenpumpen oder Eingriff bei bösartiger Neubildung an Knochen und Gelenken, mehr als ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
I28C	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit bestimmtem Eingriff an Knochen, Weichteilen oder Bindegewebe, mehr als ein Belegungstag oder Alter < 10 Jahre
I28E	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, ohne bestimmte, mäßig komplexe und komplexe Eingriffe, Alter > 9 Jahre oder ein Belegungstag
I29A	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, bei komplizierender Diagnose oder Eingriff an mehreren Lokalisationen
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder best. Osteosynthesen an der Klavikula ohne kompliz. Diagnose, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen oder sonst. arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette mit bestimmten Eingriffen an der Schulter
I30A	Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk, Alter < 16 Jahre oder komplexe Eingriffe am Kniegelenk mit sehr komplexem Eingriff oder bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter < 18 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC
I31A	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, mit aufwendigen Eingriffen am Unterarm
I31B	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand oder bestimmte Eingriffe bei Mehrfragmentfraktur der Patella, mit bestimmten komplexen Eingriffen am Unterarm
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
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, mindestens 14 Tage
I43B	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk oder Entfernung bestimmter Endoprothesen am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC
I46A	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC oder Eingriff an mehreren Lokalisationen
I47A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff
I50A	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit bestimmtem Eingriff oder bestimmter Vakuumbehandlung mit kontinuierlicher Sogbehandlung ab 8 Tagen

DRG	DRG-Text
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, Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I66D	Kinder-/jugendrheum. Komplexbeh. 7 bis 13 Behandlungstage, Alter > 0 Jahre od. Amyloidose, adulte Form des Morbus Still, best. Vaskulitiden od. syst. rheum. Erkrankungen, Alter < 16 Jahre od. m. multisystem. Entzündungssyndrom bei COVID-19, mehr als 1 BT
I66E	Amyloidose, bestimmte Vaskulitiden oder adulte Form des Morbus Still, Alter > 15 Jahre
I66F	Frakturen an Becken und Schenkelhals oder bestimmte Systemkrankheiten des Bindegewebes
I66G	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne bestimmte Erkrankungen, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Aufwandsp. od. multisystemisches Entzündungssyndrom bei COVID-19 od. Alter < 6 J., 1 BT
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh., oh. Wirbelsäulenfraktur
I69A	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathie mit bestimmter Arthropathie oder Muskel- / Sehnenenerkrankung bei Para- /Tetraplegie
I69B	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathie ohne bestimmte Arthropathie, ohne Muskel- / Sehnenenerkrankung bei Para- /Tetraplegie
I71B	Muskel- und Sehnenenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur
I73Z	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes
I74B	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß oder leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit unspezifischen Arthropathien ohne äußerst schwere oder schwere CC
I74D	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß oder leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre
I75A	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit CC
I75B	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne CC oder Entzündungen von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln ohne äußerst schwere oder schwere CC

DRG	DRG-Text
I76B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne septische Arthritis oder Alter > 15 Jahre
I87B	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I95B	Implantation einer Tumorendoprothese ohne Implantation oder Wechsel einer bestimmten Endoprothese, ohne Knochentotalersatz am Femur, ohne resezierende Eingriffe am Becken bei bösartiger Neubildung, Alter > 17 Jahre
J02A	Hauttransplantation oder bestimmte Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion oder ausgedehnte Lymphadenektomie oder Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomose, mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff
J02B	Hauttransplantation oder bestimmte Lappenplastik an der unteren Extr. bei Ulkus od. Infektion od. ausgedehnte Lymphadenekt. oder Gewebetransplant. mit mikrovask. Anastomose, mit äuß. schw. CC, oh. kompl. Eingr. od. oh. äuß. schw. CC, m. kompl. Eingr.
J02C	Hauttransplantation oder bestimmte Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion oder ausgedehnte Lymphadenektomie, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
J03Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung
J08A	Bestimmte Hauttransplantation oder Debridement mit Eingriff an Kopf und Hals oder mit bestimmtem Eingriff an Haut und Unterhaut oder Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung, mit äußerst schweren CC
J09B	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre
J10B	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff
J11A	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit komplexem Eingriff bei komplizierender Diagnose oder bei Para- / Tetraplegie oder selektive Embolisation bei Hämangiom
J11B	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit komplizierender Diagnose oder mit mäßig komplexer Prozedur oder Diagnose oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit bestimmtem Eingriff bei bösartiger Neubildung oder Pemphigoid
J11C	And. Eingr. an Haut, Unterhaut u. Mamma oh. kompliz. Diag., oh. mäßig kompl. Proz. od. Diagn., Alter > 17 J. od. oh. äuß. schw. oder schw. CC, m. best. Eingr. od. m. Hidradenitis suppurativa od. bei BNB/Pemphigoid od. mit kl. Eingr. an d. Haut u. Weicht.
J11D	And. Eingr. an Haut, Unterhaut u. Mamma oh. kompliz. Diag., oh. mäßig kompl. Proz. od. Diagn., Alter > 17 J. od. oh. äuß. schw. od. schw. CC, oh. best. Eingr., oh. Hidradenitis suppurativa, auß. b. BNB od. Pemphigoid, oh. kl. Eingr. an d. Haut od. Weicht.
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

DRG	DRG-Text
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
J24B	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, mit Prothesenimplantation, ohne bestimmte Mammareduktionsplastik, ohne beidseitige Mastopexie
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
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
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 mit komplexer Diagnose
J64C	Andere Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Alter > 5 Jahre oder ohne komplexe Diagnose
J68B	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre
J77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte zweizeitige Eingriffe an der Hypophyse
K06B	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, bei BNB oder mit auß. schw. oder schw. CC oder Ingr. an der Schilddrüse außer kl. Ingr., mit Thyreoidektomie durch Sternotomie oder Alter < 16 Jahre
K06C	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse u. Ductus thyreogl. ohne IntK > 392 / 368 / - P., auß. bei BNB, oh. auß. schw. od. schw. CC, mit Ingr. an d. Schilddrüse auß. kl. Ingr., ohne Thyreoidektomie durch Sternotomie, Alter > 15 J. od. Alter < 18 J.
K09C	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit mäßig komplexem Eingriff, Alter > 15 Jahre
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Radiojodtherapie
K15D	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmte nuklearmedizinische Therapie
K44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen

DRG	DRG-Text
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 6 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K60C	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 17 Jahre oder ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder schwerste Ernährungsstörungen oder äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag
K60D	Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC oder multiplen Komplikationen oder Ketoazidose oder Koma, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K60E	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag
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
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 oder Alter < 1 Jahr
K64D	Endokrinopathien ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne invasive endokrinologische Diagnostik, Alter > 17 Jahre oder außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 0 Jahre
K77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
L02B	Operatives Einbringen eines Peritonealkatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse
L04A	Bestimmte komplexe Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinations-eingriff oder bestimmte Harnblaseneingriffe oder Alter < 16 Jahre
L06A	Bestimmte kleine Eingriffe an den Harnorganen mit äußerst schweren CC
L06C	Andere kleine Eingriffe an den Harnorganen, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
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
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
L09E	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz oder bei chron. Niereninsuff. mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne best. Laparotomie, ohne bestimmten anderen Eingriff, Alter > 17 Jahre
L10Z	Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung ohne Multiviszeraleingriff oder Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, mit großem Eingriff am Darm
L12A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
L12B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 9 Tagen
L13A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, mit bestimmtem Eingriff mit CC oder mit komplexem Eingriff
L13B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC, ohne komplexen Eingriff, mit anderem Eingriff
L18A	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit äußerst schweren CC
L20A	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, mit äußerst schweren CC
L20B	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre oder Alter > 89 Jahre
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
L37Z	Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L40Z	Diagnostische Ureterorenoskopie
L44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L60A	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder mit Dialyse und akutem Nierenversagen und äußerst schweren CC oder mit Dialyse und komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
L60B	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse und komplizierenden Faktoren oder äußerst schweren CC oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, Alter > 15 Jahre
L60C	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC oder Alter < 18 Jahre mit schweren CC, ohne intensivmedizinische 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
L63B	Infektionen der Harnorgane ohne best. hochaufw. Beh., mit best. aufwendiger Beh. od. mit äußerst schw. CC, ohne Komplexbeh. bei isolationspfl. Erregern od. mit Komplexbeh. bei isolationspfl. Erregern od. bei TBC des Urogenitalsyst., ohne äußerst schw. CC
L63E	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne best. mäßig aufw. / aufw. / hochaufw. Behandlung, ohne Komplexbeh. b. isolationspfl. Erregern, ohne best. schw. Infektionen, Alter > 5 und < 18 Jahre, ohne schwere CC od. Alter > 17 und < 90 Jahre
L68A	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 18 Jahre
L68B	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 17 Jahre
L69A	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
L70B	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre
L71Z	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse
L74Z	Bestimmte Krankheiten und Störungen der Harnorgane bei Para- / Tetraplegie
M02A	Transurethrale Prostataresektion oder bestimmte andere Operationen an der Prostata mit äußerst schweren CC
M04B	Eingriffe am Hoden mit bestimmtem Eingriff bei Orchitis mit Abszess oder bösartiger Neubildung oder bestimmte Eingriffe am Hoden oder bestimmte Eingriffe an Urethra und Prostata bei bösartiger Neubildung
M04D	Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff oder Alter > 2 Jahre, ohne schwere CC oder ohne beidseitigen Hodenhochstand oder Alter > 13 Jahre
M09A	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder BNB des Penis
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen

DRG	DRG-Text
M37Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Erkrankungen und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane oder Eingriffe am Hoden bei Fournier-Gangrän mit äußerst schweren CC
M60A	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC
M61Z	Benigne Prostatahyperplasie
N01C	Beckeneviszierung bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit schweren CC
N02C	Eingriffe an Uterus und Adnexen od. best. Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei BNB od. best. Eingriffe am Darm od. Rekonstruktion von Vagina und Vulva, ohne äuß. schw. CC, ohne kompl. Eingriff, mit mäßig kompl. Eingriff
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder bestimmte Embolisation an viszeralen u. anderen abdominalen Gefäßen auß. bei bösartiger Neubildung oder andere Hysterektomie auß. bei bösartiger Neubildung mit Beckenbodenplastik
N09B	Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, kleine Eingriffe an Blase, Uterus, Bauchwand und Peritoneum
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation und kleine Eingriffe an Vagina und Vulva
N11B	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder äußerst schwere CC
N13A	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva auß. bei BNB od. kl. Eingriffe an Vagina/Douglasr. od. best. Ingr. an der Harnblase, Alter > 80 J. od. auß. schw. od. schw. CC od. best. Fistelverschl. od. best. Embolis. an visz. und and. abd. Gefäßen bei BNB
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
N23Z	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukleation
N60A	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC
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
O05B	Cerclage und Muttermundverschluss oder komplexe OR-Prozedur oder bestimmte intrauterine Operation am Feten, mehr als ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
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 od. Maßn. bei postpart. Blutung, > 19 vollend. SSW, oh. kompliz. Proz. od. Thromboemb. während der Gestationsp. oh. OR-Proz. od. schwere od. mäßig schwere kompliz. Diag. bis 33 vollend. SSW
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe mit Beatmung > 480 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen mit Beatmung > 899 Stunden
P04A	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g, mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Prozedur oder mehrz. kompl. OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Std. oder mehrere schwere Probleme mit Beatmung > 320 Std. oder temporärer Verschluss eines Bauchwanddefektes
P05A	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, mit Beatmung > 275 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren
P05B	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, ohne Beatmung > 275 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P06A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g, sig. OR-Proz. oder Beatmung > 95 Std., best. mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Proz. oder mit Beatmung > 120 Std. oder best. aufwendige OR-Proz., mit Beatmung > 240 Std. oder mehrz. kompl. OR-Proz. oder Dialyse
P06B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g, sig. OR-Proz. oder Beatmung > 95 Std., mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Proz. od. mit Beatmung > 120 Std. od. best. aufwendige OR-Proz., oder mit Beatmung > 240 Std. oder mehrz. kompl. OR-Proz. oder Dialyse
P06C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme oder ohne sig. OR-Prozedur oder ohne Beatmung > 120 Std., ohne bestimmte aufwendige OR-Prozeduren
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
P66C	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem
P66D	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit Hypothermiebehandlung oder Krampfanfall mit bestimmten diagnostischen Maßnahmen oder Beatmung > 24 Stunden

DRG	DRG-Text
P67B	Neugeborenes, Aufnahmegeg. > 2499 g mit schw. Prob., oh. Hypothermiebeh., oh. Krampfanfall mit best. diag. Maßnah., oh. Beatmung > 24 Std. od. mit anderem Prob., mehr als ein Belegungstag, neugeb. Mehrling od. mit bestimmter aufwendiger Prozedur
P67C	Neugeborenes, Aufnahmegeg. > 2499 g oh. sig. OR-Proz., oh. Beatmung > 95 Std., ohne schw. Prob., anderes Problem und mehr als ein Belegungstag oder nicht signifikante OR-Prozedur, ohne Mehrling, ohne bestimmte aufwendige Prozeduren
Q01Z	Eingriffe an der Milz
Q02C	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe u. des Immunsystems oh. äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre, oh. bestimmte Exzisionen u. Resektionen Mediastinum od. Thymus, oh. best. aufwendige / hochaufwendige Behandlung
Q60C	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Granulozytenstörung oder Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere CC
Q60D	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC
Q61B	Andere Erkrankungen der Erythrozyten, ohne äußerst schwere CC
Q63A	Aplastische Anämie, Alter < 16 Jahre oder bestimmte Anämie
Q63B	Aplastische Anämie, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte Anämie
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
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R14Z	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Therapie mit offenen Nukliden bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als ein Belegungstag
R60A	Akute myeloische Leukämie m. hochkomplexer Chemoth., Alter > 17 J. od. m. int. Chemoth. m. kompliz. Diagnose od. Dialyse od. Portimpl. od. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P. od. schwerste CC od. best. kompl. Diagnostik bei Leuk., Alter < 16 J.

DRG	DRG-Text
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose od. Dialyse od. Portimplantation od. intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte od. schwerste CC od. best. kompl. Diagnostik bei Leuk., Alter > 15 J.
R60C	Akute myel. Leukämie m. int. Chemo, äuß. schw. CC od. kompl. Diagnostik b. Leuk. od. Port od. m. mäß. kompl. Chemo m. best. kompliz. Fakt. od. m. äuß. schw. CC m. kompl. Diagnost. od. KomplBeh. isolat.pfl. Erreg. m. Dial. od. äuß. schw. od. schwerste CC
R60D	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth., ohne kompliz. Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimpl., oh. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - AufwP., oh. äuß. schwere CC, oh. kompl. Diagnostik b. Leukämie od. mit Dialyse od. äußerst schweren CC
R60E	Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemoth., ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimpl., ohne äußerst schwere CC od. mit lokaler Chemoth. od. mit Komplexbeh. bei multiresistenten Erregern od. mit kompl. Diagnostik bei Leukämie
R60F	Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Sepsis oder bestimmter komplizierender Konstellation oder mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, mit hochkompl. Chemotherapie oder schwersten CC
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Sepsis oder anderer kompliz. Konstell. oder mit kompl. Diagnose oder Portimpl., mit äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre od. mit äuß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom, mit kompl. Diagnostik bei Leukämie od. mit schwersten CC
R61D	Lymphom u. nicht akute Leukämie m. Agranuloz., Portimpl., Komplbeh. bei isolationspfl. Erregern od. kompl. Diag. bei Leukämie, > 15 J., mit intens. Chemo od. < 18 J. od. m. äuß. schw. CC od. Blastenkrise, oh. kompl. Diag. bei Leukämie, oh. schwerste CC
R61E	Lymph. u. nicht akute Leukämie mit best. kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, Alt. > 17 J., oh. intensive Chemoth. od. kompl. Diag., kompliz. Proz., Alt. < 16 J. od. best. Lymph. mit best. Chemo. od. kompl. Diag., and. Komplbeh. b. isolat.pfl. Erregern
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie oh. best. kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, Alter < 16 J. od. mit kompl. Diag. od. kompliz. Prozedur, Alter > 15 J., oh. best. Lymphom m. best. Chemoth., oh. kompl. Diagnose, oh. and. Komplbeh. b. isolat.pfl. Erregern
R61H	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Prozedur, Alter > 15 Jahre
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit kompliz. Diagnose oder Portimplantation oder mit Knochenaffektionen oder best. Metastasen oder äußerst schweren CC oder Dialyse oder Alter < 1 Jahr, mit komplexer Diagnose oder kompliz. Konstellation
R63B	Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC

DRG	DRG-Text
R63E	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemoth., mit Dialyse oder Sepsis oder Agranulozytose oder Portimplantat. oder mit lokaler Chemoth. oder best. Agranulozytose mit auß. schw. CC, mit Dialyse oder Sepsis oder Portimplant. oder auß. schw. CC
R77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei bestimmten hämatologischen und soliden Neubildungen
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit, mit äußerst schweren CC
T01B	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer Prozedur oder komplizierender Konstellation bei sonstiger Sepsis oder mit bestimmtem komplexen Eingriff oder mit äußerst schweren CC
T01C	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer Prozedur oder komplizierender Konstellation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC
T01D	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne bestimmte komplexe Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC mit bestimmtem anderen Eingriff
T01E	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne bestimmte komplexe Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten anderen Eingriff
T36Z	Intensivmedizinische Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandsp. bei infektiösen und parasitären Krankheiten oder OR-Prozedur bei inf. u. parasitären Krankh. mit best. komplexer Prozedur oder kompliz. Konstellation mit IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
T44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei infektiösen und parasitären Krankheiten
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
T60C	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Z. n. Organtransplantation oder mit kompl. Diagnose oder auß. schweren CC, Alter > 17 Jahre, außer bei best. Para- / Tetraplegie, ohne best. ERCP, ohne schwerste CC oder mit IntK > 196 / 184 / 368 Punkte
T60D	Sepsis mit anderer komplizierender Konstellation, außer bei Z. n. Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte oder Alter < 10 Jahre
T60E	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, mehr als ein Belegungstag
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

DRG	DRG-Text
T62A	Fieber unbekannter Ursache mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre
T62B	Fieber unbekannter Ursache ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 6 Jahre
T63B	Schwere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, Alter > 13 Jahre oder ohne komplexe Diagnose
T63C	Mäßig schwere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, Alter > 13 Jahre oder ohne komplexe Diagnose
T64A	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit bestimmter komplexer Diagnose, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
T64C	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
T77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen
U60B	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
U63Z	Schwere affektive Störungen
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen
U66Z	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen oder psychische Störungen in der Kindheit
V60A	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit bestimmten psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol oder HIV-Krankheit
V61Z	Drogenintoxikation und -entzug
V63Z	Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit
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
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, Alter > 5 Jahre
W61B	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe, ohne komplizierende Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, Alter > 11 Jahre
X01B	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne kompliz. Konstellation, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, mit schweren Weichteilschäden oder komplex. OR-Prozedur oder best. mäßig kompl. Eingriff oder äußerst schw. CC, mehr als 1 BT

DRG	DRG-Text
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
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers
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
Y02D	Andere Verbrenn. m. Hauttr. od. and. Eingr. oh. äuß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn., oh. komplexe Proz., oh. Dialyse, oh. Beat. > 24 Std., oh. kompliz. Konst., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., oh. best. Spalthauttranspl., Alter > 17 J.
Y03Z	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen
Z01A	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation
Z01C	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten Eingriff
Z64C	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, ohne bestimmten Kontak Anlass oder allergologische Provokationstestung bis 2 Belegungstage

Tabelle A-5:

Gegenüberstellung der DRGs je MDC (siehe Kapitel 3.4.2)

MDC	Bezeichnung	Anzahl DRGs 2024	Anzahl DRGs 2025	Veränderung (in %)
00	Prä-MDC	74	73	-1,4
01	MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	112	111	-0,9
02	MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges	30	31	+3,3
03	MDC 03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	56	56	0
04	MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	66	66	0
05	MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	149	148	-0,7
06	MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	90	90	0
07	MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepato biliärem System und Pankreas	49	50	+2,0
08	MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	178	178	0
09	MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	52	52	0
10	MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	43	43	0
11	MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	72	72	0
12	MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	27	27	0
13	MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	39	39	0
14	MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	25	25	0
15	MDC 15 Neugeborene	41	41	0
16	MDC 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	15	15	0
17	MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen	50	50	0
18A	MDC 18A HIV	7	7	0

MDC	Bezeichnung	Anzahl DRGs 2024	Anzahl DRGs 2025	Veränderung (in %)
18B	MDC 18B Infektiöse und parasitäre Erkrankungen	25	25	0
19	MDC 19 Psychische Krankheiten und Störungen	13	13	0
20	MDC 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	6	6	0
21A	MDC 21A Polytrauma	14	14	0
21B	MDC 21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	17	17	0
22	MDC 22 Verbrennungen	9	9	0
23	MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	14	14	0
24	MDC 24 Sonstige DRGs	10	10	0
25	MDC 25 Teilstationäre pädiatrische Diagnostik und Behandlung	10	10	0
-1	Fehler-DRGs und sonstige DRGs	3	3	0
Gesamt		1.296	1.295	-0,1