

InEK

Abschlussbericht

Weiterentwicklung des
aG-DRG-Systems
für das Jahr
2021

Klassifikation, Katalog und
Bewertungsrelationen

Teil I: Projektbericht

Siegburg, den 17. Dezember 2020

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

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

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1 EINFÜHRUNG	1
2 METHODIK DER WEITERENTWICKLUNG	3
2.1 Datenerhebung und Datenprüfung	3
2.2 Datenaufbereitung	3
2.3 Versionsüberleitung der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	4
3 aG-DRG-SYSTEM 2021	5
3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	5
3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung	9
3.2.1 Datenbasis	9
3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung	9
3.2.1.2 Ergänzende Datenbereitstellung	13
3.2.2 Vorschlagsverfahren	15
3.2.2.1 Grundzüge des Verfahrens	15
3.2.2.2 Beteiligung	16
3.2.2.3 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge	16
3.2.3 Ausgliederung der Pflegepersonalkosten	18
3.2.4 Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG)	21
3.2.4.1 Sachkostenkorrektur	21
3.2.4.2 Gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen	23
3.3 Schwerpunkte der Weiterentwicklung	25
3.3.1 Anpassung der Methodik	25
3.3.1.1 Aktualisierung der Plausibilitätsprüfungen	25
3.3.1.2 Berechnung der Bewertungsrelationen für Belegversorgung	30
3.3.1.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen	32
3.3.1.4 Überarbeitung der CCL-Matrix	34
3.3.1.5 Einbeziehung von verlegten Fällen und Überliegern	39
3.3.1.6 Berechnung der Bezugsgröße	40
3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation	44
3.3.2.1 Abdominalchirurgie	44
3.3.2.2 Augenheilkunde	50
3.3.2.3 COVID-19-Pandemie	52
3.3.2.4 Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma	55
3.3.2.5 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	57
3.3.2.6 Extremkosten	59
3.3.2.7 Gastroenterologie	61
3.3.2.8 Geburtshilfe	65
3.3.2.9 Gefäßchirurgie und -interventionen / Angiologie	66
3.3.2.10 Globale Funktionen	70
3.3.2.11 Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	74

3.3.2.12	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	77
3.3.2.13	Intensivmedizin	79
3.3.2.14	Kardiologie und Herzchirurgie	82
3.3.2.15	Komplexbehandlung und Isolation bei Infektion mit nicht multiresistenten Erregern	86
3.3.2.16	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	87
3.3.2.17	MDC 15 – Neugeborene	90
3.3.2.18	MDC 21B	93
3.3.2.19	Neurologie und Neurochirurgie	94
3.3.2.20	Onkologie	96
3.3.2.21	Operative Gynäkologie	99
3.3.2.22	PKMS und hochaufwendige Pflege	100
3.3.2.23	Polytrauma	101
3.3.2.24	„Reste“-DRGs	103
3.3.2.25	Sonstige DRGs	104
3.3.2.26	Strahlentherapie	105
3.3.2.27	Teilstationäre Leistungen bei Kindern	107
3.3.2.28	Transplantationen	109
3.3.2.29	Unfallchirurgie/Orthopädie	111
3.3.2.30	Urologie	116
3.3.2.31	Versorgung von Kindern	119
3.3.2.32	Wirbelsäulenchirurgie	123
3.3.3	Integration neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in das G-DRG-System	126
3.3.4	Sortierung	127
3.3.5	Kondensationen	129
3.3.5.1	Ausgangssituation	129
3.3.5.2	Analysen	130
3.3.6	Erstellung der G-DRG-Versionen aufgrund von ICD- und OPS-Anpassungen	135
3.3.6.1	Anpassungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	135
3.3.6.2	Überleitung auf die ab 1. Januar 2021 gültigen Versionen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen	136
3.3.6.3	Behandlung nicht identischer Codes mit „Vorgängerkode“	137
3.3.6.4	Behandlung nicht identischer Codes ohne „Vorgängerkode“ (neue Codes)	139
3.3.7	Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien	140
3.3.8	Schlichtungsausschuss	141
3.4	Statistische Kennzahlen	143
3.4.1	Wesentliche Ergebnisse und Änderungen zum Vorjahr	143
3.4.1.1	Erweiterung und Umbau der Fallgruppen	143
3.4.1.2	Nicht bewertete DRGs	143
3.4.1.3	Zusatzentgelte	144
3.4.2	Analyse des Pauschalierungsgrades	151
3.4.3	Statistische Güte der Klassifikation	153
3.4.4	Analyse der Verweildauer	157
3.4.4.1	Verweildauervergleich der Datenjahre 2017, 2018 und 2019	157
3.4.4.2	Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer	159
4	PERSPEKTIVEN DER WEITERENTWICKLUNG	163
	ANHANG	165

Abkürzungen

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

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

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

1 Einführung

Dieser Bericht stellt Verfahrensweisen und wichtige Ergebnisse der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2021 vor. Die aufbereiteten detaillierten Kalkulationsergebnisse je DRG-Fallpauschale finden Sie im Report-Browser auf unserer Internetseite.

Gem. § 17b Abs. 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) wurden die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen erstmals für 2020 aus dem G-DRG-System ausgegliedert und deren Vergütung gleichzeitig in eine separate Pflegepersonalkostenvergütung überführt. Ein so massiver Eingriff in ein bestehendes Vergütungssystem ist mit gewissen Unsicherheiten verbunden, die im vorliegenden Bericht ebenso adressiert werden wie die grundsätzliche Vorgehensweise der Ausgliederung.

Zahlreiche Vorschläge der medizinischen Fachgesellschaften, der Verbandsorganisationen der Krankenhäuser und Krankenkassen sowie weiterer Institutionen im „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2021 (Vorschlagsverfahren 2021)“ 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 an dieser Stelle ganz besonders bei den 236 Krankenhäusern, die durch ihre aktive freiwillige Teilnahme an der Kostenkalkulation und unvermindert großem Engagement an der Bereitstellung einer soliden Datenbasis gearbeitet haben. Ohne dieses Engagement der Kalkulationskrankenhäuser wäre die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems in der vorliegenden Form nicht möglich. Den gesetzlichen Vorgaben zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation folgend, haben 58 weitere Krankenhäuser aufgrund ihrer verpflichtenden Teilnahme an der Kostenerhebung fallbezogene Kostendatensätze geliefert. Diesen 58 Häusern sei an dieser Stelle ebenfalls sehr herzlich für ihr Engagement gedankt. Durch ihre aktive Beteiligung konnte ein weiterer Schritt zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation geleistet werden.

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

Das InEK legte den Selbstverwaltungspartnern (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) am 28. August 2020 den Entwurf des aG-DRG-Systems und des Pflegeerlös-Katalogs 2021 vor. Nach ausführlicher Beratung der Fach- und Entscheidungsgremien konnten der aG-DRG-Fallpauschalen-Katalog 2021 und der Pflegeerlös-Katalog 2021 sowie die dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen am 5. November 2020 konsentiert werden.

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

Für die Mitarbeiter der InEK GmbH

Dr. Frank Heimig
Geschäftsführer

Christian Jacobs
Abteilungsleiter
Medizin

Dr. Michael Rabenschlag
Abteilungsleiter
Ökonomie

Mathias Rusert
Bereichsleiter
Statistische
Auswertungen

Siegburg, im Dezember 2020

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 2021 erforderlichen Anpassungen der Methodik werden in Kapitel 3.3.1 im Einzelnen beschrieben. Analoge Darstellungen der Vorgehensweise finden sich in älteren Berichten zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems. Diese stehen auf unserer Internetseite (www.g-drg.de) im Archiv zum Herunterladen zur Verfügung.

2.1 Datenerhebung und Datenprüfung

Datenerhebung

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

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

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

Datenprüfung

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

2.2 Datenaufbereitung

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

- Bereinigung bei fehlender DRG-Relevanz

Das G-DRG-System gilt nicht für die Leistungen der in § 17d KHG genannten Einrichtungen (Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung – PEPP-Entgeltsystem). Die entsprechenden Fälle wurden in eine separate Datenhal-

tung überführt. Gleiches gilt für vorstationäre Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung sowie Begleitpersonen.

- Überliegerbereinigung

Als Überlieger galten Behandlungsfälle, die vor dem 1. Januar 2019 aufgenommen, aber erst 2019 entlassen wurden. Für die Weiterentwicklung wurden nur Überliegerfälle berücksichtigt, für die das Kalkulationskrankenhaus eine Erklärung über die Vollständigkeit des auf das Vorjahr entfallenden Kostenanteils im Datensatz abgegeben hatte.

- Korrektur Zusatzentgelte

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

2.3 Versionsüberleitung der ICD-10- und OPS-Klassifikationen

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

Für identische Codes ergibt sich keine Notwendigkeit einer Überleitung.

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

- Klassifikatorische Überleitung
- Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

Für neu in die ICD-10-GM- und OPS-Klassifikation aufgenommene Codes, für die keine Überleitungsempfehlung des 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 2021

3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Das aG-DRG-System 2021 umfasst insgesamt 1.285 DRGs. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Veränderungen zur Vorjahresversion:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
aG-DRG-System 2021	1.285	- 7
davon im Fallpauschalen-Katalog, Hauptabteilung	1.228	- 17
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	42	± 0
davon rein teilstationäre DRGs	15	+10
davon bewertet (Anlage 1c)	2	± 0

Tabelle 1: Überblick über das aG-DRG-System 2021

Im Zusatzentgelte-Katalog (Anlage 2 Fallpauschalenvereinbarung, FPV) 2021 befinden sich 81 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 83). Die Anzahl der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 FPV 2021) liegt bei 145 (Vorjahr: 135).

Für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems wurden in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG Angaben zu ca. 22,2 Mio. Fällen (Entgeltbereich „DRG“) aus 1.447 Krankenhäusern übermittelt.

Nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen liegt die Anzahl der Kalkulationskrankenhäuser mit 282 um 16 niedriger als im Vorjahr. Die auswertbare Fallmenge aus den Kalkulationskrankenhäusern betrug ca. 4,6 Mio. Fälle. Im vollstationären Bereich ist die auswertbare Fallmenge aus den Kalkulationskrankenhäusern (ca. 4,4 Mio. Fälle) im Vergleich zum Vorjahr um 1,1% gesunken.

Nachdem im letzten Jahr die Veränderungen des Systems vor allem im Zeichen der durch den Gesetzgeber vorgegebenen Pflegepersonalkosten-Ausgliederung standen, wurde bei der diesjährigen Systemweiterentwicklung neben den klassifikatorischen Umbauten auch ein besonderes Augenmerk auf die zukünftige Abbildung der COVID-19-Fälle im Entgeltsystem gelegt.

COVID-19

Da die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems auf den Kalkulationsdaten des Vorjahres basiert und die in diesem Jahr durch den Gesetzgeber verpflichtenden unterjährigen Datenlieferungen 2020 gem. § 21 KHEntgG keine Kostendaten enthalten, konnten bei der Weiterentwicklung zum aG-DRG-System 2021 direkt keine Fälle mit COVID-19 (U07.1! COVID-19, Virus nachgewiesen und U07.2! COVID-19, Virus nicht nachgewiesen) zur Analyse herangezogen werden. Fälle mit einer Diagnose U07.1! COVID-19, Virus nachgewiesen wurden jedoch über Umbauten im aG-DRG-System 2021 berücksichtigt und somit erlösrelevant. So wurde der Sekundärdiagnosekode U07.1! sowohl in die Basis-DRGs E65 Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung [...], E69 Bronchitis

und *Asthma bronchiale* [...], E75 *Andere Krankheiten der Atmungsorgane* [...], T63 *Virale Erkrankung* [...] und A11 *Beatmung > 95 Stunden* [...] als auch als schweregradsteigernde Diagnose (entsprechend der „Vorbild“-Diagnose *Grippe mit Pneumonie* [...]) (J10.0) mit einem CCL-Wert von 2 in das PCCL-System aufgenommen. Auch durch eine „Umleitung“ von isolationspflichtigen Fällen der MDC 03 in die bereits entsprechend differenzierte Basis-DRG E65 und Split der DRG D63Z [...] *Infektionen der oberen Atemwege* [...] neu nach PCCL > 3, ist im aG-DRG-System 2021 eine aufwandsentsprechende Abbildung der COVID-19-Fälle möglich. Die Erweiterung der „DRG-Familie“ *Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern* in 8 MDCs führt außerdem dazu, dass in diese DRGs vermehrt Fälle auch mit nicht multiresistenten Erregern wie z.B. COVID-19-Fälle eingruppiert werden. Weitere Informationen finden sich in Kapitel 3.3.2.3.

Änderungen und Umbauten im aG-DRG-System 2021

Der Fokus der Weiterentwicklung der Fallpauschalen lag insbesondere auf den Kondensationen von DRGs, der Überarbeitung der CCL-Matrix, der Vergütung von teilstationären Leistungen bei Kindern und der Abbildung von bösartigen Neubildungen.

■ Kondensationen

Einem Beschluss des Rechnungsprüfungsausschusses des Deutschen Bundestages aus 2019 folgend wurde im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems ein besonderes Augenmerk auf die Kondensation von DRGs gelegt. Der Beschluss sieht vor, dass die Abbildung von Kostenunterschieden erst ab einer bestimmten Größenordnung vorgesehen sei, um ein höheres Maß an Pauschalierung zu erreichen. Die Ausdifferenzierung des aG-DRG-Systems soll hierbei im Mittelpunkt einer umfassenden Revision des Abrechnungssystems und seiner Abrechnungsregeln stehen. Die DRGs des aG-DRG-Systems 2021 wurden nach der klassifikatorischen Überarbeitung unter bestimmten Kriterien auf eine mögliche Kondensation hin überprüft und im Ergebnis – überwiegend wegen eines geringen oder nicht mehr existierenden Kostenunterschieds – in der Anzahl um 21 DRGs reduziert. Eine ausführliche Beschreibung und Analyse der DRG-Zusammenfassungen ist in Kapitel 3.3.5 dargestellt.

■ CCL-Matrix

Eine Vorabanalyse der Kalkulationsdaten 2019 zeigte, dass nach der Herausnahme der Pflegepersonalkosten für das aG-DRG-System 2020 für eine Vielzahl von Diagnosen die Einstufung im CCL-Schweregrad-System nicht mehr oder nicht mehr in der aktuellen Höhe durch Mehrkosten begründet war. Dies zeigte sich in größerem Umfang als im letzten Jahr angenommen. Demnach wurde in der Entwicklung zum aG-DRG-System 2021 zunächst ein Schwerpunkt auf die Auswirkungen der Pflegepersonalkosten-Ausgliederung auf die CCL-Matrix gelegt. Die CCL-Matrix wurde in großem Umfang analysiert und angepasst. Multiple Abwertungen, Streichungen, Aufwertungen und Aufnahmen wurden simuliert und nach Bewertung zum Teil umgesetzt. Auch wurden Diagnosen mit starkem Fallzahlwachstum, großer Häufigkeit oder großer Bedeutung für das Gesamtsystem überprüft. Im Ergebnis wurden zahlreiche Codes auf- oder abgewertet. In diesem Jahr waren außerdem deutlich mehr Neuaufnahmen von Diagnosekodes möglich als in den Vorjahren. Auch die meisten Hin-

weise aus dem Vorschlagsverfahren konnten in diesem Rahmen umgesetzt werden (siehe Kap. 3.3.1.4).

■ Teilstationäre Leistungen

Teilstationäre Leistungen sind nach FPV (Fallpauschalenvereinbarung) mit tagesbezogenen teilstationären Fallpauschalen oder mit Entgelten abzurechnen, die nach § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG krankenhausindividuell vereinbart worden sind. Damit sind krankenhausindividuelle Vereinbarungen für teilstationäres Erbringen aller DRGs „grundsätzlich“ möglich. Im Vorschlagsverfahren für das aG-DRG-System 2021 wurden 20 Anträge der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD) zu spezifisch definierten pädiatrischen teilstationären DRGs gestellt. Die neuen teilstationären pädiatrischen DRGs sollten „zunächst als unbewertete DRGs“ etabliert werden. Die Vorschläge wurden laut Antrag von allen großen pädiatrischen Fachgesellschaften unterstützt. Die Umsetzung bedurfte einer eindeutigen Leistungsdefinition, wozu auf Basis eines OPS-Antrags für teilstationäre pädiatrische Komplexbehandlung durch das BfArM Dienstsitz Köln (ehemals DIMDI) neue OPS-Kodes geschaffen wurden. 10 neue unbewertete DRGs wurden in der neuen MDC 25 *Teilstationäre pädiatrische Diagnostik und Behandlung* etabliert, in denen Fälle mit relevanten OPS-Kodes und spezifischen Attributen eingruppiert werden.

Fälle mit dem für den OPS Version 2021 neu etablierten Kode 1-221 *Teilstationäre Augenuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit* werden beispielsweise im aG-DRG-System 2021 in die neue unbewertete Basis-DRG 746 *Augenuntersuchung in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär* der MDC 25 eingruppiert.

■ Bösartige Neubildungen

In den Kalkulationsdaten des Jahres 2019 zeigten sich in vielen DRGs Fälle mit bösartigen Neubildungen in größerem Ausmaß kostenauffällig als in den Vorjahren. Relevante Haupt- und Nebendiagnosen sowie typische operative Eingriffe bei bösartiger Neubildung (u.a. Neck Dissection und andere aufwendige Lymphadenektomien) wurden in diesem Jahr umfangreich auf ihre Abbildung hin untersucht.

Im Ergebnis wurde eine Vielzahl von Aufwertungen umgesetzt, die sowohl hinsichtlich der Anzahl der Umbauten wie auch der Relevanz der Veränderungen in weitem Maße die Umbauten der Vorjahre übertreffen. Als Beispiel seien hier zu nennen, dass in der Basis-DRG H41 *ERCP [...]* die Aufwertung der Fälle mit einer Hauptdiagnose bösartiger Neubildung von Leber, Gallenwegen oder Pankreas (außer Lebermetastasen) aus der DRG H41D in die DRG H41C erfolgte. In der Basis-DRG J61 *Schwere Erkrankungen der Haut [...]* wurden alle Fälle mit einem bösartigen Melanom als Hauptdiagnose aus der DRG J61C in die DRG J61B aufgewertet.

Insgesamt wurden über 40 Umbauten mit relevanten Fallzahlen in 12 MDCs vorgenommen. Dies führte zu einer Case-Mix-Steigerung durch die Weiterentwicklung im Vergleich zwischen der aG-DRG-Version 2020 und der aG-DRG-Version 2021 von +9.596 Case-Mix-Punkten (+0,5%). Dies bedeutet einen Zugewinn in der Vergütung bei Fällen mit einer Hauptdiagnose bösartige Neubildung von rund 35 Mio. €.

■ Kinder

Wie in jedem Kalkulationsjahr erfolgte eine umfassende Überprüfung der DRGs mit Gruppierungsrelevanz des Kindesalters. Daraus resultierte, dass 6 Kinder-DRGs aufgrund einer ansonsten drohenden Schlechterstellung mit anderen DRGs kondensiert und entsprechende Fälle somit aufgewertet wurden. Des Weiteren zeigte sich, dass die Erweiterung bestehender Alterssplits in 4 Basis-DRGs sowie die Neu-Einführung von Alterssplits in 11 (Basis-)DRGs notwendig war, um eine sachgerechte Vergütung zu gewährleisten. Neben diesen „Kindersplits“ wurden auch klassifikatorische Anpassungen durchgeführt. Orthopädische Fälle wie beispielsweise Fälle mit der Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation eines Schrauben-Stab- oder wachstumslenkenden Schrauben-Band-Systems, die im aG-DRG-System 2020 in der DRG I10E *Anderere Eingriffe an der Wirbelsäule [...]* (Systems 2020: RG 0,995) abgebildet und 2020 einen NUB-Status 1 hatten, werden im aG-DRG-System 2021 durch Abbildung in der Basis-DRG I09 *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule [...]*: DRGs I09E (RG 3,551) bzw. I09F (2,808) sachgerecht aufgewertet. Rheumatologische Fälle im Kindesalter wurden innerhalb der Basis-DRG I66 *Anderere Erkrankungen des Bindegewebes [...]* neu zugeordnet, wie z.B. Fälle mit der systemisch beginnenden Form der juvenilen chronischen Arthritis (Morbus Still), die differenziert nach Alter < 1 Jahr bzw. Alter < 16 Jahre kostenentsprechend neu in die DRGs I66C bzw. I66 D im Sinne einer Aufwertung eingruppiert wurden. Auch das Splitkriterium *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter* wurde in diesem Jahr in vier weiteren DRGs erlösrelevant.

Im Ergebnis aller Umbauten resultiert daraus eine Case-Mix-Steigerung durch Weiterentwicklung im Vergleich aG-DRG-Version 2020 vs. aG-DRG-Version 2021 von +10.039 Case-Mix-Punkten (+1,06%). Dies bedeutet insgesamt einen Zugewinn in der Vergütung bei der Behandlung von Kindern von rund 36,8 Mio. €.

■ Extremkosten

Im Rahmen der seit 2014 durchgeführten Extremkostenanalysen sind, beispielhaft für eine Vielzahl von Detailumbauten, in der MDC 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* im Bereich Allgemeine Chirurgie Fälle mit teuren, hochkomplexen Eingriffen, deren Erlöse die Kosten nicht deckten, aufgefallen. Dort fanden sich Fälle mit Segmentresektionen des Duodenums, des Jejunums, des Ileums oder mit multiplen Segmentresektionen des Dünndarms, die aus der DRG H06A in die DRG H09A verschoben und somit deutlich aufgewertet wurden. Auch im Bereich der Abdominalchirurgie fanden sich im Rahmen der Extremkostenanalysen erneut Fälle mit teuren, hochkomplexen Eingriffen, deren Erlöse die Kosten nicht deckten. In verschiedenen Basis-DRGs der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* zeigte sich, dass Fälle mit endoösophagealer oder endorektaler Vakuumtherapie nicht sachgerecht abgebildet sind. Diese Fälle konnten letztlich in einem komplexen Umbau, bei dem diverse DRGs betroffen waren, aufgewertet werden.

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

	aG-DRG-System 2020	aG-DRG-System 2021	Verbesserung (in %)
R ² -Wert auf Basis aller Fälle	0,7673	0,7711	+0,5
R ² -Wert auf Basis der Inlier	0,8457	0,8486	+0,3

Tabelle 2: Vergleich der Varianzreduktion R² im aG-DRG-System 2020 und aG-DRG-System 2021, (Basis: Datenjahr 2019)

3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung

3.2.1 Datenbasis

3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung

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

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

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

Kriterium	Erhebung von Daten gem. § 21 KHEntgG	Erhebung von Kostendaten
Anzahl Krankenhäuser	1.447	282
Anzahl Betten	419.988	108.439
Anzahl Fälle	22.194.192	4.960.962

Tabelle 3: Umfang der Datenlieferung, Entgeltbereich „DRG“, Datenjahr 2019 (Stand: 31. Mai 2020)

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

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

Zusammensetzung der Datenlieferungen

Alle Darstellungen zur Zusammensetzung der Datenlieferungen beziehen sich auf den in Tabelle 3 dokumentierten Umfang von 1.447 Krankenhäusern bzw. 282 Kalkulationskrankenhäusern. Abbildung 1 zeigt die regionale Zusammensetzung der Erhebungen nach dem Bundesland der einbezogenen Krankenhäuser auf.

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

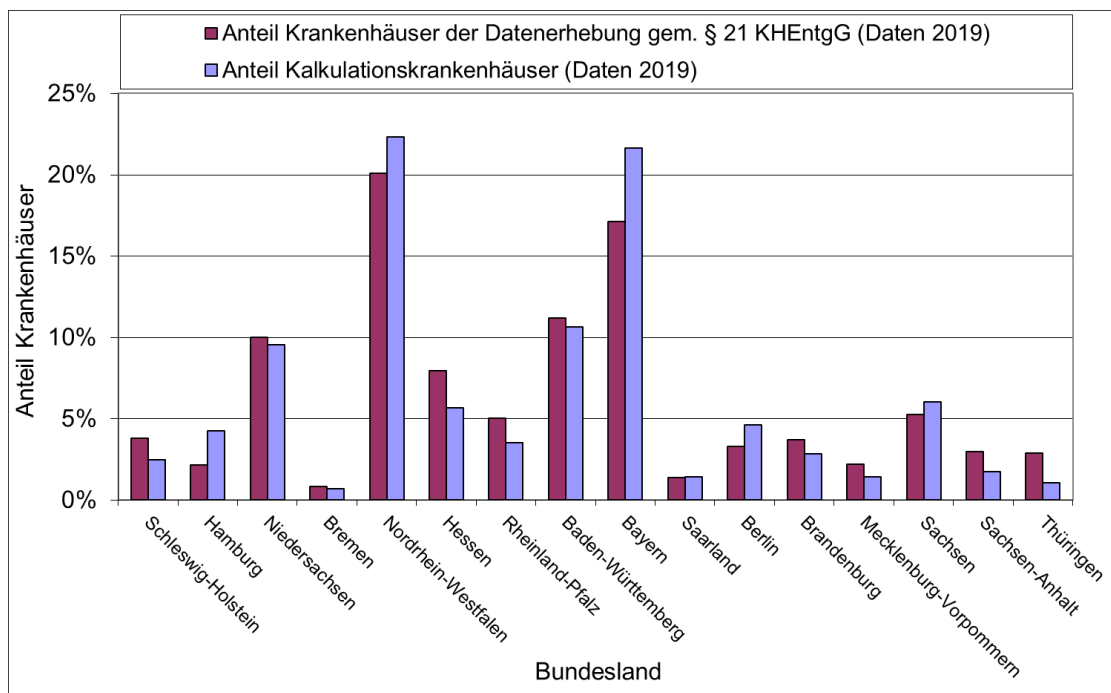


Abbildung 1: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser, Datenjahr 2019

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

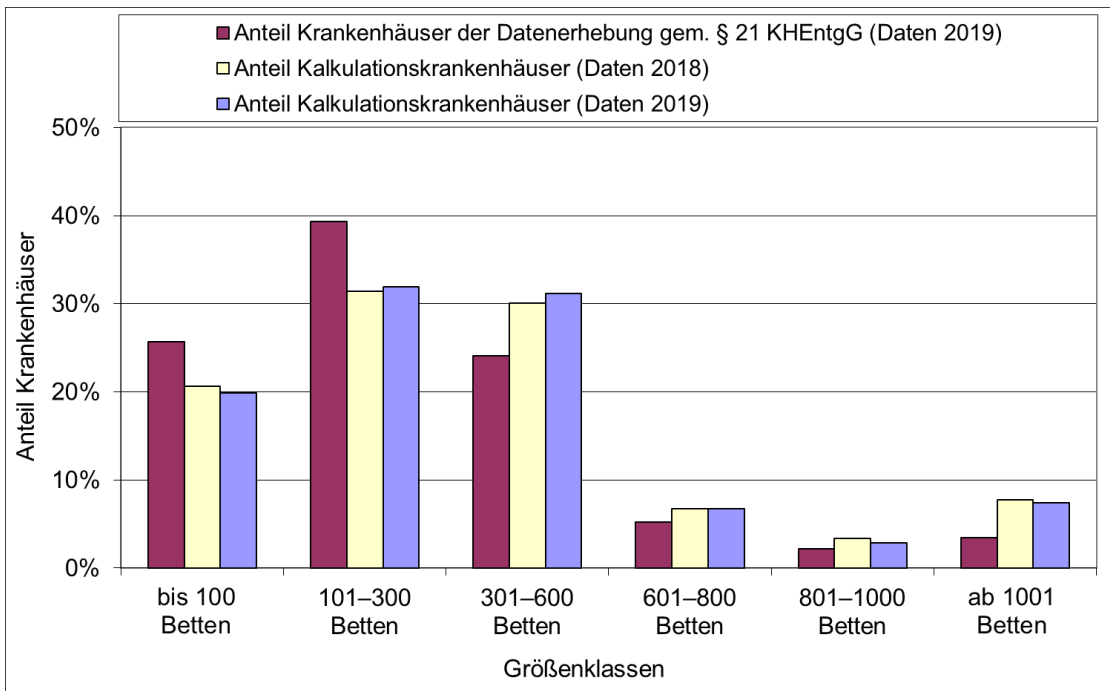


Abbildung 2: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser, Datenjahr 2019

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

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

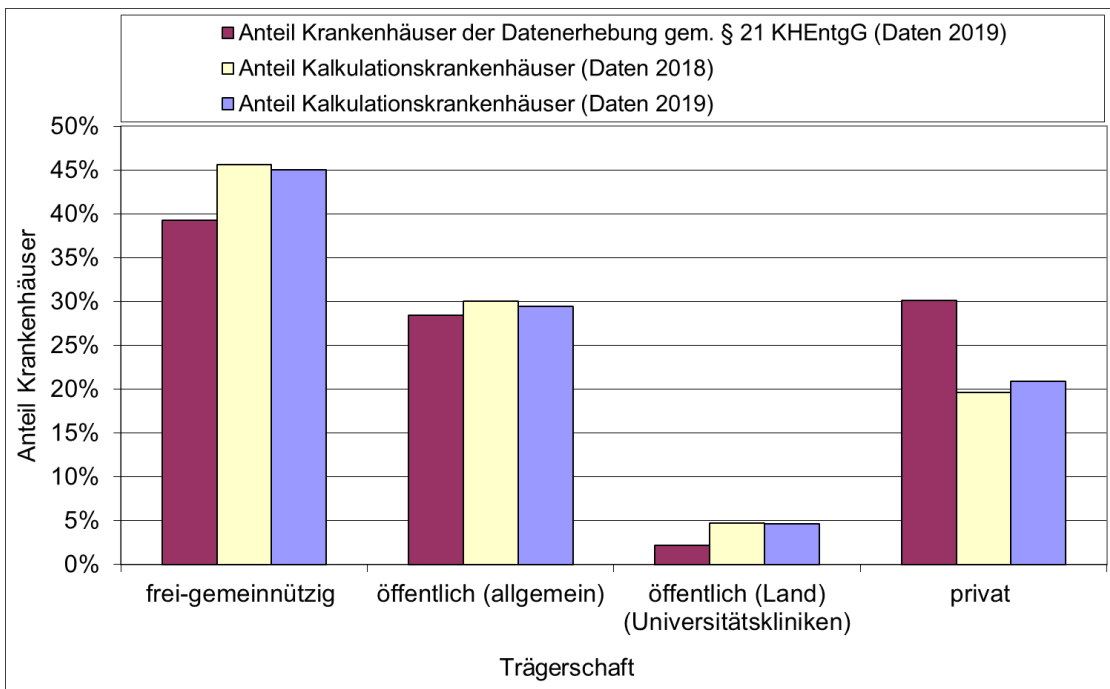


Abbildung 3: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser, Datenjahr 2019

Aus der Gegenüberstellung der Kalkulationskrankenhäuser mit den Krankenhäusern der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG ist bei den Kalkulationskrankenhäusern ein Übergewicht der frei-gemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäuser erkennbar. Andererseits sind bei den Kalkulationskrankenhäusern private Krankenhäuser mit einem geringeren Anteil als in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG vertreten. Der Vergleich der beiden Datenjahre 2018 und 2019 zeigt einen leichten Anstieg des Anteils privater Kalkulationskrankenhäuser, während dieser Anteil bei frei-gemeinnützigen sowie bei nicht universitären öffentlichen Kalkulationskrankenhäusern leicht zurückgeht.

Umfang der Datenlieferungen

Der Anteil fehlerhafter Datensätze an den übermittelten Daten gem. § 21 KHEntgG lag nach Auswertung der Datenstelle mit 0,15% unverändert auf niedrigem Niveau (0,10%).

Insgesamt stellten die Kalkulationskrankenhäuser 5.797.841 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 3,6 Prozeduren und 5,9 Nebendiagnosen auf. Die Kostendaten wiesen je Fall im Durchschnitt 26,7 verschiedene Kostenmodule aus.

Nach Ausschluss der vom Matchingproblem betroffenen und der nicht DRG-relevanten Datensätze standen 4.960.962 Fälle mit Kosten- und Leistungsdaten zur Verfügung (siehe Tab. 3).

Bereinigungen und Korrekturen

Tabelle 4 zeigt die von den verschiedenen Bereinigungs- und Korrekturmaßnahmen (siehe Kap. 2.2) betroffenen Fallmengen. Die Prozentangaben beziehen sich auf die 4.960.962 geprüften Datensätze.

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

Tabelle 4: Ergebnis der Datenbereinigungen und -korrekturen (bezogen auf 4.960.962 Datensätze, Entgeltbereich „DRG“), Basis: Datenjahr 2019

Datenumfang nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen

Nach den Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie den Bereinigungen und Korrekturen (siehe Kap. 2.1, 2.2 und 3.3.1.1) standen schließlich 4.582.181 Datensätze zur Verfügung. Auf Grundlage der Ergebnisse der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen haben musste kein Krankenhaus seine Kalkulationsdatensätze komplett stornieren.

Insgesamt wurden 7,6% der 4.960.962 geprüften Datensätze durch Bereinigung sowie durch Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen von der Kalkulation ausgeschlossen.

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

Abteilungsart	Fallzahl vor Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen	Fallzahl nach Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen
Versorgung in Hauptabteilung	4.731.113	4.417.153
Belegärztliche Versorgung	63.898	57.181
Teilstationäre Versorgung	165.951	107.847
Gesamt	4.960.962	4.582.181

Tabelle 5: Fallmengen der Kalkulationskrankenhäuser (nur Fälle mit Kosten- und Leistungsdaten, Entgeltbereich „DRG“) vor und nach Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen, differenziert nach Abteilungsart, Basis: Datenjahr 2019

Der Anteil plausibler Fälle lag im Datenjahr 2019 damit bei 92% (Vorjahr: 89%).

3.2.1.2 Ergänzende Datenbereitstellung

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

Neben dieser Differenzierung der Datenbasis ermöglicht die ergänzende Datenbereitstellung in Einzelfällen ein Verkürzen der sogenannten Kalkulationslücke durch die Abfrage von Leistungen und Leistungsdifferenzierungen aus der ICD-10-GM Version 2020 und dem OPS Version 2020 ebenso wie von Leistungen, die in diesen Katalogen noch nicht abgebildet sind. Diese standen in den regulären Daten der Kalkulationskrankenhäuser aus dem Jahr 2019 noch nicht zur Verfügung. Ohne die ergänzende Datenbereitstellung hätten diese Informationen erst in der Kalkulation des Jahres 2021 oder – nach Einführung neuer Codes für 2021 – erst im Jahr 2022 untersucht werden können. Somit kann sich die Zeitspanne von der Identifizierung eines neuen Verfahrens über die Einführung eines entsprechenden OPS-Kodes bis hin zur Berücksichtigung in der Kalkulation deutlich verkürzen. Damit steht für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems ein Verfahren zur Verfügung, das zeitnah eine aufwandsgerechtere Vergütung insbesondere innovativer Verfahren ermöglicht.

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

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

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

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

Daten	Anzahl Krankenhäuser	Anzahl Daten
Leistungs- und Kostendaten zu Medikamenten	250	232.661
Leistungs- und Kostendaten zu Blutprodukten	218	47.628
Leistungs- und Kostendaten zu Neurostimulatoren, mit Angaben zum Typ des Implantats	104	2.870
Leistungs- und Kostendaten zu minimalinvasiven Operationen an Herzklappen, mit Angaben zum Typ des Implantats	51	13.617
Leistungs- und Kostendaten zu Stentgraft-Prothesen an der Aorta	55	527
Leistungs- und Kostendaten zu bestimmten Koronarstents	41	274
Leistungs- und Kostendaten zu bestimmten Hörimplantaten und bestimmten Cochleaimplantaten	28	256
Leistungsdaten zu anderen operativen und interventionellen Verfahren	72	2.598
Leistungsdaten zu Dialysen	172	18.501

Tabelle 6: Ergänzend bereitgestellte Daten (Übersicht), Datenjahr 2019

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

3.2.2 Vorschlagsverfahren

3.2.2.1 Grundzüge des Verfahrens

Wie in den vergangenen Jahren hatten die Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG das InEK erneut beauftragt, das sogenannte „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2021 (Vorschlagsverfahren für 2021)“ 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 29. Februar eingebracht worden waren, wurde eine Rückfrage im Falle von Unklarheiten zugesagt.
3. Änderungsvorschläge zur ICD-10-GM bzw. zum OPS konnten ausschließlich beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information – DIMDI (ab 26. Mai 2020 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)) – eingereicht werden.
4. Gemäß Beschluss der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG im Spitzengespräch am 9. Februar 2004 wurden die Namen der Antragsteller sowie eine gekürzte Darstellung des Inhalts der Vorschläge veröffentlicht.

Das Vorschlagsverfahren für 2021 wurde am 29. November 2019 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. Juni 2020 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 bewegte sich in einem ähnlichen Rahmen wie im Vorjahr. Insgesamt sind 224 Vorschlagssendungen eingegangen. Dabei wurden 108 Vorschlagssendungen von Fachgesellschaften oder Verbänden sowie weitere 116 Vorschlagssendungen von Einzelpersonen/Institutionen eingebracht. Da eine Vorschlagssendung aus mehreren Teilvorschlägen (also Vorschlägen zu verschiedenen Problemstellungen oder DRGs) bestehen konnte, ergaben sich rund 293 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 2019 zweifelsfrei identifizierbar waren.

Die meisten Vorschläge gingen zu den Fachgebieten Zusatzentgelt-Prozeduren, Kinderheilkunde, Gefäßchirurgie, Kardiologie sowie Urologie 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 2021 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 BfArM. Darauf wurde in der Verfahrensbeschreibung hingewiesen. Die im

Rahmen des Verfahrens eingegangenen Vorschläge zur Neuformulierung von Codes wurden an die zuständigen Stellen weitergeleitet, allerdings hatte dies keine Verlängerung der dortigen Annahmefrist (29. Februar 2020) zur Folge.

- Vorschläge zur Finanzierung über Zusatzentgelte

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

- Vorschläge zur Änderung der CCL-Matrix

Im Rahmen der Bearbeitung der CCL-Matrix wurden in diesem Jahr wieder detaillierte Prüfungen von Diagnosen und Diagnosegruppen im Hinblick auf beispielsweise streitbefangene, wenig belastbare Kodierung und Besonderheiten bei der Verschlüsselung durchgeführt. Schließlich wurden für das aG-DRG-System 2021 zahlreiche Diagnosen in die CCL-Matrix aufgenommen bzw. aufgewertet oder aus der CCL-Matrix gestrichen. Zudem erfolgte eine Neubewertung der CCL-Werte von Diagnosen in einzelnen DRGs. Vorschläge aus dem Vorschlagsverfahren bezüglich der Neugruppierung einzelner Diagnosen wurden nur bei eindeutigen Simulationsergebnissen und einer relevanten Fallzahl implementiert. Die Überarbeitung der CCL-Matrix wird in Kapitel 3.3.1.4 detailliert beschrieben.

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

Simulationen auf den Daten der Kalkulationskrankenhäuser konnten nur anhand von Codes durchgeführt werden, die in den Datensätzen vorhanden waren oder aufgrund einer ergänzenden Datenbereitstellung zur Verfügung standen. Mit neu beantragten Codes wurde wie oben beschrieben verfahren. Wurden diese Codes vom DIMDI (ab 26. Mai 2020 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)) in die Klassifikationen aufgenommen, können sie ab dem Jahr 2021 verschlüsselt werden und stehen dann spätestens im Jahr 2022 in den Kalkulationsdaten zur Analyse zur Verfügung. Vorschläge, die auf Codes des Jahres 2020 basieren, wurden weitestgehend auf Codes des Jahres 2019 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 2021. Weiterhin wurden die DKR an Änderungen der Diagnosen-/Prozedurenklassifikation sowie der aG-DRG-Klassifikation für 2021 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 2020 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 2021 nicht mit einer Bewertungsrelation belegt (Anlagen 3a und 3b der FPV 2021) und müssen daher vor Ort zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern verhandelt werden. Diese Nichtbelegung mit einer Bewertungsrelation wurde nicht auf Antrag durchgeführt, sondern anhand einer Gesamtwürdigung objektiver Kriterien wie Homogenität, Langlieger-Anteil, Fallzahl etc. entschieden.

Die direkt simulierbaren Vorschläge wurden alle auf den Kalkulationsdaten – zum Teil mehrfach – berechnet und bewertet. Zusätzlich dazu wurden häufig mehrere Vorschlagsvarianten analysiert. Aber auch nicht direkt simulierbare Vorschläge wurden bearbeitet und teilweise mittels aufwendiger Analysen untersucht. Insgesamt lassen sich rund 1.000 durchgeführte Simulationen direkt auf das Vorschlagsverfahren zurückführen. Grundsätzlich wurde bei allen Vorschlägen die geschilderte Problematik aufgegriffen und intensiv nach Lösungen gesucht. So wurde – angeregt durch die eingebrachten Problemdarstellungen – vor und während der Kalkulation eine Vielzahl von Änderungsvorschlägen entwickelt und stets eine Umsetzung in größtmöglichem Umfang angestrebt.

3.2.3 Ausgliederung der Pflegepersonalkosten

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

In der am 18. Februar 2019 geschlossenen Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung wurden zentrale Eckpunkte der Ausgliederung konsentiert. Danach sollen die gemäß Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV) in den relevanten Konten (60–64) der Dienstart „Pflege“ gebuchten Kosten für Kostenstellen der bettenführenden Abteilungen bzw. Stationen als Pflegepersonalkosten für „Pflege am Bett“ ausgegliedert werden. In Anlage 2 der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung wird die Vorgehensweise anhand der InEK-Kalkulationsmatrix illustriert. Entsprechend sind die Personalkosten des Pflegedienstes in Kostenstellen der Kostenstellengruppen 1 (Normal-

station), 2 (Intensivstation) und 3 (Dialyse) vollständig auszugliedern. Die Personalkosten des Pflegedienstes in Kostenstellen der Kostenstellengruppe 13 (Patientenaufnahme) sind nur insoweit auszugliedern, als sie in Kostenstellen bettenführender Aufnahmestationen anfallen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben die Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung zum 4. März 2020 für den Vereinbarungszeitraum 2021 redaktionell überarbeitet und Anlage 3 „Vorgaben der Vertragsparteien für die Zuordnung der Pflegepersonalkosten nach § 3 Absatz 2 der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung“ konkretisiert. Die überarbeitete Fassung der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung bildete die Grundlage für die Pflegepersonalkosten-Ausgliederung im InEK.

In der Kostenstellengruppe 13 werden zahlreiche Kostenstellen mit unterschiedlicher Personalausstattung zusammengefasst. Welcher Umfang der krankenhausesbezogenen Kostendaten dabei jeweils auf Pflegepersonalkosten in bettenführenden Aufnahmestationen entfällt, ist den Kalkulationsdatensätzen nicht anzusehen. Eine anteilige Ausgliederung der Pflegepersonalkosten ist auf alleiniger Basis der übermittelten Kostendatensätze nicht möglich. Daher mussten alle Kalkulationsteilnehmer befragt werden, welcher Anteil der in Kostenstellengruppe 13 gebuchten Pflegepersonalkosten auf Pflegepersonal in bettenführenden Aufnahmestationen entfällt. Die Rückmeldungen der Krankenhäuser wurden auf Nachvollziehbarkeit unter Berücksichtigung der im vergangenen Jahr erfragten Angaben zu den Datenjahren 2017 und 2018 plausibilisiert. Nach Erhalt aller Rückmeldungen und Abschluss der Plausibilisierungen wurde die anteilige Ausgliederung der Pflegepersonalkosten in Kostenstellengruppe 13 (Patientenaufnahme) auf der Fallebene umgesetzt.

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

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

Abbildung 4: Kostenmatrix der DRG L60C vor Ausgliederung der Pflegepersonalkosten, Datenjahr 2019

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

(siehe Abb. 5). Damit wurden in der DRG L60C insgesamt Pflegepersonalkosten in Höhe von 1.542,33 € ausgliedert.

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

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

In der „Vereinbarung von Grundsätzen für die Systementwicklung 2020 gemäß § 4 Absatz 4 Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung (DRG-Grundlagenvereinbarung)“ vom 6. Mai 2019 haben die Vertragsparteien auf Bundesebene konsentiert, dass pflegeorientierte Zusatzentgelte im aG-DRG-System verbleiben. Entsprechend waren auch bei der Berechnung der Zusatzentgeltbeträge die Kosten nach Pflegepersonalkosten-Ausgliederung zu berücksichtigen. Die pflegeorientierten Zusatzentgelte ZE 162/163 für erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten und ZE 60/145 für die (spezialisierte) palliativmedizinische Komplexbehandlung wurden für das aG-DRG-System 2021 entsprechend berechnet (Details siehe Kap. 3.4.1.3).

Pflegeerlös-Katalog 2021

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

Unbewertete DRGs Anlage 3a/3b

Für die unbewerteten DRGs in den Anlagen 3a und 3b wurden ebenfalls tagesbezogene Bewertungsrelationen für den Pflegeerlös-Katalog berechnet. Voraussetzung dafür war, dass mindestens 20 Fälle aus mindestens drei Kalkulationskrankenhäusern vorla-

gen. Auf diese Weise konnten für 28 der 42 unbewerteten DRGs der Anlage 3a und zwei der 13 unbewerteten DRGs der Anlage 3b tagesbezogene Bewertungsrelationen berechnet werden.

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

Bewertungsrelationen für Belegabteilungen

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

Normierung

Um aus den tagesbezogenen Kostenwerten dimensionslose Bewertungsrelationen zu erzeugen, mussten die durchschnittlichen tagesbezogenen Pflegepersonalkosten durch eine entsprechende Bezugsgröße dividiert werden, d.h. der Pflegeerlös-Katalog musste normiert werden. Die Normierung erfolgte nach der Maßgabe, dass die durchschnittliche tagesbezogene Bewertungsrelation in Deutschland den Wert 1,0 annimmt. Dazu wurden alle Fälle in der Datenlieferung nach § 21 KHEntgG für das Datenjahr 2019 bei Versorgung durch Haupt- oder Belegabteilungen mit den entsprechenden Verweildauer tagen bewertet. Um im Durchschnitt den Wert 1,0 zu erzielen, musste eine Bezugsgröße in Höhe von 151,97 € verwendet werden.

3.2.4 Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG)

Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben in § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen und in § 17b Abs. 1 Satz 6 KHG zur sachgerechten Korrektur der Bewertungsrelationen zur Vermeidung systematischer Übervergütung der Sachkosten (im Folgenden Sachkostenkorrektur genannt) durch das InEK wird im Folgenden erläutert.

3.2.4.1 Sachkostenkorrektur

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben am 9. April 2020 eine Vereinbarung zur Sachkostenkorrektur konsentiert, nach der diese für das aG-DRG-System zu 60% umgesetzt wird. Die Sachkostenkorrektur verfolgt das Ziel, den Erlösanteil für die in den Bewertungsrelationen enthaltenen Sachkosten auf die Höhe der tatsächlich durchschnittlich angefallenen Kosten abzusenken. Die Sachkostenkorrektur wird dabei als reiner Umverteilungseffekt nach der Pflegepersonalkosten-Ausgliederung umgesetzt, d.h. die Korrektur der Sachkosten (absenkende Berücksichtigung) geht mit einer korrespondierenden Aufwertung der Personal- und Infrastrukturkosten einher. Durch die Sachkostenkorrektur wird der Case-Mix in Deutschland (Summe der effektiven Bewer-

tungsrelationen aller Fälle in Deutschland) – von unvermeidbaren Rundungsdifferenzen abgesehen – nicht verändert.

Grundlagen

Der Sachkostenkorrektur unterliegen die in der Kostenmatrix separat ausgewiesenen Sachkosten für Medikamente (Kostenartengruppe 4a, 4b), Implantate (Kostenartengruppe 5), medizinischen Sachbedarf (Kostenartengruppe 6a, 6b) und extern bezogene medizinische Leistungen (Kostenartengruppe 6c). Die übrigen in Krankenhäusern anfallenden Sachkosten wie beispielsweise für Energie, Lebensmittel und Instandhaltung werden in der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur (Kostenartengruppen 7, 8) abgebildet. In den Infrastrukturkosten sind allerdings auch Personalkosten, u.a. für Verwaltungsmitarbeiter, enthalten. Die in den Infrastrukturkosten enthaltenen Sachkostenanteile werden bei der Sachkostenkorrektur nicht absenkend berücksichtigt.

Umsetzung

Um das Ziel der Sachkostenkorrektur zu erreichen, müssten die in Abbildung 5 grün hinterlegten Sachkosten nicht durch die Bezugsgröße, sondern durch den Bundesbasisfallwert für 2021 dividiert werden. Dieser liegt zum Zeitpunkt der Katalogerstellung allerdings noch nicht vor. Diesem Wert am nächsten liegt das Berechnungsergebnis gem. § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntgG für 2021, das als gewichteter Mittelwert der landesweiten Basisfallwerte für 2020 die Ausgangsbasis zur Bestimmung des Bundesbasisfallwerts für 2021 darstellt. Die Differenz zwischen der Bezugsgröße (3.284,50 €) und dem Berechnungsergebnis gem. § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntgG (3.661,65 €) beträgt 377,15 € (=10,74%). Die in der Sachkostenvereinbarung festgelegte Umsetzung zu 60% wird dadurch erreicht, dass 60% der Differenz von 377,15 € (= 226,29 € bzw. 6,45%) bei der Sachkostenkorrektur berücksichtigt werden. Entsprechend wird als Divisor für die Sachkosten der Wert $3.284,50 \text{ €} + 226,29 \text{ €} = 3.510,79 \text{ €}$ (im Folgenden Berech60 genannt) verwendet. Damit bei der Division mit dem Berech60-Wert der nationale Case-Mix nicht absinkt, können bei der Ermittlung der Bewertungsrelationen die übrigen Kostenarten ebenfalls nicht mehr durch die Bezugsgröße dividiert werden. Vielmehr ist ein Korrekturwert so zu ermitteln, dass bei Division der Sachkosten durch Berech60 und der Division der Personal- und Infrastrukturkosten (nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten) durch den Korrekturwert der nationale Case-Mix dem Wert entspricht, der sich bei Anwendung der Bezugsgröße als einheitlicher Divisor ergeben hätte. Als Korrekturwert für den Fallpauschalen-Katalog 2021 ergibt sich dann 3.216,20 €.

Bei der Umsetzung der Sachkostenkorrektur ergibt sich demnach eine reine Umverteilung von der anteiligen Bewertung der Sachkosten hin zur anteiligen Bewertung der Personal- und Infrastrukturkosten nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten. Der anteiligen Absenkung der Sachkostenbewertung (-6,45%) steht eine korrespondierende anteilige Aufwertung der Personal- und Infrastrukturkosten in Höhe von +2,12% gegenüber. Die Bewertungsrelationen von DRG-Fallpauschalen mit hohem Sachkostenanteil werden durch die Sachkostenkorrektur abgesenkt. Durch den Umverteilungseffekt sinken die Bewertungsrelationen allerdings niemals um den maximal möglichen Wert, da sich in jeder DRG stets auch Aufwertungen der Personal- und Infrastrukturkosten ergeben. Der Case-Mix für Deutschland wird durch die Sachkostenkorrektur – von unvermeidbaren Rundungsdifferenzen abgesehen – nicht verändert. Krankenhausbezogen ergeben sich in Abhängigkeit von der Leistungsstruktur unterschiedliche Auswirkungen auf den krankenhausindividuellen Case-Mix.

3.2.4.2 Gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen

Zur Umsetzung der gesetzlichen Regelungen zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen haben die Vertragsparteien auf Bundesebene am 9. April 2020 eine entsprechende Vereinbarung konsentiert. In den Anlagen der Vereinbarung sind die DRGs mit gezielter Absenkung der Bewertungsrelation aufgeführt. Die Höhe der Absenkung basiert auf den Vorgaben der Sachkostenkorrektur und beträgt 60% der Differenz zwischen der Bezugsgröße und dem Berechnungsergebnis gem. § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntgG für 2021.

Umsetzung

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

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

Tabelle 7: DRGs mit gezielter Absenkung der Bewertungsrelationen; grün hinterlegt: DRGs mit gezielter Absenkung in Abhängigkeit von der Median-Fallzahl, Datenjahr 2019

Die Median-Fallzahl ist die Fallzahl, bei der jeweils genau 50% der Krankenhäuser eine Leistungserbringung oberhalb und 50% der Krankenhäuser eine Leistungserbringung unterhalb dieser Fallzahl aufweisen. Die Median-Fallzahl für die DRG I68D beträgt 156 Fälle und für die DRG I68E 40 Fälle. Von den Vertragsparteien auf Bundesebene wurde dabei vereinbart, eine von der Versorgungsform unabhängige krankenhausbezogene (IK-Nummer-bezogene) Berechnung der Median-Fallzahl vorzunehmen. Entsprechend ist bei der Fragestellung, wie ein Krankenhaus mit seiner Leistungserbringung in Relation zur Median-Fallzahl liegt, die Fallzahl bei Versorgung durch Hauptabteilungen und bei Versorgung durch Belegabteilungen insgesamt zu betrachten.

Für die DRGs I68D und I68E sind zwei verschiedene Berechnungen vorzunehmen:

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

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

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

3.3 Schwerpunkte der Weiterentwicklung

3.3.1 Anpassung der Methodik

3.3.1.1 Aktualisierung der Plausibilitätsprüfungen

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

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

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

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

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

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

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

Prüfungen auf Krankenhausebene

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

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

Zur Umsetzung der Vorgaben der Vertragsparteien auf Bundesebene zur Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Stationen war in jedem Kalkulationskrankenhaus zu eruieren, in welchem Umfang Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Aufnahmestationen in Kostenstellengruppe 13 (Patientenaufnahme) gebucht wurden. Bei nennenswerten Kostenunterschieden im Vergleich zu den beiden Vorjahren (Datenjahre 2017 und 2018) wurde zur Plausibilisierung der Kostendaten nach der Ursache für diese Abweichung gefragt. Typischerweise lagen entweder strukturelle Unterschiede vor (Auf- oder Abbau von Betten in bettenführenden Aufnahmestationen) oder die buchhalterische Kostenzuordnung von in Aufnahmestationen beschäftigtem Personal wurde zwischen den Datenjahren geändert. Die Veränderungen zwischen den Datenjahren in einem statistisch auffälligen Bereich wurden in aggregierter Form an die Vertragsparteien auf Bundesebene weitergereicht, um zu erörtern, inwieweit sich durch diese Auffälligkeiten Auswirkungen auf die Normierung des aG-DRG-Systems 2021 ergaben (vgl. Kap. 3.3.1.6). Die von den Krankenhäusern bereitgestellten Informationen zum Umfang der Pflegepersonalkosten in bettenführenden Aufnahmestationen wurden abschließend für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf der Fallebene verwendet.

In § 6a Abs. 2 KHEntgG wird gesetzlich vorgegeben, dass bei der Bestimmung des Pflegeerlös-Budgets die Kosten für Fremdpersonal im Pflegedienst nur bis zur Höhe einer im Krankenhaus tarifvertraglich angestellten Pflegekraft berücksichtigt werden dürfen. Gleichwohl haben die Vertragsparteien auf Bundesebene vorgegeben, dass die Kosten für Fremdpersonal vollständig den Pflegepersonalkosten zugeordnet und damit vom InEK ausgegliedert werden. Die im Pflegeerlös-Budget nicht berücksichtigungsfähigen Kostenanteile sollten nach einer Analyse im Rahmen der Normierung des aG-

DRG-Systeme für 2021 betrachtet werden (vgl. Kap. 3.3.1.6). Dazu wurden die Kalkulationsteilnehmer vom InEK detailliert zum Umfang der Inanspruchnahme von Fremdpersonal im Pflegedienst befragt. Abgefragt wurden neben dem Umfang der Beauftragung auch die Kosten für das Fremdpersonal und der Einsatzort (Kostenstellengruppe). Damit die im Pflegeerlös-Budget berücksichtigungsfähigen Kostenanteile krankenhausspezifisch berechnet werden konnten, wurden ebenfalls Informationen zum Tarifgehalt der korrespondierenden Pflegekräfte und zur tarifvertraglichen Jahresarbeitszeit abgefragt. Die Daten wurden für die Datenjahre 2018 und 2019 abgefragt, da die Abfrage im vergangenen Jahr noch nicht durchgeführt wurde (die gesetzliche Vorgabe wurde erst nach Abschluss der Kostendatenerhebung im Jahr 2019 in das KHEntgG integriert). Die Daten wurden plausibilisiert und für typische Konstellationen wurden Belege zur Stabilisierung der Plausibilitätsprüfungen angefordert. Die Vollständigkeit der Angaben zur Beschäftigung von Fremdpersonal im Pflegedienst lässt sich nicht abschließend plausibilisieren, insbesondere nicht im Vergleich der beiden Datenjahre 2018 und 2019. Auf Basis der plausiblen Angaben der Kalkulationsteilnehmer konnte das InEK den Vertragsparteien auf Bundesebene zur Diskussion der Thematik aggregierte Informationen zur Verfügung stellen (vgl. Kap. 3.3.1.6).

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

Prüfungen auf Fallebene

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

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

Die von den Kalkulationskrankenhäusern je Intensivaufenthalt übermittelten gewichteten und ungewichteten Intensivstunden sowie die Angaben zu den einzelnen Intensivstationen in den Informationen zur Kalkulationsgrundlage wurden zu Plausibilitätsprüfungen herangezogen. Dabei wurden die Kostensätze des Ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes sowie die verwendeten Gewichtungsfaktoren selbst in den Fokus der

Prüfungen gerückt. Bei der Kostenzuordnung auf den Intensivstationen wurde auch analysiert, ob die Gesamtsumme der zugeordneten Personalkosten auf Ebene des einzelnen Behandlungsfalls insbesondere bei besonders aufwendigen Patienten noch plausibel war. Die patientenindividuelle Aufteilung der Verweildauer (VWD) auf Intensivstation(en) und Normalstation(en) wurde, soweit dies die individuelle Datenlage jeweils zuließ, in Augenschein genommen. Gravierende Abweichungen gaben Anlass zur Nachfrage bei den Kalkulationskrankenhäusern, um fehlerhafte Kalkulationen oder Dokumentationen zu identifizieren und möglichst zu beseitigen.

Individuelle Entscheidungen über die Verwendung eines Falles bei der Weiterentwicklung des Entgeltsystems konnten für das Datenjahr 2019 hinsichtlich der Plausibilität von Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Stationen nochmals angepasst werden. Auffälligkeiten in der fallbezogenen Kostenzuordnung der Pflegepersonalkosten mussten nicht direkt zu einem Ausschluss des Falles bei der Weiterentwicklung des Entgeltsystems führen, da die Pflegepersonalkosten nach Abschluss der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen aus den Fallkosten ausgegliedert wurden. Fälle mit Auffälligkeiten bei den Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Stationen konnten für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems verwendet werden, wenn die pflegeassoziierten Kosten (Verbrauchsmaterial mit identischem Schlüssel bei der fallbezogenen Kostenzuordnung) nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten keinen nennenswerten Einfluss auf die verbleibenden Gesamtkosten des Falles aufwiesen. Auf diese Weise konnten mehr Fälle in der Datengrundlage für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems bereitgestellt werden. Die Pflegepersonalkosten der Fälle mit auffälligen Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Stationen konnten nach der Ausgliederung für die Berechnung der Bewertungsrelationen des Pflegeerlös-Katalogs verwendet werden.

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

Ein weiterer Schwerpunkt lag erneut auf der Steigerung der Datenqualität im Bereich der Einzelkostenzuordnung. Zusätzlich zu den fallbezogenen Prüfungen wurden krankenhausübergreifende Analysen zu ausgewählten Artikelgruppen mit Relevanz für die Pflege und Weiterentwicklung des Entgeltsystems erstellt. Dabei wurden die Fälle identifiziert, die in einer Gesamtschau deutliche Abweichungen in den zugeordneten Einzel-

kosten im Vergleich zu den durchschnittlichen Kosten der entsprechenden Implantate oder des entsprechenden medizinischen Sachbedarfs aufwiesen. Die Krankenhäuser mit auffälligen Einzelkostenzuordnungen wurden kontaktiert und um Überprüfung der Kosten gebeten. Sie haben in Reaktion darauf die Kostenzuordnung überprüft und ggf. korrigiert oder die Kostenhöhe in geeigneter Weise nachvollziehbar belegt. Teilweise konnte die Übermittlung auffälliger Kostenwerte auf die fehlende Berücksichtigung von (Natural-)Rabatten und Skonti zurückgeführt werden.

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

Medizinische Plausibilitätsprüfungen

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

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

tenintensive Fälle zu erkennen, die aufgrund einer nicht korrekt verschlüsselten Hauptdiagnose DRGs zugeordnet wurden, die überwiegend der Abbildung leichterer Krankheitsbilder vorbehalten sind, was entsprechend zu Inhomogenitäten führt, wurde dadurch unverändert weiterverfolgt.

3.3.1.2 Berechnung der Bewertungsrelationen für Belegversorgung

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

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

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

Kalkulation

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

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

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

Auf der Basis von 41.392 Datensätzen wurden somit 70 DRGs eigenständig kalkuliert. Eine Aufstellung dieser DRGs befindet sich im Anhang (siehe Tab. A-2). Die Datenbasis ist damit im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken. Wird die Gesamtheit der gelieferten Daten gem. § 21 KHEntgG betrachtet, repräsentieren diese DRGs gut 65% aller abrechenbaren Belegfälle in Deutschland. Die Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung (Spalte 4, Teil b des Fallpauschalen-Katalogs) liegen bei den eigenständig kalkulierten DRGs nach durchgeführter Sachkostenkorrektur im Mittel 39,0% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tab. 8).

Differenz Bewertungsrelation	DRGs kalkuliert	DRGs abgeleitet
Bis 10%	0	33
Über 10% bis 20%	1	410
Über 20% bis 30%	10	238
Über 30% bis 40%	27	3
Über 40% bis 50%	32	0
Mittelwert (ungew.)	39,0%	18,3%

Tabella 8: Differenz der Bewertungsrelation Belegabteilung zur Bewertungsrelation Hauptabteilung, Basis: Datenjahr 2019

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

Normativ-analytische Ableitung

Die Methodik der normativ-analytischen Ableitung wurde unverändert beibehalten. Auf Basis der Verweildauer-Strukturanalyse wurde bei 382 DRGs zusätzlich zum Abzug der Arztkosten ein Zu- bzw. Abschlag der verweildauerabhängigen Module vorgenommen (136 DRGs mit Zuschlag, 246 DRGs mit Abschlag). Dadurch wurden die Bewertungsrelationen für belegärztliche Versorgung den mittleren Verweildauern der Belegfälle in den Daten gem. § 21 KHEntgG angepasst. Die Bewertungsrelationen bei den abgeleiteten DRGs liegen im Ergebnis durchschnittlich 18,3% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tab. 8). Bei 40,1% der DRGs wurden lediglich die Arztkosten abgezogen, ohne dass weitere Anpassungen vorgenommen wurden (siehe Tab. 9). Die untere und die obere Grenzverweildauer wurden jeweils nach den üblichen Vorschriften abgeleitet. Entsprechend wurde für den Entgeltkatalog bei belegärztlicher Versorgung die obere Grenzverweildauer im Vergleich zur Hauptabteilung 147 Mal abgesenkt und 60 Mal angehoben. Die untere Grenzverweildauer wurde im Vergleich zur Hauptabteilung 34 Mal abgesenkt und 12 Mal angehoben.

Verfahren	Anzahl DRGs
Zu- und Abschläge durch VWD-Anpassung	382
Nur Abzug Arztkosten	302
Eigenständig kalkulierte DRGs	70
Gesamt	754

Tabelle 9: Überblick Kalkulationsmethodik der DRGs bei belegärztlicher Versorgung, Basis: Datenjahr 2019

Für 471 DRGs, die für die Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert wurden, ließen sich in den Daten gem. § 21 KHEntgG keine Behandlungsfälle mit belegärztlicher Versorgung finden. Diese DRGs wurden aus dem Fallpauschalen-Katalog für belegärztliche Versorgung gestrichen. Die Anzahl der DRGs für belegärztliche Versorgung hat sich somit im Vergleich zum Vorjahr um 35 verringert (Vorjahr: 789 DRGs).

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

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

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

3.3.1.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen

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

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

Unter Berücksichtigung der unveränderten Kalkulationsbedingungen wurden die einzelnen Behandlungstage teilstationärer Leistungen mit Fokus auf die Leistungsabbildung analysiert. Wegen der fehlenden teilstationären Leistungsbeschreibung wurde versucht, auf Basis der bestehenden Leistungsdokumentationen teilstationäre DRG-Fallpauschalen zu entwickeln. Im Ergebnis konnten auf Basis der bestehenden Leistungsbezeichner keine weiteren sachgerechten teilstationären Fallpauschalen gebildet werden. Erläuterungen zur teilstationären pädiatrischen Diagnostik und Behandlung enthält Kapitel 3.3.2.27.

Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung

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

Niereninsuffizienz, teilstationär

Drei DRG-Fallpauschalen für teilstationäre Dialysen bei Kindern und Erwachsenen wurden unverändert in den Fallpauschalen-Katalog übernommen. Die Fallpauschale für die teilstationäre Dialyse bei Kindern (L90A) konnte wegen Verletzung der Kalkulationsbedingungen nicht bewertet werden. Die mittleren Kosten für die teilstationären DRGs L90B *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse* und L90C *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse* werden in Tabelle 10 für insgesamt 2.868 Kalkulationsdatensätze zu L90B und 147.044 Kalkulationsdatensätze zu L90C in modularer Struktur dargestellt. In den Tabellen 11 und 12 werden die häufigsten Hauptdiagnosen und in den Tabellen 13 und 14 die häufigsten Prozeduren abgebildet. Die im Vergleich zum Vorjahr niedrigeren durchschnittlichen Kosten resultieren im Wesentlichen aus der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten.

Bezeichnung	Kostenarten- gruppe	Kosten (€) L90B	Kosten (€) L90C
Ärztlicher Dienst	1	45,62	37,53
Med.-technischer Dienst	3	13,44	11,81
Arzneimittel	4a	13,78	7,71
Arzneimittel Einzelkosten	4b	2,80	4,37
Implantate/Transplantate	5	0,03	0,02
Übriger med. Bedarf	6a	44,61	32,64
Übriger med. Bedarf Einzelkosten	6b	22,75	8,67
Sachkosten für von Dritten bezogene med. Behandlungsleistungen	6c	2,80	15,05
Med. Infrastruktur	7	23,25	20,96
Nicht med. Infrastruktur	8	53,75	49,58
Gesamt		222,83	188,34

Tabelle 10: Mittlere Kosten der teilstationären DRGs L90B *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse* und L90C *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse*, Basis: Datenjahr 2019

Kode	Hauptdiagnose	Fälle
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	71
Z49.1	Extrakorporale Dialyse	69

Tabelle 11: Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90B Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2019

Kode	Hauptdiagnose	Fälle
Z49.1	Extrakorporale Dialyse	5.499
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	2.260

Tabelle 12: Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2019

Kode	Prozeduren	Anzahl
8-857.0	Peritonealdialyse: Intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	2.900
8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	86

Tabelle 13: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90B Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2019

Kode	Prozeduren	Anzahl
8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	79.875
8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	51.783
8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	9.633

Tabelle 14: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2019

3.3.1.4 Überarbeitung der CCL-Matrix

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

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

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

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

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

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

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

Vorgehensweise der Überarbeitung

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

Nach der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten für die „Pflege am Bett“ für das aG-DRG-System 2020 galt es zunächst zu klären, inwieweit die bestehenden CCL-Werte potentielle Kostenunterschiede einzelner Fälle noch erklären. Daher konzentrierten sich im letzten Jahr die Anpassungen auf einige wenige Diagnosen, bei denen inhaltlich eine gewisse Nähe zum Pflegeaufwand der Patienten zu vermuten war.

In diesem Jahr zeigte eine Vorabanalyse der Daten, dass nach der Herausnahme der Pflegepersonalkosten für eine Vielzahl von Diagnosen die Einstufung im CCL-Schweregrad-System nicht mehr oder nicht mehr in der aktuellen Höhe durch Mehrkosten begründet war. Dies zeigte sich in größerem Umfang als im letzten Jahr angenommen. Bei grundsätzlich unveränderter Vorgehensweise hat sich deshalb der Schwerpunkt bei der Überarbeitung der CCL-Matrix im Vergleich zu den Vorjahren verschoben. Im Folgenden werden die wesentlichen Anpassungen hinsichtlich des Schweregrad-Systems vorgestellt.

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

Auch im Datenjahr 2019 zeigt sich unverändert ein Anstieg der Anzahl an Nebendiagnosen je Fall (siehe Abb. 6). Bei gleichbleibenden CCL-Werten würde dies zu einem Anstieg des nach oben begrenzten PCCL-Niveaus führen. Für Diagnosen mit starkem Fallzahlwachstum sowie großer Häufigkeit im oder Bedeutung für das Gesamtsystem ist zu prüfen, ob sie im Schweregrad-System einen Mehraufwand noch begründen. Im Rahmen der Untersuchungen solcher Diagnosekodes bzw. Diagnosegruppen erfolgte eine Abwertung der CCL-Werte in den Basis-DRGs, in denen sie einen Ressourcenaufwand nicht mehr begründen, in der Regel jeweils um 1.

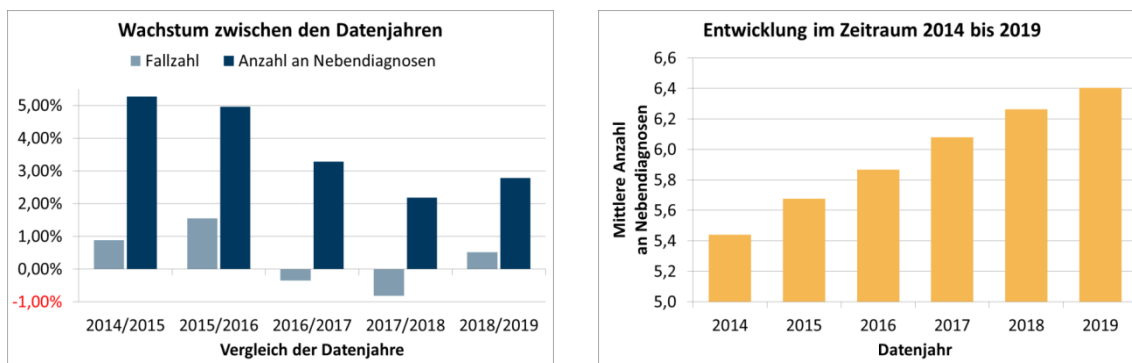


Abbildung 6: Vergleich des Wachstums von Fallzahl und Anzahl an Nebendiagnosen zwischen den Datenjahren 2014 und 2015, 2015 und 2016, 2016 und 2017, 2017 und 2018, 2018 und 2019 (links) sowie Entwicklung der mittleren Anzahl an Nebendiagnosen je Fall für die Datenjahre 2014 bis 2019 (rechts) auf Basis der validen vollstationären Fälle der §-21-Daten 2014 bis 2019

Anpassungen der CCL-Matrix, Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren

Die Beteiligung im Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems zur Überarbeitung der CCL-Matrix war in diesem Jahr im Vergleich zu den Vorjahren auf ähnlichem Niveau. Folgende Änderungen der CCL-Matrix wurden auf Basis von eingereichten Vorschlägen u.a. umgesetzt:

- Seit 2019 steht der neue, spezifische ICD-Kode zur Kodierung der *Ösophagusblutung* (K22.81) in der ICD-10-GM zur Verfügung. Im Vorschlagsverfahren wurde darauf hingewiesen, dass diese Diagnose in der Regel mit höheren Behandlungskosten einhergeht und keinen CCL-Wert aufweist. Die anschließenden Analysen zeigten, dass eine Neuaufnahme des Diagnosekodes *Ösophagusblutung* (K22.81) in die CCL-Matrix bestimmter DRGs sachgerecht war, orientiert an den CCL-Werten der Diagnose I98.3 *Ösophagus- und Magenvarizen [...], mit Angabe einer Blutung*.
- Es gab einen Hinweis, dass die Diagnose *Leberzirrhose, Stadium Child-Pugh C* (K74.72) keinen CCL-Wert aufweist, die Diagnose aber in der Regel mit höheren Kosten verbunden ist. Nach Analyse konnte der Diagnosekode *Leberzirrhose, Stadium Child-Pugh C* (K74.72) neu in die CCL-Matrix aufgenommen werden.
- Nach Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren wurde die *Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet* (F33.9) u.a. in der Basis-DRG B85 neu bewertet. Die Neubewertung führt zu einer Abwertung des Diagnosekodes *Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet* (F33.9) in Basis-DRGs, in denen sie einen Mehraufwand nicht mehr begründet.

Darüber hinaus wurden im Rahmen interner Analysen viele Diagnosen hinsichtlich ihrer Abbildung in der CCL-Matrix untersucht. Multiple Abwertungen, Streichungen, Aufwertungen und Aufnahmen wurden simuliert und nach Bewertung zum Teil umgesetzt. Nach der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten für die „Pflege am Bett“ galt es wie auch im letzten Jahr vor allem zu klären, inwieweit die bestehenden CCL-Werte potentielle Kostenunterschiede einzelner Fälle noch erklären. Diese umfangreichen Analysen führten zur Anpassung der Werte bestimmter Diagnosen innerhalb mehrerer Basis-DRGs. In Abbildung 7 ist die Anzahl der Diagnosen mit DRG-spezifischen Aufwertungen und Abwertungen sowie Neuaufnahmen seit dem G-DRG-System 2017 dargestellt.

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

Abbildung 7: Anzahl der Diagnosen mit verändertem CC-Level in der CCL-Matrix für 2017 bis 2021 (beinhaltet Doppelnennungen)

In diesem Jahr waren deutlich mehr Neuaufnahmen von Diagnosekodes möglich als in den Vorjahren (siehe Abb. 7 und Tab. 15).

ICD	Bezeichnung
C75.1, C75.2, C75.3	Bestimmte Diagnosen bei bösartiger Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen
E74.0	Glykogenspeicherkrankheit [Glykogenose]
E75.0, E75.1, E75.2, E75.3, E75.4	Bestimmte Diagnosen bei Störungen des Sphingolipid-Stoffwechsels und sonstige Störungen der Lipidspeicherung
E76.0, E76.1	Mukopolysaccharidose, Typ I oder Typ II
G31.81	Mitochondriale Zytopathie
G37.3	Myelitis transversa acuta bei demyelinisierender Krankheit des Zentralnervensystems
I89.02	Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium III
I97.22	Lymphödem nach (partieller) Mastektomie (mit Lymphadenektomie), Stadium III
K62.7	Strahlenproktitis
K93.24	Stadium 4 der akuten Verdauungstrakt-Graft-versus-Host-Krankheit
N16.5	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei Transplantatabstoßung
Z99.4	Langzeitige Abhängigkeit vom Kunstherz

Tabelle 15: Beispielhafte systemweite Neuaufnahmen von Diagnosekodes in die CCL-Matrix des aG-DRG-Systems 2021

Außerdem wurden im Rahmen von Neubewertungen bestimmte Diagnosen sowohl auf- als auch abgewertet. Als Beispiel sollen hier die beiden Diagnosekodes I82.2 *Embolie und Thrombose der V. cava* sowie E66.82 *Sonstige Adipositas: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter* genannt werden. Es erwies sich als sachgerecht, diese in bestimmten Basis-DRGs, in denen sie einen Mehraufwand nicht mehr begründen, kostenentsprechend abzuwerten. In anderen Basis-DRGs zeigten diese Codes hingegen einen Mehraufwand und wurden dementsprechend aufgewertet.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass die Analyse der CCL-Matrix, bedingt durch die Auswirkungen der Pflegepersonalkosten-Ausgliederung auf das aG-DRG-System, ein

mehrfähriger Prozess ist und demzufolge zum jetzigen Zeitpunkt als noch nicht abgeschlossen bezeichnet werden kann.

3.3.1.5 Einbeziehung von verlegten Fällen und Überliegern

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

Regelhafte Zuordnung der berücksichtigten Verlegungsart je DRG

Die je DRG zur Kalkulation des Relativgewichts herangezogene Fallmenge wurde regelhaft – unverändert gegenüber dem Vorjahr – durch Analyse des arithmetischen Kostenmittelwerts je Verlegungsart bestimmt. Dabei ergeben sich vier Fallkonstellationen, die sich auf die 1.285 DRGs wie in Tabelle 16 dargestellt verteilen (siehe auch Tab. A-4-1 bis A-4-3 im Anhang).

Kalkulationsbasis	Anzahl DRGs	Anteil DRGs (in %)
Nicht verlegte Fälle	207	16,1
Nicht verlegte und zusätzlich aufnahmeverlegte Fälle	184	14,3
Nicht verlegte und zusätzlich entlassverlegte Fälle	190	14,8
Alle Fälle (nicht verlegte und zusätzlich aufnahme- oder entlassverlegte Fälle)	649	50,5
DRGs ohne Bewertung (Anlage 3a und 3b)	55	4,3
Gesamt	1.285	100,0

Tabelle 16: Überblick über die Berücksichtigung der Verlegungsarten im aG-DRG-System 2021

Überlieger aus dem Vorjahr

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

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

Beispielsweise wäre die DRG A18Z *Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion* mit einer mittleren Verweildauer von 102,7 Tagen (Fallpauschalen-Katalog 2021) 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 2018 auf 2019) ist diese unter Umständen nicht gegeben, da für Überlieger (die noch mit undifferenzierten Codes aus 2018 verschlüsselt sind) keine Information darüber verfügbar ist, mit welchem der inzwischen verfügbaren differenzierten Codes der Fall im Jahr 2019 verschlüsselt würde.

Ein Beispiel hierfür ist der Code 5-408.7 *Andere Operationen am Lymphgefäßsystem: Revision nach einer zervikalen Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe*. Mit dem OPS Version 2019 wurde der Code weiter differenziert:

- 5-408.70 *Andere Operationen am Lymphgefäßsystem: Revision nach einer Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe: Zervikal*
- 5-408.71 *Andere Operationen am Lymphgefäßsystem: Revision nach einer Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe: Axillär*
- 5-408.72 *Andere Operationen am Lymphgefäßsystem: Revision nach einer Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe: Inguinal*
- 5-408.7x *Andere Operationen am Lymphgefäßsystem: Revision nach einer Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe: Sonstige*

Wenn auf Grundlage neu ausdifferenzierter Codes z.B. eine neue DRG definiert wurde und daher Fälle, die 2018 mit dem gleichen Code verschlüsselt wurden, 2019 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 2018 in der Kalkulationsmenge verbleiben, beispielsweise wenn es sich um eine DRG mit sehr kleinen Fallzahlen handelt und der problematische Code (bei jeder möglichen Überleitungsentscheidung) ohne Gruppierungsrelevanz ist. Beispielsweise sind für die oben genannte DRG A18Z nur die Beatmungszeit und ein OPS-Kode (Transplantation) gruppierungsrelevant. Haupt- oder Nebendiagnosen haben bei diesen Fällen nie einen Einfluss auf das Gruppierungsergebnis, sodass eine nicht überleitbare Diagnose hier keinen Grund darstellt, einen Überlieger aus der Kalkulationsmenge auszuschließen.

3.3.1.6 Berechnung der Bezugsgröße

Die Bezugsgröße wird nach unveränderter Methodik grundsätzlich so bestimmt, dass auf der nationalen Ebene die Summe der effektiven Bewertungsrelationen („Case-Mix für Deutschland“) bei identischer Datenbasis konstant bleibt. Die effektive Bewertungsrelation eines Behandlungsfalls ergibt sich aus seiner Gruppierung unter Anwendung

der Abrechnungsbestimmungen. Das bedeutet, dass Abschläge bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer oder bei Verlegung sowie zusätzliche Entgelte bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer ebenso berücksichtigt werden wie Fallzusammenführungen bei Wiederaufnahmen und/oder Rückverlegungen.

Für den aG-DRG-Katalog 2020 ergab sich auf Basis der §-21-Daten für das Datenjahr 2019 eine Summe effektiver Bewertungsrelationen in Höhe von 16.396.660. Unter Verwendung identischer Daten ergab sich für den aG-DRG-Katalog 2021 nach Umsetzung der Sachkostenvereinbarung gem. § 17b Abs. 1 Satz 6 KHG und der Vereinbarung zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen gem. § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG i.V.m. § 9 Abs. 1c KHEntgG (vgl. Kap. 3.2.3) eine Summe effektiver Bewertungsrelationen in Höhe von 16.360.915. Die Differenz der effektiven Bewertungsrelationen beträgt –35.745. Die Bezugsgröße zur Ermittlung der Bewertungsrelationen für den aG-DRG-Katalog 2021 beträgt 3.284,50 €. Die Differenz der effektiven Bewertungsrelationen wird im Folgenden ausführlich erläutert.

Die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems bewirkt einige Fallwanderungen vom bewerteten in den unbewerteten Bereich sowie die Etablierung neuer Zusatzentgelte. Auf diesen Themenkomplex entfallen –2.675 Case-Mix-Punkte. Die erstmalige Kostenbereinigung für die neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode zur CAR-T-Zelltherapie geht mit –9.394 Case-Mix-Punkten in die Normierung des Fallpauschalen-Katalogs ein.

Die ersatzlose Streichung des OPS-Kodes für den Pflegekomplexmaßnahmen-Score zum 1. Januar 2021 führt dazu, dass die auf diesem OPS-Kode basierenden Zusatzentgelte ZE130 *Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen* und ZE131 *Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen* ab dem 1. Januar 2021 nicht mehr zur Abrechnung gelangen können. Das bislang über die beiden Zusatzentgelte vergütete Finanzierungsvolumen muss entsprechend ab dem aG-DRG-System 2021 über die Fallpauschalen an die Krankenhäuser verteilt werden, damit dem Gesamtsystem keine Mittel entzogen werden. Da im Jahr 2021 kein Ersatz für die bisher verwendeten OPS-Kodes zur Verfügung steht, kann keine zielgerichtete Verteilung des Finanzierungsvolumens vorgenommen werden. An die Stelle der zielgerichteten Verteilung des Finanzierungsvolumens kann dann nur eine gleichmäßige Verteilung („Gießkannenprinzip“) durch Anhebung des nationalen Case-Mix-Volumens treten. Dazu ist zunächst abzuschätzen, welches Finanzierungsvolumen im Entgeltsystem 2021 für die Zusatzentgelte ZE130 und ZE131 zur Verfügung gestanden hätte, denn nur dieses Finanzierungsvolumen stellt eine sachgerechte Basis für die Erhöhung des nationalen Case-Mix-Volumens für die Normierung des aG-DRG-Systems 2021 dar. Die Abschätzung erfolgte dahingehend, dass zunächst die Zusatzentgelte ZE130 und ZE131 berechnet wurden, so als ob sie in den Fallpauschalen-Katalog 2021 aufgenommen werden würden. Die berechneten Entgelte wurden anschließend mit der Häufigkeit der diesbezüglich abrechnungsrelevanten OPS-Kodes in den §-21-Daten des Datenjahres 2019 multipliziert. In Summe ergab sich ein theoretisches Finanzierungsvolumen von rund 129 Mio. €. Diese Summe war erhöhend im nationalen Case-Mix-Volumen zu berücksichtigen. Entsprechend wurde es um 35.293 Case-Mix-Punkte angehoben, um den Wegfall der Zusatzentgelterlöse im Bereich der DRG-Erlöse zu kompensieren.

Nach den Vorgaben der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung sind Kosten für Fremdpersonal im Pflegedienst auf bettenführenden Stationen als Pflegepersonalkosten dem Pflegeerlös-Budget zuzuordnen. Diese Regelung der Vertragsparteien auf Bundesebene folgt einer Vorgabe des Kalkulationshandbuchs, um die Kongruenz zwischen den Vorgaben für die örtlichen Vereinbarungen zu den Pflegeerlös-Budgets einerseits und den Vorgaben zur Pflegepersonalkosten-Ausgliederung für das InEK an-

dererseits herzustellen. In § 6a Abs. 2 KHEntgG wird allerdings geregelt, dass bei der Bestimmung des Pflegeerlös-Budgets Kosten für Fremdpersonal nur bis zur Höhe der tarifvertraglich vereinbarten Personalkosten der im Krankenhaus beschäftigten Pflegekräfte berücksichtigt werden dürfen. Der über diese tarifvertraglich vereinbarten Kosten hinausgehende Anteil kann bei der Bestimmung des Pflegeerlös-Budgets nicht berücksichtigt werden. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben mit der Pflegepersonal-kostenabgrenzungsvereinbarung allerdings auch geregelt, dass die bei der Kostendatenerhebung gebuchten Pflegepersonalkosten auf den bettenführenden Stationen (vgl. Kap. 3.2.3) vollständig vom InEK ausgegliedert werden sollen. Damit werden die über den tarifvertraglich vereinbarten Kosten des Fremdpersonals liegenden Kostenanteile ebenfalls ausgegliedert. Entsprechend wurde das InEK gebeten, bei der Kostendatenerhebung die Kalkulationskrankenhäuser detailliert zu befragen, in welchem Umfang im Datenjahr 2019 Kosten für Fremdpersonal anfielen. Die Abfrageergebnisse wurden den Vertragsparteien auf Bundesebene aggregiert zur Verfügung gestellt, um zu entscheiden, in welchem Umfang bislang ausgegliedertes Casemix-Volumen für nicht im Pflegeerlös-Budget berücksichtigungsfähige Kostenbestandteile bei Einsatz von Fremdpersonal erhöhend für das Case-Mix-Volumen für das aG-DRG-System 2021 angerechnet werden mussten.

Die Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung regelt auch, dass hinsichtlich der Pflegepersonalkosten in Kostenstellengruppe 13 (Patientenaufnahme) nur die Kosten für Pflegepersonal auf bettenführenden Aufnahmestationen ausgegliedert werden sollen (anteilige Ausgliederung). Die anteilige Ausgliederung basierte ebenfalls auf einer Abfrage des InEK (siehe Kap. 3.2.3). Die aktuellen Ergebnisse zur anteiligen Ausgliederung sowie die dazugehörigen Erläuterungen der Kalkulationskrankenhäuser wurden den Befragungsergebnissen des Vorjahres gegenübergestellt. Die Veränderungen zwischen den Datenjahren 2018 und 2019 wurden aufbereitet und den Vertragsparteien auf Bundesebene aggregiert zur Verfügung gestellt. Auch hier war zu entscheiden, ob die Veränderung der anteiligen Ausgliederung im aktuellen Datenjahr im Vergleich zu den vorherigen Datenjahren Auswirkungen auf die Höhe des nationalen Case-Mix-Volumens hat. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben über die Auswirkungen der Veränderungen der anteiligen Ausgliederung der Pflegepersonalkosten in Kostenstellengruppe 13 (Patientenaufnahme) sowie der Befragungsergebnisse zur Berücksichtigungsfähigkeit von Fremdpersonalkosten im Pflegeerlös-Budget im Hinblick auf die Normierung des aG-DRG-Systems beraten. Aufgrund der Vielschichtigkeit der Thematik verbietet sich eine einfache Hochrechnung aggregierter Ergebnisse; diese sind vielmehr in einer Gesamtschau aller potentiellen Einflussfaktoren (politisch) zu gewichten. Im Ergebnis haben sich die Vertragsparteien darauf verständigt, diese beiden Themen insgesamt mit einem absenkenden Volumen in Höhe von 16 Mio. € zu bewerten. Dies entspricht einer Reduktion des nationalen Case-Mix-Volumens um 4.370 Case-Mix-Punkte.

Im Datenjahr 2019 ist im Vergleich zum Datenjahr 2018 bei den Kalkulationskrankenhäusern die Gesamtsumme der Pflegepersonalkosten angestiegen. Im Rahmen der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen wurden die Kalkulationsteilnehmer bei statistisch auffälligen intertemporalen Veränderungen nach den Ursachen dieser Veränderungen befragt. Als Ursachen für den Anstieg wurden in der Regel die Umsetzung des Pflegestellenförderprogramms, die (Wieder-)Besetzung offener Stellen im Pflegedienst, tarifliche Veränderungen in den Arbeitsentgelten und die aktualisierte Zuordnung von Personal zu den Diensten „Pflegedienst“, „Funktionsdienst“ und „medizinisch-technischem Dienst“ genannt. Die Aktualisierung der Zuordnung erfolgte insbesondere als Vorbereitung auf die Verhandlungen zur Vereinbarung eines Pflegeerlös-Budgets für 2020, denen die Daten des Jahres 2019 als Grundlage dienen. Im ordnungspoliti-

schen Rahmen zum Pflegeerlös-Budget wurde festgehalten, dass die Detailregelungen der Vertragsparteien auf Bundesebene von den Krankenhäusern (rückwirkend) zum 1. Januar 2019 anzuwenden waren. Die Vereinbarungen der Vertragsparteien auf Bundesebene wurden im Jahr 2019 unterjährig geschlossen und konnten aufgrund des Zeitverlaufs im Jahr 2019 von den Kalkulationskrankenhäusern im Laufe der Kostendatenerhebung bei der Aufbereitung der Daten aus dem Datenjahr 2018 nicht mehr berücksichtigt werden. Entsprechend konnten die Kalkulationsdaten zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems für 2020 den Vorgaben der Vereinbarungen auf Bundesebene nicht vollumfänglich entsprechen. Abweichungen zwischen den Datenjahren 2018 und 2019 waren zu erwarten und wurden frühzeitig adressiert – im Konzept zur Ausgliederung der Pflegepersonalkosten wurde u.a. aus diesem Grund auch in diesem Bereich von einem „lernenden System“ gesprochen. Veränderungen von Pflegepersonalkosten in statistisch auffälliger Größenordnung waren für das erste Datenjahr, das vollumfänglich sämtlichen Vorgaben der Vertragsparteien auf Bundesebene folgen konnte, also erwartbar. Unabhängig von der Erwartbarkeit war die Frage zu klären, inwieweit die Veränderungen der Pflegepersonalkosten bei der Normierung des aG-DRG-Systems zu berücksichtigen sind, um der zentralen Grundlage der Weiterentwicklung „Keine Doppelfinanzierung – keine fehlende Finanzierung“ Genüge zu tun. Aufgrund der multiplen Einflussfaktoren auf die krankenhausesindividuelle Höhe der Pflegepersonalkosten lassen sich einzelne Einflussfaktoren nicht isolieren und berechnen. Den Berechnungsergebnissen ist in diesem Zusammenhang auch stets die politische Bedeutung gegenüberzustellen. Denn die Vorbereitung eines Krankenhauses auf bevorstehende Budgetverhandlungen ist nicht mit dem Ergebnis der Budgetverhandlung identisch. Insofern ist bei der Bewertung der Veränderungen der Pflegepersonalkosten auch die Frage nach dem Umsetzungsgrad der vorbereitenden Arbeiten der Krankenhäuser in den einzelnen Pflegeerlös-Budgets zu berücksichtigen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben die verschiedenen Einflussfaktoren bewertet und sich im Ergebnis darauf verständigt, im Rahmen der Normierung des aG-DRG-Systems einen Betrag von 200 Mio. € absenkend zu berücksichtigen. Dieser Betrag entspricht einer Absenkung von 54.620 Case-Mix-Punkten.

In Summe waren damit 35.745 Case-Mix-Punkte absenkend zu berücksichtigen. Ein Vergleich der Bezugsgröße mit Werten vergangener Jahre ist schon wegen der in Kapitel 3.2.3 beschriebenen Umsetzung der Sachkostenvereinbarung und der Auswirkungen der Vereinbarung zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen sowie der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System nicht möglich.

3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation

3.3.2.1 Abdominalchirurgie

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

Ausgehend von externen Vorschlägen und internen Analysen konnte im Ergebnis für das aG-DRG-System 2021 im Bereich der Abbildung von Fällen der Abdominalchirurgie eine Vielzahl von Änderungen vorgenommen werden.

Die folgende Auflistung gibt eine orientierende Darstellung derjenigen Basis-DRGs, die im Zuge der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2021 hinsichtlich ihrer Definitionskriterien (Basis-DRG oder Splitbedingungen) verändert wurden:

- **G02** *Komplexe oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm [...]*
- **G03** *Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...]*
- **G12** *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen*
- **G16** *Komplexe Rektumresektion [...]*
- **G17** *Andere Rektumresektion [...]*
- **G18** *Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm [...]*
- **G19** *Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...]*
- **G21** *Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum [...]*
- **G35** *Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten [...] der Verdauungsorgane*
- **G36** *Intensivmedizinische Komplexbehandlung [...]*
- **H02** *Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen, Alter > 13 Jahre*
- **H06** *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas*
- **H09** *Eingriffe an Pankreas und Leber [...]*
- **H12** *Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen*

Die einzelnen Umbauten im Bereich der Abdominalchirurgie sind nachfolgend beschrieben.

Extremkostenaufwertung/Vakuumtherapie in der MDC 06

Bereits im Vorjahr waren in einigen DRGs der Abdominalchirurgie (G03C, G19A) Fälle mit *endoösophagealer Vakuumtherapie* deutlich kostenauffällig und wurden entsprechend bereits für 2020 aufgewertet. In den aktuellen Daten zeigte sich diese Leistung in

weiteren DRGs, so der DRG G03B *Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...] mit komplexem Eingriff* und der DRG G36C *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / - Aufwandspunkte und < 1177 / 1105 / - Aufwandspunkte [...] bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* als mit erheblich höheren Kosten verbunden. Aus diesem Grund wurden weitere Konstellationen mit dieser Prozedur in die jeweils höhere DRG aufgewertet (siehe Abb. 8).

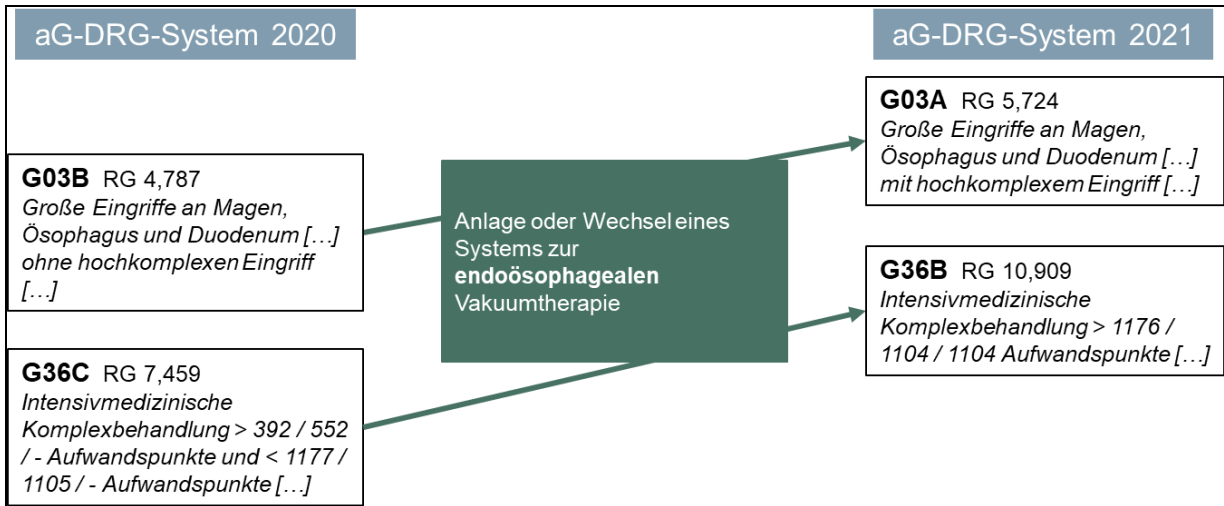


Abbildung 8: Extremkostenaufwertung der endoösophagealen Vakuumtherapie

Ebenfalls zeigte sich die endorektale Vakuumtherapie als nicht sachgerecht vergütete komplexe Leistung. Fälle aus den DRGs G02A und G16B wurden in die DRG G16A *Komplexe Rektumresektion [...] mit komplizierender Konstellation [...] oder endorektale Vakuumtherapie* aufgewertet. Ebenso erfolgte auch eine Aufwertung von Fällen mit diesem Verfahren in die DRG G18A *Bestimmte Eingriffe an Dünn-/Dickdarm [...] mit hochkomplexem Eingriff [...] oder mit endorektaler Vakuumtherapie* aus den DRGs G18B und G18C, sowie G04Z und G17A (siehe Abb. 9).

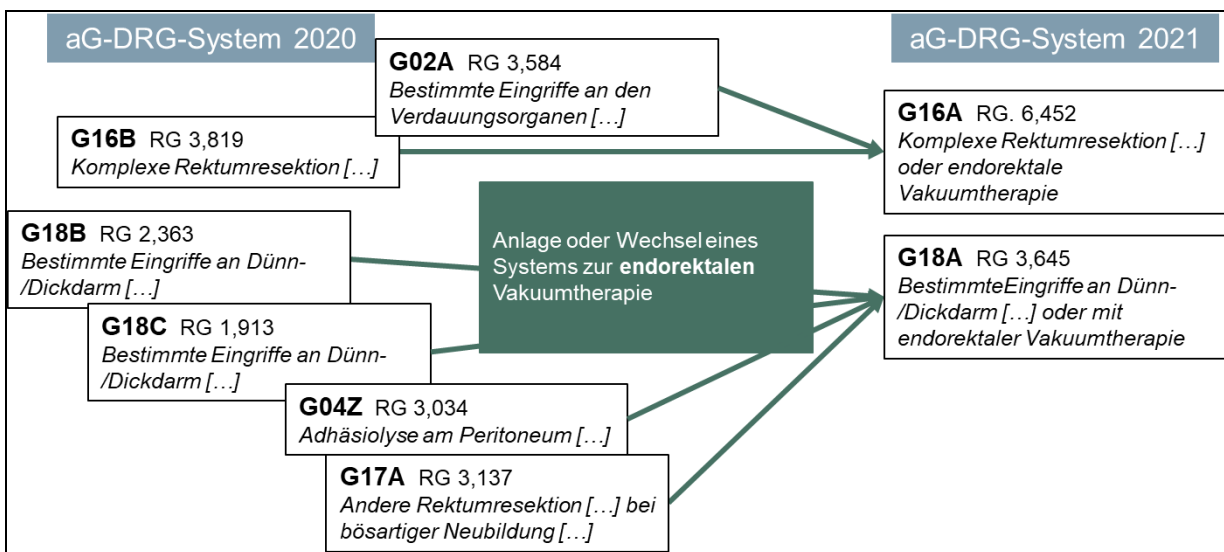


Abbildung 9: Extremkostenaufwertung der endorektalen Vakuumtherapie

Im Rahmen der Vakuumtherapie fanden sich nach weiteren Analysen auch weniger aufwendige Fälle:

Um die Funktion „Komplexe Vakuumbehandlung“ in der DRG G35Z *Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* zu erfüllen, müssen neben der Vakuumtherapie ab 8 Tagen mindestens noch vier Prozeduren an unterschiedlichen Tagen durchgeführt werden. Die an dieser Stelle genutzte Tabelle wurde um einige weniger aufwendige Prozeduren wie z.B. die *Resektion des Omentum* und die *Resektion von Gewebe in der Bauchregion ohne sichere Organzuordnung* reduziert. Diese Fälle wurden damit kostenentsprechend in andere operative DRGs der MDC 06 eingruppiert.

Eingriffe am Gastrointestinaltrakt

Die diesjährigen Analysen zeigten, dass Fälle mit einer *Offen chirurgischen, radikalen, retroperitonealen Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff* in der DRG G18A *Bestimmte Eingriffe an Dünn-/Dickdarm [...] mit hochkomplexem Eingriff [...]* und in der DRG G12B *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur [...]* mit höheren Kosten verbunden waren als die übrigen Fälle der betroffenen DRGs. Eine Aufwertung von Fällen mit dieser Prozedur aus der DRG G18A in die Basis-DRG G03 *Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...]* bzw. eine Aufnahme in die DRG G12A *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur [...]* aus der G12B zeigte sich als aufwandsgerecht (siehe Abb. 10).

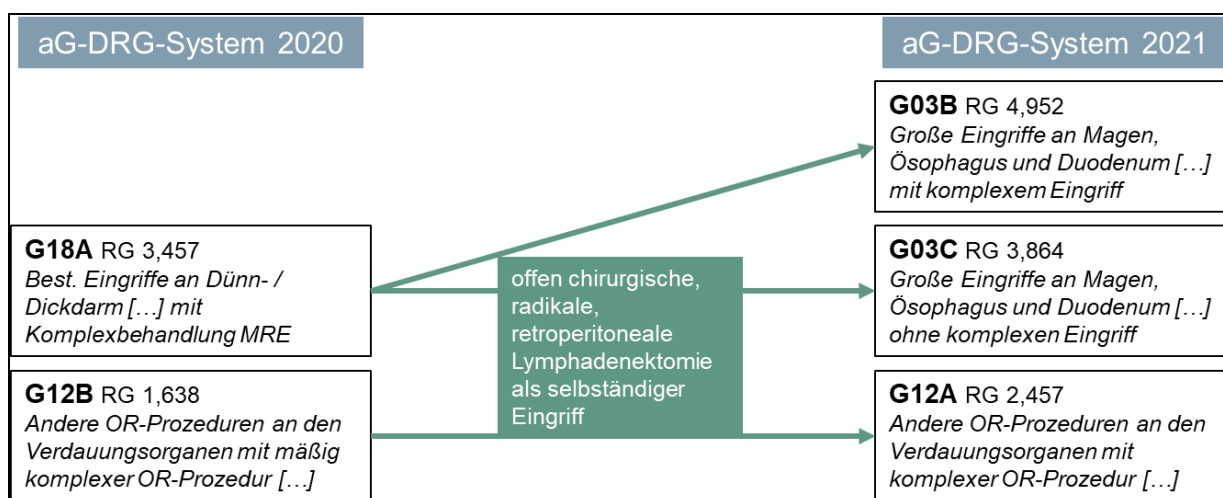


Abbildung 10: Aufwertung der offen chirurgischen, radikalen Lymphadenektomie

In der Basis-DRG G18 *Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm [...]* wurde neben den oben aufgeführten Aufwertungen (retroperitoneale Lymphadenektomie und endorektale Vakuumtherapie) eine Vielzahl von Fällen mit weniger aufwendigen Prozeduren ihren Kosten entsprechend der jeweils geringer vergüteten DRG neu zugeordnet.

Beispielsweise zeigten sich bestimmte urologische und kleine abdominal-chirurgische Prozeduren innerhalb der DRG G18A als weniger aufwendig und wurden ihren Kosten entsprechend in die DRG G18B gruppiert. Auch war die Abbildung von Fällen mit der Anlage oder Revision bestimmter Enterostomata sowie dem Verschluss einiger Kolon-

Magen-Fisteln und bestimmter Bypass-Anastomosen des Darmes in der DRG G18B nicht mehr sachgerecht, sodass diese Fälle der DRG G18C zugeordnet wurden. Innerhalb der DRG G18C zeigten sich Fälle mit Fixierung, Rekonstruktion oder Teilresektion des Darmes, Revisionen von Anastomosen oder Durchtrennung der Ladd'schen Bänder als weniger aufwendig, entsprechend erfolgte eine jetzt sachgemäße Abbildung in der DRG G18D. Ergänzt wurden diese Neuordnungen durch die kostengerechte Darstellung von Fällen der DRG G18D (aG-DRG-System 2020) mit Verschluss von bestimmten Darmfisteln und Rekonstruktionen des Rektums in der DRG G21B *Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum [...], Alter > 15 Jahre* (siehe Abb. 11).

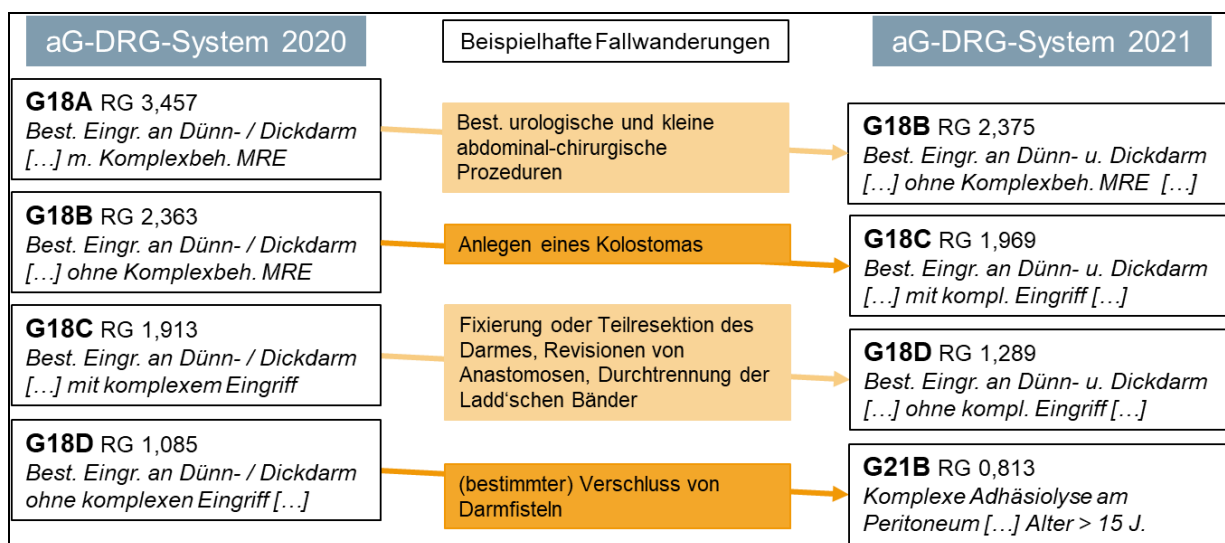


Abbildung 11: Fallverschiebungen innerhalb der Basis-DRG G18

Innerhalb der DRG G03C *Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...], ohne komplexen Eingriff* waren Fälle mit bestimmten Rekonstruktionen der Ösophaguspassage bei Atresie mit höheren Kosten verbunden. Diese werden zukünftig entsprechend in die DRG G03B *Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...], mit komplexem Eingriff* eingruppiert.

Als weniger aufwendig zeigten sich dagegen Fälle in der DRG G03B mit einer partiellen, subtotalen oder lokalen parietalen Peritonektomie, die zukünftig kostenentsprechend der DRG G03C zugeordnet werden.

Zudem erfolgte für das aG-DRG-System 2021 eine den Kosten entsprechende Abwertung von Fällen mit Segmentresektionen des Jejunums oder des Ileums über verschiedene Zugangswege aus der DRG G02A *Bestimmte Eingriffe an den Verdauungsorganen [...]* in die G02B *Bestimmte komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm [...]* und G04Z *Adhäsiolyse am Peritoneum [...]*.

Erfolgt neben einem abdominalchirurgischen Eingriff ein Eingriff an der Leber, z.B. bei Lebermetastasen, haben sich die entsprechenden Fälle in den Vorjahren als aufwendig gezeigt und führten entsprechend in einigen abdominalchirurgischen DRGs zu einer höheren Eingruppierung. In den aktuellen Daten zeigt sich dies für die *Keilexzisionen von erkranktem Gewebe der Leber* (5-501.2) nicht mehr. Entsprechend erfolgte eine aufwandsentsprechende Neuordnung aus den Basis-DRGs G02, G10 *Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz* und G16 in die DRGs

G17A *Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff [...] bei bösartiger Neubildung [...]* und G18B.

In der DRG G19B *Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...], mit komplexem Eingriff* zeigten Fälle mit verschiedenen laparoskopischen Verfahren für Gastroenterostomie ohne Magenresektion (Bypassverfahren) geringere Kosten als andere Fälle dieser DRG. Zudem bestand ein Erlösunterschied der Fälle in der DRG G19B mit der Hauptdiagnose Reflux im Vergleich zu Fällen mit ähnlichen Verfahren in der MDC 10 mit der Hauptdiagnose Adipositas und vergleichbarem Kostenprofil. Es erfolgte eine sachgerechte Abbildung und Minimierung des Erlösunterschieds durch Eingruppierung in die DRG G19C *Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...], ohne komplexen Eingriff*.

Ebenfalls in der Basis-DRG G19 erfolgte eine den Kosten entsprechende Abwertung von Fällen mit atypischer partieller Magenresektion von der DRG G19A in die DRG G19B. Ergänzend fand eine Abwertung von Fällen mit *Lokaler laparoskopischer Exzision von erkranktem Gewebe des Magens* statt. Bei geringeren Kosten dieser Fälle erfolgte eine sachkostengerechte Eingruppierung in die DRG G19C.

Abbildung von Kindern in der Abdominalchirurgie

In der Basis-DRG G16 *Komplexe Rektumresektion [...]* wurden für das aG-DRG-System 2021 Kinder mit einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung im Kindesalter ab 197 Aufwandspunkten in die DRG G16A *Komplexe Rektumresektion [...] mit komplizierender Konstellation [...]* aufgewertet mit in Folge entsprechender Aufwertung intensivmedizinischer Fälle. In der Definition der DRG G16A wurden bisher nur Fälle mit einer aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung berücksichtigt.

Zudem wurde in zwei weiteren DRGs der Abdominalchirurgie die Abbildung der Versorgung von Kindern verbessert. Kinder unter 16 Jahren in den DRGs G12B *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur [...]* und G17B *Andere Rektumresektion [...] außer bei bösartiger Neubildung* wiesen deutlich höhere Kosten auf und wurden entsprechend der jeweilig höheren DRG G12A [...] oder mit mäßig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre bzw. G17A *Andere Rektumresektion [...] oder Alter < 16 Jahre* zugeordnet.

Zur Vermeidung einer Schlechterstellung von Kindern erfolgte außerdem eine Kondensation der DRGs G21A *Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum [...] Alter < 16 Jahre* und G21B *Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum [...] Alter > 15 Jahre* (siehe Kap. 3.3.5).

Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen

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

Innerhalb der Basis-DRG G12 wurden Fälle mit *Laparoskopischer Drainage, pelvin* und mit *Laparoskopischer Exzision von retroperitonealem Gewebe* aus der DRG G12C *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit wenig komplexer OR-Prozedur [...]* der DRG G12D *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe OR-Prozedur [...]* zugeordnet und somit abgewertet.

Außerdem erwies sich beispielsweise eine *Lokale laparoskopische Exzision von erkranktem Gewebe des Dickdarmes* aus der DRG G12D als weniger aufwendig. Diese Leistung wird zukünftig in die DRG G23B *Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolektomie oder Exzision erkranktes Gewebe Dickdarm [...]* eingruppiert.

Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas

Bei den Analysen der Daten des Jahres 2019 wurden Fälle mit Segmentresektionen des Duodenums, des Jejunums und des Ileums sowie mit multiplen Segmentresektionen des Dünndarms in der MDC 07 als Extremkostenfälle identifiziert. Bei diesen Fällen liegen meistens weitere komplizierende Faktoren vor, weshalb die überwiegende Anzahl der Fälle im aG-DRG-System 2020 in die DRG H06A eingruppiert wird. Ihren Kosten entsprechend werden diese Fälle zukünftig aufwandsgerecht der DRG H09A *Eingriffe an Pankreas und Leber [...], mit bestimmtem Eingriff mit äußerst schweren CC oder aufwendiger Eingriff am Dünndarm mit bestimmten komplizierenden Faktoren* zugeordnet und damit deutlich aufgewertet.

Dagegen zeigten sich bei weiteren Analysen der DRG H06A Fälle mit Exzision von erkranktem Gewebe des Zwerchfells ohne Verschluss durch alloplastisches Material, offen chirurgischer (Teil-)Resektion des Jejunums, offen chirurgischer Segmentresektion des Dickdarms mit Anastomose, offen chirurgischer hinterer Gastroenterostomie und mit einer Gastrotomie ohne weitere Maßnahmen mit geringeren Kosten verbunden. Diese Fälle werden ab 2021 aufwandsentsprechend der DRG H06B *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit bestimmtem Eingriff [...]* zugeordnet.

Innerhalb der Basis-DRG H12 werden Fälle mit verschiedenen Eingriffen am hepatobiliären System oder Eingriffen an abdominalen oder pelvinen Gefäßen eingruppiert. Die Analyse dieser Fälle auf den Daten des Jahres 2019 zeigte, dass die perkutane Implantation von Bestrahlungsmarkern an der Leber, die Endosonographie der Bauchhöhle, die Peritoneoskopie, die Nadelbiopsie an der Leber und die laparoskopische, lokale Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber durch hochfrequenzinduzierte Thermotherapie mit geringeren Kosten verbunden war. Betroffene Fälle werden im aG-DRG-System 2021 nur noch bei äußerst schweren CC der Basis-DRG H12 zugeordnet. Ansonsten erfolgt eine Zuordnung zur Basis-DRG H06 *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas*.

Eingriffe an Pankreas und Leber

Fälle mit bestimmter atypischer Leberresektion und *Sonstiger und nicht näher bezeichneter anatomischer (typischer) Leberresektion* zeigten sich in der DRG H09A *Eingriffe an Pankreas und Leber [...], mit äußerst schweren CC, mit bestimmtem Eingriff [...]* mit geringeren Kosten verbunden. Diese Fälle werden im aG-DRG-System 2021 aufwandsentsprechend der H09B zugeordnet. Des Weiteren wurden die DRGs H09B und H09C aufgrund eines fehlenden Kostenunterschieds für das aG-DRG-System 2021 zur DRG H09B *Eingriffe an Pankreas und Leber [...], ohne bestimmten Eingriff oder ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff am Dünndarm mit bestimmten komplizierenden Faktoren* kondensiert (siehe Abb. 12).

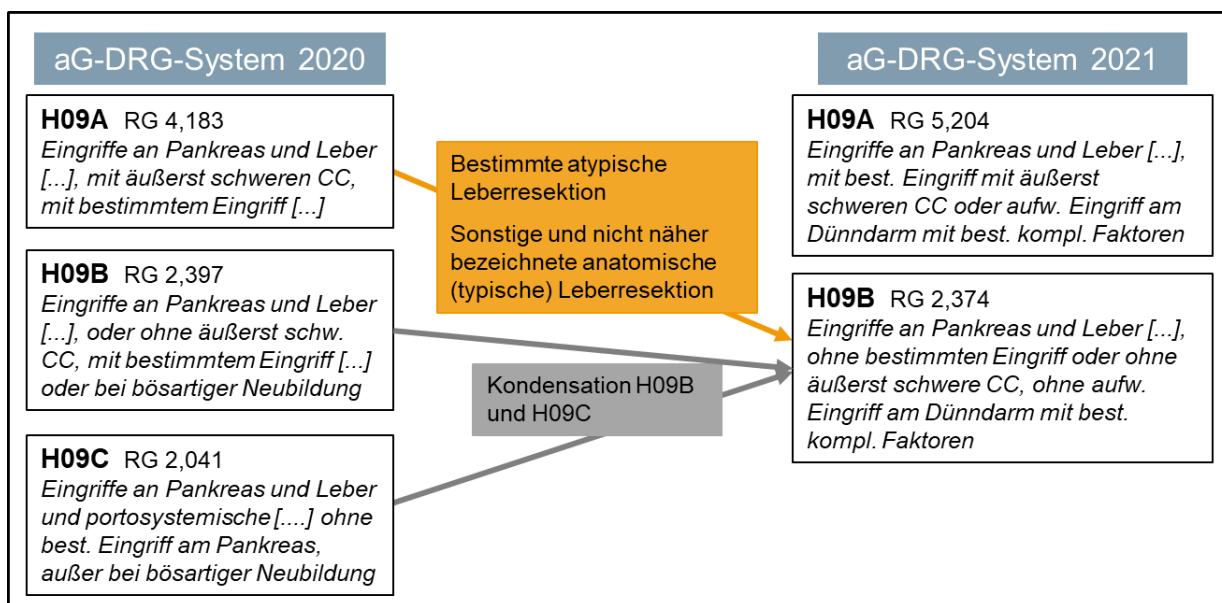


Abbildung 12: Änderungen innerhalb der Basis-DRG H09

Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen

Fälle mit komplexem Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen und einer Hauptdiagnose für eine sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge zeigten sich in der DRG H02B mit höheren Kosten verbunden als andere Fälle der DRG. Ihren Kosten entsprechend werden diese Fälle im aG-DRG-System 2021 der DRG H02A *Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen, Alter > 13 Jahre, bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmter biliodigestiver Anastomose* zugeordnet und damit deutlich aufgewertet.

3.3.2.2 Augenheilkunde

Im Rahmen des „Vorschlagsverfahrens zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverstandes bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2021“ wurden im Bereich der MDC 02 *Krankheiten und Störungen des Auges* erneut Vorschläge zur Verbesserung der sachgerechten Abbildung von Fällen mit ophthalmologischen Erkrankungen eingereicht.

So wurden nach einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren Fälle mit Hornhauttransplantation in Kombination mit Eingriffen an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie untersucht. Es wird ein Fehlanreiz beschrieben, diese Operationen im Rahmen von zwei separaten Aufenthalten durchzuführen. Fälle mit einem Kombinationseingriff wiesen höhere Kosten auf als andere Fälle in der DRG C04B *Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), [...], ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre*. Betroffene Fälle werden durch zukünftige Abbildung in der DRG C04A aufgewertet.

Die Rekonstruktion des Augapfels kann mit Hilfe der Codes *Primäre Rekonstruktion des Augapfels* (5-166.1) und *Sekundäre Rekonstruktion des Augapfels* (5-166.2) kodiert werden. Die Eingruppierung beider Codes war im aG-DRG-System 2020 nicht identisch. Die Fachgesellschaft hat darauf hingewiesen, dass es in der Praxis immer wieder zu Unklarheiten kommt, welcher Code in welchen Fällen zu verwenden ist. Daraus re-

sultierten Unstimmigkeiten bei den DRG-Abrechnungen. Bei entsprechenden Kosten wurden Fälle mit *primärer Rekonstruktion des Augapfels* aus der DRG C01A *Komplexer Eingriff bei penetrierenden Augenverletzungen [...]* in die DRG C01B *Andere Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen [...]* abgewertet und dadurch die Gruppierungsrelevanz beider Codes gleichgestellt.

Einem weiteren Hinweis folgend, wurden Fälle mit einer *Pars-plana-Vitrektomie mit Silikonölwechsel/-auffüllung* in die Basis-DRG C03 und in die DRG C01A aufgenommen und dadurch den Fällen mit einer *Pars-plana-Vitrektomie mit Silikonölimplantation* gleichgestellt.

Fälle mit einer Amnionmembrantransplantation können mit dem Code *Deckung der Kornea durch eine Amnionmembran* (5-129.2) oder mit dem Code *Konjunktivaplastik: Transplantation von Amnionmembran* (5-113.4) kodiert werden. Die unterschiedliche Abbildung der Codes im aG-DRG-System 2020 zeigte sich anhand der Daten des Jahres 2019 als nicht begründet. Es erfolgte eine Gleichstellung beider Prozeduren durch Aufnahme von Fällen mit *Konjunktivaplastik: Transplantation von Amnionmembran* in die DRGs C01A, C01B und C04A und damit Aufwertung aus der Basis-DRG C20.

In den Basis-DRGs C02 *E nukleationen und Eingriffe an der Orbita [...]* und C03 *Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie [...]* wurden Fallgruppen untersucht, die ähnliche Kosten zeigten und auch sonst vergleichbar waren. Aufgrund des geringen Kostenunterschieds wurden die DRGs C02B *E nukleationen und Eingriffe an der Orbita außer bei bösartiger Neubildung* und C03A *Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) [...]* zur DRG C03A *Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, [...]* oder *E nukleationen und Eingriffe an der Orbita außer bei bösartiger Neubildung* kondensiert (siehe Abb. 13).

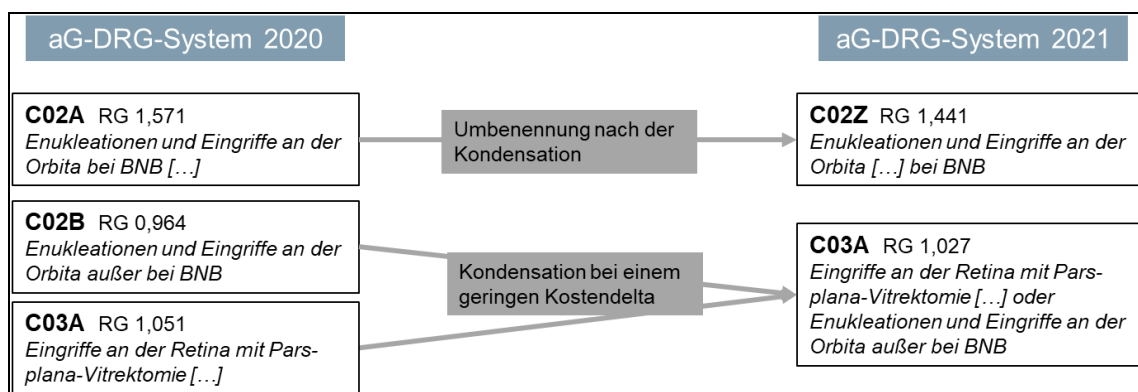


Abbildung 13: Kondensation der DRGs C02B (2020) und C03A (2020) zur DRG C03A (2021)

Des Weiteren wurden Fälle mit einer *Totalexzision von erkranktem Gewebe der Orbita* bei bösartiger Neubildung aus der DRG C02A in die DRG C03A sowie Fälle mit *bestimmter sekundärer Einführung eines Orbitaimplantates* aus der DRG C02B in die DRG C03A kostenentsprechend abgewertet.

Kinder unter 16 Jahren mit komplexem Eingriff am Auge oder bösartiger Neubildung wurden aus der DRG C03B *Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie [...]* (RG 0,818; 2020) in die DRG C03A *Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, [...]* oder *Eingriffe an der Orbita bei BNB des Auges oder Alter < 16 Jahre [...]* (RG 1,027; 2021) aufgewertet.

In den Basis-DRGs C06 *Komplexe Eingriffe bei Glaukom* und C07 *Andere Eingriffe bei Glaukom [...]* sind Fälle mit Eingriffen bei Glaukom abgebildet. Bei geringeren Kosten wurden Fälle mit *Senkung des Augeninnendruckes durch nicht filtrierende Operationen: Viskokanaloplastik* aus der DRG C06Z *Komplexe Eingriffe bei Glaukom* in die DRG C07A *Andere Eingriffe bei Glaukom mit [...]* bestimmten Eingriffen bei Glaukom [...] sowie Fälle mit *Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare* aus der DRG C07A in die DRG C07B *Andere Eingriffe bei Glaukom [...]* ohne bestimmte Eingriffe bei Glaukom [...] abgewertet.

In der Basis-DRG C10 sind Fälle mit Eingriffen an den Augenmuskeln abgebildet. Im Rahmen interner Analysen wurden zum Teil erhebliche Kostenunterschiede zwischen Fallgruppen in der DRG C10C *Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, Alter > 5 Jahre* festgestellt. Bei erhöhten Kosten wurden Fälle mit *kombinierten Operationen an den Augenmuskeln, mit Refixation eines Augenmuskels* sowie Fälle mit *kombinierten Operationen an zwei geraden Augenmuskeln* in Kombination mit *Reoperation* aus der DRG C10C in die DRG C10B *Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, mit komplexem Eingriff oder Alter < 6 Jahre* aufgewertet. Bei geringeren Kosten wurden Fälle mit *einfacher Rücklagerung an einem schrägen Augenmuskel* sowie mit *Adhäsionolyse an den schrägen Augenmuskeln* aus der DRG C10A *Eingriffe an den Augenmuskeln mit erhöhtem Aufwand* in die DRGs C10B und C10C abgewertet.

Des Weiteren wurden Fälle mit weniger aufwendigen Prozeduren für plastische Rekonstruktion der Augenlider aus der DRG C12Z *Andere Rekonstruktionen der Augenlider* in die DRG C20B *Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse [...]* sowie Fälle mit Prozeduren für *therapeutische Sondierung der Tränenwege* mit oder ohne Intubation oder für die *therapeutische Lavage der Tränenwege* aus der Basis-DRG C13 *Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen* in die Basis-DRG C14 *Andere Eingriffe am Auge* abgewertet.

3.3.2.3 COVID-19-Pandemie

Die Weiterentwicklung zum aG-DRG-System 2021 basiert auf den Daten der Kalkulationskrankenhäuser aus dem Jahr 2019. Die Daten beinhalten somit noch keine Fälle mit einer durch SARS-CoV-2 verursachten Erkrankung. Dennoch sollten Fälle mit einer COVID-19-Erkrankung im aG-DRG-System 2021 berücksichtigt und das System wo möglich entsprechend angepasst werden.

Für die Berücksichtigung einer COVID-19-Erkrankung im aG-DRG-System 2021 mussten zunächst die nötigen Grundlagen geschaffen werden. So wurde die Kodierung nach der ICD-10-GM-Klassifikation angepasst, indem durch das BfArM die vorläufigen Schlüsselnummern U07.1 und U07.2 unterjährig mit den Inhalten *COVID-19, Virus nachgewiesen* (U07.1!) und *COVID-19, Virus nicht nachgewiesen* (U07.2!) belegt wurden.

Des Weiteren hat der Gesetzgeber mit Artikel 3 des Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (BGBl. I, Nr. 23 vom 22. Mai 2020, S. 1018) eine nach § 24 KHG verpflichtende unterjährige Datenlieferung zum 15. Juni 2020 und 15. Oktober 2020 vorgegeben. Diese Datenlieferungen erfolgen nach den Vorgaben des § 21 KHEntgG und enthalten dementsprechend Leistungs-, aber keine Kosteninformationen zu Fällen mit einer COVID-19-Infektion. Sie können deshalb zwar keine alleinige Grundlage für die Weiterentwicklung des aG-DRG-

Systems 2021 sein, aber wertvolle Hinweise auf die aktuelle Abbildung der Fälle im aG-DRG-System 2020 liefern. So können in den DRGs beispielsweise Verweildauern oder Beatmungszeiten der Fälle mit COVID-19 im Vergleich zu den anderen Fällen der DRGs analysiert werden.

Einschätzung zur Abbildung im Entgeltsystem

In den unterjährigen Datenlieferungen wird bereits sichtbar, dass in Verbindung mit einer COVID-19-Erkrankung (Sekundärdiagnose U07.1) überwiegend die Hauptdiagnose J12.8 *Pneumonie durch sonstige Viren* kodiert wird. Dieser Kode hat im aG-DRG-System 2020 keine herausragende Bedeutung und wird insbesondere nicht im CCL-Schweregradsystem berücksichtigt. Des Weiteren sind auch Isolationsmaßnahmen bei nicht multiresistenten Erregern bisher nicht durchgehend in allen MDCs erlösrelevant. Fälle mit längerer Beatmung bzw. intensivmedizinischer Versorgung finden sich hingegen bereits in hochdifferenzierten DRGs der Prä-MDC oder den intensivmedizinischen DRGs der organbezogenen Kapitel.

Im Rahmen der Weiterentwicklung zum aG-DRG-System 2021 wurden folgende Anpassungsmöglichkeiten, basierend auf einem für eine COVID-19-Infektion typischen klinischen Bild, untersucht (siehe Tab. 17):

Klinisches Bild	Eingruppierung über...	Anpassung 2021
Infektionen der unteren Atemwege (Pneumonie)	Hauptdiagnose Pneumonie in MDC 04 <i>Atmungsorgane</i>	CCL-Wert für Nebendiagnose COVID-19 + direkte Gruppierungsrelevanz der Diagnose
Infektionen der oberen Atemwege	z.T. über Hauptdiagnose <i>Akute Infektion obere Atemwege</i> in MDC 03 (HNO), v.a. Basis-DRG D63	CCL-Wert für Nebendiagnose COVID-19, PCCL-Split der Basis-DRG D63
Isolierungsmaßnahmen stehen im Vordergrund	Kodes <i>Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern</i> in spezifischen DRGs	Ausbau der „DRG-Familie“ <i>Komplexbehandlung / Isolation</i>

Tabelle 17: Wesentliche Anpassungsmöglichkeiten des aG-DRG-Systems 2021 ohne Kostendaten von Fällen mit COVID-19-Infektion

Klassifikatorische Auswirkungen

Nach Analyse wurden konkret die folgenden klassifikatorischen Anpassungen im aG-DRG-System 2021 umgesetzt:

- Neuaufnahme des Kodes U07.1 *COVID-19, Virus nachgewiesen* in das PCCL-System als schweregradsteigernde Diagnose mit einem CC-Wert von 2 in allen DRGs, in denen die Diagnose J10.0 *Grippe mit Pneumonie, saisonale Influenzaviren nachgewiesen* einen CCL-Wert aufweist. Da die Diagnose U07.1 als „Zusatzkode“ stets als Nebendiagnose gilt, ergibt sich daraus eine Erlösrelevanz für die typischen Fälle.

- Um zukünftig eine differenziertere Abbildung auch von Fällen mit Infektionen der oberen Atemwege zu ermöglichen, wurde die DRG D63Z [...] *Infektionen der oberen Atemwege [...]* neu nach PCCL > 3 differenziert. Aufgrund der CCL-Anpassung für U07.1 *COVID-19, Virus nachgewiesen* ist damit bereits im aG-DRG-System 2021 eine verbesserte Abbildung in der DRG D63A möglich.
- Aufwertung der Fälle mit COVID-19 durch direkte Gruppierungsrelevanz der Nebendiagnose U07.1 in den Basis-DRGs E65 *Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung oder Bronchitis und Asthma bronchiale [...]*, E69 *Bronchitis und Asthma bronchiale [...]*, E75 *Andere Krankheiten der Atmungsorgane [...]*, T63 *Virale Erkrankung* und A11 *Beatmung > 249 Stunden [...]* mit Höhergruppierung in der Regel bei mehr als 1 Belegungstag.
- Zudem wurde die „DRG-Familie“ Komplexbehandlung bei Isolationspflichtigen Erregern in 8 MDCs so erweitert, dass in diese DRGs vermehrt Fälle auch mit nicht multiresistenten Erregern (z.B. COVID-19) eingruppiert werden. Detaillierte Informationen finden sich in Kapitel 3.3.2.15. Im Datenjahr 2019 gab es kaum Fälle mit Isolationsmaßnahmen in der MDC 03 *Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses*. Es ist jedoch zu erwarten, dass solche Fälle im Datenjahr 2020 in nennenswerter Zahl vorkommen werden. Dies wird bereits in den unterjährigen Datenlieferungen sichtbar. Durch eine „Umleitung“ dieser Fälle in die bereits entsprechend differenzierte Basis-DRG E65 wird eine aufwandsentsprechende Abbildung ermöglicht.
- Im Bereich der Intensivmedizin zeigten die Fälle mit einer Diagnose für COVID-19 in der unterjährigen Datenlieferung wenig Anhalt für eine nicht sachgerechte Eingruppierung, zumal bestimmte aufwendige Leistungen wie Dialysen und die ECMO durch Zusatzentgelte vergütet werden. Lediglich bestimmte Fälle der Basis-DRG A13 *Beatmung > 95 Stunden [...]* zeigten zum Teil auffällige Verweildauern oder Beatmungszeiten, sodass Fälle mit 200 Beatmungsstunden oder mehr durch eine Höhergruppierung in die sowohl absolut als auch pro Tag besser bewertete Basis-DRG A11 *Beatmung > 249 Stunden [...]* eine verbesserte Abbildung erfahren.

Fazit

Auf Grundlage der Kalkulationsdaten aus 2019 war noch keine durchgängige und kostengestützte Berücksichtigung der Auswirkungen einer COVID-19-Erkrankung für das aG-DRG-System 2021 möglich. Grundsätzlich erfolgt für schwere Verläufe (Beatmung, Intensivtherapie) aufgrund der Art der Behandlung und damit unabhängig von der Grunderkrankung bereits eine Eingruppierung in hochdifferenzierte DRGs, die durch die Erweiterung der Bedingung der Basis-DRG A11 für beatmete COVID-19-Fälle weiter verbessert wurde (zudem werden Zusatzentgelte relevant, wie z.B. ECMO). Für nicht intensivpflichtige Fälle wurden durch die oben ausgeführten Anpassungen der Gruppierungsrelevanz der Nebendiagnose selbst im Schweregradsystem und in den DRGs für Isolationspflichtige Patienten bereits für das aG-DRG-System 2021 relevante Verbesserungen für die Vergütung der Behandlung von Fällen mit einer SARS-CoV-2-Infektion umgesetzt.

3.3.2.4 Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma

In der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* finden sich Fälle mit Hauteingriffen oder mit Operationen an der Mamma.

Eingriffe an der Haut und Unterhaut

In der Basis-DRG J02 *Hauttransplantation oder Lappenplastik [...]* finden sich im aG-DRG-System 2020 hauptsächlich Fälle mit verschiedenen Hauttransplantationen und Lappenplastiken. Jedoch zeigten sich in der DRG J02B *Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extremität [...]* Fälle z.B. mit lokalen Lappenplastiken, u.a. *großflächige Verschiebe-Rotationsplastik*, an Gesäß, Fuß, Unterschenkel oder sonstigen Lokalisationen mit geringeren Kosten verbunden. Durch Präzisierung der Bedingung der DRG J02B wurden diese Fälle aufwandsentsprechend der DRG J02C *Hauttransplantation oder bestimmte Lappenplastik [...]* ohne komplexen Eingriff zugeordnet.

In der Basis-DRG J02 zeigten sich einige Fälle mit weiteren Eingriffen mit geringeren Kosten in ihren DRGs und wurden daher kostengerecht der Basis-DRG J03 *Eingriffe an der Haut der unteren Extremität [...]* zugeordnet, wie z.B. *Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Sonstige: Fuß* oder *Verschiebe-Rotationsplastik, kleinflächig: Fuß*.

Wie schon in den Vorjahren befassten sich die internen Analysen für das aG-DRG-System 2021 auch mit der „Reste“-DRG der MDC 09, der Basis-DRG J11 *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma*. In diese Basis-DRG werden Fälle mit operativen Verfahren eingruppiert, die in der MDC 09 nicht spezifisch zugeordnet werden. Dadurch entsteht eine Basis-DRG, in der Fallgruppen mit homogenem Kostenbild (Inlierkosten und Verweildauer), aber recht heterogenen Eingriffen abgebildet werden.

Für 2021 wurden hier mehrere aufwandsentsprechende Neuzuordnungen von operativen Leistungen umgesetzt: Fälle mit einer *zervikalen Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff* oder (*perkutane*) *mediastinale, paraaortale oder iliakale Lymphknotenbiopsien mit oder ohne Steuerung durch bildgebende Verfahren* zeigten sich mit höheren Kosten verbunden als andere Fälle in der DRG J11B *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma [...]* mit *mäßig komplexer Prozedur [...]* und wurden deshalb in die DRG J11A *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit komplexem Eingriff [...]* kostengerecht aufgewertet. Hingegen erfolgte eine Neuzuordnung von Fällen mit *Biopsien an Muskeln und Weichteilen durch Inzision der unteren Extremität* sowie mit *Biopsien an Knochen durch Inzision am Oberkörper oder der unteren Extremität* aus der DRG J11A kostenentsprechend in die DRG J11B (siehe Abb. 14).

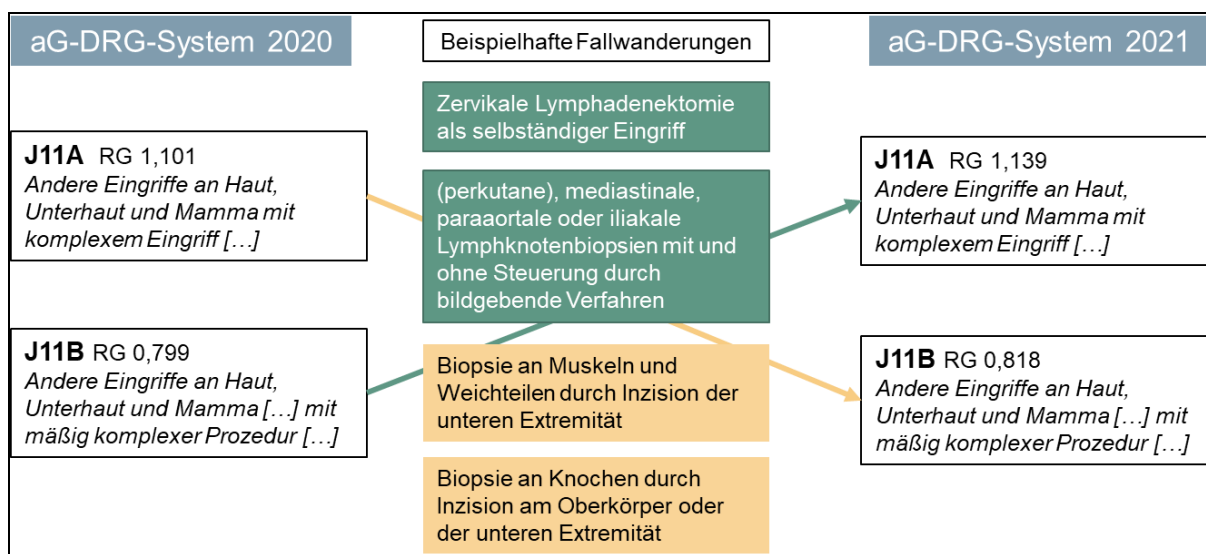


Abbildung 14: Umbauten in der „Reste“-Basis-DRG J11

Außerdem wurden in den operativen DRGs der MDC 09 aufgrund eines fehlenden Kostenunterschieds die DRGs J07B und J07C bei inhaltlich vergleichbaren Leistungen kondensiert.

Erkrankungen der Haut und Unterhaut

Im Rahmen der umfassenden Analysen zu bösartigen Neubildungen im gesamten System zeigten sich in der DRG J61C *Schwere Erkrankungen der Haut [...] ohne hochkomplexe Diagnose oder mäßig schwere Hauterkrankungen [...]* Fälle mit allen Diagnosekodes für *Bösartiges Melanom* mit deutlich höheren Kosten verbunden als andere Fälle dieser DRG. Aufgrund dessen erfolgte eine aufwandsgerechte Aufwertung in die DRGs J61A *Schwere Erkrankungen der Haut [...] hochkomplexe Diagnose [...]* und J61B *Schwere Erkrankungen der Haut [...] ohne hochkomplexe Diagnose, mit schwerer Erkrankung der Haut [...]*.

Die *Prellung* eines Körperteils führt im aG-DRG-System 2020 als Hauptdiagnose in die MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma*, wo auch eine Vielzahl von oberflächlichen Verletzungen eingruppiert wird. Im Vergleich zu den oberflächlichen Verletzungen zeigen sich Fälle mit der Diagnose einer *Prellung* mit unterschiedlichen, oft höheren Kosten verbunden als die übrigen Fälle der ihnen zugeordneten DRG. Diagnosen wie *Verstauchung und Zerrung* oder *Verletzung von Muskeln und Sehnen* sind hingegen der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelettsystem [...]* zugeordnet, die erheblich differenziertere Abbildungsmöglichkeiten für die Behandlung von Verletzungen an Körperteilen/Extremitäten insbesondere durch operative Verfahren bietet.

Fälle mit der Diagnose *Prellung der Hüfte* oder *Prellung des Oberschenkels* wurden nach einer Vielzahl von Analysen aufwandsgerecht der MDC 08 zugeordnet. Damit sind operierte Fälle in den hochdifferenzierten DRGs der MDC, konservativ versorgte Fälle in der Basis-DRG I68 *Nicht operativ behandelte Erkrankungen [...] im Wirbelsäulenbereich [...] oder Prellung [...]* kostengerecht eingruppiert. Weitere Fälle mit *Prellungen* an anderen Lokalisationen wurden ebenfalls untersucht, hier wurde bei uneinheitlichen Ergebnissen für 2021 jedoch noch keine Änderung vorgenommen.

Weitere Änderungen

Im Rahmen der systemweiten Überprüfung und Aufwertung von Fällen mit Besiedelung oder Infektion mit isolationspflichtigen Erregern wurde in der MDC 09 eine Erweiterung der Bedingung der DRG *J77Z Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* um Prozeduren für die Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern ab mindestens 10 Belegungstagen sowohl auf spezieller als auch auf nicht spezieller Isoliereinheit vorgenommen. Somit erfolgt eine Aufwertung dieser Fälle innerhalb der MDC 09 in die DRG *J77Z* (siehe Kap. 3.3.2.15).

Wie in einigen Strahlentherapie-DRGs der anderen MDCs wurden auch Fälle in der MDC 09 im Zusammenhang mit einer Bestrahlungsplanung aus der Basis-DRG *J18 Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma [...]* mit bestimmten Prozeduren für die *Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie* als weniger aufwendig identifiziert. Somit werden diese Fälle zukünftig nur noch bei einer Verweildauer von mehr als 5 Tagen in der Strahlentherapie-DRG *J18* abgebildet. Bei einer Verweildauer von weniger als 6 Tagen werden betroffene Fälle in der entsprechenden konservativen Basis-DRG *J61 Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein BT [...]* sachgerecht vergütet (siehe Kap. 3.3.2.26).

Im Zuge der ersatzlosen Streichung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für das Jahr 2021 wurde auch in der Basis-DRG *J61* die Gruppierungsrelevanz der hochaufwendigen Pflege für Kinder und Erwachsene gestrichen.

3.3.2.5 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen

In der MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* wird die Mehrzahl der Fälle in die Basis-DRGs *K62 Verschiedene Stoffwechselerkrankungen*, *K60 Diabetes mellitus [...]* und *K64 Endokrinopathien* der medizinischen DRGs eingruppiert.

Im Vordergrund der Weiterentwicklung für das Jahr 2021 standen jedoch die DRGs der operativen Partition, insbesondere die Basis-DRG *K06 Eingriffe an Schilddrüse [...]* mit fast 13% aller Fälle der MDC sowie die Basis-DRGs *K04 Große Eingriffe bei Adipositas* und *K07 Andere Eingriffe bei Adipositas*.

In den Basis-DRGs *K04* und *K07* sind Fälle mit z.B. Magenverkleinerung, „Bypass“-Operationen am Verdauungstrakt oder Gewebereduktionsplastiken abgebildet. Eine deutliche Zunahme von Fällen mit solchen Eingriffen in den letzten Jahren erforderte und ermöglichte eine weitere Ausdifferenzierung dieser DRGs. Ausgehend von den Kalkulationsdaten des Jahres 2019 wurde für das aG-DRG-System 2021 die Basis-DRG *K07* anhand von aufwendigeren Eingriffen gesplittet. Der neuen DRG *K07A* wurden bestimmte in der Basis-DRG *K04* weniger aufwendige Eingriffe aufwandsentsprechend neu zugeordnet. Die beispielhaften Fallwanderungen sind in Abbildung 15 dargestellt.

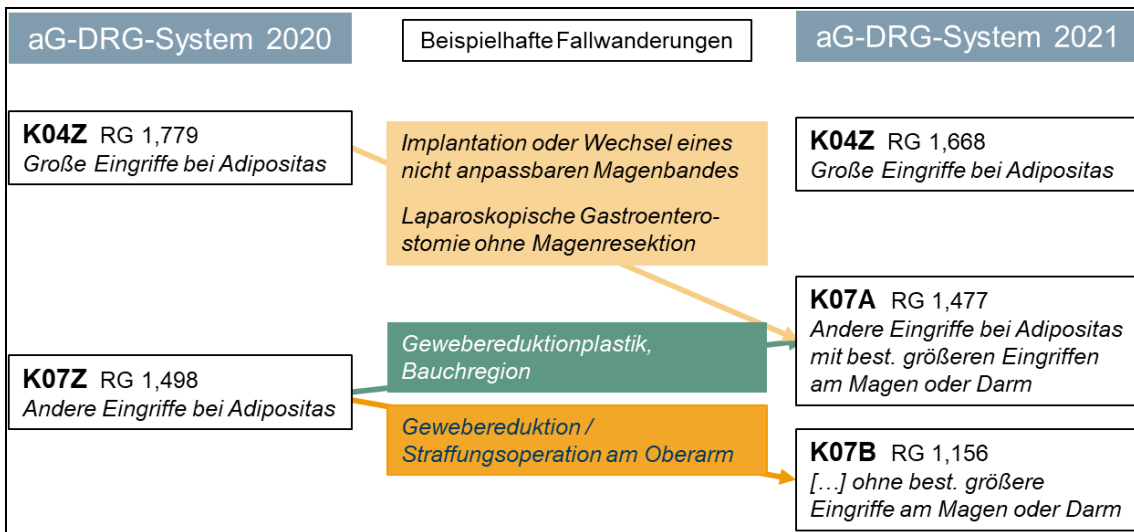


Abbildung 15: Split der DRG K07Z Andere Eingriffe bei Adipositas

Die Basis-DRG K06 *Eingriffe an der Schilddrüse [...]* ist weiterhin vierfach gesplittet. Für das aG-DRG-System 2021 wurde die Prozedur *Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]: selektiv, 1 Region* bzw. eine nicht näher bezeichnete radikale zervikale Lymphadenektomie der DRG K06C *Eingriffe an Schilddrüse [...]* ohne *Thyreoidektomie durch Sternotomie [...]* zugeordnet. Fälle mit dieser Prozedur sind somit den niedrigeren Kosten entsprechend eingruppiert. Fälle mit den Prozeduren *Exzision von erkranktem Gewebe der Nebenschilddrüse* oder *Reexploration der Nebenschilddrüse mit partieller Resektion* werden zukünftig der DRG K06D zugeordnet, wo sie sachgerecht abgebildet sind. Konsekutiv werden die in der DRG K06C verbleibenden Fälle (mit bestimmten Thyreoidektomien) moderat aufgewertet. Eine noch stärkere Aufwertung im aG-DRG-System 2021 in der Basis-DRG K06 erfahren Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368/ - Aufwandspunkte, da diese DRG u.a. durch Veränderungen in der CC-Schweregrad-Systematik Fälle mit geringeren Kosten in die DRG K06B verloren hat (siehe Abb. 16).

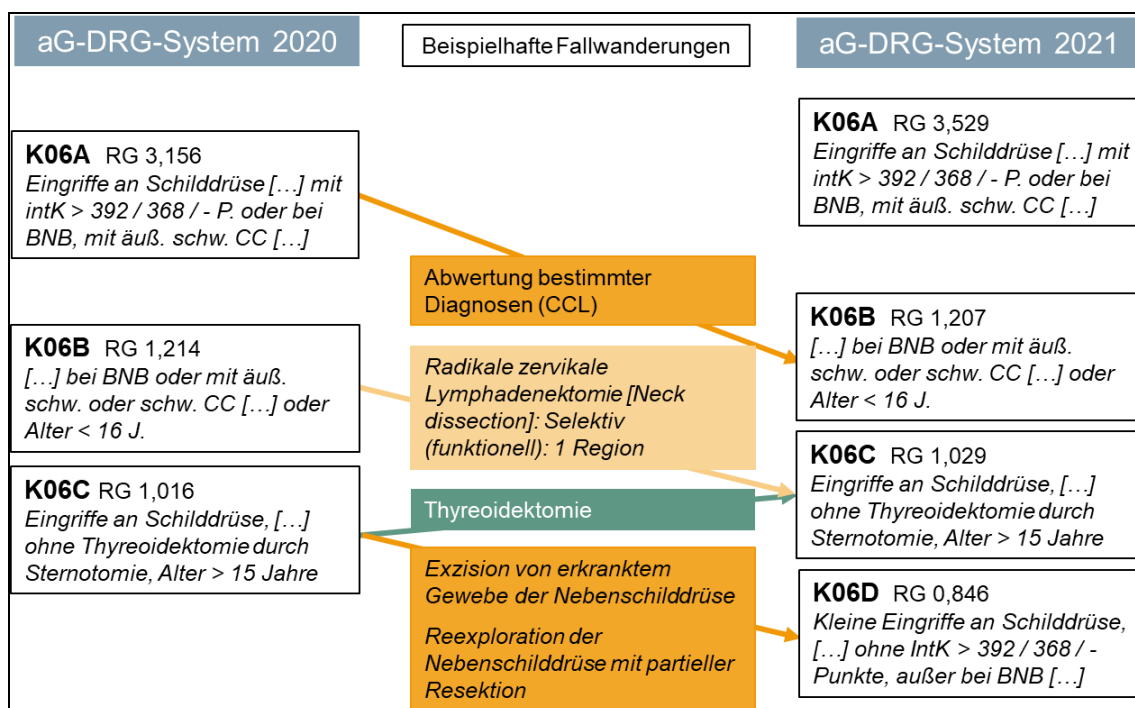


Abbildung 16: Veränderungen in der Basis-DRG K06

Für die Abbildung von Fällen mit *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit isolationspflichtigen Erregern* sind innerhalb der MDC 10 zwei DRGs definiert: in der operativen Partition die DRG K25Z *Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit bestimmter OR-Prozedur [...]* und in der medizinischen Partition die DRG K77Z.

Für das aG-DRG-System 2021 wurde die Definition der DRG K77Z *Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern* erweitert. Zukünftig werden in dieser DRG auch Fälle bei Besiedelung der Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern ab 15 Behandlungstage abgebildet. Dies betrifft in den Daten des Kalkulationsjahres insbesondere Fälle mit einer Infektion durch *C. difficile*, aktuell und zukünftig kann dies aber auch Fälle mit COVID-19 betreffen.

Fälle mit bestimmten angeborenen Stoffwechselkrankheiten sind in der Basis-DRG K63 *Angeborene Stoffwechselstörungen* abgebildet. Aufgrund des fehlenden Kostenunterschieds und zur Verhinderung der Schlechterstellung von Kindern sind für das aG-DRG-System 2021 die durch „Alter < 16 Jahre“ gesplitteten DRGs K63C und K63D zur DRG K63C *Angeborene Stoffwechselkrankheiten, ein Belegungstag* kondensiert worden.

3.3.2.6 Extremkosten

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

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

Aufgrund verschiedener Faktoren (z.B. Änderungen in der Kodierung, generelle Seltenheit bestimmter Krankheitsverläufe in den Kalkulationsdaten, Schiefelage der Kalkulationsstichprobe, Integration von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Zusatzentgelten) finden sich im G-DRG-System immer wieder Konstellationen, die entweder wegen der absoluten Höhe ihrer Kosten oder einer gewissen Unter- oder Überdeckung in ihrer jeweiligen DRG auffallen. Nach diesen Extremkostenfällen wird in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser in jedem Jahr gezielt gesucht und eine verbesserte Abbildung angestrebt. Wie in den Vorjahren wurde auch im Rahmen der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für 2021 darüber hinaus das Augenmerk auf Extremkostenausreißer im Sinne des Extremkostenberichts gelegt. Insgesamt handelt es sich häufig um verschiedene, sehr außergewöhnliche Fallkonstellationen, bei deren Identifizierung u.a. Analysen in über die §-21-Daten hinausgehenden Fallinformationen sowie ergänzende Datenlieferungen notwendig sind. Dabei gestaltet sich die klassifikatorische Abbildung von Extremkostenfällen in vielen DRGs als zunehmend schwierig, da die in der Regel sehr aufwendigen und teuren Fälle zwar eine Vielzahl von Attributen bzw. Leistungen aufweisen, mitunter jedoch mit sehr kleinen Fallzahlen.

Die Abbildung von Kostenausreißern kann neben systematischen Ansätzen wie z.B. Anpassungen bei der Abbildung von Kindern (siehe Kap. 3.3.2.31), Anpassungen im Bereich der intensivmedizinischen Versorgung (siehe Kap. 3.3.2.13) oder Anpassungen im Schweregrad-System (CCL-Matrix, siehe Kap. 3.3.1.4) auf viele weitere Weisen verbessert werden, z.B. durch Veränderungen der G-DRG-Klassifikation mit direkter Zuordnung hochteurer Fälle zu entsprechend höher bewerteten DRGs oder indirekt durch die Präzisierung von DRG-Definitionen mit konsekutiver Aufwertung der in der DRG verbleibenden Fälle (z.B. „Differenzierung am unteren Ende einer Basis-DRG“). Auch eine differenziertere Anwendung der etablierten Kalkulationsmethodik (z.B. angepasste Langlieger-Zuschläge im Bereich Kinderonkologie) oder ergänzende Vergütungselemente (wie z.B. ZE, NUB, unbewertete DRGs) können hilfreich sein, um Extremkostenfälle besser abzubilden. Während die auch in diesem Jahr wieder verfolgten systematischen Ansätze bereits in den Abschlussberichten zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für die vergangenen Jahre detailliert aufgeführt wurden, werden in diesem Jahr im Folgenden exemplarisch Beispiele für die *weiteren* Ansätze benannt.

Die Basis-DRG I27 *Eingriffe am Weichteilgewebe, kleinflächige Gewebetransplantationen [...] oder bestimmte bösartige Neubildungen mit bestimmten Eingriffen am Abdomen oder Thorax [...]* fasst verschiedenartige Fallkonstellationen zusammen. Neben weniger aufwendigen Eingriffen an Schleimbeuteln oder Sehnen finden sich hier auch Eingriffe bei bösartiger Neubildung am Weichteilgewebe (Sarkome), z.B. bestimmte Lungenresektionen oder kompartimentübergreifende Weichteilresektionen. Letztere wurden innerhalb der Basis-DRG I27 aufgewertet.

Ein weiteres Beispiel für die Aufwertung von Extremkostenfällen findet sich in der MDC 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas*. Dort fanden sich Fälle mit Segmentresektionen des Duodenums, des Jejunums, des Ileums oder mit multiplen Segmentresektionen des Dünndarms, die aus der DRG H06A in die DRG H09A verschoben und somit deutlich aufgewertet wurden.

Auch im Bereich der Abdominalchirurgie fanden sich im Rahmen der Extremkostenanalysen erneut Fälle mit teuren, hochkomplexen Eingriffen, deren Erlöse die Kosten nicht deckten. In verschiedenen Basis-DRGs der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* zeigte sich, dass Fälle mit endorektaler Vakuumtherapie nicht sachgerecht abgebildet sind. Diese Fälle konnten letztlich in einem komplexen Umbau, bei dem diverse DRGs betroffen waren, aufgewertet werden. Auch für die bereits im Vorjahr mehrfach aufgewertete endoösophageale Vakuumtherapie konnten weitere Höhergruppierungen bei entsprechend hohen Kosten umgesetzt werden.

Bereits in den Vorjahren wurden bestimmte Fälle mit komplexer Resektion und Rekonstruktion an Kopf und Hals, z.B. bei Melanom, aus der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* in die Basis-DRG D02 *Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals* verschoben und deutlich aufgewertet. Basierend auf einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren wurden für das aG-DRG-System 2021 weitere Fälle mit vergleichbaren Konstellationen ebenfalls in die MDC 03 *Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses* verschoben, was im Ergebnis eine erhebliche Aufwertung dieser Fälle und insbesondere auch einer relevanten Zahl von Kostenausreißern bedeutet.

Darüber hinaus stellt ein nennenswerter Teil der Veränderungen in der aG-DRG-Klassifikation für 2021 in gewissem Umfang auch „Extremkostenumbauten“ dar, die in den jeweiligen Abschnitten zu den einzelnen Themengebieten detailliert beschrieben werden.

Ferner ist auf den siebten Extremkostenbericht hinzuweisen, der Anfang 2021 vom InEK veröffentlicht werden wird.

3.3.2.7 Gastroenterologie

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

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

ERCP und bestimmte endoskopische Eingriffe

Im aG-DRG-System 2020 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 [...] ein-*

gruppiert. Aufwendige Fälle, z.B. mit Zugang durch retrograde Endoskopie, Radiofrequenzablation und endoskopische Stentimplantation oder äußerst schweren CC oder Kinder, sind den DRGs H41A, H41B und H41C zugeordnet. Der überwiegende Anteil der Fälle ist dagegen in den DRGs H41D und H41E abgebildet.

Auf Basis von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren wurden Fälle mit Cholangioskopie der Gallenwege oder direkter Endoskopie des Pankreasganges innerhalb der Basis-DRG H41 eingehend analysiert. Im aG-DRG-System 2020 erfolgt bei diagnostischer Anwendung des Verfahrens ohne weitere Maßnahmen an Gallenwegen distal der Hepatikusgabel eine Eingruppierung betroffener Fälle in die DRG H41D und bei Anwendung an Gallenwegen proximal der Hepatikusgabel bzw. am Pankreasgang eine Eingruppierung in die DRG H41C. Die Ergebnisse verdeutlichten, dass die Fälle auf Grundlage der Daten des Jahres 2019 weitgehend sachgerecht in ihren DRGs abgebildet sind. Auf Basis der Hinweise erfolgte für das aG-DRG-System 2021 die Gleichstellung der therapeutischen direkten Endoskopie der Gallenwege distal der Hepatikusgabel mit den entsprechenden diagnostischen Verfahren. Betroffene Fälle werden zukünftig der DRG H41D zugeordnet und damit aufgewertet.

Die weiteren Analysen von Fällen der DRG H41D verdeutlichten, dass die perkutane Biopsie am Pankreas mit oder ohne Steuerung durch ein bildgebendes Verfahren bzw. die endosonographische Feinnadelpunktion am Pankreas mit geringeren Kosten verbunden war. Im aG-DRG-System 2021 werden die betroffenen Fälle der DRG H41E *Andere ERCP ohne bestimmte ERCP, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff, ohne Radiofrequenzablation mit endoskopischer Stentimplantation* zugeordnet. Dagegen waren Behandlungsfälle der DRG H41D mit einer Hauptdiagnose für bösartige Neubildung der Leber, der intrahepatischen Gallengänge, der Gallenblase, des Pankreas oder sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege mit deutlich höheren Kosten verbunden als andere Fälle dieser DRG. Ihren Kosten entsprechend werden diese im aG-DRG-System 2021 der DRG H41C *Best. ERCP mit schw. CC od. kompl. Eingriff oder Alter < 16 J., [...] od. and. aufwend. ERCP / best. endoskop. Eingrif. m. best. BNB* zugeordnet (siehe Abb. 17).

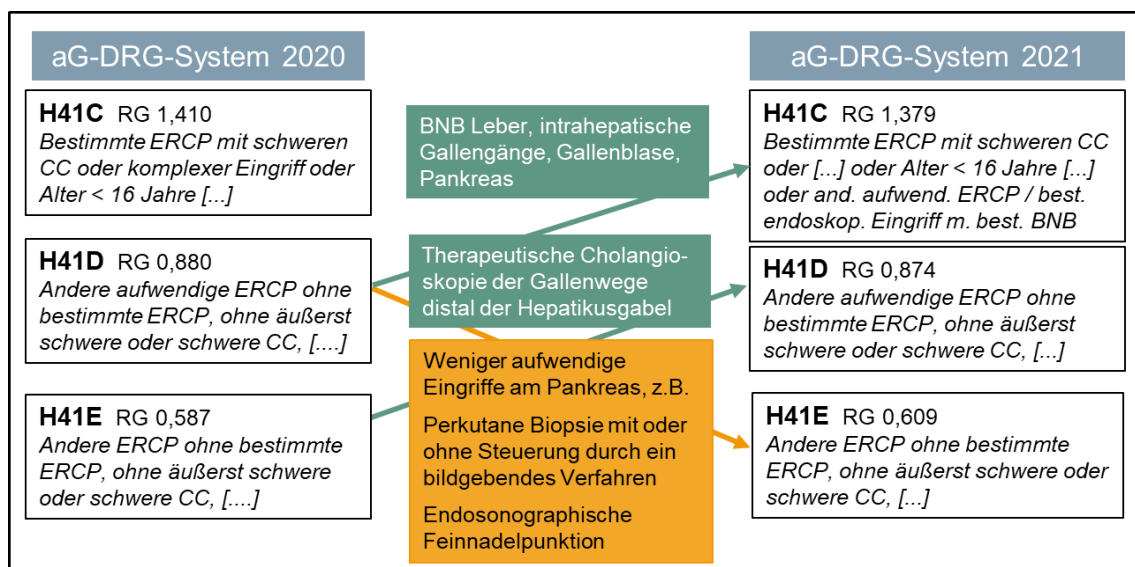


Abbildung 17: Basis-DRG H41 ERCP oder bestimmte endoskopische Eingriffe – Ergebnisse der Weiterentwicklung für das aG-DRG-System 2021

Stadien der Leberzirrhose

Konservativ behandelte Fälle mit einer Hauptdiagnose für Leberzirrhose werden im aG-DRG-System den Basis-DRGs H60 *Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC* und H62 *Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung oder Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden ohne äußerst schwere CC* zugeordnet. Zur Stadieneinteilung der Leberzirrhose werden die sogenannten Child-Pugh-Kriterien genutzt. Diese dienen der Beschreibung und Einteilung der Leberzirrhose nach dem Schweregrad der Symptome in unterschiedliche Stadien. Für die ICD-10-GM Version 2019 wurden sekundäre Schlüsselnummern (K74.7-!) eingeführt, um die klinischen Stadien der Leberzirrhose spezifisch kodieren zu können (aufsteigend nach Schweregrad: Stadium Child-Pugh A, B und C). Im Rahmen der diesjährigen Kalkulation war es deshalb erstmals möglich, Fälle anhand des Stadiums der Leberzirrhose zu untersuchen. Im Vorschlagsverfahren wurde thematisiert, dass die Stadien der Leberzirrhose einen deutlichen Einfluss auf die Behandlungskosten und die Verweildauer der Patienten haben, und es wurde deshalb vorgeschlagen, Fälle mit schwerwiegender Leberzirrhose (Child-Pugh Stadium B und C) zu untersuchen und bei der Gruppierung (z.B. Zuordnung zur DRG H62A) sowie innerhalb der CCL-Matrix zu berücksichtigen. Die Analysen der Daten des Jahres 2019 verdeutlichten, dass bei weniger als 40% der Fälle mit einem ICD-Kode für Leberzirrhose das Stadium der Leberzirrhose kodiert war. Auf dieser noch sehr unvollständigen Datenbasis konnte deshalb keine durchgängige Berücksichtigung der ICD-Kodes für die Stadien der Leberzirrhose im Gruppierungsalgorithmus erfolgen. Die Datenbasis bei dem höchsten Schweregrad war aber ausreichend, um den Diagnosekode *Leberzirrhose, Stadium Child-Pugh C* (K74.72) neu in die CCL-Matrix aufzunehmen.

Endoskopie in der MDC 06

Im Vorschlagsverfahren erreichten uns wieder zahlreiche Hinweise zur Abbildung endoskopischer Leistungen in der MDC 06. Thematisiert wurde dabei u.a. die Abbildung von Fällen mit endoskopischer Submukosadisektion (ESD). Dieses Verfahren kann mittels OPS spezifisch und differenziert nach Lokalisation verschlüsselt werden. Die Abbildung dieser Leistung im G-DRG-System wurde in den letzten Jahren bereits mehrfach analysiert und angepasst. Fälle mit einer endoskopischen Submukosadisektion an Ösophagus, Magen, Dünndarm und Dickdarm werden – wenn dies als einzige Prozedur während eines stationären Aufenthalts durchgeführt wird – der Basis-DRG G47 *Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe* zugeordnet. Darüber hinaus wurde die ESD in der MDC 06 bisher als „andere Gastroskopie“ gewertet. Dies bedeutet, dass Fälle mit ESD bei Vorliegen bestimmter Diagnosen (Hauptdiagnosen für schwere Krankheiten der Verdauungsorgane) nicht generell in der Basis-DRG G46 *Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie [...]*, sondern nur bei äußerst schweren oder schweren CC und weiteren komplizierenden Faktoren dort abgebildet wurden. Im diesjährigen Vorschlagsverfahren wurde noch einmal auf die hohen Materialkosten und auch erhöhte Personalkosten für dieses Verfahren hingewiesen. Durch die derzeitige Zuordnung würden auch Fälle mit Hauptdiagnosen, die in der MDC 06 eine schwere Krankheit der Verdauungsorgane darstellen, wie z.B. bösartige Neubildungen oder gastrointestinale Blutungen, überwiegend in die DRG G47B *Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, Alter > 15 Jahre, [...]* eingruppiert und dort nicht sachgerecht abgebildet. Es wurde daher angeregt, die ESD an Ösophagus und Magen zukünftig als „komplexe therapeutische Gastroskopie“ einzustufen und damit bei schwerer Krankheit der Verdauungsorgane eine Zuordnung der betroffenen Fälle – auch ohne weitere Bedingungen – zur Basis-DRG G46 zu ermöglichen. Nach Analyse

konnte dies für 2021 umgesetzt und die Fälle damit kostenentsprechend aufgewertet werden. Bei Fällen mit einer endoskopischen Submukosadisektion an Ösophagus und Magen, die bisher schon der Basis-DRG G46 zugeordnet wurden, zeigten weitergehende interne Analysen, dass diese in der DRG G46B *Komplexe therapeutische Gastroskopie mit schw. CC od. [...] od. best. Gastroskopie, Alter < 15 J. od. mit kompliz. Faktoren [...]* geringere Kosten aufwiesen. Sie wurden daher in die DRG G46C abgewertet. In der Gesamtschau der Änderungen bezüglich der Abbildung einer ESD an Ösophagus und Magen im aG-DRG-System wurde die Mehrheit der betroffenen Fälle allerdings von der DRG G47B in die DRG G46C aufgewertet.

Im Vorschlagsverfahren wurde darüber hinaus die Abbildung von Fällen mit einer Hauptdiagnose für eine bösartige Neubildung der Verdauungsorgane in der Basis-DRG G60 *Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane* und aufwendigen therapeutischen Koloskopien thematisiert. Hier wurde vermutet, dass diese nach Herausnahme der Pflegepersonalkosten nicht mehr sachgerecht vergütet seien. Die Verweildauer dieser Fälle sei in der Regel kürzer als die mittlere Verweildauer der DRG. Die hohen Endoskopiekosten seien zuvor durch die Mischkalkulation in der DRG gerade noch sachgerecht vergütet gewesen. Durch die Herausnahme der Pflegepersonalkosten ab 2020 seien diese Fälle nun aber kostenauffällig, was durch Analysen bestätigt werden konnte. Für 2021 konnte die Eingruppierung von Fällen mit bösartiger Neubildung (BNB) für folgende Konstellationen angepasst werden:

- Fälle mit einer Hauptdiagnose für eine bösartige Neubildung und äußerst schweren CC werden bei Durchführung einer diagnostischen Koloskopie der Basis-DRG G48 *Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC [...]* bzw. der DRG G48A zugeordnet.
- Die endoskopische Einlage und der Wechsel einer Prothese in den Darm führen bei einer bösartigen Neubildung oder entzündlichen Darmerkrankung zukünftig in die Basis-DRG G47.

Durch diese Änderungen werden jeweils Fälle mit bösartiger Neubildung sowohl aus der Basis-DRG G60 als auch aus anderen interventionellen DRGs aufgewertet.

Weitere Änderungen

MDC 06

Verschiedene Vorschläge betrafen Diagnosen, die für die Version 2019 in die ICD-10-GM aufgenommen wurden und in diesem Jahr erstmalig für eine Analyse in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser zur Verfügung standen.

Dies betrifft u.a. die Diagnose K22.81 *Ösophagusblutung*, die bisher in der MDC 06 analog zu ihrem Vorgängerkode K22.88 *Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Ösophagus* gewertet wurde, was zu der Einordnung als „nicht schwere Krankheit der Verdauungsorgane“ geführt hat. Die Unterscheidung der in der MDC 06 zulässigen Hauptdiagnosen in „schwere bzw. nicht schwere Krankheit der Verdauungsorgane“ ist relevant für die Eingruppierung in zahlreiche interventionelle DRGs in dieser MDC. Laut Hinweis im Vorschlagsverfahren geht das Vorliegen einer Ösophagusblutung in der Regel mit höheren Behandlungskosten einher, daher sollte die Abbildung überprüft werden. Die durchgeführten Analysen führten dazu, dass eine Ösophagusblutung – analog zu anderen gastrointestinalen Blutungen – zukünftig als „schwere Krankheit der Verdauungsorgane“ eingestuft wird, was zu einer Aufwertung von Fällen überwiegend aus der DRG G50Z *Komplexe therapeutische Gastroskopie und bestimmte andere*

Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane [...] sowie aus der Basis-DRG G67 Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane [...] in die Basis-DRGs G46 und G47 führte. Darüber hinaus wurde die Diagnose Ösophagusblutung in die CCL-Matrix aufgenommen und dort – mit Ausnahme der Basis-DRG G67 – analog zur Diagnose I98.3 Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, mit Angabe einer Blutung bewertet.*

Ebenso konnten in diesem Jahr erstmals neue Diagnosen für nach genauer Lokalisation differenzierte Diagnosen für mechanische Komplikationen durch gastrointestinale Prothesen, Implantate oder Transplantate (T85.5-) und für Infektionen und entzündliche Reaktionen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate im sonstigen Gastrointestinaltrakt (T85.76) sowie am hepatobiliären System und im Pankreas (T85.75) hinsichtlich ihrer Abbildung im aG-DRG-System untersucht werden. Vor 2019 war für diese Entitäten nur eine Verschlüsselung über unspezifische Diagnosen (z.B. T85.78 [...] *durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate*) möglich. Dies führte bisher dazu, dass die betroffenen Fälle der MDC 21B *Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten* zugeordnet wurden. Aufgrund der Tatsache, dass endoskopische Therapien des Verdauungssystems in der MDC 21B nicht abgebildet sind, erfolgte die Abbildung der betroffenen Fälle trotz durchgeführter Intervention überwiegend in der konservativen DRG X62Z *Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung [...]*. Im Vorschlagsverfahren wurde angeregt, die genannten Diagnosen zukünftig in der MDC 06 bzw. MDC 07 abzubilden. Die betroffenen Diagnosen wurden umfassend analysiert. Bei ausreichender Datengrundlage für eine Anpassung des Gruppierungsalgorithmus werden ab 2021 Fälle mit den Hauptdiagnosen T85.50 (Ösophagus) und T85.52 (unterer Gastrointestinaltrakt) im Bereich der Erkrankungen des Verdauungssystems (MDC 06) abgebildet. Dabei werden konservativ behandelte Fälle zukünftig der Basis-DRG G67 und der DRG G71Z *Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane* bzw. bei endoskopischer Intervention überwiegend der DRG G50Z bzw. der Basis-DRG G47 zugeordnet.

Im Rahmen der Überprüfung der Abbildung von Kindern im G-DRG-System konnten in der Basis-DRG G70 *Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC* Kinder mit einem Alter von 16 bis 17 Jahren in die DRG G70A [...], *Alter < 18 Jahre* aufgewertet werden. Bisher wurden hier nur Kinder mit einem Alter < 16 Jahre berücksichtigt. Weiterführende Informationen zur Abbildung der Versorgung von Kindern finden sich in Kapitel 3.3.2.31.

3.3.2.8 Geburtshilfe

Grundlage einiger Änderungen in der Definition geburtshilflicher DRGs für die aG-DRG-Version 2021 bildeten in diesem Jahr eigene Analysen zur Abbildung besonders aufwendiger Fälle. Dies betraf die Basis-DRG O04 *Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur [...]*, in der sich Fälle mit höheren Kosten zeigten, die mit einer Vakuumversiegelung an Haut- und Unterhaut, am offenen Abdomen und tiefreichend (Bauchwand) behandelt wurden. In Kombination mit Prozeduren für die Dauer der Sogbehandlung ab mindestens 8 Tagen werden diese Fälle zukünftig nicht mehr der DRG O04B *Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma, ohne komplexen Eingriff*, sondern der DRG O04A *Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur [...] mit komplexem Eingriff* zugeordnet und damit aufgewertet.

Darüber hinaus wurden in der Basis-DRG O01 *Sectio caesarea [...]* verschiedene DRGs aufgrund ähnlicher Kosten und Verweildauern kondensiert. Dabei wurden die DRGs O01E *Sekundäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, [...]* und O01F *Primäre Sectio caesarea ohne äuß. schwere CC, [...]* oder *sekundäre Sectio caesarea, ohne komplizierende oder komplexe Diagnose [...]* zur DRG O01E *Primäre Sectio caesarea ohne äuß. schwere CC, [...]* oder *sekundäre Sectio caesarea, ohne komplexe Diagnose, Schwangerschaftsdauer > 33 vollendete Wochen* kondensiert. Die DRGs O01G *Primäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, [...]* und O01H *Primäre Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, [...]* wurden zur DRG O01F *Primäre Sectio caesarea ohne komplexe Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW)* zusammengefasst.

3.3.2.9 Gefäßchirurgie und -interventionen / Angiologie

Die Überprüfung der Abbildung von Fällen innerhalb der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* resultierte auch bei der diesjährigen Weiterentwicklung zum aG-DRG-System 2021 in einer nennenswerten Anzahl von Änderungen für die Behandlung einer Erkrankung der nichtkoronaren Arterien oder Venen.

Schwerpunkte in den Gebieten Gefäßchirurgie und -interventionen waren im diesjährigen Vorschlagsverfahren vor allem Eingriffe an peripheren Gefäßen, insbesondere Gefäßen der unteren Extremität.

Periphere Gefäßeingriffe

Die Abbildung von Eingriffen an peripheren Gefäßen, vor allem bei peripherer Verschlusskrankheit, aber auch bei Aneurysma, Embolie oder Thrombose erfolgt in Abhängigkeit von der Komplexität des Eingriffs oder begleitenden Faktoren, z.B. einer Gangrän sehr differenziert entsprechend dem Aufwand vor allem in den Basis-DRGs:

- F08 *Rekonstruktive Gefäßeingriffe [...]*
- F14 *Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Gefäßeingriffe*
- F59 *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe*

Hierbei werden aufwendigere, chirurgische rekonstruktive periphere Eingriffe, z.B. Anlegen eines femorocruralen Bypasses, vor allem in der sechsfach differenzierten Basis-DRG F08 abgebildet. Neben weiteren Kriterien kommt für die Ausdifferenzierung auch eine sogenannte „Mehretagenlogik“ zum Einsatz, die aufwendigere Fälle anhand von Eingriffen an mehr als einer Lokalisation (oder „Etagé“) des Gefäßsystems identifiziert (z.B. DRGs F08B, F08D). Diese „Mehretagenlogik“ zeigte in den Analysen deutlichen Präzisionsbedarf. Die zugrunde liegenden Kodetabellen wurden neu strukturiert und inhaltlich überarbeitet, sodass Eingriffskombinationen, die sich nicht mehr mit höheren Kosten verbunden zeigten, diese Bedingung nicht mehr erfüllen. So zählen z.B. die Lokalisationen A. femoralis und A. poplitea nicht mehr als Mehretageneingriff im Sinne dieser Definition (siehe Abb. 18), da die Fälle mit Eingriffen an beiden Lokalisationen keine regelhaften Mehrkosten zeigen.

Ein weiteres in der Basis-DRG F08 gruppierungsrelevantes und umfangreich geprüftes Kriterium sind Gefäßrevisionen. Die in F08 erlösrelevanten Codes für die Revision einer Gefäßoperation (OPS 5-394.*) sind inhaltlich wenig differenziert, gleichzeitig handelt es

sich nicht um Zusatzcodes. Die Codes können also grundsätzlich auch alleine verschlüsselt werden:

- Operative Behandlung einer Blutung nach Gefäßoperation
- Revision eines vaskulären Implantates
- Wechsel eines vaskulären Implantates

In den Daten des Jahres 2019 zeigte sich in der Basis-DRG F08 die *Revision eines vaskulären Implantates* nicht mehr mit Mehrkosten verbunden, sodass die Gruppierungsrelevanz für 2021 entfällt (siehe Abb. 18).

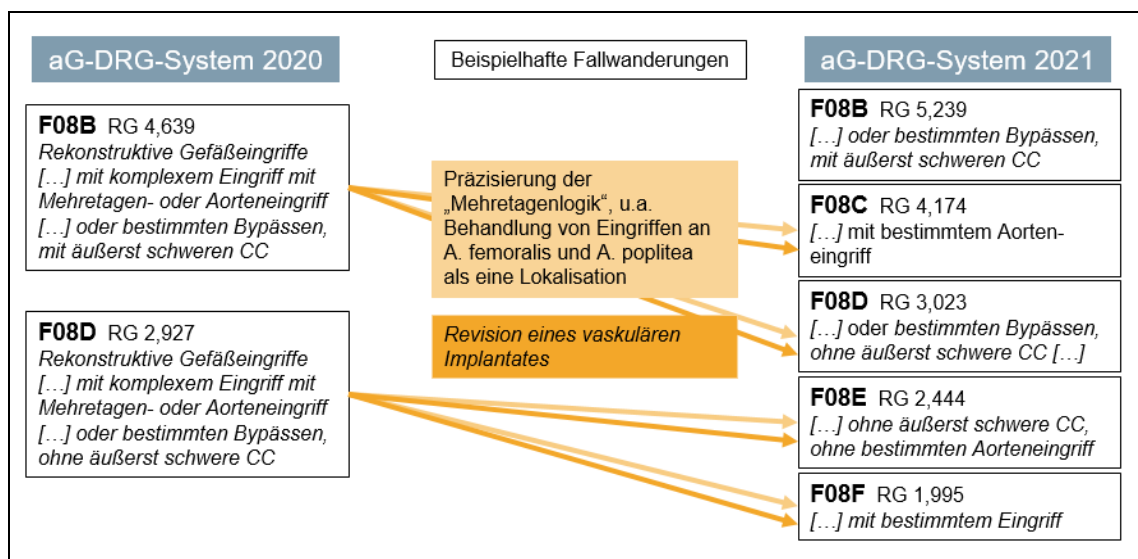


Abbildung 18: Fallwanderungen innerhalb der Basis-DRG F08

Die Basis-DRG F14 ist eine nach PCCL gesplittete DRG zur Abbildung von komplexeren Fällen, z.B. bei einer pAVK mit Gangrän oder komplizierenden Konstellationen in Verbindung mit chirurgischen Gefäßeingriffen oder (perkutan-)transluminalen Gefäßinterventionen. Hier zeigten sich einige Verfahren nicht mehr mit Kosten verbunden, die eine Eingruppierung als „Komplexe Gefäßeingriffe“ begründen. Dies betraf z.B. die Patchplastik an Blutgefäßen, aber auch die Implantation von ungedeckten Stents an bestimmten Lokalisationen. Diese Leistungen werden zukünftig aufwandsgerecht in der Basis-DRG F59 *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe* abgebildet.

Ebenfalls zeigte sich die Abbildung von bestimmten Revisionen nur noch in Verbindung mit *Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie* als sachgerecht in der Basis-DRG F14 abgebildet (siehe Abb. 19).

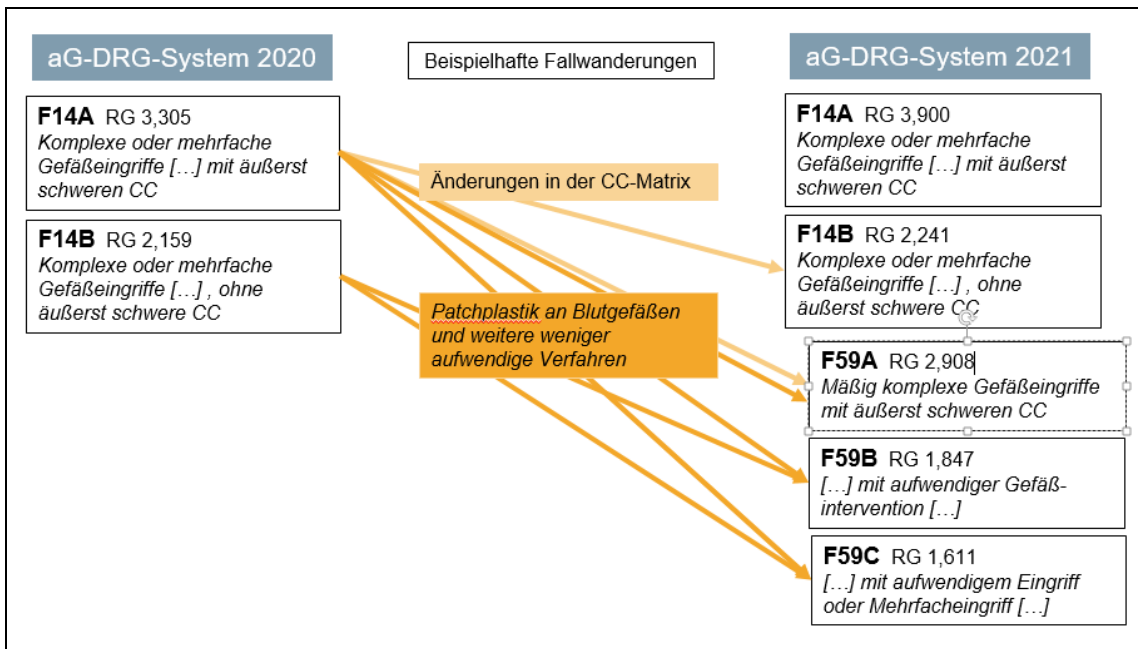


Abbildung 19: Fallwanderungen aus der Basis-DRG F14 nach F59

Die Basis-DRG F59 ist eine sechsfach differenzierte DRG zur spezifischen Abbildung von weniger aufwendigen Eingriffen, vor allem aber von Interventionen an peripheren Gefäßen. In diesem Jahr fanden sich vor allem bestimmte Fälle mit Implantation von ungecoverten Stents innerhalb der ihnen zugeordneten DRGs als mit geringeren Kosten verbunden, sodass verschiedene Konstellationen hinsichtlich Anzahl und Lokalisation innerhalb der Basis-DRG F59 abgewertet wurden. So wurden z.B. die Prozeduren für die Implantation von 2 ungecoverten Stents an Oberschenkelarterien sowie für die Implantation von einem ungecoverten Stent an Unterschenkelgefäßen aus der DRG F59D in die DRG F59E abgewertet.

Außerdem fanden sich innerhalb der Basis-DRG F59 Fälle mit vergleichsweise unspezifisch kodierten Leistungen, z.B. intraarterieller Spasmolyse an sonstigen Gefäßen, die hinsichtlich Diagnosen, Kosten und weiteren Prozeduren eher kardiologischen Behandlungsfällen zu entsprechen schienen. Entsprechend wurden diese Fälle für das aG-DRG-System 2021 aus der Basis-DRG F59 ausgeschlossen und werden zukünftig aufwandsgerecht vor allem in die „PTCA“-Basis-DRGs (F24, F52, F56, F58) eingruppiert.

Zudem erfolgte für weitere Verfahren eine kostengerechte Neuzuordnung innerhalb der Basis-DRG F59, so z.B. für Fälle der DRG F59C mit *Selektiver Embolisierung mit embolisierenden Flüssigkeiten an anderen Gefäßen thorakal*. Diese wurden ihren Kosten entsprechend der DRG F59E zugeordnet. Fälle der DRG F59D mit *Implantation eines ungecoverten Stents am Unterschenkel* wurden der DRG F59E zugeordnet und Fälle der DRG F59E mit *Anderem operativen Verschluss an Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß* wurden in die DRG F59F abgewertet (siehe Abb. 20).

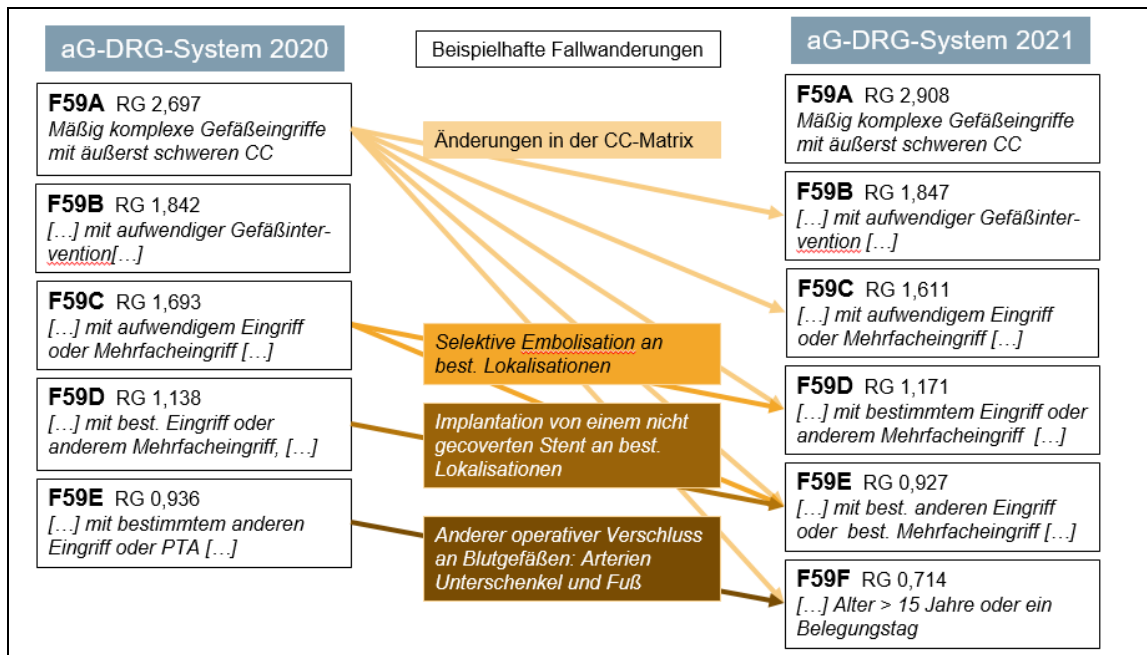


Abbildung 20: Fallwanderungen innerhalb der Basis-DRG F59

Lymphödem

Auffällig waren in den Daten des Jahres 2019 in der MDC 24 *Sonstige DRGs* Fälle mit einer Hauptdiagnose der MDC 05 aus dem Bereich *Lymphödem nach medizinischen Maßnahmen*. Diese Fälle zeigten sich in Kombination mit bestimmten operativen Eingriffen am Lymphsystem, z.B. einer *Anastomose zur Beseitigung eines Lymphödems*, mit geringeren Kosten verbunden als die übrigen Fälle der zugeordneten DRGs. Da diese operativen Eingriffe bisher nicht in der MDC 05 gruppierungsrelevant waren, wurden Fälle mit diesen Verfahren für 2021 aufwandsentsprechend der DRG F21D *Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen [...] mit bestimmtem anderen Eingriff* zugeordnet.

Diabetisches Fußsyndrom

Die Basis-DRG F27 *Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen* ist eine vierfach differenzierte DRG der operativen Partition der MDC 05. Dort erfolgt die Abbildung von Fällen mit Diabetes mellitus und bestimmten Komplikationen, vor allem mit diabetischem Fußsyndrom und spezifischen, zum Teil auch für die MDC 05 eher untypischen Eingriffen (beispielsweise orthopädische Eingriffe).

Fälle mit bestimmten Verfahren zur Haut- und Gewebetransplantation, z.B. *kleinflächige Verschiebe-Rotationsplastik am Fuß*, zeigten sich in der („alten“) DRG F27B als weniger aufwendig als die anderen Fälle dort. Es erfolgte eine Abwertung entsprechender Fälle aus der DRG F27B in die DRG F27C mit daraus resultierender konsekutiver Aufwertung der in der „alten“ DRG F27B verbleibenden Fälle. Aufgrund eines geringen Kostenunterschieds erfolgte im weiteren Verlauf der Weiterentwicklung eine Kondensation der „alten“ DRGs F27A und F27B zur „neuen“ DRG F27A (siehe Abb. 21).

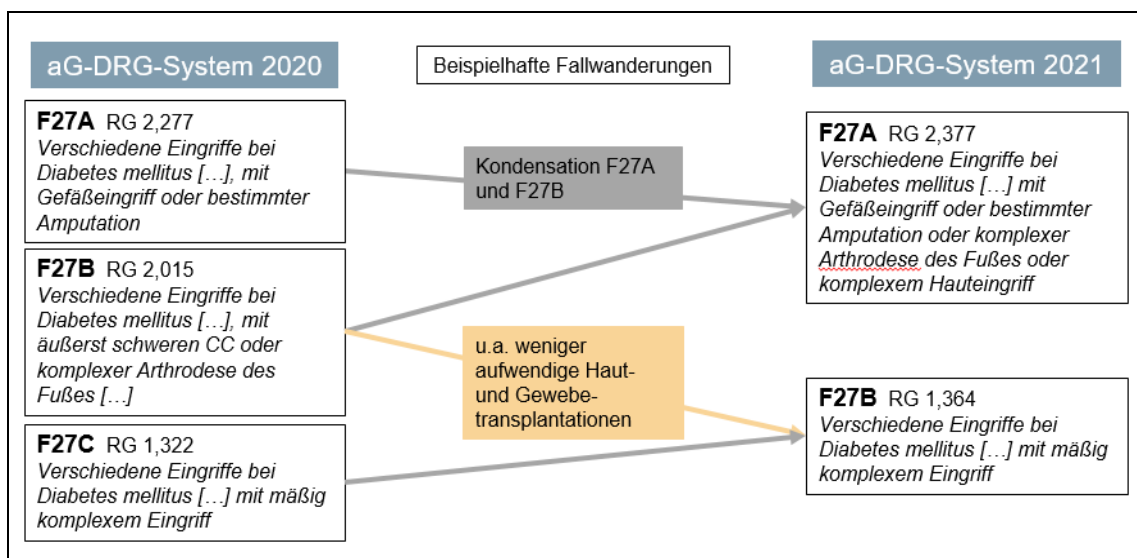


Abbildung 21: Fallwanderungen innerhalb der Basis-DRG F27

Portimplantation

Im Vorschlagsverfahren wurde thematisiert, dass das Verfahren für *Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen* (OPS-Kode: 5-399.5) im System an einigen Stellen zu einer nicht aufwandsentsprechenden Höhergruppierung führen würde. Im aG-DRG-System 2020 ist dieses Verfahren in DRGs verschiedener MDCs, vor allem in der MDC 17 *Hämatologische und solide Neubildungen* und systemübergreifend in einigen Funktionen gruppierungsrelevant. Bei den Analysen zeigten sich die Fälle im Allgemeinen weiterhin mit höheren Kosten verbunden. Basierend auf den Daten des Jahres 2019 erfolgte jedoch in zwei MDCs eine Neuordnung von Fällen mit diesem Verfahren zu einer innerhalb der jeweiligen Basis-DRG niedriger bewerteten DRG:

- MDC 17: DRG R60B → R60C *Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie [...]*
- MDC 08: DRG I66A → I66B *Andere Erkrankungen des Bindegewebes [...]*

3.3.2.10 Globale Funktionen

Die Eingruppierung der Fälle in einzelne DRGs ist durch logische Ausdrücke definiert, die sich teilweise an mehreren Stellen des Gruppierungsalgorithmus – auch MDC-übergreifend – wiederholen. Zur Vereinfachung der Logiken insgesamt und zur leichteren Handhabung dieser logischen Ausdrücke im Algorithmus werden sie in „(globalen) Funktionen“ zusammengefasst. Die „globalen Funktionen“ beinhalten Prozeduren und ggf. Diagnosen, die in unterschiedlichen Behandlungszusammenhängen jeweils einen höheren Ressourcenverbrauch bedingen. Beispielhaft lassen sich die globalen Funktionen „Komplexe OR-Prozeduren“ und „Komplizierende Konstellationen“ nennen, in denen bestimmte, operativ bzw. intensivmedizinisch relevante Prozeduren und Diagnosekombinationen im G-DRG-System abgebildet werden, die mit einem höheren Ressourcenbedarf einhergehen. Die Definitionen der globalen Funktionen sind aufgrund ihrer übergeordneten und MDC-übergreifenden Bedeutung jedes Jahr sowohl Thema im

Vorschlagsverfahren als auch Gegenstand weiterer Analysen. Wenn die Logik globaler Funktionen z.B. in manchen MDCs nicht optimal „passt“, ist ggf. die Etablierung modifizierter Funktionen erforderlich. Durch die in den letzten Jahren immer präzisere Analyse des tatsächlichen Mehraufwands wurden einzelne Funktionen bereits zu „Funktionsklassen“ weiterentwickelt. Dies betrifft beispielsweise die Funktion „Komplizierende Konstellationen“, die bereits in zahlreichen Modifikationen („KK-I“, „KK-II“, „KK-801“, „KK-T01“ etc.) im System Anwendung findet.

Für das aG-DRG-System 2021 wurden Änderungen in folgenden globalen Funktionen vorgenommen:

- Komplizierende Konstellationen
- Komplexe OR-Prozeduren
- Bestimmte OR-Prozeduren
- Eingriff an mehreren Lokalisationen
- Komplexe Vakuumbehandlung
- Multiviszeraeingriff

Komplizierende Konstellationen

Als eine komplizierende Konstellation wird in allen MDCs mit Ausnahme der Prä-MDC z.B. das Vorliegen der Diagnose *Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser oder nichtinfektiöser Genese mit Organkomplikationen* (R65.1, R65.3) in Verbindung mit einem weiteren Attribut wie z.B. kontinuierliche Dialyse oder Beatmung größer als 48 Stunden gewertet.

In den Daten des Datenjahres 2019 zeigten sich jedoch in mehreren DRGs Fälle mit diesen Diagnosen nicht mehr mit höheren Kosten verbunden. Dementsprechend wurden für das aG-DRG-System 2021 diese Diagnosen als Attribut aus der jeweiligen Funktion gestrichen. Diese Funktionen sowie die von den Änderungen betroffenen DRGs sind in Tabelle 18 aufgelistet.

Funktion	Basis-DRG	DRG
KK_E77	E77 Best. andere Infekt. und Entzündungen der Atmungsorgane	E77B
	T60 Sepsis	T60A, T60B, T60C
KK_801	801 Ausgedehnte OR - Prozedur ohne Bezug [...]	801A
KK_F43	F43 Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems [...]	F43B
KK_F09	F09 Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine	F09A
	F61 Infektiöse Endokarditis	F61A
	I02 Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand [...]	I02A, I02B, I02C

Tabelle 18: Übersicht über die geänderten „Komplizierenden Konstellationen (KK), in denen die Diagnose SIRS gestrichen wurde, mit den dazugehörigen DRGs

Des Weiteren wurde entsprechend dem eingereichten Vorschlag und aufgrund fehlender Mehrkosten der Fälle aus allen Funktionen „Komplizierende Konstellationen“ die Prozedur für *Nicht invasives Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung* gestrichen.

Innerhalb der Prä-MDC wurden für das aG-DRG-System 2021 die „Komplizierenden Konstellationen“ in der Basis-DRG A13 und in der Basis-DRG A09 geändert. In der Basis-DRG A13 führt die Streichung der Prozedur für *EEG-Monitoring (mind. 2 Kanäle) für mehr als 24 Stunden* zur kostenentsprechenden Abwertung der Fälle aus der DRG A13C *Beatmung > 95 Stunden mit komplexer OR-Prozedur [...]*. In der Basis-DRG A09 werden zur Eingruppierung in die DRG A09C zukünftig die Prozeduren für *Invasives neurologisches Monitoring* sowie *kontinuierliche Dialyseverfahren bis 72 Stunden* nicht als komplizierende Konstellation bewertet. Somit werden diese Fälle sachgerecht in den DRGs A09D, A09E und A09F abgebildet.

In anderen MDCs wurde spezifisch die Funktion „Komplizierende Konstellation“ in den Basis-DRGs I66 *Andere Erkrankungen des Bindegewebes [...]*, T01A *OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten [...]* und T36Z *Intensivmedizinische Komplexbehandlung [...]* geändert. Aufgrund fehlender Mehrkosten der Fälle im Vergleich zu anderen Fällen wurde in der „Komplizierenden Konstellation I66“ die Prozedur für *Implantation / Wechsel / Revision eines venösen Katheterverweilsystems (Port)* gestrichen. Die Überprüfung der Gruppierungsrelevanz der Portimplantation ging dabei letztlich auf eine Eingabe im Vorschlagsverfahren zurück. Bei Auswertung der Funktion „Komplizierende Konstellationen T01“ sind im aG-DRG-System 2021 nicht mehr die Prozeduren für *kontinuierliche Dialyseverfahren bis 24 Stunden* relevant.

Komplexe OR-Prozeduren

Im Vorschlagsverfahren wurde die Überprüfung der Prozeduren für *Rekonstruktion der Hirnhäute: Duraplastik* in der Funktionsklasse „Komplexe OR-Prozeduren“ angeregt. Bei geringeren Kosten der Fälle wurden diese Prozeduren für das aG-DRG-System 2021 im Sinne des Vorschlags aus allen „Komplexen OR-Prozeduren“ gestrichen. In

gleicher Weise werden zukünftig auch die Prozeduren *Exzision und Destruktion von: Tumorgewebe / sonstiges erkranktes Gewebe der Kalotte* sowie *Sonstige, nicht näher bezeichnete Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Schädelknochen* innerhalb der Funktion „Komplexe OR Prozeduren“ nicht mehr gewertet.

Aufgrund geringerer Kosten werden innerhalb der Basis-DRG 801 *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose* folgende Eingriffe nicht mehr als „Komplexe OR-Prozedur“ gewertet: *Atypische Lungenresektion: Keilresektion, einfach, offen chirurgisch: Ohne Lymphadenektomie, explorative Thorakotomie, Bypass-Anastomose des Darmes: Dünndarm zu Dickdarm* und *Revision (ohne Wechsel) einer Endoprothese am Hüftgelenk*.

Eingriff an mehreren Lokalisationen

Die Funktion „Eingriff an mehreren Lokalisationen“ dient der Identifikation aufwendiger Eingriffe an mehr als einer (nicht unmittelbar benachbarten) Lokalisation. Für das aG-DRG-System 2021 wurden aufgrund fehlender Mehrkosten der Fälle einige Präzisierungen der betrachteten Prozeduren für definierte Körperregionen vorgenommen sowie bestimmte innerhalb dieser Funktion ausgewertete Kombinationen von Eingriffen geändert. Tabelle 19 zeigt einige Beispiele für Prozeduren, die in der Funktion zukünftig nicht gewertet werden.

Körperregion	Prozedur
Fuß	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Schraube: Metatarsale
Hand	Naht, primär / sekundär: Retinaculum flexorum Naht, primär: Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen
Hüftgelenk	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Hüftgelenk Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Sonstige: Hüftgelenk
Wirbelsäule	Revision einer Wirbelsäulenoperation Andere Operationen an der Wirbelsäule: N.n.bez.
Kniegelenk	Offen chirurgische Synovialektomie, partiell / total Offen chirurgische knöcherne Refixation eines vorderen Kreuzbandes
Schultergelenk	Arthroskopische Refixation eines knöchernen Labrumabrisses (Bankart-Läsion)

Tabelle 19: Beispielhafte Streichung von Prozeduren in der Funktion „Eingriff an mehreren Lokalisationen“

Ausgehend von der aktuellen Datenlage (Datenjahr 2019) werden bei fehlenden Mehrkosten zukünftig die Eingriffe *Revision (ohne Wechsel) einer Endoprothese am Hüftgelenk* oder *Arthroskopische Operationen am Labrum acetabulare* in Kombination mit einem Eingriff an Skapula, Klavikula, Schultergelenk oder Oberarm in der Funktion „Eingriff an mehreren Lokalisationen“ nicht mehr als „mehrere Lokalisationen“ bewertet. Im Spezialfall „Operation am Labrum acetabulare“ (Hüfte) liegen den fehlenden Mehrkosten vermutlich fehlerkodierte Fälle zugrunde. Fälle des Datenjahrs 2019 mit diesen Eingriffen, die als mehrere Lokalisationen bewertet wurden, wiesen vergleichsweise geringe Kosten auf. Bei diesen Fällen fand sich keinerlei Hinweis (Diagnosen, OP-Zeit etc.)

auf einen zusätzlichen Eingriff an der Hüfte. Möglicherweise war die Kodierung hier fehlerhaft und es wurde tatsächlich am Labrum glenoidale (Schulter) operiert. Ob es sich bei der verschlüsselten Kombination von „Eingriff an der Schulter“ und „Eingriff am Labrum acetabulare“ tatsächlich in jedem Fall um Fehlkodierungen handelt, ist anhand der vorliegenden Daten nicht zweifelsfrei zu klären. Die für 2021 umgesetzte Streichung der entsprechenden Kodekombinationen aus der Funktion „Eingriff an mehreren Lokalisationen“ ist jedoch bereits allein aufgrund der durchweg fehlenden Mehrkosten begründet.

Komplexe Vakuumbehandlung

In der Funktion „Komplexe Vakuumbehandlung“ ist eine *kontinuierliche Sogbehandlung* [...] ab 8 Behandlungstage in Verbindung mit verschiedenen operativen Eingriffen gewertet. Diese operativen Eingriffe sind in der Funktion MDC-spezifisch definiert und wurden für das aG-DRG-System 2021 daraufhin überprüft, ob die Fälle weiterhin Mehrkosten gegenüber Fällen ohne komplexe Vakuumbehandlung aufweisen.

Im Ergebnis wurde die Funktion „Komplexe Vakuumbehandlung“ durch Streichung weniger aufwendiger Prozeduren in mehreren MDCs präzisiert. Zukünftig sind z.B. in der MDC 08 und 21A *Polytrauma* die Prozeduren *Inzision eines Muskels, längs: Unterschenkel* oder *Andere Operationen an der Hand: Sonstige* und in der MDC 06 die Prozedur *Sonstiger Verschluss einer Narbenhernie* in dieser Funktion nicht mehr relevant.

3.3.2.11 Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

In der MDC 03 sind die Krankheiten und Störungen des Hals-Nasen-Ohren-Bereichs bereits hochdifferenziert abgebildet. Dennoch konnte aufgrund von Vorschlägen im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2021 und internen Analysen die Abbildung der Fälle im aG-DRG-System 2021 weiter verbessert werden.

In den Vorjahren wurden bestimmte Fälle mit komplexer Resektion und Rekonstruktion an Kopf und Hals z.B. bei Melanom aus der MDC 09 (Haut) in die Basis-DRG D02 *Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals* verschoben und deutlich aufgewertet. Basierend auf einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren wurden für 2021 weitere Fälle mit vergleichbaren Konstellationen ebenfalls in die MDC 03 (HNO) verschoben und dadurch aufgewertet (siehe Abb. 22).

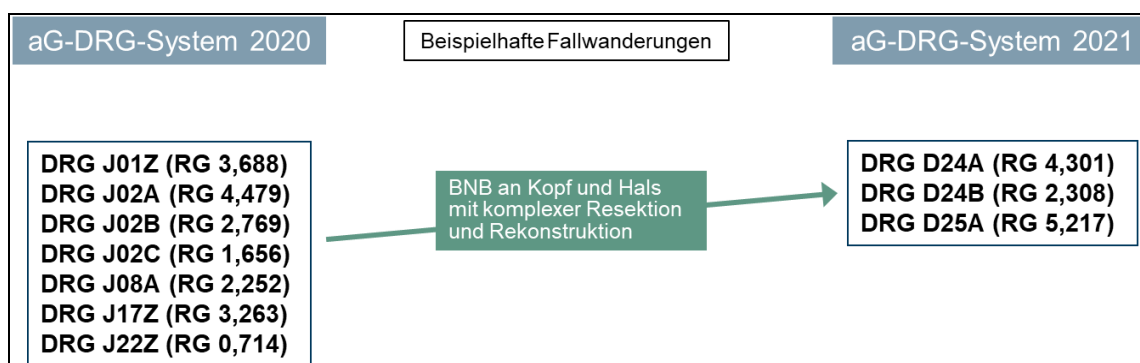


Abbildung 22: Umleitung aus der MDC 09 in die MDC 03: Beispielhafte Fallwanderungen

In der Basis-DRG D02 *Komplexe Resektionen [...]* sind überwiegend Fälle mit komplexen Resektionen und Rekonstruktionen an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung abgebildet. So werden z.B. in der DRG D02A Fälle mit komplexem Eingriff, wie z.B. *Glossektomie*, oder mit Kombinationseingriff, wie z.B. *Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung*, in Kombination mit *Neck dissection, mehr als drei Regionen* bei PCCL > 3 eingruppiert. Es wurde festgestellt, dass einige Fallgruppen weniger aufwendig sind als andere Fälle der Basis-DRG D02, sodass diese für 2021 kostenentsprechend abgewertet wurden:

- Fälle mit *Resektion der Wange mit Rekonstruktion mit freiem mikrovaskulär-anastomosierten Transplantat* und PCCL < 4 aus der DRG D02A in die DRG D02B
- Fälle mit *gefäßgestielter Knochentransposition an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen* aus der DRG D02A in die DRG D04B
- Fälle mit *Teilresektion der Maxilla* oder mit *sonstiger Resektion der Wange mit Rekonstruktion mit gestieltem Fernlappen* außer bei bösartiger Neubildung

In der Basis-DRG D03 *Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf* wurden bisher u.a. Fälle mit totaler Auflagerungsplastik der Maxilla eingruppiert. Aufwandsentsprechend werden zukünftig Fälle mit totaler Auflagerungsplastik der Maxilla nur in Kombination mit Auflagerungsplastik der Mandibula in der Basis-DRG D03 abgebildet und ansonsten der DRG D28Z *Andere Eingriffe an Kopf und Hals [...] oder totale Auflagerungsplastik der Maxilla* zugeordnet.

In der DRG D03A *Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf, Alter < 1 Jahr* waren bisher nur Kinder unter 1 Jahr abgebildet. Bei entsprechenden Kosten wurden zusätzlich Kinder unter 2 Jahre sowie Fälle mit primärer Hartgaumenplastik oder mit bestimmter Knochentransplantation in die DRG D03A aufgewertet.

In der dreifach differenzierten Basis-DRG D06 *Eingriffe an Nasennebenhöhlen [...]* sind Fälle mit Eingriffen an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen und Rachen abgebildet. Bei vorhandenen Kostenunterschieden wurde die Bedingung der DRGs D06A und D06B so präzisiert, dass Kinder unter 16 Jahren nur noch in Kombination mit bestimmten komplexeren Prozeduren in diese DRGs eingruppiert werden. Dazu wurde die Bedingung der DRG D06A auch so geändert, dass Kinder unter 6 Jahren zukünftig nur noch in Kombination mit bestimmten sehr komplexen Prozeduren in die DRG D06A eingruppiert werden. Als Ergebnis wurden die in den DRGs D06A bzw. D06B verbleibenden Kinder deutlich aufgewertet.

In der DRG D13A *Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals mit komplizierender Diagnose oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren CC* waren bisher u.a. Kinder unter 16 Jahren mit PCCL > 3 abgebildet. Bei entsprechenden Kosten wurden zusätzlich Kinder unter 1 Jahr in die DRG D13A PCCL-unabhängig aufgenommen und dadurch vor allem aus der DRG D13B *Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals [...] aufgewertet.*

In der Basis-DRG D15 *Tracheostomie [...]* sind Fälle mit einer Tracheostomie oder mit der Implantation einer Kiefergelenkendoprothese abgebildet. Bei der Analyse wurde festgestellt, dass Fälle mit *radikaler zervikaler Lymphadenektomie [Neck dissection] ab 3 Regionen* deutlich höhere Kosten aufweisen als andere Fälle der DRG D15B *Tracheostomie ohne äußerst schwere CC*. Im Ergebnis wurden betroffene Fälle aus den DRGs D15B (RG 2,093; 2020), D24B (RG 2,688; 2020) und D25C (RG 1,898; 2020) in die

DRG D15A *Tracheostomie mit äußerst schweren CC oder mit radikaler zervikaler Lymphadenotomie oder Implantation einer Kiefergelenkendoprothese* (RG 3,222) deutlich aufgewertet.

In der Basis-DRG D20 *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses [...]* sind Fälle mit Strahlentherapie bei einer Verweildauer > 1 Tag abgebildet. Bei entsprechenden Kosten erfolgte eine Abwertung von Fällen mit bestimmten Prozeduren für die *Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie* bei einer Verweildauer < 6 Tage aus der Basis-DRG D20 in andere DRGs der MDC 03 (weitere Details in Kap. 3.3.2.26).

In der Basis-DRG D25 *Mäßig komplexe Eingriffe [...]* sind Fälle mit verschiedenen mäßig komplexen Eingriffen an Kopf und Hals abgebildet. Bei erhöhtem Aufwand wurden Fälle mit Laryngektomie aus der DRG D25C in die DRG D25B aufgewertet. Ebenso wurden Fälle mit *Resektion der Trachea mit End-zu-End-Anastomose* sowie für *plastische laryngotracheale Rekonstruktion mit Rippenknorpel* aus den DRGs D25B und D25D entsprechend in die DRGs D25A und D25C aufgewertet.

Andere Fallgruppen zeigten sich dagegen mit geringeren Kosten verbunden, sodass diese abgewertet wurden:

- Fälle mit einer Hauptdiagnose für *Carcinoma in situ* oder für *Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens an Lippe, Mundhöhle und Pharynx* aus den DRGs D25A und D25C entsprechend in die DRGs D25B und D25D
- Fälle mit *sonstiger partieller Glossektomie* aus der DRG D25D in die DRG D30A *Tonsillektomie außer bei BNB oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals [...]*
- Fälle mit weniger aufwendigen Eingriffen am Gesichtsschädelknochen, wie z.B. Sequesterotomie, aus der Basis-DRG D25 *Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals [...]* in die DRG D22A *Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung, mit Mundboden- oder Vestibulumplastik oder Eingriffe am Kopf*

In der Basis-DRG D30 *Tonsillektomie [...]* sind Fälle mit Tonsillektomie oder mit verschiedenen Eingriffen an Ohr, Nase, Mund und Hals abgebildet. Bei höheren Kosten wurden für 2021 Fälle mit einer Hauptdiagnose für bösartige Neubildung an Ohr, Nase, Mund oder Hals aus der DRG D30C in die DRG D30B aufgewertet. Bei geringeren Kosten wurden dagegen Fälle mit weniger aufwendigen Eingriffen wie der explorativen Tympanotomie aus der DRG D30A in die DRG D30B sowie mit *Drainage eines Septumhämatoms* aus den DRGs D30A und D30B in die DRG D39Z abgewertet.

Obwohl auf Grundlage der Daten aus 2019 noch keine kostengestützte Berücksichtigung von COVID-19 möglich war, erfolgten einige Anpassungen für die differenzierte Abbildung u.a. von Fällen der MDC 03 mit Infektionen der oberen Atemwege (weitere Details in Kapitel 3.3.2.3):

- Für Fälle der Basis-DRG D63 *Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege [...]* mit bestimmten Infektionen der oberen Atemwege bzw. mit einer Diagnose *COVID-19, Virus nachgewiesen* und einer *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit isolationspflichtigen Erregern* wurde eine Umleitung in die MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* und in die bereits entsprechend differenzierte Basis-DRG E65 [...]*Bronchitis und Asthma [...]* etabliert, sodass diese Fälle zukünftig sachgerecht eingruppiert werden

können, auch wenn die Fallzahl in der MDC 03 für die Etablierung einer eigenen DRG für Fälle mit Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multi-resistenten Erregern [MRE] bzw. mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern zu gering war.

- Um zukünftig eine differenziertere Abbildung auch von Fällen mit Infektionen der oberen Atemwege ohne Isolationsmaßnahmen zu ermöglichen, wurde die DRG D63Z *Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege* (RG 0,346; 2020) in die DRGs D63A (RG 0,944) und D63B (RG 0,332) neu nach PCCL > 3 gesplittet. Aufgrund einer CCL-Anpassung für U07.1 *COVID-19, Virus nachgewiesen* ist damit bereits 2021 eine verbesserte Abbildung in der DRG D63A möglich.

Darüber hinaus wurden folgende Fälle aufwandsentsprechend neu zugeordnet:

- Abwertung von Fällen mit bestimmtem Eingriff bei einer Orbitafraktur oder an Gesichtsschädelknochen aus der DRG D29Z *Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals [...]* in die DRG D30A *Tonsillektomie [...]* oder versch. Eingriffe [...]
- Abwertung von Fällen mit Eingriff an der Nase, wie z.B. die *Drainage eines Hämatoms sonstiger Teile der Nase mit Einnähen von Septumstützfolien*, aus der DRG D38Z *Mäßig komplexe Eingriffe an Nase [...]* in die DRG D30B *Tonsillektomie [...]* oder versch. Eingriffe [...]
- Kondensation der DRGs D60A *Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, [...]* mit starrer Endoskopie und D60B *Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, [...]* ohne starre Endoskopie zur DRG D60A *Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC* aufgrund eines fehlenden Kostenunterschieds

3.3.2.12 Infektiöse und parasitäre Krankheiten

Fälle mit infektiösen und parasitären Krankheiten ohne klaren Bezug zum Organsystem werden im aG-DRG-System vor allem in die DRGs der MDCs 18A *HIV* und 18B *Infektiöse und parasitäre Krankheiten* eingruppiert. Für die MDC 18A *HIV* ergaben sich dieses Jahr basierend auf den Kalkulationsdaten des Jahres 2019 keine Änderungen.

In der MDC 18B *Infektiöse und parasitäre Krankheiten* werden Fälle mit einer Hauptdiagnose für *Sepsis*, aber auch z.B. für eine *Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert* eingruppiert. Dadurch ist das Spektrum sowohl der medizinischen Inhalte und der damit zusammenhängenden möglichen Eingriffe oder Behandlungen als auch der Fallschwere und Fallkosten in dieser MDC sehr breit. Die fünffach differenzierte operative Basis-DRG T01 *OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten* kann nicht die gleiche Trennschärfe aufweisen wie die operativen DRGs der einzelnen organspezifischen MDCs. Die fallzahlstarke Basis-DRG T60 *Sepsis* ist insgesamt in sieben DRGs gesplittet. Diese sind partitionsübergreifend einsortiert und mit den operativen DRGs der Basis-DRG T01 verschränkt.

Bei der diesjährigen Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems stand die Basis-DRG T01 *OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten* im Vordergrund. Die innerhalb dieser Basis-DRG abgebildeten operativen Eingriffe wurden umfangreich daraufhin analysiert, ob die typischen Kosten der Fälle die aktuelle Eingruppierung innerhalb dieser Basis-DRG begründen. Im Ergebnis wurde eine Vielzahl von Eingriffen auf-

wandsgerecht neu zugeordnet und die Definition der DRG T01A geändert. Zukünftig sind beispielsweise die Prozeduren *lokale Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber durch Laser*, *erweiterte Cholezystektomie*, *Anlegen eines Reservoirs am Liquorsystem* oder *Exzision und Destruktion von erkranktem intrakranialem Gewebe* nicht mehr der DRG T01A zugeordnet. Fälle mit den ersten zwei genannten Prozeduren werden neu in der DRG T01C *OR-Prozedur [...] mit bestimmtem Eingriff [...]* abgebildet. Fälle mit den Prozeduren *Anlegen eines Reservoirs am Liquorsystem*, *Exzision und Destruktion von erkranktem intrakranialem Gewebe* oder die Prozedur *Duraplastik mit Kranioplastik laterobasal / frontobasal* werden zukünftig in der DRG T01D *[...] mit bestimmtem anderen operativen Eingriff* abgebildet. Des Weiteren sind im aG-DRG-System 2021 Fälle mit einer OR-Prozedur und der Nebendiagnose „Zustand nach Transplantation“ nicht mehr der DRG T01A zugeordnet. Diese finden ihre zukünftige Abbildung entsprechend weiteren Kriterien wie PCCL, Alter oder bestimmte Prozeduren oder Diagnosen in den DRGs *T60A Sepsis mit komplizierender Konstellation [...]*, *T60B Sepsis mit komplizierender Konstellation [...]*, *T01B OR-Prozedur [...] mit bestimmtem mäßig komplexem Eingriff* oder in der DRG T01C und werden entsprechend ihren typischen Fallkosten sachgerecht eingruppiert.

Die weiteren Neuordnungen von Prozeduren innerhalb der Basis-DRG T01 sind beispielhaft aus Abbildung 23 zu entnehmen.

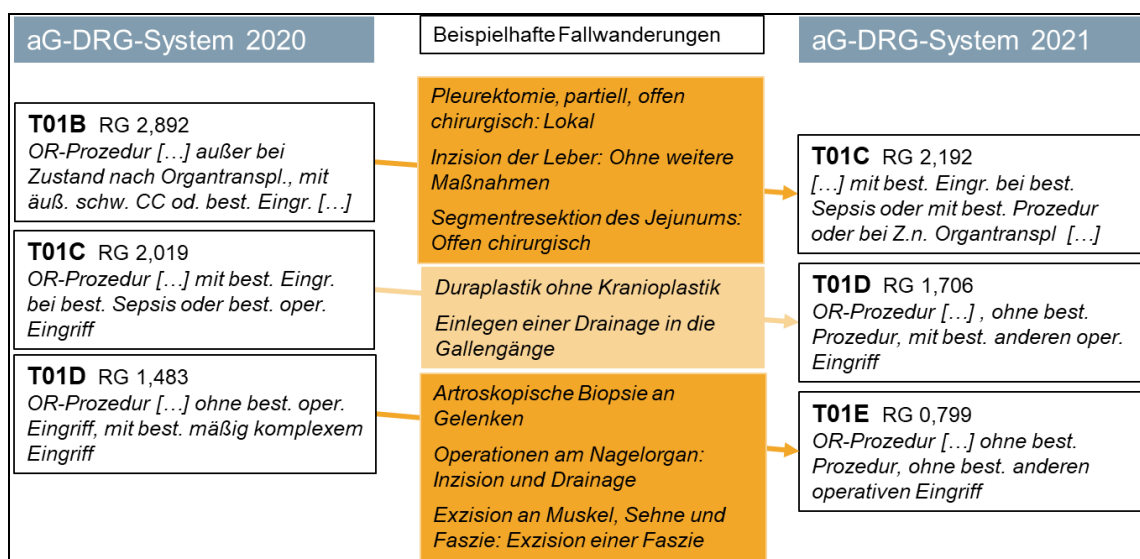


Abbildung 23: Beispielhafte Neuordnungen von Prozeduren innerhalb der Basis-DRG T01

Durch zahlreiche Neuordnungen von Prozeduren innerhalb der Basis-DRG T01 wurden die Erlösunterschiede im Vergleich zur Abbildung in anderen MDCs (bei gleicher operativer Leistung, aber anderer Hauptdiagnose) für viele Eingriffe vermindert.

Weitere Umbauten

Im aG-DRG-System 2020 werden in der DRG T77Z *Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern [...]* Fälle mit Prozeduren für *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten isolationspflichtigen Erregern* ab 7 Behandlungstage abgebildet. Für das aG-DRG-System 2021 ist die Definition der DRG T77Z um Prozeduren für *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten*

isolationspflichtigen Erregern bei Behandlungsdauer ab 10 Pflgetagen erweitert worden.

Innerhalb der Basis-DRGs T63 *Virale Erkrankung* und T64 *Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten* werden für das aG-DRG-System 2021 Fälle mit *intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter ab 197 Aufwandspunkten* oder mit *aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten* durch Zuordnung zu den höchstbewerteten DRGs T63A [...] *bei Zustand nach Organtransplantation* [...] und DRG T64A [...] *mit bestimmter komplexer Diagnose* [...] entsprechend den höheren Kosten der Fälle aufgewertet. Ausgehend von der unterjährigen Datenlieferung gem. § 24 KHEntgG werden Fälle mit einer im Labor nachgewiesenen COVID-19-Infektion bei mehr als einem Behandlungstag, die bisher in den DRGs T63C *Mäßig schwere virale Erkrankung* [...] und T63D *Andere virale Erkrankung* [...] abgebildet waren, im aG-DRG-System 2021 der DRG T63B *Schwere virale Erkrankung* [...] zugeordnet und damit aufgewertet.

Innerhalb der Basis-DRG T60 *Sepsis* wird zur Eingruppierung der Fälle in die DRGs T60A, T60B, T60C *Sepsis* [...] *ohne schwerste CC* die Funktion „Komplizierende Konstellation E77“ verwendet. Für das aG-DRG-System 2021 sind in dieser Funktion die Diagnosen für *SIRS infektiöser oder nichtinfektiöser Genese mit Organkomplikationen* nicht mehr gruppierungsrelevant, da sich die Fälle nicht mehr als kostenauffällig zeigten (siehe Kap. 3.3.2.10). Die entsprechenden Fälle werden zukünftig der DRG T60D *Sepsis mit anderer komplizierender Konstellation* [...] zugeordnet.

3.3.2.13 Intensivmedizin

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

- A18 *Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion*
- A06 *Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung*
- A07 *Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte*
- A09 *Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2352 / 1932 / 2208 Aufwandspunkte*
- A11 *Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte*
- A13 *Beatmung > 95 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte*

Dabei kann sich in den vier Basis-DRGs A07, A09, A11 und A13 die Anzahl der benötigten Beatmungsstunden bei gleichzeitigem Vorliegen hoher Punktzahlen für die intensivmedizinische Komplexbehandlung reduzieren. Die Werte der drei Kodegruppen für aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung („Super-SAPS“), intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter sowie für Erwachsene berechnen sich aus der Addition von Punkten für verschiedene, nach Aufwand gestaffelte Parameter und

Leistungen über die Verweildauer auf der Intensivstation, z.B. Herzfrequenz, systolischer Blutdruck, Körpertemperatur, Hämofiltration bzw. Dialyse, Alter oder auch das Vorhandensein chronischer Leiden. Die Summe spiegelt dann den typischerweise erhöhten personellen und apparativen Aufwand auf einer Intensivstation wider.

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

- Innerhalb der Basis-DRG *A07 Beatmung > 999 Stunden [...]* werden Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung ab 2761 Aufwandspunkten in die DRG A07C, Fälle ab 2485 Aufwandspunkten dagegen in die DRG A07D eingruppiert
- Auch wurden vergleichsweise wenig aufwendige Prozeduren, z.B. für *andere Operationen an Lunge und Bronchien: Sonstige*, aus der Tabelle der DRG A07A gestrichen, welche die dreizeitigen Eingriffe definiert
- Dagegen wurde die Bedingung der DRG *A13D Beatmung > 95 Stunden [...]* um die Hauptdiagnosen für bösartige Neubildung ergänzt und diese Fälle aufgewertet
- Intensivmedizinische Komplexbehandlung wirkt zukünftig in den Basis-DRGs *T60 Sepsis*, *W02 Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen* und *W61 Polytrauma ohne signifikante Eingriffe* höhergruppierend.

Die Basis-DRG *A11 Beatmung > 249 Stunden [...]* ist im aG-DRG-System 2020 in acht DRGs differenziert. Diese einzelnen DRGs können sich aber mitunter aus mehreren verschiedenen Teilbereichen zusammensetzen. Hierbei kann es sich allerdings auch um eigens definierte Fallkollektive handeln, die letztlich unter einem gemeinsamen Kürzel, z.B. A11C, subsumiert werden (siehe Abb. 24).

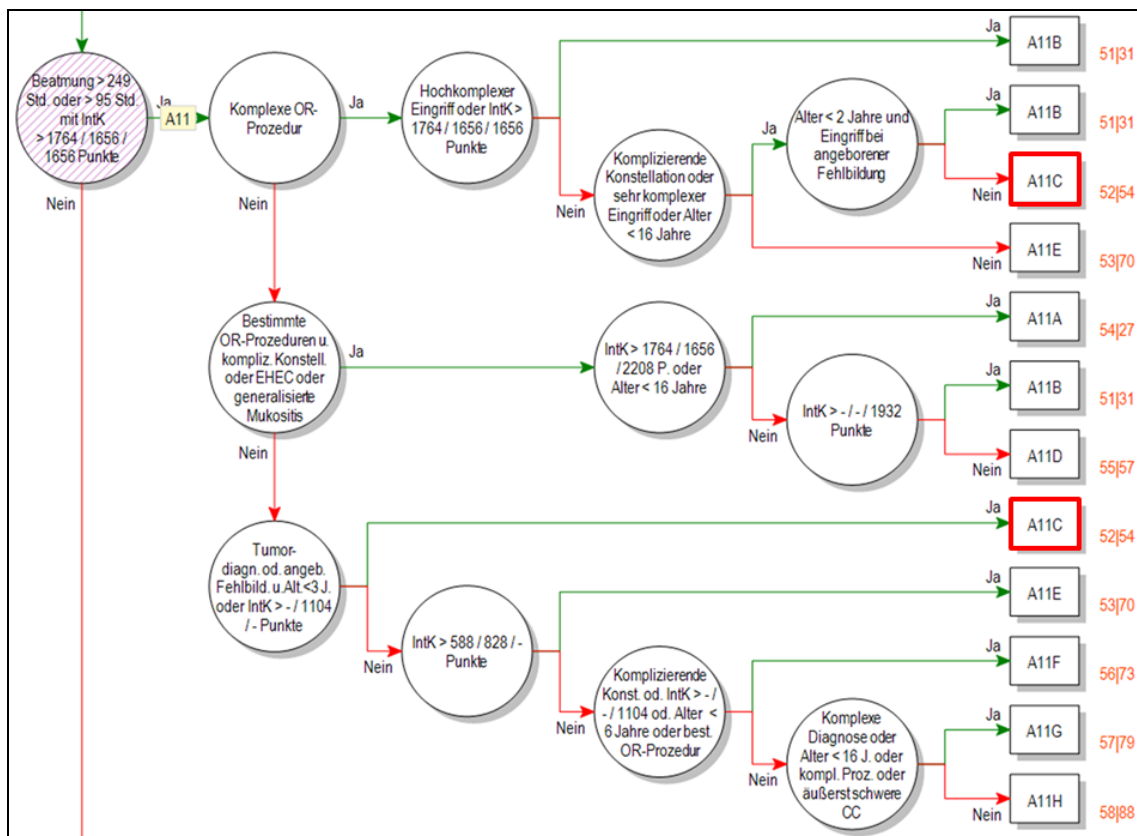


Abbildung 24: Struktur der Basis-DRG A11 im aG-DRG-System 2020

Ob diese verschiedenen Teilbereiche nach wie vor ähnliche Kosten- und Verweildauerstrukturen aufweisen, ist Inhalt jährlicher Analysen. So waren in der DRG A11C einerseits Patienten mit komplexen Eingriffen und andererseits eher konservativ behandelte Fälle zusammengefasst. In den Kalkulationsdaten des Jahres 2019 wiesen Letztgenannte nicht mehr so hohe Kosten auf wie die operierten Fälle. Das Fallkollektiv der „unteren“ DRG A11C ähnelte tatsächlich bezüglich Kosten und Verweildauer den Fällen der DRG A11D, sodass dieser Teil der DRG A11C mit der bereits bestehenden DRG A11D zusammengefasst wurde.

Weiterhin wurde die Bedingung der DRG A11D *Beatmung > 249 Stunden* [...] um die Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter mit mehr als 980 Aufwandspunkten erweitert. Somit gelang auch an dieser Stelle des Algorithmus eine kostengerechte Aufwertung von auf einer Intensivstation behandelten Kindern.

Auch in den Beatmungs-DRGs in der Prä-MDC werden „Funktionen“ benutzt. Dabei handelt es sich um logische Definitionen und Ausdrücke, die an mehreren Stellen des DRG-Gruppierungsalgorithmus vorkommen. Sie beinhalten Prozeduren und ggf. Diagnosen, die in unterschiedlichen Behandlungszusammenhängen jeweils einen höheren Ressourcenverbrauch bedingen. Ein Vorteil liegt in der Vereinfachung der logischen Ausdrücke in den Definitionen der DRGs, nichtsdestotrotz ist eine regelmäßige Analyse und ggf. Anpassung einzelner Bestandteile der Funktionen vonnöten:

- Die Prozedur für *EEG-Monitoring (mindestens 2 Kanäle) für mehr als 24 h* wurde aus der Funktion „Komplizierende Konstellationen A13“ gestrichen
- Auch wirkt die Prozedur für nicht invasives Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung nicht länger höhergruppierend
- Prozeduren für Rekonstruktion der Hirnhäute sowie Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe an der Kalotte wurden aus verschiedenen Funktionen gestrichen
- Dagegen wurden Prozeduren für die Implantation eines intrakardialen Impulsgegenerators durch Aufnahme in mehrere Funktionen aufgewertet

3.3.2.14 Kardiologie und Herzchirurgie

Kardiologie

Die Implantation eines intrakardialen Pulsgenerators, eine neue Behandlungsmethode bei Patienten mit Kontraindikation für einen herkömmlichen Ein-Kammer-Herzschrittmacher, wurde im Vorjahr in das aG-DRG-System integriert und betroffene Fälle der DRG F01C *Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD) [...] oder Impl. eines intrakardialen Pulsgenerators* zugeordnet. Die Analysen im Rahmen des diesjährigen Vorschlagsverfahrens zeigten eine stabile Datengrundlage und für Fälle mit einem zusätzlichen anderen Eingriff an Herz und Gefäßen deutlich höhere Kosten als andere Fälle der DRG F01C. Diese Fälle werden im aG-DRG-System 2021 der DRG F01A *Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stim. od. Defibrillator mit subk. Elektrode od. intrak. Pulsgen. mit kompliz. Fakt. [...]* zugeordnet und damit ihren Kosten entsprechend aufgewertet.

Im aG-DRG-System 2020 ist die Basis-DRG F12 *Implantation eines Herzschrittmachers* 7-fach differenziert, u.a. nach dem System des Herzschrittmachers (1-, 2- oder 3-Kammersystem), weiteren Eingriffen, kardiologischer Diagnostik und Alter. Aufgrund eines geringen Kosten- und Verweildauerunterschieds wurden die DRGs F12F und F12G für das aG-DRG-System 2021 kondensiert (siehe Abb. 25). Zukünftig werden sowohl Fälle mit Implantation eines Ereignisrekorders als auch Fälle mit Implantation eines Einkammer-Schrittmachers (ohne zusätzlichen Eingriff) in die DRG F12F *Impl. HSM, Zweikammersys., oh. äuß schwere CC, [...] od. Impl. HSM, Einkammersys. oder Impl. Ereignisrekorder, oh. invasive kardiol. Diagnostik bei best. Eingriffen, Alter > 15 J.* eingruppiert.

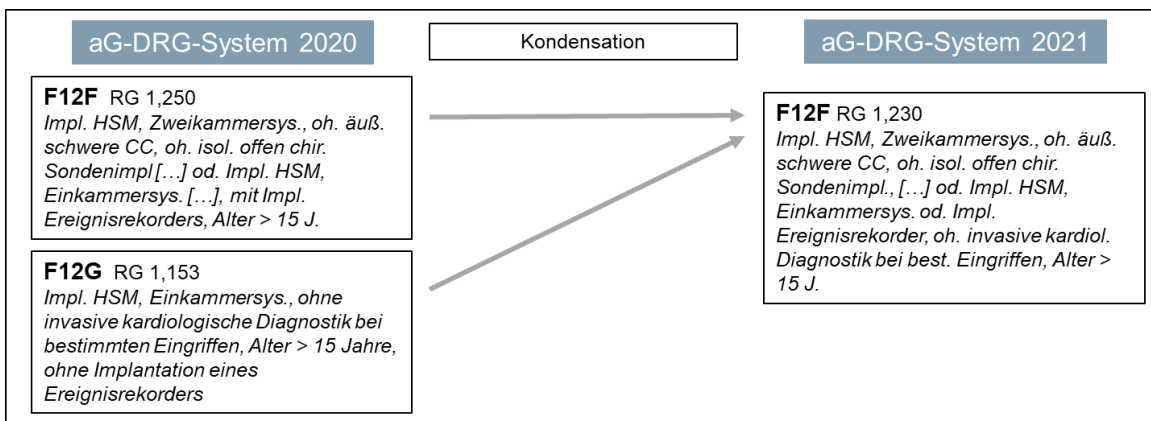


Abbildung 25: Kondensation der DRGs F12F und F12G zur DRG F12F für das aG-DRG-System 2021

Ein auch im diesjährigen Vorschlagsverfahren mehrfach aufgegriffenes Thema bezog sich auf die Überprüfung der bisher als Splitkriterium verwendeten Attribute innerhalb der Basis-DRG F50 *Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen*. Die Basis-DRG F50 ist u.a. anhand der für die Ablation genutzten Energiequelle, der Lokalisation und der Anwendung eines dreidimensionalen, elektroanatomischen Mappingverfahrens differenziert. Im Vorschlagsverfahren wurde u.a. thematisiert, dass die seit dem Jahr 2018 spezifisch kodierbare *Anwendung hochauflösender, multipolarer, dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren (8-835.j)* mit deutlich höheren Kosten verbunden sei als die seit vielen Jahren durchgeführte *Anwendung dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren (8-835.8)*. Die Analysen auf aktueller Datengrundlage zeigten, dass Fälle mit *Anwendung hochauflösender, multipolarer, dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren* in ihren DRGs sachgerecht abgebildet sind. Den Ergebnissen entsprechend ist auch im aG-DRG-System 2021 die Gruppierungsrelevanz der genannten OPS-Kodes gleich.

Basierend auf den umfangreichen Analysen wurden folgende Änderungen innerhalb der Basis-DRG F50 *Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen* vorgenommen:

- Aufwertung von Fällen mit gekühlter Radiofrequenzablation oder Kryoablation im linken Vorhof aus der DRG F50C in die DRG F50B
- Kostenentsprechende Abwertung von Fällen mit bipolarer phasenverschobener Radiofrequenzablation an den Pulmonalvenen oder am linken Vorhof aus der DRG F50A in die DRG F50B
- Abwertung von Fällen mit gekühlter Radiofrequenzablation im linken Ventrikel mit transeptaler Linksherz-Katheteruntersuchung aus der DRG F50A in die DRG F50B

Herzchirurgie

Im Rahmen des diesjährigen Vorschlagsverfahrens wurde erneut thematisiert, dass der Ersatz der Aortenklappe durch ein nahtfreies, selbstexpandierendes Xenotransplantat bzw. durch ein ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten bei Kombinationseingriffen (z.B. mit aortokoronaren Bypass-Operationen) mit gleichen Kosten verbunden sei, und es wurde erneut vorgeschlagen, die Gruppierungsrelevanz beider Verfahren zu vereinheitlichen. Diesjährige vergleichende Analysen bestätigten einen weiterhin bestehenden deutlichen Kostenunterschied bei Mehrfacheingriffen. Allerdings

zeigten sich bestimmte aortokoronare Bypass-Operationen in Verbindung mit einem Ersatz der Aortenklappe durch ein ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten in der DRG F03A mit geringeren Kosten verbunden und werden zukünftig der DRG F03B *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Mehrfacheingriff [...]* zugeordnet. Damit wurde eine weitgehende Angleichung der Erlösrelevanz der beiden Verfahren erreicht, auch wenn bei weiter bestehenden Kostenunterschieden weiterhin keine einheitliche Abbildung umsetzbar war.

Innerhalb der Basis-DRG F03 *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine [...]* wurden zur Vermeidung einer verschlechterten Erlössituation für die stationäre Behandlung von Kindern die DRGs F03E und F03D zur DRG F03D kondensiert. Die Voraussetzungen und die Vorgehensweise zur Kondensation von DRGs im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung wird in Kapitel 3.3.5 eingehend beschrieben.

In der Basis-DRG F07 *Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine* werden Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine abgebildet, die keine typischen Herzklappen-Operationen (Basis-DRG F03) oder Bypass-Operationen (Basis-DRG F06) sind, wie beispielsweise der *Ersatz der Aorta ascendens* oder die *Rekonstruktion der Papillarmuskeln*. Die umfangreiche Analyse zeigte in dieser Basis-DRG Fälle, die hinsichtlich Leistung und Kosten typischerweise eher koronaren Bypass-Operationen entsprechen. Den Ergebnissen entsprechend erfolgte deshalb eine Streichung der OPS-Kodes für das Anlegen eines aortokoronaren Bypass, für sonstige andere Operationen an den Koronargefäßen und für bestimmte Eingriffe an Gefäßen des Thorax und der oberen Extremität aus der Bedingung der Basis-DRG F07.

Innerhalb der Basis-DRG F07 erfolgten zudem folgende Neuzuordnungen (siehe Abb. 26):

- Aufwertung von Fällen mit Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta ascendens mit Reimplantation der Koronararterien: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- Aufwertung von Fällen mit Ersatz der Aortenklappe durch Autotransplantation [Ross-Operation]
- Abwertung von Fällen mit Verschluss des Vorhof- oder Ventrikelseptumdefekts bei angeborenen Herzfehlern

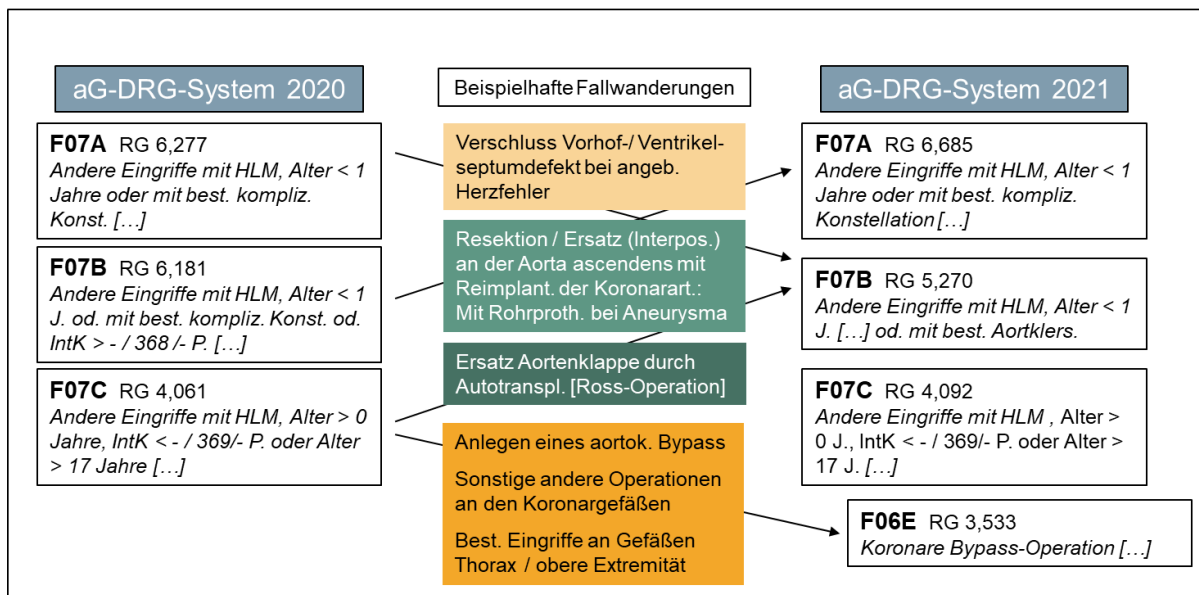


Abbildung 26: Beispielhafte Fallwanderungen innerhalb der Basis-DRG F07 und aus der Basis-DRG F07 in die Basis-DRG F06 durch Auf- bzw. Abwertung von Leistungen

Einem Vorschlag folgend, wurde die Abbildung von Fällen mit epikardialer Ablation bei Herzrhythmusstörung in der Basis-DRG F09 *Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine* untersucht. Analysen bestätigten, dass Fälle mit einer offen-chirurgisch oder endoskopisch durchgeführten epikardialen Ablation in der DRG F09C mit deutlich höheren Kosten verbunden sind. Im Ergebnis erfolgte für das aG-DRG-System 2021 eine Aufwertung dieser Fälle aus der DRG F09C in die DRG F09B *Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, Alter > 15 J. [...], mit äußerst schweren CC oder mit chirurg. epikard. Ablationsverfahren*.

Weitere Umbauten der Kardiologie und Herzchirurgie

- Kostenentsprechende Aufwertung von Fällen mit offen chirurgischer Implantation eines herzunterstützenden Systems aus der DRG F43B in die DRG 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*
- Kondensation der DRGs F67A und F67B zur „neuen“ DRG F67A *Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter hochaufwendiger / mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung*
- Aufnahme von Fällen mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern ab 15 Behandlungstagen in die DRG F77Z *Komplexbehandlung bei multiresistenten und nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*
- Präzisierung der Funktionen „Komplizierende Konstellationen I“ der DRGs F09A und F61A und „Komplizierende Konstellationen F21“ der DRG F43B, sodass bei nicht mehr nachweisbaren Mehrkosten die Diagnosen für *Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] mit Organkomplikationen* in diesen Funktionen nicht mehr gruppierungsrelevant sind.

3.3.2.15 Komplexbehandlung und Isolation bei Infektion mit nicht multiresistenten Erregern

Im Vorschlagsverfahren wurde eine Überprüfung der Abbildung von Fällen mit *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern auf spezieller oder nicht spezieller Isoliereinheit* angeregt. Auch aufgrund der COVID-19-Pandemie stand bei der diesjährigen Weiterentwicklung diese Leistung im Vordergrund der Analysen. Obwohl in den Kalkulationsdaten des Jahres 2019 noch keine COVID-19-Fälle auftreten, fanden sich in den Daten Fälle mit Isolationsmaßnahmen bei anderen Erregern, die im Ergebnis für das aG-DRG-System 2021 eine sachgerechte Aufwertung der Fälle mit Komplexcode begründeten.

Es wurde sowohl geprüft, ob die DRGs, die bisher allein anhand von Prozeduren für Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern (MRE) definiert waren, um die Fälle mit Komplexbehandlung bei nicht multiresistenten Erregern erweitert werden konnten, als auch, ob ggf. neue DRGs für multiresistente und nicht multiresistente Erreger etabliert werden konnten. In sechs Basis-DRGs, die bisher ausschließlich über MRE definiert waren, wurde für das aG-DRG-System 2021 die Definition um OPS-Kodes für Komplexbehandlung bei nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern ergänzt, wie in Tabelle 20 gezeigt ist.

Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei ...	DRG	Mindest-Behandlungsdauer	
		MRE	nMRE
Krankheiten [...] an Muskel-Skelett-System [...]	I87Z	7	15*
Krankheiten [...] an Haut, Unterhaut und Mamma	J77Z	7	10
Krankheiten[...] an hepatobiliärem System [...]	H77Z	7	10
infektiösen und parasitären Krankheiten	T77Z	7	10
Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	F77Z	14	15
endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	K77Z	14	15

* auf spezieller Isoliereinheit ab 10 Tagen

Tabelle 20: Erweiterung der Basis-DRGs um Komplexbehandlung bei nicht multiresistenten Erregern

In Tabelle 21 sind drei weitere Basis-DRGs gelistet, in denen im Vorjahr die Komplexbehandlung nur bei einer Infektion mit MRE eines von mehreren Splitkriterien war. Hier wurde anhand der Daten des Datenjahres 2019 ebenfalls die Definition der entsprechenden DRGs um die Komplexbehandlung bei nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern ergänzt.

Basis-DRG	DRG	Mindest-Behandlungsdauer	
		MRE	nMRE
Akute myeloische Leukämie	R60C	14*	15*
	R60E	7	10
Lymphom und nicht akute Leukämie	R61E	14*	15*
	R61F	7	10
Infektionen der Harnorgane	L63A	7	10
	L63B	7	10

* auf spezieller Isoliereinheit ab 7 Tagen (MRE), ab 10 Tagen (nicht MRE)

Tabelle 21: Splitterweiterung um Komplexbehandlung bei nicht multiresistenten Erregern

In der MDC 17 *Hämatologische und solide Neubildungen* wurde darüber hinaus eine neue DRG R77Z *Komplexbehandlung bei Isolationspflichtigen Erregern bei bestimmten hämatologischen und soliden Neubildungen* etabliert. In dieser DRG werden Fälle mit Infektion mit nicht multiresistenten Erregern und Isolation auf spezieller Isoliereinheit ab 15 Tagen (MRE ab 14 Tagen) und auf nicht spezieller Isoliereinheit ab 20 Tagen (MRE ab 21 Tagen) spezifischer abgebildet und sachgerecht aufgewertet.

3.3.2.16 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane

Die Überprüfung der sachgemäßen Abbildung von Fällen im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems resultierte auch in diesem Jahr in einer Reihe von Änderungen innerhalb der operativen und medizinischen Partition der MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane*.

Operative Partition

Die DRGs der operativen Partition bilden vor allem die Behandlung von Fällen ab, deren Behandlung bzw. Kostenstruktur über operative und interventionelle Verfahren aus dem Bereich der Thoraxchirurgie und Pneumologie bestimmt ist. Ein großer Anteil der Fälle betrifft die chirurgische Behandlung einer onkologischen Grunderkrankung. Chirurgische Eingriffe an der Lunge und am Thorax, u.a. bei bösartiger Neubildung der Lunge, werden innerhalb der MDC 04 vor allem in den Basis-DRGs

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

abgebildet. Dabei werden Fälle mit aufwendigeren Verfahren, wie z.B. einer *Lobektomie [...]: Mit intraperikardialer Gefäßresektion oder offen chirurgischer Lobektomie mit radikaler Lymphadenektomie: Mit bronchoplastischer Erweiterung*, vor allem den Basis-DRGs E01 und E05 zugeordnet. Weniger komplexe Eingriffe werden kostenentsprechend den Basis-DRGs E06 und E02 zugeordnet, z.B. *Atypische Lungenresektion: of-*

fen chirurgische Enukektion: Einer Läsion, ohne Lymphadenektomie bzw. Pleurodese [Verödung des Pleuraspalt]: Durch thorakoskopische Poudrage.

Innerhalb der Basis-DRG E05 *Andere große Eingriffe am Thorax* fanden sich bestimmte Prozeduren, deren Kosten diese Eingruppierung nicht mehr begründeten, beispielsweise die *Exzision von erkranktem Gewebe am Zwerchfell ohne Verschluss durch alloplastisches Material* oder eine *partielle, lokale thorakoskopische Pleurektomie*.

Diese Prozeduren sind für 2021 aufwandsgerecht in die Basis-DRG E06 verschoben (siehe Abb. 27).

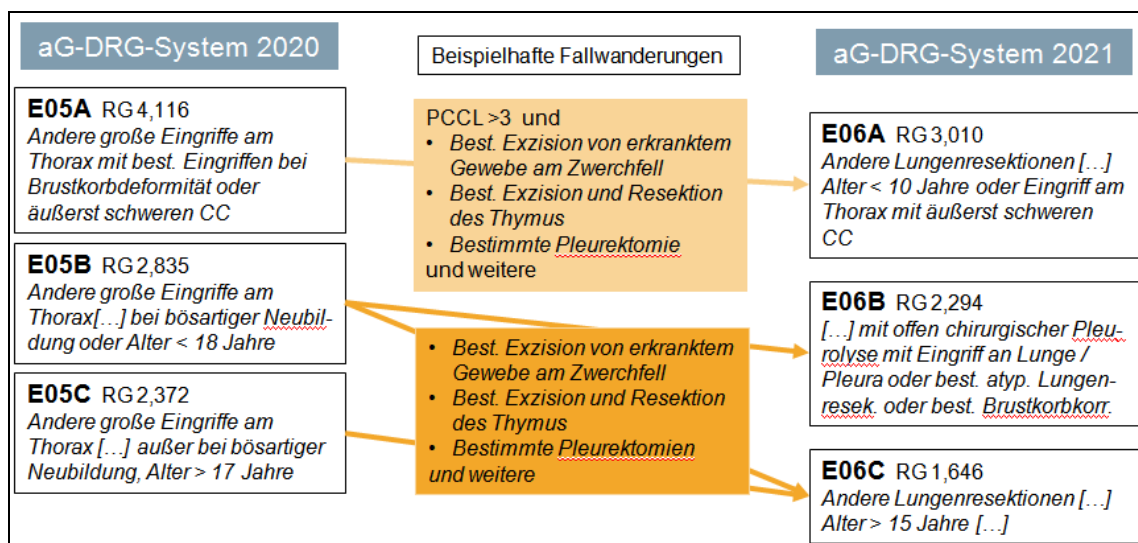


Abbildung 27: Fallwanderungen zwischen Basis-DRG E05 und E06

Nach Abschluss der Umbauten zeigten die DRGs E01C *Revisionseingriffe [...]* und E05C *Andere große Eingriffe am Thorax [...], Alter > 17 Jahre* einen geringen Kostenunterschied bei vergleichbaren Verweildauern und inhaltlich ähnlichen Fallkollektiven, sodass beide DRGs kondensiert wurden. Die Fälle der DRG E01C wurden der DRG E05C *Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Revisionseingriffe [...], Alter > 17 Jahre* zugeordnet. Im G-DRG-System 2021 ist die Basis-DRG E01 dadurch nur noch einfach gesplittet.

■ Eingriffe an der Pulmonalarterie

Im aG-DRG-System 2020 sind Verfahren zur Rekanalisation bei Lungenembolie der „Reste“-DRG E02 *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen* zugeordnet. Diese Fälle, z.B. mit *Rotationsthrombektomie an der Pulmonalarterie*, zeigten innerhalb ihrer DRG höhere Kosten als die übrigen Fälle der DRG. Deshalb wurden für 2021 Fälle mit diesen Verfahren ihren Kosten entsprechend in die DRG E05B *Andere große Eingriffe am Thorax [...] oder bestimmter Eingriff an der Pulmonalarterie* eingruppiert und somit aufgewertet.

Ebenfalls erfolgte eine den Kosten entsprechende Aufwertung von Fällen mit einem Verfahren zur *Selektiven Embolisation an der Pulmonalarterie*. Diese Fälle wurden zuvor vor allem gemäß ihrer Hauptdiagnose in verschiedenen DRGs der medizinischen Partition abgebildet und wurden für 2021 der DRG E02C *Andere OR-Prozeduren an*

den Atmungsorganen, Alter > 9 J., mehr als 1 BT, [...], mit best. endoskop. Lungenvolumenred. oder anderem mäßig kompl. Eingr. oder Alter < 18 J. zugeordnet.

■ Weitere Umbauten innerhalb der operativen Partition

Für das aG-DRG-System 2021 erfolgte eine den Kosten entsprechende Aufwertung der Behandlung von COPD-Patienten mit einem Verfahren zur *Implantation eines endobronchialen Klappensystems*, ab 3 Ventilen durch Zuordnung zur DRG E02B. Aufwandsentsprechend abgewertet wurden u.a. Fälle der DRG E02A mit einem Verfahren für *Andere partielle Laryngektomien* mit Neuordnung zur DRG E02B und Fälle der DRG E06A mit einem Verfahren für *offen chirurgische Naht der Brustwand* mit Neuordnung zur DRG E06B.

Systemweit erfolgte eine Präzisierung der Zugangsbedingungen der Strahlentherapie-DRGs. So werden der Basis-DRG E08 Fälle mit bestimmten Prozeduren für *Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie* nur noch bei einer Verweildauer von mehr als 5 Tagen zugeordnet (vgl. Kap. 3.3.2.26).

Medizinische Partition

In den DRGs der medizinischen Partition der MDC 04 werden u.a. die medikamentöse Therapie von Pneumonien unterschiedlichster Genese, von chronischen Lungenerkrankungen wie Asthma und COPD, aber auch verschiedene Chemotherapien im Rahmen von onkologischen Erkrankungen der Atmungsorgane abgebildet.

■ Basis-DRG E71

In der konservativen Tumor-DRG E71 *Neubildungen der Atmungsorgane* zeigten sich u.a. die bisher der DRG E71B zugeordneten starren Bronchoskopien nicht mehr mit so hohen Kosten verbunden wie die anderen Fälle der DRG. Entsprechend wurden die Fälle aufwandsgerecht der DRG E71C zugeordnet.

Hingegen zeigten Fälle mit Einbringen eines Ösophagus-Stents – dieses Verfahren ist in der Basis-DRG E71 bisher nicht gruppierungsrelevant – deutlich höhere Kosten und wurden aus den DRGs E71C und E71D in die DRG E71B aufgewertet (siehe Abb. 28).

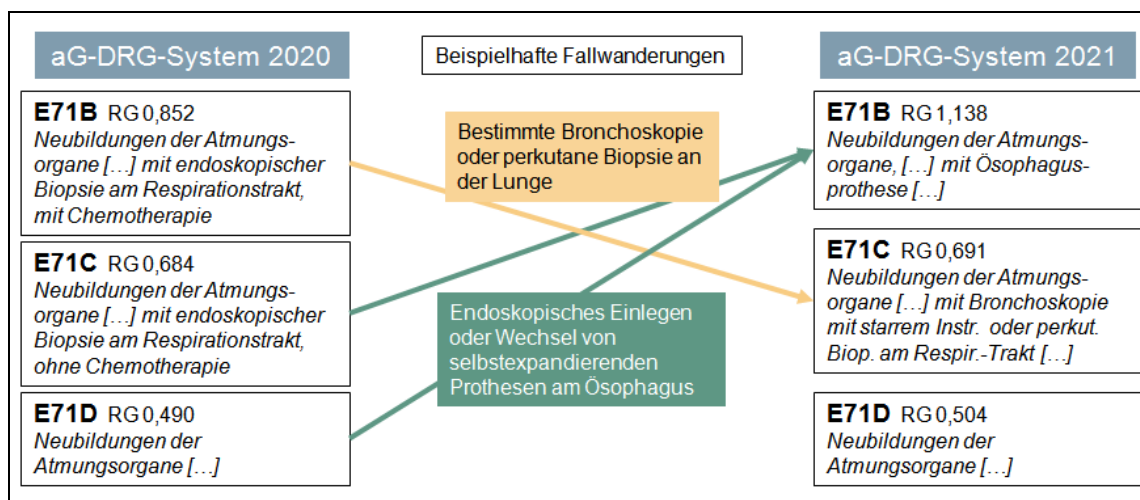


Abbildung 28: Fallwanderungen innerhalb der Basis-DRG E71

■ Basis-DRG E65

Neben chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen wird auch die konservative Behandlung von akuten Exazerbationen bei COPD-Patienten und bestimmte akute Bronchitiden bei Kindern unter einem Jahr in der Basis-DRG E65 *Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung* abgebildet. Für das aG-DRG-System 2021 wurde die Basis-DRG E65 u.a. um Fälle der MDC 03 mit einer Hauptdiagnose für bestimmte *Infekte der Atemwege* und Fälle mit einer Nebendiagnose für U07.1 *COVID-19, Virus nachgewiesen* in Verbindung mit einer Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern erweitert (weitere Umbauten und Details zum Thema COVID-19 in Kap. 3.3.2.3). Es erfolgte eine Präzisierung der Zugangsbedingungen zur DRG E65A für Fälle mit einer Registrierung zur Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation. Diese Fälle sowie Fälle mit Zustand nach einer entsprechenden Transplantation oder Transplantatversagen werden im aG-DRG-System 2021 der DRG E65B zugeordnet (siehe auch Kap. 3.3.8).

■ Basis-DRG E77

Die konservative, aber aufwendige Behandlung einer Vielzahl an Infektionen der Atmungsorgane wird innerhalb der MDC 04 u.a. in der Basis-DRG E77 *Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane* abgebildet. Eine MDC-übergreifende Änderung der Funktion „Komplizierende Konstellationen E77“ – die Diagnose SIRS mit Organkomplikationen verliert ihre Relevanz für die Funktion (vgl. Kap. 3.3.2.10) – führte zu einer Abwertung entsprechender Fälle der DRG E77B. Des Weiteren wurden Fälle der DRG E77B, z.B. mit bestimmten *Abszessen der Lunge und des Mediastinums und Zustand nach* [bestimmten] *Organ- oder Gewebetransplantationen* abgewertet und der DRG E77C zugeordnet. Weiterhin wurde die Splitbedingung zur DRG E77C um Fälle mit *Versagen und Abstoßung von* [bestimmten] *transplantierten Organen und Geweben* ergänzt (siehe auch Kap. 3.3.8).

3.3.2.17 MDC 15 – Neugeborene

Beatmungsstunden sind in der MDC 15 *Neugeborene* ein Splitkriterium von erheblicher Erlösrelevanz. Auch bei der Verteilung der Kosten für die Intensivstation spielen Beatmungsstunden eine wichtige Rolle.

Mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten wird ein bedeutender Anteil der übergewichtete Intensivstunden verteilten Kosten nicht mehr über Fallpauschalen vergütet. Bei Fallgruppen mit relevanten Kostenanteilen außerhalb der Intensivstation (z.B. Fälle mit größeren operativen oder interventionellen Eingriffen) wirkt sich die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten weniger stark auf die verbleibenden Fallkosten aus. Eine Prüfung des Splitkriteriums Beatmungsdauer ist aus diesem Grunde notwendig.

In der Basis-DRG P02 *Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe oder bestimmte Eingriffe bei angeborener Fehlbildung beim Neugeborenen* werden neben Fällen mit Eingriffen am univentrikulären Herzen Fälle mit einer Beatmungsdauer von > 143 Stunden in die DRG P02B [...] *oder bestimmte Eingriffe bei angeborener Zwerchfellhernie oder Ösophagusatresie, Beatmung > 143 Stunden* [...] eingruppiert. Die Grenze von > 143 Beatmungsstunden erwies sich auf Basis der Fallkosten ohne Pflegepersonalkosten nicht mehr als geeigneter Kostentrenner und wurde auf > 180 Stunden angehoben.

In folgenden DRGs wurde das Splitkriterium Beatmungsdauer für die angegebenen Fallgruppen ebenfalls angepasst:

- DRG P03A: für Fälle ohne signifikante OR-Prozedur von > 479 Stunden auf > 599 Stunden
- Basis-DRG P04: erforderliche Beatmungsdauer > 120 Stunden statt bisher > 95 Stunden
- DRG P04A: für Fälle mit mehreren schweren Problemen ohne signifikante OR-Prozedur von > 240 Stunden auf > 320 Stunden
- DRG P05A: erforderliche Beatmungsdauer > 240 Stunden statt bisher > 179 Stunden
- DRG P06A: für Fälle mit mehreren schweren Problemen oder bestimmter aufwendiger OR-Prozedur von > 179 Stunden auf > 240 Stunden
- DRG P06B: für Fälle mit mehreren schweren Problemen ohne signifikante OR-Prozedur von > 95 Stunden auf > 120 Stunden

Fälle mit bestimmten kleineren Eingriffen bei Poly- und Syndaktylien zeigten sich in der operativen Partition der MDC 15 nicht mit vergleichbaren Kosten wie andere signifikante OR-Prozeduren. Die Prozedurenkodex für:

- *Sonstige Trennung einer partiellen Syndaktylie*
- *Resektion gedoppelter Anteile ohne Gelenkrekonstruktion*
- *Sonstige Syndaktylie- und Polydaktyliekorrektur der Finger*
- *Nicht näher bezeichnete Syndaktylie- und Polydaktyliekorrektur der Finger*
- *Sonstige Syndaktylie- und Polydaktyliekorrektur der Zehen*
- *Nicht näher bezeichnete Syndaktylie- und Polydaktyliekorrektur der Zehen*

gelten zukünftig nicht mehr als signifikante OR-Prozeduren. Entsprechende Fälle werden demnach zukünftig in der medizinischen Partition der MDC 15 abgebildet.

Einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend wurden auch Prozeduren für eine Orchidopexie auf ihre Eignung als signifikante OR-Prozedur geprüft. Bisher galten diese Eingriffe als signifikante OR-Prozedur und entsprechende Fälle wurden in der operativen Partition der MDC 15 abgebildet. Die Fälle zeigten sich mit Ausnahme der Basis-DRG P61 *Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 750 g* in allen DRGs der operativen Partition im Vergleich zu den übrigen Fällen der jeweiligen DRG mit geringeren Kosten verbunden. Zukünftig gelten die Prozeduren für eine Orchidopexie als nicht signifikante OR-Prozedur und entsprechende Fälle werden damit in der medizinischen Partition der MDC 15 abgebildet. In der Basis-DRG P61 *Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 750 g* gelten die Prozeduren für eine Orchidopexie weiterhin als signifikante OR-Prozedur.

In der DRG P67C *Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g [...] mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Prozedur, neugeborener Einling* werden neben Fällen mit nicht signifikanter OR-Prozedur auch konservative Fälle mit bestimmten Problemen abgebildet. Die beiden Fallgruppen sind unterschiedlich stark von der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten betroffen, was eine Überprüfung der Abbildung erforderlich machte. Im Ergebnis werden zukünftig Fälle mit

- Orchidopexie
- Eingriffen am Pylorus
- Verschluss einer Hernia inguinalis

- Perkutane-transrenale Nephrostomie
- Perkutane Zystostomie

in der DRG P67B *Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g [...] oder mit bestimmter aufwendiger Prozedur* abgebildet. Somit werden Leistungen wie die perkutane-transrenale Nephrostomie und die perkutane Zystostomie erstmals innerhalb der MDC 15 gruppierungsrelevant. Entsprechende Fälle waren bisher aufgrund der zugrunde liegenden Diagnose (z.B. angeborene Hydronephrose) in der DRG P67C abgebildet. Die nicht signifikanten OR-Prozeduren für *Eingriffe am Pylorus und Verschluss einer Hernia inguinalis* führen zukünftig aufgrund der höheren Fallkosten nicht mehr in die DRG P67C, sondern in die DRG P67B. Die Prozeduren für Orchidopexie werden nicht mehr als signifikante OR-Prozedur gewertet, werden aber aufgrund der Fallkosten bei reifen normalgewichtigen Neugeborenen dennoch in die DRG P67B eingruppiert.

Neben Änderungen im Zusammenhang mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten wurden weitere Anpassungen vorgenommen.

In der Basis-DRG P02 *Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe oder bestimmte Eingriffe bei angeborener Fehlbildung beim Neugeborenen* werden Fälle weitestgehend unabhängig vom Aufnahmegewicht abgebildet. Fälle mit bestimmten operativen Eingriffen bei angeborenen Fehlbildungen mit einer Beatmungsdauer ab 144 Stunden wurden bisher in der DRG P02B *[...] oder bestimmte Eingriffe bei angeborener Zwerchfellhernie oder Ösophagusatresie, Beatmung > 143 Stunden [...]* abgebildet. Fälle mit sehr langen Beatmungsdauern zeigten sich in dieser DRG nicht sachgerecht abgebildet. Zukünftig werden Fälle mit einer Beatmungsdauer von > 899 Stunden in die DRG P02A *Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe mit Beatmung > 480 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborener Fehlbildungen mit Beatmung > 899 Stunden* eingruppiert.

Ein Vorschlag bezog sich auf die Überprüfung von Fällen mit der Diagnose *Respiratorisches Versagen beim Neugeborenen*. Diese Diagnose wird in den Funktionen „Schweres Problem beim Neugeborenen“ und „Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen“ als Splitkriterium verwendet. Beide Funktionen sind in einer Vielzahl von DRGs der MDC 15 gruppierungsrelevant. Einerseits lassen sich respiratorische Probleme mit einer Vielzahl von Diagnosen kodieren. Auf der anderen Seite ist eine Therapie durch Angabe der Beatmungsdauer und der entsprechenden Prozedurenkodes für Atemunterstützung oder maschinelle Beatmung bei Früh- und Neugeborenen detailliert entsprechend dem Aufwand und dem Schweregrad abbildbar. In der Konsequenz wurden für das aG-DRG-System 2021 folgende Diagnosen aus den Funktionen „Schweres Problem beim Neugeborenen“ und „Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen“ gestrichen:

- *Respiratorisches Versagen beim Neugeborenen*
- *Nicht näher bezeichnete angeborene Pneumonie*
- *Fruchtwasser- und Schleimaspilation durch das Neugeborene*

Fälle ohne Beatmung oder mit kurzzeitiger Beatmung < 6 Stunden oder ausschließlicher HFNC-Atemunterstützung mit einer Diagnose für *Respiratorisches Versagen beim Neugeborenen* oder *Nicht näher bezeichnete angeborene Pneumonie* werden zukünftig entsprechend dem Aufnahmegewicht und den Fallkosten sachgerecht in den DRGs P67C, P66C oder P65C abgebildet. Entsprechende Fälle mit der Diagnose *Fruchtwasser- und Schleimaspilation durch das Neugeborene* werden zukünftig sachgerecht in den DRGs P67E, P66D oder P65D abgebildet.

Der Kode für *Systemische prophylaktische Chemotherapie* ist als „Anderes Problem beim Neugeborenen“ gruppierungsrelevant. Die Kodierung war zum Teil streitbehaftet und dementsprechend lag dem Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen ein Antrag zur Entscheidung vor. Vor diesem Hintergrund wurde die Eignung der Diagnose als Splitkriterium in den DRGs P67C, P66C und P65C überprüft. Für das aG-DRG-System 2021 wurde die Diagnose aus den Splitbedingungen der oben genannten DRGs gestrichen und in die Splitbedingung der DRG P67D aufgenommen. In der Konsequenz werden Fälle mit dieser Diagnose zukünftig entsprechend ihrem Aufnahmegewicht in der DRG P65D oder der DRG P67D abgebildet. Fälle mit einem Belegungstag, die bisher in der DRG P67E abgebildet waren, werden zukünftig entsprechend ihren Kosten ebenfalls in die DRG P67D eingruppiert.

3.3.2.18 MDC 21B

Der MDC 21B *Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten* sind zahlreiche Hauptdiagnosekodes für *Verletzungen und Vergiftungen* zugeordnet, darunter auch unspezifische Codes, die z.B. nicht das betroffene Organ beschreiben, wie T81.0 *Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert*.

In der MDC 21B sind insgesamt sechs Basis-DRGs definiert, die im Vergleich zu einigen anderen MDCs weniger ausdifferenziert sind, auch weil oft für einzelne Eingriffe nur geringe Fallzahlen in den Daten innerhalb dieser MDC zu finden sind. So weisen die operativen DRGs der MDC 21B im Vergleich zu den organspezifischen MDCs für vergleichbare Eingriffe mitunter deutliche Unterschiede in den Erlösen auf.

Bei der diesjährigen Weiterentwicklung standen die Basis-DRGs X01 *Rekonstruktive Operation bei Verletzungen* und X06 *Anderer Eingriffe bei anderen Verletzungen* im Fokus. Den Basis-DRGs X01 und X06 ist eine Vielzahl von Eingriffen zugeordnet. Die Fälle dieser Basis-DRGs wurden daraufhin analysiert, ob die Eingruppierung im Vergleich zu den anderen Fällen der MDC, aber auch zu den mittleren Kosten der „konkurrierenden“ DRGs der organspezifischen MDCs noch auf Grundlage der aktuellen Kalkulationsdaten begründet ist. Im Ergebnis wurden zahlreiche Eingriffe aufwandsentsprechend neu zugeordnet.

In der Basis-DRG X01 sind zukünftig beispielsweise Fälle mit den Prozeduren *freie großflächige Vollhaut- oder Spalthauttransplantation, Empfängerstelle: Unterschenkel* oder *lokale großflächige Dehnungsplastik: Brustwand und Rücken* auch bei äußerst schweren CC der DRG X01B zugeordnet und damit entsprechend den geringeren Fallkosten sachgerecht aus der DRG X01A abgewertet. Für das aG-DRG-System 2021 wurde aufgrund ebenfalls geringerer Kosten der entsprechenden Fälle auch die Funktion „Eingriff an mehreren Lokalisationen“ aus der Definition der DRG X01A gestrichen.

Die Änderungen in der Basis-DRG X01 sind anhand von Beispielen in Abbildung 29 dargestellt.

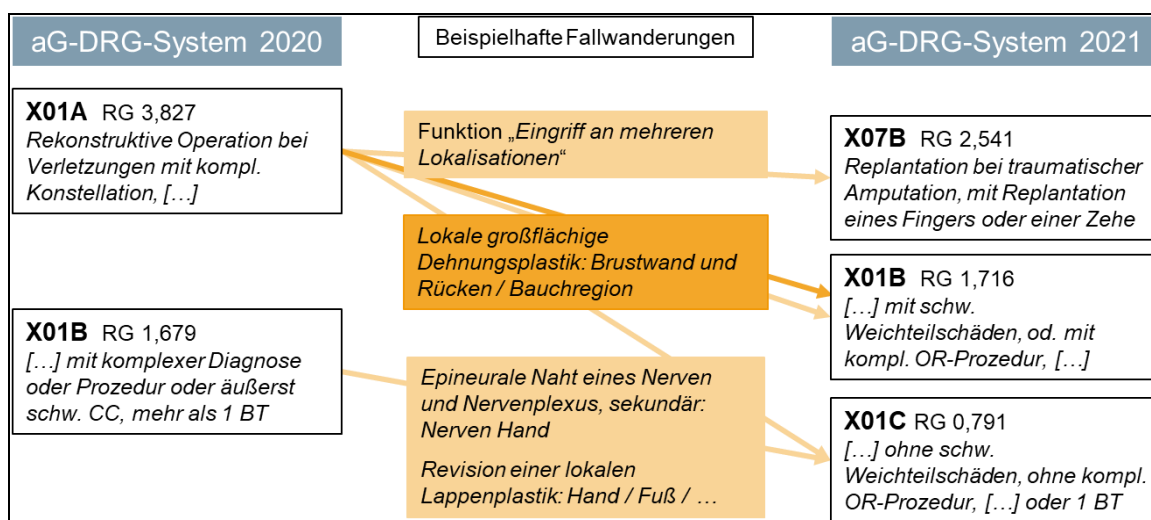


Abbildung 29: Beispielhafte Fallwanderungen innerhalb der Basis-DRG X01

Im aG-DRG-System 2020 sind in der dreifach differenzierten Basis-DRG X06 Fälle mit verschiedenen weniger aufwendigen Prozeduren abgebildet, mitunter auch Fälle mit Prozeduren an der Hand oder am Arm, wie beispielsweise *Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision: Nerven Arm*, *Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Phalangen Hand*, *Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Arm*. Im aG-DRG-System 2021, sind diese Prozeduren der einmal gesplitteten Basis-DRG X05 *Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand* zugeordnet. Im Ergebnis werden diese Fälle entsprechend den Fallkosten zukünftig sachgerecht in der Basis-DRG X05 abgebildet, was meist einer Abwertung, aber für einige Fälle auch einer Aufwertung entspricht.

3.3.2.19 Neurologie und Neurochirurgie

Krankheiten und Störungen des Nervensystems sind in der gleichnamigen MDC 01 abgebildet. Hier bildet neben zahlreichen weiteren Themen die Abbildung von Kindern einen Schwerpunkt bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems. Dabei ermöglichen sowohl eigene Analysen als auch externe Hinweise an mehreren DRGs eine Aufwertung von neurologisch oder neurochirurgisch behandelten Kindern:

- Eingriffe am Schädel und am zentralen Nervensystem sind insbesondere in den Basis-DRGs B02 *Komplexe Kraniotomie [...]* und B20 *Kraniotomie [...]* abgebildet. Daneben existiert – zumeist für etwas weniger komplexe Eingriffe – die DRG B09Z *Andere Eingriffe am Schädel*. Hier fanden sich allerdings auch operierte Kinder im Alter von unter 12 Jahren mit vergleichsweise hohen Kosten. Die Erweiterung der Definition der Basis-DRG B20 um ebenjene Kinder ermöglicht zukünftig eine differenziertere Abbildung in fünf verschiedenen Kraniotomie-DRGs mit entsprechend höherer Vergütung.
- Auch innerhalb der Basis-DRG B20, konkret in der DRG B20D, fanden sich bestimmte Konstellationen, bei denen die Behandlung von Kindern höhere Kosten verursacht als die Behandlung anderer Altersgruppen. Letztlich wurden Fälle mit einer komplexen Diagnose oder bestimmten neurochirurgischen Eingriffen im

Alter unter 16 Jahren in die DRG B20C verschoben, wo sie nach ihren Kosten sachgerecht abgebildet sind.

- Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens wurde seitens der Fachgesellschaft auf eine seltene Konstellation hingewiesen. Bei der operativen Behandlung einer Geburtsverletzung des Plexus brachialis handelt es sich um einen sehr zeitaufwendigen Eingriff. Die vergleichbare operative Versorgung einer Verletzung des Plexus brachialis ist in einer höher vergüteten DRG abgebildet. Für das aG-DRG-System 2021 wurden beide Konstellationen innerhalb dieser Basis-DRG B07 *Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems [...]* gleichgestellt.
- Neben den operierten waren auch konservativ behandelte Kinder Inhalt umfassender Analysen. Zwar war die Basis-DRG B78 *Intrakranielle Verletzung* bereits im aG-DRG-System 2020 anhand des Alters differenziert, die Bedingung „Alter < 1 Jahr [...]“ wurde jedoch in „Alter < 6 Jahre [...]“ erweitert, sodass zukünftig weitere Kinder mit der Behandlung einer neurologischen Erkrankung in der höher bewerteten DRG B78A abgebildet werden.

In der Basis-DRG B20 *Kraniotomie [...]* sind Fälle zusammengefasst, bei denen aus verschiedenen Gründen eine Öffnung des Schädels vonnöten ist. Dabei können in Abhängigkeit von der zugrunde liegenden Diagnose die jeweiligen Eingriffe unterschiedlich aufwendig sein. Analysen zeigten bei operierten Fällen bei bösartiger Neubildung im Vergleich zu anderen Fällen, z.B. mit Blutungen oder Hydrocephalen, höhere Kosten. Daher wurden Erstere innerhalb der Basis-DRG B20 aufgewertet.

Neben den genannten Umbauten wurden weitere Attribute analysiert, die zu folgenden Veränderungen in der Basis-DRG B20 führten:

- Aufwertung von Fällen mit der Anlage eines ventrikulo-peritonealen Liquorshunts
- Abwertung bestimmter Prozeduren für Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Schädelknochen bzw. für funktionelle Eingriffe an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten
- Abwertung bestimmter Prozeduren für andere Eingriffe am Schädel und am Liquorsystem

Auch in der DRG B07Z *Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC oder komplizierender Diagnose* fanden sich vergleichsweise weniger aufwendige Prozeduren. Jene für bestimmte großflächige Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie wurden gemäß ihren Kosten in die DRGs B03Z und B17D überführt. Prozeduren für bestimmte Inzision, Embolektomie, Thrombektomie und anderen operativen Verschluss der extrakraniellen Arterien des Kopfes und des Halses wurden in die DRG B04B *Beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen [...]* verschoben.

Innerhalb der Basis-DRG B17 *Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems [...]* wurden ebenfalls vergleichsweise einfache Prozeduren, wie beispielsweise für die Naht eines Nervs oder Nervenplexus, abgewertet. Gleiches gilt für bestimmte Biopsien, Exzisionen und Neurolysen an Muskeln, Weichteilen und Nerven, wogegen Prozeduren für Entnahme und Transplantation von Muskel, Sehne und Faszie mit mikrovaskulärer Anastomosierung an Kopf und Hals aufgewertet wurden.

Weiterhin wurden Prozeduren für wenig aufwendige intrakranielle Eingriffe, z.B. sonstige oder nicht näher bezeichnete Inzision am Liquorsystem, innerhalb der Basis-DRG B02 *Komplexe Kraniotomie [...]* abgewertet sowie innerhalb der Basis-DRG B04 *Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen* im Zuge der jährlichen Prüfung möglicher Zusammenfassungen von Fallpauschalen die DRGs B04C und B04D wegen eines fehlenden Kostenunterschieds kondensiert.

3.3.2.20 Onkologie

Fälle mit bösartigen Neubildungen (BNB) sind im G-DRG-System bereits sehr umfangreich berücksichtigt. Eine Diagnose „BNB“ wirkt vielfach direkt erlösrelevant oder als Nebendiagnose zusätzlich über das CCL-Schweregradsystem. Typische operative Eingriffe sowie Chemo- und Strahlentherapien führen zusätzlich zu einer höheren Eingruppierung. Außerdem haben bösartige Neubildungen eine erhebliche Bedeutung bei der Ermittlung der Punktwerte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung. Patienten mit BNB unterliegen vielfach einer Ausnahme von der Fallzusammenführung und werden zum Teil auch bei Überschreitung der OGV differenziert im Entgeltsystem berücksichtigt.

Da sich in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser des Jahres 2019 in vielen DRGs Fälle mit bösartigen Neubildungen in größerem Ausmaß als in den Vorjahren als kostenauffällig zeigten, wurden entsprechende Haupt- und Nebendiagnosen sowie typische operative Eingriffe bei BNB (u.a. Neck Dissection und andere aufwendige Lymphadenektomien) umfangreich auf mögliche Verbesserungen untersucht.

Im Ergebnis wurde eine Vielzahl von Aufwertungen umgesetzt. Die Umbauten haben sowohl hinsichtlich der Anzahl als auch der Relevanz der Veränderungen ein weit größeres Ausmaß als in den Vorjahren:

- In der Basis-DRG H41 *ERCP [...]* erfolgte die Aufwertung der Fälle mit einer Hauptdiagnose BNB von Leber, Gallenwegen oder Pankreas (außer Lebermetastasen) aus der DRG H41D in die DRG H41C
- In der Basis-DRG J61 *Schwere Erkrankungen der Haut [...]* wurden alle Fälle mit einem bösartigen Melanom als Hauptdiagnose aus der DRG J61C in die DRG J61B aufgewertet
- In der MDC 03 *Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses* Aufwertung sowohl der Laryngektomien als auch der Neck Dissection (ab 3 Regionen) in mehreren DRGs (vor allem aus der Basis-DRG D24 in die Basis-DRG D15 und die Basis-DRG D25)
- Aufwertung von Fällen mit Koloskopien bei BNB, vor allem aus der Basis-DRG G60 in die DRG G48A
- In den Basis-DRGs I27 *Eingriffe am Weichteilgewebe [...]* und I28 *Andere Eingriffe am Bindegewebe* erfolgte eine Aufwertung von Eingriffen bei Sarkomen und bösartigen Knochentumoren vor allem aus der DRG I27C in die DRG I27B und aus der DRG I28C in die DRG I28B
- In der Basis-DRG B20 *Kraniotomie [...]* Aufwertung von Fällen mit bösartigen Hirntumoren aus der DRG B20E in die DRG B20D

- Aufwertung von Fällen mit bösartiger Neubildung der Lunge und Einlage eines Stents in die Speiseröhre innerhalb der Basis-DRG E71 *Neubildungen der Atmungsorgane*, vor allem aus der DRG E71D in die DRG E71B
- Zahlreiche Aufwertungen in der MDC 17 *Hämatologische und solide Neubildungen* (siehe unten)
- Auch bei Fällen mit Beatmung > 95 Stunden wurden Fälle mit BNB bei höheren Kosten aufgewertet, z.B. aus der DRG A13E in die DRG A13D
- Aufwertung von bestimmten radikalen Nephrektomien in der MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane*, vor allem aus der DRG L13B in die DRG L13A
- Eine Neubewertung von Diagnosen für BNB im CCL-System (u.a. BNB der Hypophyse) führt ebenfalls zu einer Aufwertung dieser Fälle (siehe Kap. 3.3.1.4)

Auch Umbauten, die sich nicht direkt auf die Diagnosen für BNB oder die Tumorchirurgie beziehen, führen zu einer zum Teil sehr deutlichen Aufwertung von Fällen mit bösartigen Neubildungen.

Zum Beispiel fanden sich in der DRG G16B *Komplexe Rektumresektion [...] ohne komplizierende Konstellation [...]* vor allem Fälle mit endorektaler Vakuumtherapie nach Tumoreingriffen. Diese wurden kostenentsprechend in die DRG G16A *Komplexe Rektumresektion [...] mit komplizierender Konstellation [...]* aufgewertet. Gleiches gilt für Fälle mit endoösophagealer Vakuumtherapie in der Basis-DRG G36 *Intensivmedizinische Komplexbehandlung [...]*. Diese Fälle hatten überwiegend Tumoreingriffe bei BNB der Speiseröhre und werden zukünftig innerhalb der Basis-DRG G36 aufgewertet.

Insgesamt wurden über 40 Umbauten mit relevanten Fallzahlen in 12 MDCs vorgenommen. Dies führte zu einer Case-Mix-Steigerung durch die Weiterentwicklung im Vergleich zwischen den aG-DRG-Versionen 2020 und 2021 von +9.596 Case-Mix-Punkten (+0,5%). Dies bedeutet insgesamt einen Zugewinn in der Vergütung bei Fällen mit einer Hauptdiagnose bösartige Neubildung von rund 35 Mio. €.

Hämatologische und solide Neubildungen (MDC 17)

Die *Komplexe Diagnostik bei Leukämien* (OPS-Kodebereich: 1-941) dient bereits seit vielen Jahren als Kostentrenner in den Basis-DRGs R60 *Akute myeloische Leukämie* und R61 *Lymphom und nicht akute Leukämie*. In der Basis-DRG R60 zeigten Fälle mit *Komplexer Diagnostik mit HLA-Typisierung bei Leukämien* (OPS 1-941.1) in Analysen höhere Kosten. Für 2021 erfolgte die Aufwertung entsprechend ihren Kosten für bestimmte Fälle der DRG R60C *Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie, [...] oder komplexer Diagnostik bei Leukämie [...]*, die in Abhängigkeit vom Alter zukünftig in die DRGs R60A *Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie [...] Alter < 16 Jahre [...]* bzw. R60B *Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose [...] Alter > 15 Jahre* eingruppiert werden. Für den OPS Version 2021 wurde der Kodebereich 1-941 erweitert um Diagnosen für *Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes* (ICD-10-GM D47.-). Darüber hinaus wurden der Kode 1-941.1 gestrichen und neue Codes für die niedrigauflösende und hochauflösende HLA-Typisierung bei myeloischen und lymphatischen Neoplasien etabliert. Demnach ist ab 2021 eine komplexe Diagnostik bei Leukämien mit HLA-Typisierung mit zwei Codes zu verschlüsseln. Um zukünftig eine geänderte Eingruppierung durch Änderung der Kodierung zu vermeiden, wurde nach der Überleitung auf den OPS Version

2021 die Definition der DRGs R60A bzw. R60B und R60C entsprechend angepasst (siehe Kap. 3.3.6.3).

In der Basis-DRG R63 *Andere akute Leukämie [...] zeigten sich Fälle mit hochgradig komplexer und intensiver Blockchemotherapie mit einem Chemotherapieblock während eines stationären Aufenthalts nicht kostengerecht dargestellt. Ab 2021 werden diese Fälle jeweils in die nächsthöher vergütete DRG aufgewertet:*

- Fälle aus den DRGs R63E und R63F werden in die DRG R63D eingruppiert,
- Fälle aus der DRG R63D in die DRG R63C.

Die Basis-DRG R63 war im aG-DRG-System 2020 in neun DRGs differenziert. Die finale Kostenanalyse führte zu einer Kondensation der DRGs R63G und R63F aufgrund eines geringen Kostenunterschieds.

Isolationspflichtige Erreger in der Onkologie

Im Vorschlagsverfahren wurde die Abbildung von nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern allgemein im gesamten System thematisiert. Im Rahmen der umfangreichen Analysen diesbezüglich wurde in der MDC 17 eine neue DRG R77Z *Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei bestimmten hämatologischen und soliden Neubildungen* für Fälle mit einer Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion

- mit multiresistenten Erregern (MRE) auf spezieller Isoliereinheit ab 14 Tagen, auf nicht spezieller Isoliereinheit ab 21 Tagen und
- mit nicht multiresistenten Erregern auf spezieller Isoliereinheit ab 15 Tagen, auf nicht spezieller Isoliereinheit ab 20 Tagen

geschaffen.

Außerdem wurden in diesem Zusammenhang in den Basis-DRGs R60 und R61 Fälle mit einer *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern* (OPS-Kodebereich: 8-98g) ab mindestens 10 Belegungstagen auf spezieller und ab mindestens 15 Tagen auf nicht spezieller Isoliereinheit ab 2021 aufgewertet:

- Fälle aus der DRG R60D werden der R60C zugeordnet
- Fälle aus den DRGs R61G und R61H, der R61E

Fälle mit einer *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern auf nicht spezieller Isoliereinheit* ab 10 Tagen werden zusätzlich aus der

- DRG R60F in die DRG R60E und aus den
- DRGs R61G und R61H in die DRG R61F

aufgewertet.

Portimplantation

Im Vorschlagsverfahren wurde thematisiert, dass eine *Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen* (OPS-Kode: 5-399.5) im Gesamtsystem an einigen

Stellen zu einer nicht aufwandsentsprechenden Höhergruppierung führen würde. Es wurden systemweite Analysen diesbezüglich durchgeführt. In der MDC 17 *Hämatologische und solide Neubildungen* erfolgte aufgrund dessen bei geringeren Kosten für 2021 eine Neuuzuordnung von Fällen mit diesem Verfahren aus der R60B in die R60C *Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie [...]*.

Zusatzentgelte für in der Onkologie verwendete Medikamente

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

Im Rahmen der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2021 wurden für Leistungen, die in den vergangenen Jahren als noch nicht sachgerecht vergütet identifiziert wurden (NUB-Status 1), neue Zusatzentgelte etabliert. Im Bereich der Onkologie handelt es sich hier z.B. um die orale Gabe des Medikaments Venetoclax, die bei der Behandlung einer chronisch lymphatischen Leukämie (CLL) oder einer BNB der Mamma Verwendung finden kann. Hier wurde das unbewertete Zusatzentgelt ZE2021-186 geschaffen (siehe Kap. 3.3.3 und 3.4.1.3).

3.3.2.21 Operative Gynäkologie

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

Im Fokus stand dabei u.a. die Basis-DRG N02 *Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien [...] bei bösartiger Neubildung [...]*, die anhand des PCCL und bestimmten Eingriffen in vier Schweregrade differenziert ist. In dieser Basis-DRG werden sowohl Hysterektomien und andere Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung als auch bestimmte Darmresektionen und Enterostomaanlagen sowie rekonstruktive Eingriffe an Vagina und Vulva abgebildet. In den diesjährigen Analysen zeigten sich bestimmte Fallkonstellationen nicht sachgerecht abgebildet. Diese wurden für die aG-DRG-Version 2021 aufwandsentsprechend neu zugeordnet:

- Offen chirurgische und laparoskopische regionale paraaortale Lymphadenektomien als selbständiger Eingriff, bestimmte Resektionen an der Leber und biliodigestive Anastomosen sowie partielle und totale Pankreatektomien werden zukünftig als komplexer Eingriff innerhalb der Basis-DRG N02 gewertet und der DRG N02B zugeordnet. Dadurch wurden hauptsächlich Fälle der DRG N02C *Eingriffe an Uterus und Adnexen od. best. Hernien [...], ohne kompl. Eingriff, mit mäßig kompl. Eingriff* aufgewertet.
- In der DRG N02C werden bestimmte Eingriffe zukünftig nicht mehr als mäßig komplexer Eingriff gewertet und damit hauptsächlich in die DRG N02D abgewertet. Dazu zählen Biopsien an Ovar, Uterus, Mesenterium, Omentum und Peritoneum, die lokale parietale Peritonektomie, bestimmte Exzisionen und Destruktionen von erkranktem Gewebe des Uterus, Operationen an der Klitoris sowie bestimmte Inzisionen des Ovars und bestimmte Salpingektomien sowie Exzisionen von erkranktem Gewebe der Tuba Uterina.

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

- Für Fälle der MDC 13 wurde die Definition der Funktion „Multiviszeraleingriff“ erneut präzisiert. Zukünftig wird eine subtotale parietale Peritonektomie nicht mehr im Rahmen dieser Funktion für die MDC 13 gewertet. Die betroffenen Fälle wurden damit aus der DRG N01A *Beckeneviszeration bei der Frau [...] mit äußerst schweren CC, [...], mit Multiviszeraleingriff* in die DRG N01B *Beckeneviszeration [...] mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszeraleingriff* abgewertet. Hingegen wurden Prozeduren für eine Resektion des Colon transversum sowie für eine Uterusexstirpation mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation mit beidseitiger Salpingoovariektomie für Fälle der MDC 13 in die Funktion „Multiviszeraleingriff“ aufgenommen und damit von der DRG N01B in die DRG N01A aufgewertet.
- Eine Endometriumablation mit Laser und Heißwasserballon wird ab der aG-DRG-Version 2021 nicht mehr – in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose – in den Basis-DRGs N02, N07 *Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose [...]* bzw. in der DRG N25Z *Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose [...]*, sondern in der Basis-DRG N09 *Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, kleine Eingriffe an Blase, Uterus, Bauchwand und Peritoneum [...]* abgebildet. Gleiches gilt für die Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus durch Elektro-, Laser-, Thermo- und Kryokoagulation und sonstige Verfahren.
- In der DRG N07A zeigte sich, dass bestimmte Inzisionen des Ovars, Uterusexstirpationen sowie Rekonstruktionen von kleinem Becken und Douglasraum mit geringeren Kosten verbunden waren. Diese Leistungen werden ab 2021 in die DRG N07B eingruppiert.

3.3.2.22 PKMS und hochaufwendige Pflege

Im OPS Version 2010 wurde der Codebereich 9-20 für die *Hochaufwendige Pflege von Patienten* mit dem Ziel einer besseren Identifikation und Abbildung von pflegeaufwendigen Fällen im G-DRG-System eingeführt. Dieser Codebereich stützt sich für die Erfassung von aufwendigen Pflegeleistungen auf den Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS). Im vergangenen Jahr wurden erstmalig die Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System ausgegliedert und einer eigenständigen tagesbezogenen Vergütung zugeführt. In Folge wurden die Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene, Kinder und Jugendliche, Kleinkinder sowie Frühgeborene, Neugeborene und Säuglinge (PKMS-E, PKMS-J, PKMS-K und PKMS-F) ersatzlos gestrichen. Im OPS Version 2021 entfällt der Codebereich für die *Hochaufwendige Pflege von Patienten*.

Ungeachtet der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten haben diese Änderungen eine Reihe von Auswirkungen auf das Entgeltsystem. Ein Großteil der Prozeduren für die *Hochaufwendige Pflege von Patienten* ist im aG-DRG-System 2020 an mehreren Stellen erlösrelevant. So wurde die Bedeutung der Verfahren für die *Hochaufwendige Pflege von Patienten* für die Zuordnung zu Fallpauschalen in den letzten Jahren mehrfach ausgebaut, mit dem Ergebnis, dass im aG-DRG-System 2020 die Prozedurenkodes für hochaufwendige Pflege in mehr als 15 Basis-DRGs gruppierungsrelevant sind. Durch

das ersatzlose Streichen der Erfassung entsprechender Verfahren entfallen diese als Splittkriterium für das aG-DRG-System 2021. Außerdem wurden im G-DRG-System 2012 zwei bewertete Zusatzentgelte für die hochaufwendige Pflege etabliert (ZE130 *Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen* und ZE131 *Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen*). Nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten verblieben die beiden bewerteten Zusatzentgelte weiterhin im aG-DRG-System 2020. Allerdings erfolgte dies mit deutlich reduzierten Beträgen, kalkuliert auf Basis der Fallkosten ohne die Pflegepersonalkosten der bettenführenden Stationen (vgl. auch Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems 2020). Für das aG-DRG-System 2021 entfallen die beiden Zusatzentgelte ZE130 und ZE131 jetzt komplett.

Dies hat fallübergreifende Folgen für die Weiterentwicklung zum aG-DRG-System 2021: Die Erlöse von Zusatzentgelten werden im Rahmen eines „100%-Ansatzes“ zur Vermeidung einer Doppelvergütung aus den Fallpauschalen ausgegliedert. Es erfolgt eine sogenannte Bereinigung der Fallkosten (siehe Kap. 2.2.). Die bisher bereinigten Kosten für die beiden Zusatzentgelte ZE130 und ZE131 mussten wieder ins System „eingegliedert“ werden, sodass die damit verbundenen Mehrkosten von Fällen mit Anspruch auf ein ZE130 oder ZE131 für das aG-DRG-System 2021 wieder in die DRG-Relativgewichte eingeflossen sind. Dies hat auch nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten und damit geringeren Erlösbeträgen für die beiden Zusatzentgelte einen merklichen Einfluss auf das Case-Mix-Volumen und damit auf die Normierung des Systems (siehe Kap. 3.2.3).

Der Verzicht auf den PKMS als Attribut hat des Weiteren Auswirkungen auf die zukünftige Kostenkalkulation und damit die Weiterentwicklung der zukünftigen aG-DRG-Systeme. Insbesondere für die Kostenverteilung in einigen Bereichen, z.B. der allgemeinen Sachkosten, ist der für einen Fall dokumentierte Pflegeaufwand über die Pflegepersonalregelung in Form von PPR-Minuten auch jenseits der Pflegepersonalkosten von Relevanz. Die Dokumentation von besonders pflegeaufwendigen Patienten wurde durch die dokumentierten PKMS-Punkte unterstützt (höhere Minutenzahl bei Fällen mit „PPR A4“). Diese fallbezogene Kostenzurechnung erfolgte diesjährig noch für die Datenbasis 2019. Spätestens ab dem Datenjahr 2021 kann sich die Kostenerhebung nicht mehr auf den PKMS zur Identifikation besonders aufwendiger Fälle stützen. Ein geeignetes und durchgängig anwendbares Nachfolgeinstrument steht nach Einschätzung des InEK zurzeit noch nicht zur Verfügung.

3.3.2.23 Polytrauma

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

Im Vorschlagsverfahren wurde auf die unterschiedliche Bewertung bestimmter Diagnosen für leichtere Verletzungen der Leber innerhalb der Funktion „Polytrauma“ hingewiesen. Im aG-DRG-System 2020 ist die Diagnose für *leichte Rissverletzung der Leber* nicht als Polytrauma ausgewiesen, aber die Diagnosen für *Rissverletzung der Leber, nicht näher bezeichnet* oder für *Prellung und Hämatom der Leber* werden als Polytrauma gewertet, was als möglicher Anreiz zur unspezifischen Kodierung gesehen werden konnte.

Für das aG-DRG-System 2021 erfolgte im Sinne des Vorschlags eine Angleichung der Diagnosen für *Rissverletzung der Leber, nicht näher bezeichnet, Prellung und Hämatom der Leber* und *Leichte Rissverletzung der Leber* in der Funktion „Polytrauma“. Diese Verletzungen werden entsprechend ihren geringeren Kosten nicht mehr als „schwere abdominelle Verletzung“ bewertet und somit im Sinne des Vorschlags allein ohne weitere Verletzungen nicht als „Polytrauma“-Fälle in der MDC 21A abgebildet.

In der MDC 21A sind für die Abbildung von operativen Fällen drei Basis-DRGs definiert:

- W01 *Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen [...]*
- W02 *Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen*
- W04 *Polytrauma mit anderen Eingriffen oder Beatmung > 24 Stunden*

Bei Zuordnung der Prozeduren zu einzelnen Basis-DRGs spielt die Komplexität der Eingriffe eine Rolle. Die Basis-DRGs W02 und W04 sind seit dem Vorjahr nicht mehr durch einheitliche Kriterien gesplittet. Innerhalb der Basis-DRG W04 sind Fälle mit weniger aufwendigen Prozeduren und ohne Beatmung > 24 Stunden der DRG W04C zugeordnet. Für das aG-DRG-System 2021 wurden anhand der Kalkulationsdaten 2019 einige aufwandsgerechte Neuordnungen von Prozeduren durchgeführt (siehe Abb. 30).

Die Prozeduren *Naht und blutstillende Umstechung der Leber (nach Verletzung)* und *Rekonstruktion der Leber mit Omentumplastik* sind neu nur der Basis-DRG W04 zugeordnet. Die DRG W04C wurde um weitere Prozeduren, wie z.B. *Fibrinklebung an der Milz, Revision (ohne Wechsel) einer Endoprothese am Hüftgelenk* oder *offene Reposition einer einfachen bzw. Mehrfragment-Fraktur der Klavikula durch winkelstabile Platte* erweitert. Die entsprechenden Fälle waren bisher vor allem in der DRG W04B abgebildet, zeigten aber dort geringere Kosten.

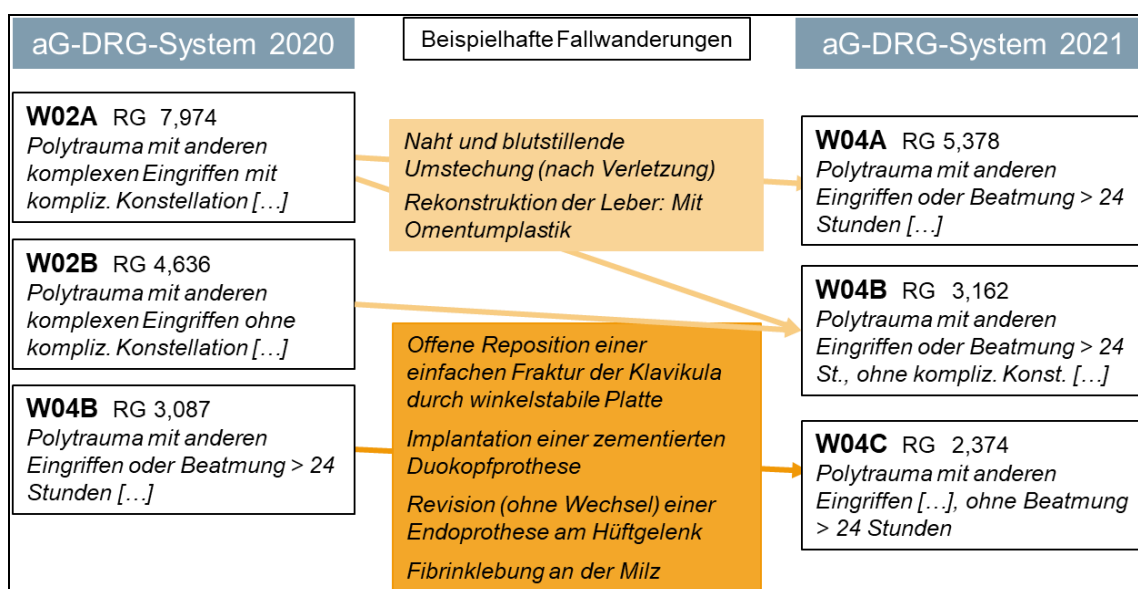


Abbildung 30: Beispielhafte Neuordnungen von Prozeduren in der MDC 21A

Fälle ohne einen signifikanten Eingriff werden innerhalb der MDC 21A der einmal gesplitteten Basis-DRG W61 *Polytrauma ohne signifikante Eingriffe* zugeordnet. Der höher bewerteten DRG W61A *Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender*

Diagnose [...] werden zukünftig außer Fällen mit komplizierender Diagnose oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung entsprechend den höheren Kosten auch Fälle von Kindern im Alter < 12 Jahre zugeordnet und somit sachgerecht aufgewertet.

3.3.2.24 „Reste“-DRGs

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

Das aG-DRG-System 2021 beinhaltet in 18 der insgesamt 26 MDCs „Reste“-DRGs. Auch in diesem Jahr wurden die „Reste“-DRGs mit der Zielsetzung einer sachgerechten Vergütung weiterentwickelt. Dieses Ziel sollte über die Zuordnung präzise beschreibbarer Fallmengen zu kosten- und verweildauerähnlichen spezifischen DRGs der jeweiligen MDCs erreicht werden sowie über die aufwandsentsprechende Neuordnung bestimmter Aufwandskategorien der operativen Eingriffe oder andere Attribute wie Alter oder PCCL innerhalb der „Reste“-DRG. Weiterentwicklungen wurden für das aG-DRG-System 2021 in den in Tabelle 22 dargestellten „Reste“-DRGs durchgeführt.

MDC	„Reste“-DRG
MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges	C14
MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	E02
MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	F21
MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	G12
MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	I28
MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	J11
MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	L09
MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	M06
MDC 21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	X05, X06
MDC 21A Polytrauma	W04

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

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

„Reste“-DRG	Beispielhafte Umbauten für das aG-DRG-System 2021	Weitere Informationen in Kapitel
E02	Spezifische Zuordnung von Fällen mit Rekanalisation bei Lungenembolie, wie z.B. mit Rotationsthorbektomie an den Pulmonalarterien, aus der Basis-DRG E02 in die DRG E05B	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
G12	Aufwertung verschiedener Fallgruppen wie z.B. von Kindern mit einem Alter unter 16 Jahren oder Fällen mit z.B. offen chirurgischer, radikaler, retroperitonealer Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff innerhalb der Basis-DRG G12	Abdominalchirurgie
I28	Aufwertung von Eingriffen bei Sarkomen und bösartigen Knochentumoren in der Basis-DRG I28	Onkologie
J11	Aufwandsentsprechende Neuordnung von operativen Leistungen innerhalb der Basis-DRG J11, wie z.B. (perkutane) mediastinale, paraaortale oder iliakale Lymphknotenbiopsien mit und ohne Steuerung durch bildgebende Verfahren	Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma

Tabelle 23: Beispiele für die Weiterentwicklungen einzelner „Reste“-DRGs für das aG-DRG-System 2021.

3.3.2.25 Sonstige DRGs

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

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

Fälle mit OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose würden – ohne die MDC 24 *Sonstige DRGs* – trotz operativer Behandlung konservativen DRGs in der medizinischen Partition einer MDC zugeordnet. Problematisch wäre dies in zweierlei Hinsicht: einerseits für die Fälle, die eine Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose haben, hinsichtlich ihrer Vergütung, andererseits für die konservativen DRGs hinsichtlich der Berechnung der Relativgewichte. Deshalb werden bereits seit dem ersten G-DRG-System diese systemweit auftretenden Fälle mit einer operativen Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose in den Basis-DRGs 801 (bis 2016: 901) *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose* und 802 (bis 2016: 902) *Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose* abgebildet, die u.a. zur stärkeren Abgrenzung zu den

nicht abrechenbaren Fehler-DRGs zusammen mit der Basis-DRG 863 *Neonatale Diagnose ohne Bezug zu Alter oder Gewicht* seit dem G-DRG-System 2017 die MDC 24 *Sonstige DRGs* bilden. Die Auswirkungen dieses komplexen Umbaus für das G-DRG-System 2017 sind erstmalig im Datenjahr 2017 sichtbar geworden, auf dessen Grundlage das G-DRG-System für 2019 weiterentwickelt wurde. Im G-DRG-System 2019 wurden bestimmte Fallgruppen, bei denen lediglich die Hauptdiagnose nicht „passt“ und die hinsichtlich des operativen Eingriffs kaum Unterschiede zu den Fällen mit „passender“ Hauptdiagnose zeigen, in den MDCs mit Organbezug abgebildet. Daraus resultierte eine deutliche Fallzahlreduktion der MDC 24.

Im Rahmen der Weiterentwicklung zum aG-DRG-System 2021 wurden innerhalb der MDC 24 kostenentsprechende Neuordnungen durchgeführt. In der DRG 801 *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose* betraf dies Fälle, die über *SIRS [...] mit Organkomplikation* in die Funktion „Komplizierende Konstellationen“ eingruppiert werden. Im Sinne einer kostenentsprechenden Neuordnung werden diese Fälle im aG-DRG-System 2021 in der DRG 801B (RG 3,334) anstatt wie bisher in der DRG 801A (System 2020: RG 5,013) abgebildet. Weniger komplexe Eingriffe an verschiedenen Lokalisationen, die bisher über die Funktion „Komplexe OR-Prozeduren“ in der DRG 801B (System 2020: RG 3,094) abgebildet wurden, werden zukünftig kostenentsprechend in die DRGs 801C (RG 2,811) oder 801D (RG 2,346) eingruppiert.

In der Basis-DRG 802 *Nicht ausgedehnte OR-Prozeduren [...]* wurden weniger komplexe Prozeduren, vor allem laparoskopische Eingriffe an Darm und Magen, identifiziert und entsprechend innerhalb der Basis-DRG 802 sowie DRG-übergreifend neu eingruppiert:

- Sachgerechte Neuordnung von Fällen mit verschiedenen laparoskopischen Verfahren am Darm und für die laparoskopische / sonstige Entfernung eines Magenbandes aus der Basis-DRG 801 in die DRG 802A im Sinne einer Abwertung
- Aufwandsentsprechende Abwertung von Fällen mit laparoskopischer / unspezifischer partieller Magenresektion sowie offen chirurgischer, laparoskopischer und sonstiger Gastropexie aus den DRGs 801B (System 2020: RG 3,094) und 801C (System 2020: RG 2,736) in die DRG 802A (RG 1,903)
- Eingruppierung von Fällen mit laparoskopischer Gastroenterostomie ohne Magenresektion aus der DRG 802A (System 2020: 1,822) in die DRG 802C (RG 1,461) im Sinne einer aufwandsentsprechenden Abwertung
- Kostenentsprechende Abwertung von Fällen mit einer Exzision von erkranktem Gewebe der Vulva aus der DRG 802C (System 2020: RG 1,424) in die DRG 802D (RG 0,914)

3.3.2.26 Strahlentherapie

Die Strahlentherapie ist im G-DRG-System MDC-übergreifend abgebildet. Viele MDCs haben spezifische Basis-DRGs zur Abbildung von Fällen mit Strahlentherapie (siehe Tab. 24). Dabei berücksichtigt die Eingruppierung typischerweise die Anzahl der Bestrahlungssitzungen (Tage), die Anzahl der Bestrahlungen und die Verweildauer (oft explizite Ein-Belegungstag-DRGs).

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

Tabelle 24: Basis-DRGs zur Strahlentherapie im aG-DRG-System 2021

In den Vorjahren zeigten sich bereits Fälle mit *Bestrahlungsplanung* als weniger aufwendig als die typischen Strahlentherapien, in diesem Jahr lag der Fokus auf der *Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie*. Bei Fällen mit bestimmten Prozeduren für die *Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie* (rot dargestellt, siehe Abb. 31) wurden in mehreren Strahlentherapie-DRGs geringere Kosten festgestellt.

8-527 Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie

8-527.0 Fixationsvorrichtung, einfach

8-527.1 Fixationsvorrichtung, mittlerer Schwierigkeitsgrad

8-527.2 Fixationsvorrichtung, komplex

8-527.6 Behandlungshilfen

8-527.7 Anbringen eines Stereotaxieringes

8-527.8 Individuelle Blöcke oder Viellamellenkollimator (MLC)

8-527.x Sonstige

8-527.y N.n.bez.

Abbildung 31: Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie (OPS 2019)

Zukünftig werden Fälle mit den rot dargestellten Prozeduren für *Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie* nur noch bei einer VWD > 5 Tage in den Strahlentherapie-DRGs abgebildet. Bei einer VWD < 6 Tage werden betroffene Fälle in den entsprechenden konservativen DRGs sachgerecht vergütet (siehe Abb. 32).

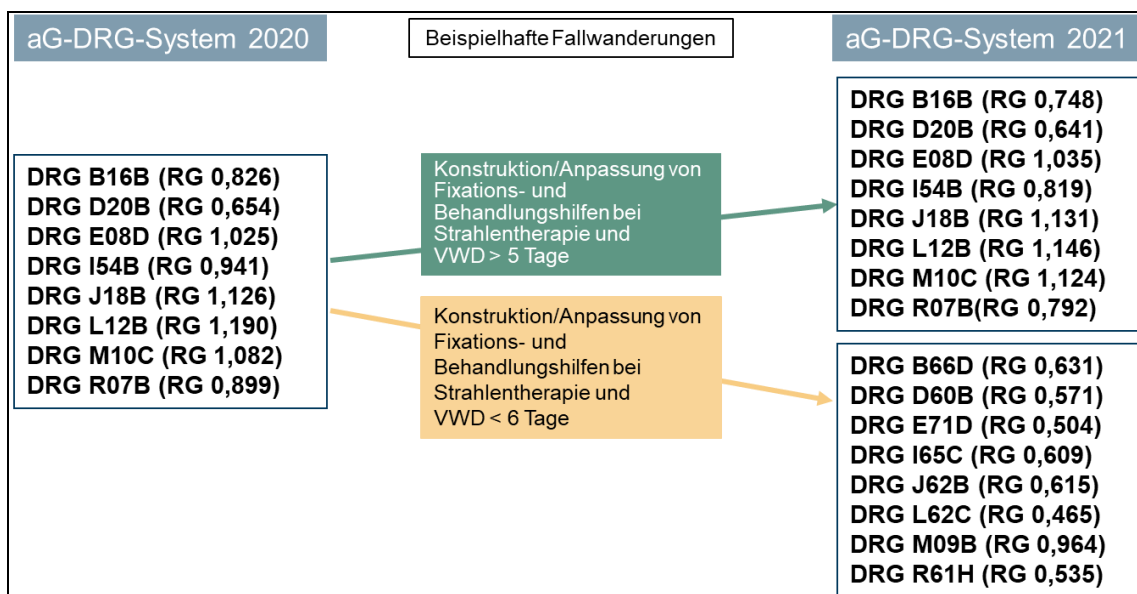


Abbildung 32: Strahlentherapie-DRGs: Beispielhafte Wanderungen für das aG-DRG-System 2021

3.3.2.27 Teilstationäre Leistungen bei Kindern

Teilstationäre Leistungen sind nach FPV (Fallpauschalenvereinbarung) mit tagesbezogenen teilstationären Fallpauschalen oder mit Entgelten abzurechnen, die nach § 6 Abs.1 Satz 1 KHEntgG krankenhausesindividuell vereinbart worden sind. Damit waren krankenhausesindividuelle Vereinbarungen für teilstationäres Erbringen aller DRGs bereits 2020 „grundsätzlich“ möglich. Bisher wurden keine spezifisch definierten teilstationären DRGs für Kinder im aG-DRG-System (außer der Dialyse-DRG L90A) etabliert. Im Vorschlagsverfahren für das aG-DRG-System 2021 wurden 20 Anträge der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD) zu spezifisch definierten pädiatrischen teilstationären DRGs gestellt. Die neuen teilstationären pädiatrischen DRGs sollen „zunächst als unbewertete DRGs“ etabliert werden. Die Vorschläge werden laut Antrag von allen großen pädiatrischen Fachgesellschaften unterstützt.

Die Umsetzung bedarf einer eindeutigen Leistungsdefinition. Hierzu wurden parallel beim BfArM Dienstsitz Köln (ehemals DIMDI) entsprechende OPS-Anträge für die teilstationäre pädiatrische Komplexbehandlung für den OPS Version 2021 gestellt.

Zur Umsetzung für 2021 bestand ein weitgehender Konsens der Selbstverwaltung. Zum Zeitpunkt der Präsentation des Entgeltsystems 2021 lagen die erforderlichen Prozedurenkodes jedoch noch nicht abschließend vor. Mit Veröffentlichung der finalen Fassung des OPS Version 2021 konnten zehn unbewertete teilstationäre DRGs für Diagnostik und Behandlung von Kindern etabliert werden. Die zehn neuen unbewerteten DRGs wurden in der neuen MDC 25 *Teilstationäre pädiatrische Diagnostik und Behandlung* zusammengefasst. Die späte Umsetzung hat keine Auswirkungen auf den Fallpauschalen-Katalog, da die Fälle der neuen DRGs auch 2020 keinen bewerteten DRGs zugeordnet waren. Die Definition der Leistungsinhalte und Strukturvoraussetzungen der neuen teilstationären DRGs werden über die OPS-Kodes vorgegeben.

1-999.3	<p>Teilstationäre pädiatrische Diagnostik mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit</p> <p><i>Hinw.:</i> Dieser Kode ist nur für Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres anzugeben Dieser Kode ist für jeden Tag mit teilstationärer pädiatrischer Diagnostik gesondert zu kodieren <u>Dieser Kode kann nur für folgende diagnostische Verfahren als Zusatzkode angegeben werden:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung des Liquorsystems oder Biopsie am Knochenmark (1-204 ff., 1-424) • Endoskopische Untersuchung des oberen oder unteren Verdauungstraktes oder der Atemwege (1-61, 1-62, 1-63, 1-65) • CT, MRT, PET oder Szintigraphie (3-20, 3-22, 3-24, 3-70, 3-74, 3-75, 3-80, 3-82, 3-84) <p><u>Strukturmerkmale:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorhandensein einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort des Krankenhauses <p><u>Mindestmerkmale:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Analgosedierung oder Anästhesie für eine Dauer von mindestens 5 Minuten durch einen Facharzt (Facharzt für Anästhesie oder Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin) und eine Pflegekraft <p>Die Analgosedierung oder Anästhesie ist nicht gesondert zu kodieren</p>
---------	---

Abbildung 33: Auszug OPS Version 2021; Definition der Leistungsinhalte und Strukturvoraussetzungen am Beispiel des Kodes 1-999.3 Teilstationäre pädiatrische Diagnostik mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit

Die Definition der teilstationären pädiatrischen DRGs setzt sich aus einem weitgehend einheitlichen Definitionsteil und einem DRG-spezifischen medizinischen Inhalt zusammen. Der einheitliche Definitionsteil besteht aus den Attributen:

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

Der DRG-spezifische medizinische Inhalt entspricht den Vorgaben der teilstationären OPS-Kodes. Ein Teil der teilstationären OPS-Kodes ist als Zusatzkode etabliert worden (siehe Abb. 33) wie beispielsweise der Kode 1-999.3 *Teilstationäre pädiatrische Diagnostik mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit*. Im Hinweis sind die Primärkodes aufgelistet, zu denen der Kode 1-999.3 als Zusatzkode angegeben werden darf. Alle aufgelisteten Kodes sind bereits imr OPS Version 2020 existierende OPS-Kodes.

Für Maßnahmen, die bisher nicht spezifisch kodiert werden konnten, wurden neue teilstationäre Primärkodes im OPS Version 2021 etabliert (siehe Abb. 34).

1-221	<p>Teilstationäre Augenuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit</p> <p><i>Hinw.:</i> Dieser Kode ist nur für Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres anzugeben</p> <p>Strukturmerkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorhandensein einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort des Krankenhauses <p>Mindestmerkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analgosedierung oder Anästhesie für eine Dauer von mindestens 5 Minuten durch einen Facharzt (Facharzt für Anästhesie oder Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin) und eine Pflegekraft <p>Die Analgosedierung oder Anästhesie ist nicht gesondert zu kodieren</p>
-------	---

Abbildung 34: Auszug OPS Version 2021: neuer Primärkode für teilstationäre pädiatrische Leistung am Beispiel des OPS-Kodes 1-221 Teilstationäre Augenuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit

Diese enthalten alle Informationen und definieren allein den spezifischen medizinischen Inhalt einer neuen teilstationären DRG. In Tabelle 25 sind die neuen unbewerteten teilstationären pädiatrischen DRGs aufgelistet.

DRG	Parti- tion	Bezeichnung
1	2	3
MDC 25 Teilstationäre pädiatrische Diagnostik und Behandlung		
740Z	A	Bestimmte radiologische Diagnostik in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär
741Z	A	Bestimmte endoskopische Diagnostik in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär
742Z	A	Knochenmark-Biopsie oder Liquordiagnostik in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär
743Z	A	Bougierung des Ösophagus in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär
744Z	A	Dilatation des Anus in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär
745Z	A	Dilatation der Vagina in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär
746Z	A	Augenuntersuchung in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär
747Z	A	Testung oder Nachprogrammierung kardialer Systeme, Alter < 18 Jahre, teilstationär
748Z	A	Bestimmte Behandlung ohne Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär
749Z	A	Beobachtung bei Vergiftung, Alter < 10 Jahre, teilstationär

Tabelle 25: Auflistung der neuen teilstationären pädiatrischen DRGs der MDC 25 Teilstationäre pädiatrische Diagnostik und Behandlung (Auszug aus Anlage 3b des Fallpauschalen-Katalogs für 2021)

3.3.2.28 Transplantationen

Bei Organ- oder Stammzelltransplantationen handelt es sich um sehr spezifische Interventionen, die an den jeweiligen Leistungserbringer personell und apparativ hohe Anforderungen stellen. Aus diesem Grund werden diese komplexen Fälle auch nur von wenigen hochspezialisierten Einrichtungen erbracht und eine Behandlung ist demzufolge sehr kostenintensiv. Für die Abbildung im aG-DRG-System bedeutet dies, dass die entsprechenden Fallpauschalen sehr prominent bereits an den vorderen Positionen des Algorithmus im Bereich der Prä-MDC abgefragt werden. Insgesamt existieren neun Basis-DRGs für die verschiedenen Eingriffe, die oftmals anhand unterschiedlicher Attribute weiter differenziert sind:

- A01 Lebertransplantation
- A02 Transplantation von Niere und Pankreas
- A03 Lungentransplantation
- A04 Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene
- A05 Herztransplantation
- A15 Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen
- A16 Transplantation von Darm oder Pankreas(gewebe)
- A17 Nierentransplantation
- A18 Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion

Diese Fallpauschalen sind gleich aus mehreren Gründen Inhalt der jährlichen Analysen. Neben den hohen absoluten Kosten dieser Fälle sind diese Fallpauschalen – wie andere DRGs mit geringen Fallzahlen auch – besonders anfällig gegenüber Änderungen innerhalb der Kalkulationsstichprobe. So kann bereits das Wegfallen oder Hinzukommen eines Hauptleistungserbringers einen erheblichen Einfluss auf die Kalkulationsergebnisse haben. Beispielsweise war die Basis-DRG A05 *Herztransplantation* im aG-DRG-System 2020 differenziert anhand der Bedingung „Beatmung > 179 Stunden oder IntK > 2646 / 2484 / - Aufwandspunkte“, also eines hohen intensivmedizinischen Aufwands. In den Kalkulationsdaten des Jahres 2019 hat sich die Fallzahl in diesen DRGs im Vergleich zum Vorjahr allerdings erheblich verringert, eben auch aufgrund der Nichtteilnahme von Hauptleistungserbringern. Dementsprechend erlaubten die vorliegenden Fallzahlen eine Kalkulation der einzelnen DRGs A05A und A05B nicht mehr, sodass im Ergebnis beide DRGs für das aG-DRG-System 2021 zur DRG A05Z zusammengefasst wurden, was allerdings keine negativen Auswirkungen auf die Gesamtvergütung der Fälle hat.

Die Basis-DRG A01 *Lebertransplantation* war ebenfalls bereits in der Vergangenheit differenziert, wobei Kinder im Alter von unter sechs Jahren in die DRG A01B eingruppiert wurden. Für das aG-DRG-System 2021 konnten durch die Erweiterung der Bedingung dieser DRG um die Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter ab 981 Aufwandspunkten nun neben aufwendig intensivmedizinisch behandelten Erwachsenen weitere lebertransplantierte Kinder aufgewertet werden (siehe Abb. 35).

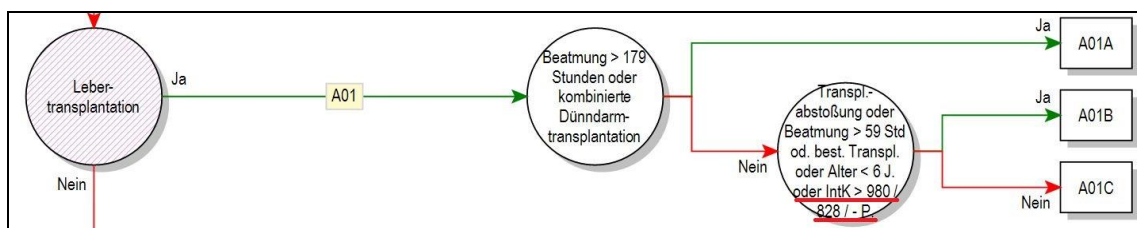


Abbildung 35: Erweiterung der DRG A01B um Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung

Knochenmarktransplantationen und Stammzelltransfusionen sind, je nachdem ob das zu transplantierende bzw. transfundierende Material vom Patienten selbst oder einer anderen Person stammt, in den beiden Basis-DRGs A04 oder A15 abgebildet. Beide Basis-DRGs sind mehrfach differenziert, u.a. nach

- Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung oder Komplexbehandlung bei Besiedelung mit MRE
- akuter Graft-versus-Host-Krankheit
- Alter < 16 Jahre
- Art einer durchgeführten „In-vitro-Aufbereitung“ (Entnahme)

Auch in diesem Bereich stand die Vergütung für die Behandlung von Kindern im Mittelpunkt. In der DRG A15B konnten das bereits genutzte Alterskriterium auf „Alter < 18 Jahre“ erweitert und somit weitere Kinder in der höher bewerteten DRG A15B abgebildet werden. Die Bedingung der DRG A04B wurde um die Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter ab 2059 Aufwandspunkte erweitert, so-

dass diese aufwendig intensivmedizinisch behandelten Kinder im aG-DRG-System 2021 eine ihren Kosten entsprechende Aufwertung erfahren.

Ebenso wurden zahlreiche weitere Attribute auf ihre Eignung als Kostentrenner untersucht. Beispielsweise waren die Prozeduren für die Transfusion von bestimmten peripher gewonnenen HLA-identischen hämatopoetischen Stammzellen nicht mehr mit ähnlich hohen Kosten verbunden wie in den Vorjahren. Daher wurden diese Prozeduren aus der Bedingung der DRG A04B gestrichen und entsprechend ihren Kosten innerhalb der Basis-DRG A04 eingruppiert.

Dagegen wiesen Fälle mit folgenden Prozeduren höhere Kosten auf als andere Fälle in der DRG A04C und werden künftig in der DRG A04B abgebildet:

- *Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Allo-gen, nicht HLA-identisch, nicht verwandter Spender: Nach In-vitro-Aufbereitung*
- *Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Allo-gen, nicht HLA-identisch, nicht verwandter Spender: Nach In-vitro-Aufbereitung*

3.3.2.29 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 zahlreichen Vorschlägen von Seiten der Fachgesellschaften erreichten uns diese auch von anderen Beteiligten des Gesundheitssystems. Ein Schwerpunkt der diesjährigen Kalkulation waren umfangreiche Analysen und Weiterentwicklungen in den Themenbereichen Wirbelsäulenchirurgie (siehe Kap. 3.3.2.32), Versorgung von Kindern (siehe auch Kap. 3.3.2.31) sowie die Anpassung relevanter „Globaler Funktionen“ (siehe Kap. 3.3.2.10). Aus dem Bereich der Endoprothetik waren in diesem Jahr vergleichsweise wenige Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren eingereicht worden. Zahlreiche Analysen und Anpassungen im G-DRG-System hatten in den vergangenen Jahren in diesem Bereich zu einer Vielzahl von Weiterentwicklungen geführt. Dennoch konnte aufgrund der Vorschläge im Vorschlagsverfahren 2021 und interner Analysen die Abbildung der Fälle im aG-DRG-System 2021 weiter verbessert werden. In den Bereichen Hand, Fuß und Sprunggelenk erreichten uns ebenfalls erneut Vorschläge mit konkreter Darstellung des Sachverhalts, sodass eine Prüfung anhand der Kalkulationsdaten unmittelbar möglich war. Neben diesen Vorschlägen wurden umfangreiche Analysen durchgeführt, die häufig über die beschriebene Problematik hinausgingen oder aber Bereiche betrafen, die im Vorschlagsverfahren weniger umfangreich vertreten waren oder fehlten.

Wesentliche Umbauten innerhalb der MDC 08 werden im Folgenden dargestellt.

Endoprothetik

Die Eingriffe in der Endoprothetik sind im aG-DRG-System 2021 bereits hochdifferenziert abgebildet. Bei der Zuordnung zu den einzelnen DRGs spielen mehrere Parameter eine Rolle, wie z.B. Lokalisation (Gelenk), Art der Prothese (Teil-, Total-, Sonderprothese), Ersteingriff oder Revision/Wechsel, Haupt- und Nebendiagnosen (z.B. bösartige Neubildungen, rheumatische Erkrankungen, Osteomyelitis), Begleiterkrankungen

(PCCL), Mehrfacheingriffe und beidseitige Eingriffe, zusätzliche operative Eingriffe oder Alter des Patienten.

Einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend wurden Fälle mit bestimmtem Endoprothesenwechsel am Hüftgelenk untersucht. In der DRG I46C *Prothesenwechsel am Hüftgelenk [...]* (RG 2,459; 2020) sind u.a. Fälle mit *Wechsel einer Duokopfprothese* und mit *Pfannenwechsel am Hüftgelenk* in bestimmte Totalendoprothese (hybrid/teilmementiert und Sonderprothese) abgebildet. Hingegen sind der geringer bewerteten DRG I47A *Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes [...]* (RG 2,257; 2020) Fälle mit Pfannenwechsel am Hüftgelenk in Gelenkpfannenprothese bzw. mit Pfannenwechsel in alle weiteren Totalendoprothesen zugeordnet. Vorgeschlagen wird eine einheitliche Abbildung in DRG I46C. Die benannten Eingriffe zeigten sich in der DRG I47A sachgerecht vergütet. Hingegen zeigte sich der Wechsel einer Duokopfprothese in der DRG I46C typischerweise mit geringeren Kosten verbunden als andere Fälle der DRG. Als Ergebnis wurden Fälle mit Wechsel einer Duokopfprothese (außer Sonderprothese) aufwandsgerecht in die DRG I47A (RG 2,261; 2021) abgewertet. Dadurch wurden die im Vorschlagsverfahren benannten Konstellationen weitgehend gleichgestellt und die in der DRG I46C verbleibenden Fälle aufgewertet.

Darüber hinaus wurden folgende Fälle bei geringeren Kosten abgewertet:

- Fälle mit Implantation einer nicht zementierten Totalendoprothese am Hüftgelenk (in Verbindung mit der Funktion „Eingriffe an mehreren Lokalisationen“ (EML)) aus der DRG I03A in die DRG I03B
- Fälle mit Inlay oder mit sonstigem Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese am Kniegelenk sowie mit Revision (ohne Wechsel) einer Endoprothese am Kniegelenk aus den DRGs I03A und I03B in die DRGs I43A und I44B
- Fälle mit Implantation einer zementierten Duokopfprothese am Hüftgelenk (in Verbindung mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule) aus der DRG I08B in die DRG I08C

Eingriffe an Fuß und Sprunggelenk

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

Verschiedene Eingriffe (insbesondere *Osteotomien*) wurden daraufhin analysiert, ob die Kosten der Fälle die aktuelle Eingruppierung noch begründen. Bei geringeren Kosten wurden diese kostenentsprechend abgewertet, wie z.B. Fälle mit:

- valgusierender oder varisierender (De-)Rotationsosteotomie am Os Kalkaneus aus den DRGs I20B und I20C in die DRG I20D
- offen chirurgischer Arthrotomie oder Debridement am unteren Sprunggelenk aus den DRGs I20A und I20B in die DRG I20E
- bestimmter Osteotomie mit Achsenkorrektur am Os Kalkaneus aus den DRGs I20B und I20C in die DRG I20D

- dem Zusatzkode für *einzeitige Mehrfacheingriffe an sechs oder mehr Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen* aus den DRGs I20C und I20D in die DRGs I20E und I20F

Eingriffe an der Hand

Die Eingriffe an Handgelenk und Hand werden hauptsächlich in der sechsfach differenzierten Basis-DRG I32 *Eingriffe an Handgelenk und Hand* abgebildet. Als Splitkriterien fungieren neben unterschiedlich komplexen, mehrzeitigen oder Mehrfacheingriffen auch komplexe Diagnosen – wie z.B. angeborene Fehlbildungen – oder das Alter. Diese bereits sehr ausdifferenzierte Abbildung der Fälle wird jährlich weiterentwickelt. Im Vorschlagsverfahren für 2021 wurden relativ wenige Vorschläge dazu eingereicht. Nach umfangreichen Änderungen in den Vorjahren ergab sich auch nach internen Analysen im aktuellen Jahr nur ein geringer Änderungsbedarf innerhalb der Basis-DRG I32.

Bei geringeren Kosten wurden Fälle mit dem Zusatzkode für *einzeitige Mehrfacheingriffe an drei Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen* aus der DRG I32D *Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff [...]* in die DRG I32E *Bestimmte mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand [...]* abgewertet.

Weitere Änderungen

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

Basis-DRG I08

In der Basis-DRG I08 sind Fälle mit Eingriffen an Hüftgelenk und Femur oder Ersatz des Hüftgelenks mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule abgebildet. Nach umfangreichen Analysen wurde für 2021 eine Vielzahl von aufwandsgerechten Neu- und Umordnungen im Sinne einer Abwertung bei fehlenden Mehrkosten wie auch Aufwertungen z.B. von Extremkostenfällen umgesetzt. Nachfolgend sind einige relevante Beispiele aufgelistet:

- Fälle mit *Wechsel von Abstandshaltern* wurden aus der DRG I08B in die DRG I08A aufgewertet
- Fälle mit *geschlossener Reposition mit Fixateur externe am Femurschaft* sowie mit *offen chirurgischer Fasziotomie bei traumatischer Muskelischämie* wurden aus der DRG I08C in die DRG I08B aufgewertet
- Kinder < 12 Jahre wurden aus der DRG I08I in die DRG I08H aufgewertet
- Fälle mit *offener Reposition einer Beckenrand-/Beckenringfraktur durch Schraube* wurden aus den DRGs I08A, I08B und I08C in die DRG I08D abgewertet
- Fälle mit *Implantation von metallischem Knochenersatz am Becken* sowie mit *sonstiger Komplikation durch orthopädische Endoprothese, Implantation oder Transplantation* wurden aus den DRGs I08C und I08D in die DRG I08E abgewertet
- Fälle mit *Verkürzungsosteotomie am distalen Femur* (in Verbindung mit der Funktion „Eingriffe an mehreren Lokalisationen“) wurden aus der DRG I08D in die DRG I08F abgewertet

Basis-DRG I13

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

In der DRG I13C *Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit bestimmtem Mehrfacheingriff [...]* (2020) haben sich zum Teil erhebliche Kostenunterschiede zwischen verschiedenen Fallgruppen gezeigt. Im aG-DRG-System 2020 gab es einen großen Erlösunterschied zwischen den DRGs I13C (RG 1,702; 2020) und I13D (RG 1,324; 2020). Im Ergebnis wurde die DRG I13C anhand von bestimmten mäßig komplexen Eingriffen an der Tibia – wie z.B. *offene Reposition durch Schraube einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich der distalen Tibia* – gesplittet mit Schaffung einer neuen DRG I13D *Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit bestimmtem anderen Mehrfacheingriff [...]* (RG 1,623; 2021) und Umbenennung der ehemaligen DRG I13D in die DRG I13E *Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten oder bei Endoprothese am Knie [...]* (RG 1,364; 2021).

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

- Fälle mit *geschlossener Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese durch Fixateur externe am oberen Sprunggelenk* aus der DRG I13A in die DRG I13B
- Fälle mit Transplantation von Spongiosa, autogen, offen chirurgisch am Humerusschaft sowie mit offener Reposition einer Mehrfragment-Fraktur durch Schraube an proximaler Tibia aus der DRG I13B in die DRG I13C
- Fälle mit offener Reposition Mehrfragment-Fraktur mit winkelstabiler Platte am proximalen Humerus aus der DRG I13C in die DRG I13F
- Fälle mit bestimmter Osteotomie mit Achsenkorrektur an proximaler Tibia aus der DRG I13D in die DRG I13F
- Fälle mit Debridement am oberen Sprunggelenk aus der DRG I13D in die DRG I13G
- Fälle mit Entfernung von Osteosynthesenmaterial am Thorax aus der DRG I13E in die DRG I23B
- Fälle mit endoskopischer partieller Resektion am proximalen Humerus aus der DRG I13F in die DRG I29C
- Fälle mit Biopsie an Knochen durch Inzision an Tibia und Fibula sowie mit geschlossener Reposition einer Fraktur durch Schraube am proximalen Humerus aus der DRG I13F in die DRG I59Z

Basis-DRG I27

In der Basis-DRG I27 werden sowohl Fälle mit Eingriffen bei bösartiger Neubildung am Weichteilgewebe (Sarkome) als auch weniger aufwendige Eingriffe z.B. an Schleimbeuteln oder Sehnen abgebildet. Als Ergebnis interner Analysen wurden für das aG-DRG-System 2021 einige Fallgruppen neu zugeordnet.

In dieser Basis-DRG fanden sich bei der Analyse neben mit geringeren Kosten verbundenen Eingriffen auch einige Extremkosten-Konstellationen, die bei höheren Kosten aufgewertet werden konnten. So wurden Fälle mit atypischer Lungenresektion, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung ab 393 (aufwendig) / 369 (Kinder) / 369 (Ba-

sis) Aufwandspunkten sowie mit kompartment- bzw. kompartmentübergreifender Weichteilresektion bei bösartiger Neubildung aus der DRG I27C *Eingriffe am Weichteilgewebe [...] oder bestimmter Eingriff an Lunge, Pleura, Peritoneum* (RG 1,298; 2020) in die DRG I27B *Eingriffe am Weichteilgewebe [...] oder mit komplizierenden Faktoren [...]* (RG 2,873; 2021) aufgewertet.

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

- Fälle mit primärer Naht einer Sehne am Unterschenkel aus der DRG I27D in die DRG I27E
- Fälle mit partieller subfaszialer Exzision eines Muskels an Oberschenkel und Knie aus der DRG I27D in die DRG I27E

Basis-DRG I30

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

Einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend wurden Fälle mit arthroskopischer Augmentation des Kreuzbandes untersucht. Im aG-DRG-System 2020 sind Fälle mit *arthroskopischer Augmentation des Kreuzbandes* in der DRG I30B *[...] oder bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk [...]* abgebildet. Fälle mit *arthroskopischer Augmentation des hinteren Kreuzbandes* zeigten sich mit höheren Kosten verbunden. Fälle mit *arthroskopischer Augmentation des vorderen Kreuzbandes* zeigten sich hingegen sachgerecht abgebildet. Im Ergebnis wurden Fälle mit *arthroskopischer Augmentation des hinteren Kreuzbandes* aus der DRG I30B in die DRG I30A aufgewertet.

Arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk sind aufgrund ähnlicher Kosten der Fälle bereits seit einigen Jahren ebenfalls der Basis-DRG I30 *Komplexe Eingriffe am Kniegelenk oder arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk* zugeordnet und werden dort typischerweise in die DRG I30B *Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk [...]* oder *bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk* eingruppiert. Dort zeigten sich einige weniger komplexe Prozeduren – wie z.B. *die arthroskopische Gelenkmobilisation am Hüftgelenk* oder *die partielle arthroskopische Synovektomie am Hüftgelenk* – mit geringeren Kosten verbunden und wurden für 2021 entsprechend der DRG I30C zugeordnet.

DRGs der medizinischen Partition

Fälle mit multimodaler kinder- und jugendrheumatologischer Komplexbehandlung ab 14 Behandlungstagen sind der DRG I97Z *Rheumatologische Komplexbehandlung [...]* zugeordnet und zeigen sich dort sachgerecht vergütet. Andere kinderrheumatologische Fälle sind überwiegend in der Basis-DRG I66 *Andere Erkrankungen des Bindegewebes [...]* abgebildet. Dort wurden einige Fallgruppen mit höheren Kosten identifiziert und für 2021 aufgewertet, insbesondere Kinder < 1 Jahr (weitere Details in Kap. 3.3.2.31).

Bei geringem Kostenunterschied und zur Vermeidung einer Schlechterstellung von Kindern wurden die DRGs I60Z *Frakturen am Femurschaft, Alter < 3 Jahre* und I72Z *Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit äußerst schweren oder schweren CC oder Frakturen am Femurschaft, Alter > 2 Jahre* zur DRG I72Z *Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit äußerst schweren oder schweren CC oder Frakturen am Femurschaft* kondensiert (weitere Details in Kap. 3.3.5).

3.3.2.30 Urologie

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

Nieren-, Ureter- und Harnblaseneingriffe

Basierend auf einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren wurden Fälle mit einem Eingriff bei bösartiger Neubildung der Niere und einem gleichzeitigen Eingriff an der Vena cava inferior in den Kalkulationsdaten 2019 untersucht. Die Analyse zeigte, dass Fälle mit diesen Eingriffen sowie schweren CC in der DRG L13A nicht mehr sachgerecht abgebildet sind. Für das aG-DRG-System 2021 resultiert aus dieser Analyse, dass Fälle mit einem Nieren-, Ureter- oder großen Harnblaseneingriff und gleichzeitigem Eingriff an der Vena cava inferior sowie schweren CC aufwandsentsprechend im Sinne einer Aufwertung in der DRG L07Z *Andere Nieren-, Ureter-, Prostata- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder anderer Kombinationseingriff oder bestimmte Zystektomien, ohne großen Eingriff am Darm* abgebildet werden.

Die Basis-DRG L13 *Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung [...]* ist im aG-DRG-System 2020 in drei DRGs differenziert. Fälle mit schweren CC werden in der DRG L13A, Fälle mit bestimmtem Eingriff in der DRG L13B abgebildet. Es zeigte sich, dass Fälle mit bestimmten ureterorenoskopischen Prozeduren wie z.B. *Destruktion von erkranktem Gewebe des Ureters*, *ureterorenoskopisch* auch in Kombination mit schweren CC nicht die Kosten der anderen Fälle der DRG L13A erreichen. Hingegen zeigten bestimmte Fälle der DRG L13B deutlich höhere Kosten, wie z.B. Fälle mit bestimmter Ureterozystoneostomie und Ureterektomie, aufwendiger Nephrektomie sowie bestimmte *radikale (systematische) Lymphadenektomie*. Daraus resultierte eine Neuordnung der Fälle mit bestimmten Prozeduren innerhalb der Basis-DRG L13 im Sinne einer Auf- bzw. Abwertung (siehe Abb. 36).

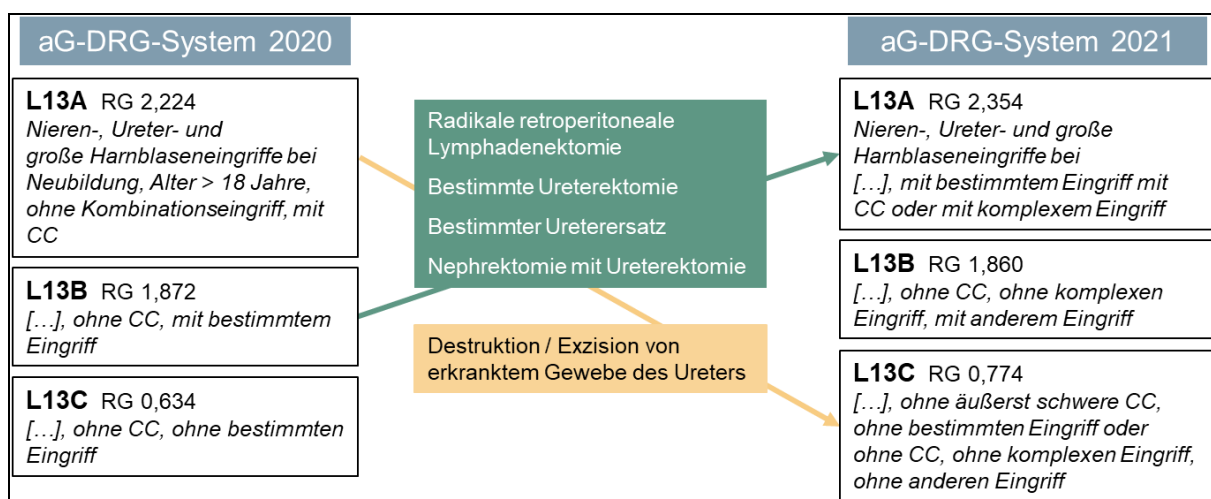


Abbildung 36: Neuordnung von Fällen mit bestimmten Prozeduren innerhalb der Basis-DRG L13

Die Fälle der Basis-DRG L04 *Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff oder bestimmte Harnblaseneingriffe oder Alter < 16 Jahre* werden im aG-DRG-System 2020 nach bestimmten Eingriffen oder Alter in zwei DRGs differenziert abgebildet. Fälle mit bestimmten weniger komplexen Eingriffen an Niere und Ureter zeigten sich im Datenjahr 2019 mit niedrigeren Kosten verbunden und wurden dementsprechend aus der DRG L04A *Bestimmte komplexe Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe [...]* in die DRG L04B *Andere Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe [...]* abgewertet. Bei erhöhtem Aufwand wurden Fälle mit einer bestimmten retroperitonealen Drainage aus der DRG L04B durch eine Abbildung in der DRG L04A aufgewertet.

In der Basis-DRG L06 *Kleine Eingriffe an den Harnorganen* werden Fälle mit unterschiedlichen Eingriffen wie z.B. Harninkontinenz-Operationen, Injektionsbehandlungen, offene Operationen an der Harnblase oder Biopsien abgebildet. Die Differenzierung innerhalb der Basis-DRG in drei DRGs erfolgt anhand folgender Attribute: „äußerst schwere CC bei bestimmten Prozeduren“, „Alter < 16 Jahre“ oder „mäßig aufwendige Eingriffe an der Harnblase“. Im Zuge der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems zeigten bestimmte Prozeduren (Revision einer Zystostomie, bestimmte weniger aufwendige Harninkontinenz-Operation, bestimmte plastische *Rekonstruktion der Harnblase* und die *operative Dilatation eines Zytostomiekannels mit Anlegen eines dicklumigen suprapubischen Katheters*) geringere Kosten und wurden aus der DRG L06B in die DRG L06C abgewertet.

Transurethrale Eingriffe

Angeregt durch das Vorschlagsverfahren wurde die Abbildung von Fällen mit ureterorenoskopischer Steinentfernung analysiert. Es wurde beschrieben, dass diese Fälle vor der Steinentfernung zunächst mit der ureterorenoskopischen Einlage einer Ureterschleife behandelt würden, die ungefähr 7 Tage später entfernt und dann die Steinentfernung durchgeführt würde. In der Abrechnung führt diese Behandlung typischerweise zu einer Fallzusammenführung. In den Kalkulationsdaten 2019 zeigten sich Fälle mit einem zeitlichen Abstand von mehr als 7 Tagen zwischen Schieneneinlage und Steinentfernung mit höheren Kosten verbunden und werden im aG-DRG-System 2021 in die DRG L20B anstatt wie bisher in die DRG L20C eingruppiert. Die Fälle mit Steinentfernung ohne vorherige Schieneneinlage (bzw. Abstand zwischen den beiden Prozeduren ≤ 7 Tage) verbleiben in der L20C (siehe Abb. 37).

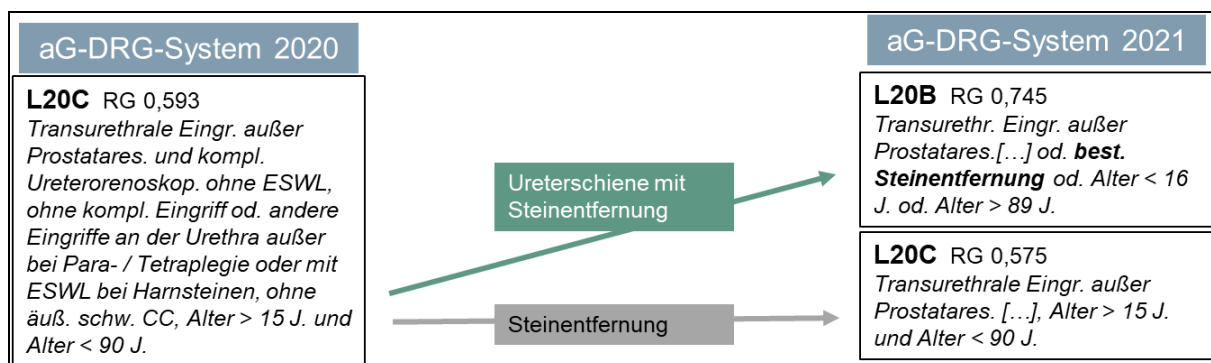


Abbildung 37: Änderung der Eingruppierung von Fällen mit Einlage einer Ureterschleife und Steinentfernung im Sinne einer Aufwertung im Vergleich zur Steinentfernung ohne Einlage einer Ureterschleife

Interne Analysen haben außerdem gezeigt, dass die Abbildung von Fällen mit einer Prozedur für die transurethrale oder perkutane *Entfernung eines Steines aus einer Ersatzharnblase* im aG-DRG-System 2021 in der DRG L20B *Transurethrale Eingriffe [...] oder bestimmte Steinentfernung [...]* kostenentsprechend ist anstatt wie bisher in der DRG L20C.

Weitere Umbauten der MDC 11

- Aufwertung von Fällen mit radikaler Zystektomie oder bestimmter offen chirurgischer Zystektomie durch Abbildung in der DRG L13A (aG-DRG-System 2020: DRG L07Z)
- Kostenentsprechende Neuordnung von Fällen mit einer Prozedur für die transurethrale Entfernung eines Stents sowie für bestimmte Eingriffe bei einer Ureterschleife aus der DRG L64B überwiegend zur DRG L64C
- Abwertung von Fällen mit Einlegen einer Verweilschlinge am Ureter aus der Basis-DRG L20 in die Basis-DRG L17
- Abwertung von Fällen mit Vorverlagerung der Vena basilica als selbständiger Eingriff aus der DRG L09D in die DRG L09E

Eingriffe an den männlichen Geschlechtsorganen

In der Basis-DRG M03 sind *Eingriffe am Penis* differenziert nach Komplexität der Eingriffe und Alter in drei DRGs abgebildet. Fälle mit dem Eingriff *Amputation des Penis: Total* werden aufwandsentsprechend seit 2020 in die DRG M03A eingruppiert. Einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend wurde die Abbildung der *Amputation des Penis: Emaskulation* im System analysiert und die Eingruppierung innerhalb der MDC 12 durch Abbildung in der DRG M03A bei ähnlichen Kosten an die totale Penisamputation angeglichen.

Des Weiteren wurden die Prozeduren für die plastische Rekonstruktion des Penis zur (Re-)Konstruktion oder zur Korrektur einer penoskrotalen Transposition sowie die Schaftaufrichtung und Chordektomie bei männlicher Hypospadie kostengerecht neu aus der DRG M03A der DRG M03B zugeordnet.

Weitere Umbauten der MDC 12

Fälle mit den im Folgenden aufgeführten Eingriffen wurden aufgrund geringerer Kosten im aG-DRG-System 2021 abgewertet:

- Bestimmte Harnblaseneingriffe, z.B. *Sonstige partielle Harnblasenresektion*, aus der DRG M01B in die DRG M09B
- Eingriffe für bestimmte transurethrale Inzisionen von Urethragewebe bzw. des Harnblasenhalses aus der DRG M09B in die DRGs M02B und M06Z
- Transurethrale Resektion von (erkranktem) Gewebe aus der DRG M03C in die DRGs M02B und M04D

ZE Harninkontinenztherapien

Über das bewertete Zusatzentgelt ZE134 *Verschiedene Harnkontinenztherapien [...]* werden im aG-DRG-System 2020 mehrere Prozeduren vergütet. Die Datengrundlage aus 2019 erforderte eine Anpassung des Zusatzentgelts, die in Form einer Differenzierung in die beiden bewerteten Zusatzentgelte ZE169 *Adjustierbare Harnkontinenztherapien* und ZE170 *Suspensionsoperation bei Harninkontinenz des Mannes* – wie in Kapitel 3.4.1.3 beschrieben – umgesetzt wurde.

3.3.2.31 Versorgung von Kindern

In jedem Kalkulationsjahr erfolgt eine umfassende Überprüfung der DRGs mit Gruppierungsrelevanz des Kindesalters („Kindersplits“) darauf, ob durch die Altersbedingung die Kinder weiterhin bessergestellt werden, um eine ungewollte Schlechterstellung von Kindern durch nicht mehr indizierte Kindersplits auszuschließen.

Durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten wurden bisherige Kostenunterschiede in einigen DRGs verringert, aufgehoben oder gar umgekehrt. Dies führte für das aG-DRG-System 2020 zu einer Streichung einer nennenswerten Zahl von Kindersplits. Auch für das aG-DRG-System 2021 wurden einige für Kinder ungünstige Kindersplits gestrichen.

Folgende Kinder-DRGs wurden aufgrund einer ansonsten drohenden Schlechterstellung mit anderen DRGs kondensiert und entsprechende Fälle im Kindesalter damit aufgewertet:

- DRG F03D *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, [...] Alter < 16 Jahre* durch Kondensation mit der DRG F03E *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, [...] Alter > 15 Jahre, mit Implantation klappentragender Gefäßprothese* zur neuen DRG F03D *Herzklappeneingriff mit HLM, [...] oder Alter < 16 Jahre [...]*
- DRG G21A *Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum, [...] Alter < 16 Jahre* mit der DRG G21B *Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum, [...] mit äußerst schweren CC oder aufwendigem Eingriff am Darm, Alter > 15 Jahre* zur neuen DRG G21A *Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum, [...] Alter < 16 Jahre*
- DRG I60Z *Frakturen am Femurschaft, Alter < 3 Jahre* mit der DRG I72Z *Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit äußerst schweren oder schweren CC oder Frakturen am Femurschaft, Alter > 2 Jahre* zur neuen DRG I72Z *Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit äußerst schweren oder schweren CC oder Frakturen am Femurschaft*
- DRG K63C *Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre* und DRG K63D *Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre* zur neuen DRG K63C *Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag*
- DRG L08A *Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter < 6 Jahre* und DRG L08B *Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter > 5 Jahre* zur neuen DRG L08Z *Komplexe Eingriffe an der Urethra*

- Die DRG L63A *Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung, Alter < 6 Jahre* wurde gestrichen. Entsprechende Fälle werden zukünftig in den neuen DRGs *L63A Infektionen der Harnorgane mit bestimmter hochaufwendiger Behandlung oder mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern* oder *L63B Infektionen der Harnorgane [...] oder mit Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern, ohne äußerst schwere CC* abgebildet

Neben der Kondensation von DRGs aufgrund nicht indizierter Alterssplits zeigt sich in manchen DRGs, dass bestehende Alterssplits erweitert werden müssen, um eine sachgerechte Vergütung für Fälle im Kindesalter zu gewährleisten. So wurden in folgenden DRGs bestehende Alterssplits erweitert:

Von Alter < 16 Jahre auf Alter < 18 Jahre in den DRGs:

- A04C *Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, allogene, < 18 Jahre [...]*
- A15A *Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter < 18 Jahre oder [...]*
- G70A *Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 18 Jahre*

Von Alter < 1 Jahr auf Alter < 6 Jahre in der DRG:

- B78A *Intrakranielle Verletzung, Alter < 6 Jahre oder mit komplizierender Diagnose*

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

- Basis-DRG B20 *Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation oder andere Eingriffe am Schädel, Alter < 12 Jahre*: Erweiterung der Eingangsbedingung um andere Eingriffe am Schädel in Kombination mit Alter < 12 Jahre
- DRG B20C *Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation, Alter < 3 Jahre [...] oder mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe bei Trigeminusneuralgie, Alter < 16 Jahre oder [...]*: Erweiterung der Splitbedingung um komplexe Diagnose oder bestimmte Eingriffe bei Trigeminusneuralgie in Kombination mit Alter < 16 Jahre
- DRG D13A *Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals mit komplizierender Diagnose oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr*: Erweiterung der Splitbedingung um Alter < 1 Jahr
- DRG G12A *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur oder mit mäßig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre*: Erweiterung der Splitbedingung um Alter < 16 Jahre
- DRG G17A *Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre*: Erweiterung der Splitbedingung um Alter < 16 Jahre
- DRG H62A *Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung oder Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre*: Erweiterung der Splitbedingung um Alter < 16 Jahre

- DRG I08H *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmtem anderen Eingriff oder Alter < 12 Jahre*: Erweiterung der Splitbedingung um Alter < 12 Jahre
- DRG I66C *Frakturen Becken und Schenkelhals, [...] oder Alter < 1 Jahr mit kinder- und jugendrheumatologischer Komplexbehandlung 7 bis 13 Behandlungstage oder mit bestimmten systemischen rheumatologischen Erkrankungen*: Erweiterung der Splitbedingung um kinder- und jugendrheumatische Komplexbehandlung, 7 bis 13 Behandlungstage oder bestimmte Vaskulitiden in Kombination mit Alter < 1 Jahr
- DRG L62A *Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC*: Erweiterung der Splitbedingung um Alter < 16 Jahre in Kombination mit schweren CC
- DRG Q60B *Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, [...] ohne Granulozytenstörung, Alter < 1 Jahr oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren CC*: Erweiterung der Splitbedingung um Alter < 16 Jahre in Kombination mit äußerst schweren CC
- DRG W61A *Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender Diagnose oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte oder Alter < 12 Jahre*: Erweiterung der Splitbedingung um Alter < 12 Jahre

In folgenden DRGs wurde das Splitkriterium *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter* neu eingeführt oder die erforderliche Anzahl von Aufwandspunkten gesenkt:

- Erweiterung der Splitbedingung um *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter* ab 2059 Aufwandspunkten in der DRG A04B *Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, allogene, [...] oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2058 / - / - Punkte*
- Erweiterung der Splitbedingung um *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter* ab 981 und *aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung* ab 829 Aufwandspunkten in der DRG A01B *Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation [...] oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 980 / 828 / - P.*
- Erweiterung der Splitbedingung um *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter* ab 981 Aufwandspunkten in der DRG A11D *Beatmung > 249 h oder > 95 h mit IntK > 1764 / 1656 / 1656 Punkte [...] oder IntK > 980 / 1104 / - Punkte*
- Erweiterung der Splitbedingung um *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter* ab 197 Aufwandspunkten in der DRG G16A *Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion [...] oder IntK > 196/ 368/ - Punkte oder endorektale Vakuumtherapie*

Orthopädische Patienten im Kindesalter

Kinder mit Alter < 18 Jahre stellen nur ca. 1% der Gesamtfallzahl der „Wirbelsäulen-Basis-DRGs“ I06, I09 und I10. In der am höchsten bewerteten Basis-DRG I06 *Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule [...]* sind hingegen über 20% der Fälle Kinder (bzw. 50% der

Kinder mit Wirbelsäuleneingriffen werden in die Basis-DRG I06 eingruppiert). Für 2021 wurden weitere Verbesserungen der Abbildung erreicht.

Drei Verfahren zur Korrektur einer juvenilen Skoliose haben im Jahr 2020 NUB-Status 1. Alle drei Verfahren weisen eine geringe Fallzahl in den Kalkulationsdaten auf. Fälle mit Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation eines mitwachsenden Schrauben-Stab-Systems oder Implantation eines wachstumslenkenden Schrauben-Band-Systems wurden bisher in der DRG I10E *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff, [...]* abgebildet. Zukünftig werden Fälle mit Implantation eines mitwachsenden Schrauben-Stab-Systems in die DRG I09E *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule [...]* und Fälle mit Implantation eines wachstumslenkenden Schrauben-Band-Systems in die DRG I09F *Bestimmte Eingriffe WS, [...]* oder *Implantation eines wachstumslenkenden Schrauben-Band-Systems* eingruppiert und dadurch deutlich aufgewertet (siehe Abb. 38). Im Ergebnis ergibt sich eine Angleichung der Vergütung der genannten Verfahren an andere langstreckige Instrumentierungen an der Wirbelsäule. Aufgrund der geringen Fallzahl und der heterogenen Fallkosten war eine noch weitergehende Integration der NUB-Leistungen nicht möglich.

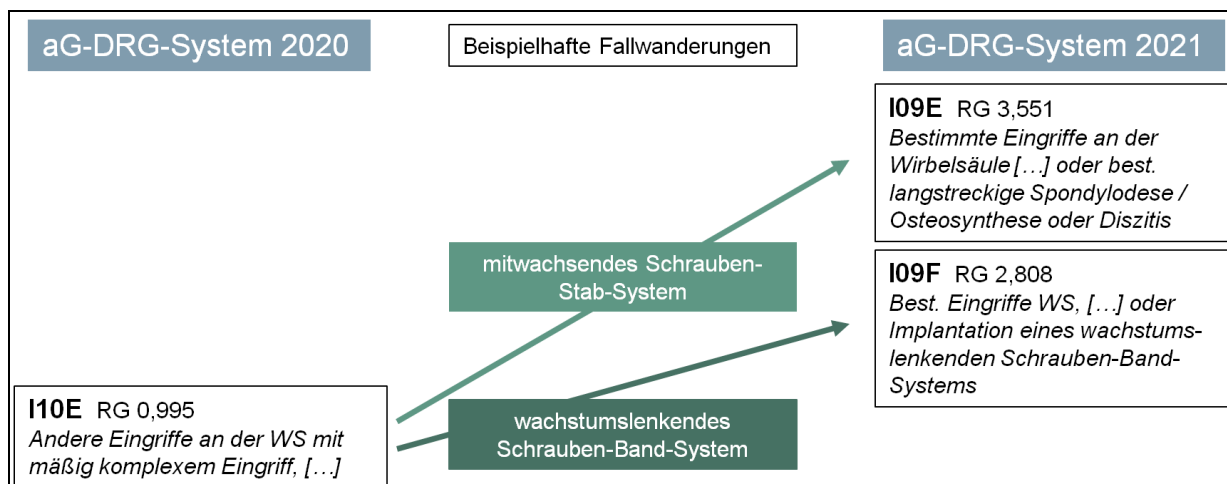


Abbildung 38: Fallwanderung für Fälle mit wachstumslenkendem Schrauben-Band-System und mitwachsendem Schrauben-Stab-System

Fälle mit spastischer tetraplegischer Zerebralparese und äußerst schwerer CC zeigten sich innerhalb der Basis-DRG I06 *Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals* nicht sachgerecht abgebildet. Für das aG-DRG-System 2021 werden diese Fälle analog zu Fällen mit anderen Formen der Para- und Tetraplegie in der DRG I06A *Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule [...]* oder *bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC* abgebildet.

In der DRG I06B *Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals [...]* oder *komplexem Eingriff an Kopf und Hals, Alter < 19 Jahre [...]* war der Alterssplit auf Fälle mit komplexen Eingriffen an Kopf und Hals eingeschränkt. Fälle ohne einen komplexen Eingriff an Kopf und Hals mit einem Alter < 19 Jahren zeigten sich in der DRG I06C *Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an der Wirbelsäule, [...]* nicht sachgerecht abgebildet. Für das aG-DRG-System 2021 wird die Einschränkung des Alterssplits auf Fälle mit komplexen Eingriffen beseitigt und alle Fälle mit einem Alter < 19 Jahre werden den höheren Kosten entsprechend in der DRG I06B *Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals [...]* oder *Alter < 19 Jahre* abgebildet.

Rheumatologische Fälle im Kindesalter

Die systemisch beginnende Form der juvenilen chronischen Arthritis (Morbus Still) wurde bisher in der DRG I66G *Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne Amyloidose, ohne [...]* abgebildet. Fälle mit adulter Form des Morbus Still und einem Alter < 16 Jahren werden hingegen in der DRG I66D *Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit kinder- und jugendrheumatologischer Komplexbehandlung, 7 bis 13 Behandlungstage oder Alter < 16 Jahre mit bestimmten Vaskulitiden*, Fälle mit Alter > 15 Jahren in der DRG I66E *Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Amyloidose oder Arthropathie, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag* abgebildet. Zukünftig werden Fälle mit einer systemisch beginnenden Form der juvenilen chronischen Arthritis mit einem Alter < 1 Jahr in der DRG I66C *Frakturen Becken und Schenkelhals, [...] oder Alter < 1 Jahr [...] mit bestimmten systemischen rheumatologischen Erkrankungen* und mit Alter < 16 Jahren in der DRG I66D *Andere Erkrankungen des Bindegewebes, [...] oder Alter < 16 Jahre mit bestimmten Vaskulitiden oder systemischen rheumatologischen Erkrankungen* abgebildet.

Die Wegener Granulomatose und der systemische Lupus erythematoses mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen zählen zu den rheumatischen Systemerkrankungen. Entsprechende Fälle werden bisher in der DRG I66G abgebildet. Fälle mit Alter < 16 Jahren zeigten sich dort nicht sachgerecht abgebildet und werden zukünftig bei Alter < 1 Jahr in die DRG I66C und bei Alter < 16 Jahren in die DRG I66D eingruppiert.

Weitere Umbauten für Fälle im Kindesalter

Operativ versorgte Fälle bei Verletzung des Plexus brachialis wurden in der DRG B07Z *Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC oder komplizierender Diagnose* abgebildet. Vergleichbare Fälle mit einer Geburtsverletzung des Plexus brachialis werden hingegen typischerweise in die DRG B17B *Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems [...] eingruppiert*. Einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend wurde die Abbildung der Fälle trotz kleiner Fallzahl angeglichen, sodass zukünftig auch operativ versorgte Fälle mit Hauptdiagnose Geburtsverletzung des Plexus brachialis in die DRG B07Z eingruppiert werden.

Fazit Versorgung von Kindern

Im Ergebnis resultiert aus den Umbauten eine Case-Mix-Steigerung durch Weiterentwicklung im Vergleich aG-DRG-Version 2020 vs. aG-DRG-Version 2021 von +10.039 Case-Mix-Punkten (+1,06%). Dies bedeutet insgesamt einen Zugewinn in der Vergütung bei der Behandlung von Kindern von rund 36,8 Mio. €.

3.3.2.32 Wirbelsäulenchirurgie

Operative Eingriffe an der Wirbelsäule sind im aG-DRG-System hochdifferenziert abgebildet. 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.

Die Veränderungen, die Fälle im Kindesalter betreffen, werden ausführlich in Kapitel 3.3.2.31 dargestellt.

Fälle mit aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung zeigten sich in weiten Teilen der Basis-DRG I09 *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule* nicht sachgerecht abgebildet. Für das aG-DRG-System wurden die Splitbedingungen der DRGs I09A *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule [...] oder aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung ab 369 Punkten* und I09C *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule [...] mit aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten* für Fälle mit entsprechender Anzahl von Aufwandspunkten für aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung erweitert.

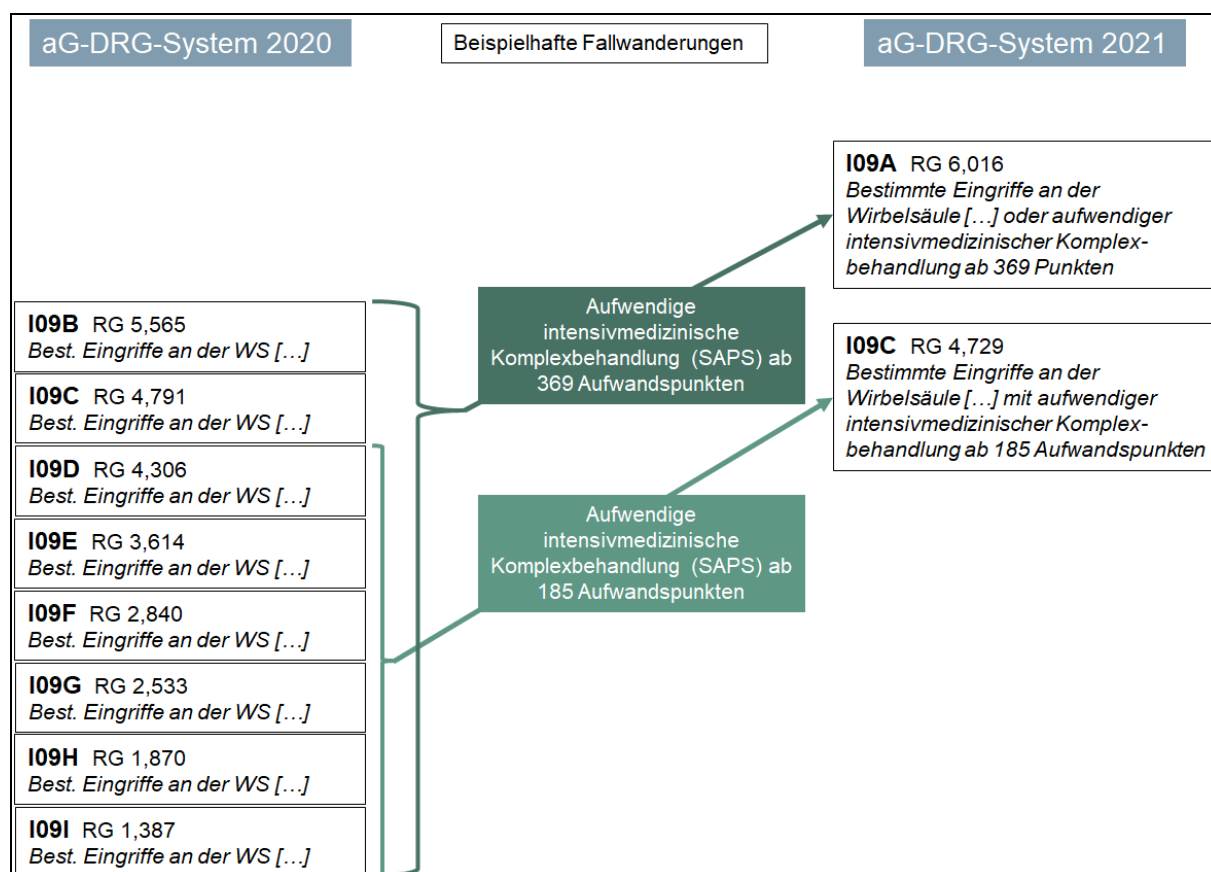


Abbildung 39: Fallwanderungen in die DRGs I09A und I09C durch Erweiterung der bestehenden Splitbedingung um das Attribut „aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung ab 369 Aufwandspunkten“ bzw. „aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten“

Innerhalb der Basis-DRG I09 *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule* zeigten sich bestimmte Prozeduren in einigen Splitbedingungen nicht mehr als geeignetes Splitkriterium und wurden dementsprechend in diesen Splitbedingungen gestrichen. Die Codes folgender Eingriffe sind hiervon betroffen:

- Sonstige Osteosynthese an der Wirbelsäule an 4 oder mehr Segmenten
- Wirbelkörperersatz durch Implantat an 1 Wirbelkörper
- Dorsale Korrektur ohne ventrales Release an der Wirbelsäule
- Knöcherne Dekompression des Spinalkanals an 4 oder mehr Segmenten

- Kyphoplastie mit intravertebraler, instrumenteller Wirbelkörperaufrichtung an 1 Wirbelkörper
- Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule durch dorsales Schrauben-Platten-System, 2 und 3 Segmente
- Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule durch Hakenplatten, 2 und 3 Segmente
- Osteosynthese an der Wirbelsäule durch ventrales Schrauben-Platten-System

Relevante Fälle werden zukünftig innerhalb der Basis-DRG I09 entsprechend den Fallkosten in anderen DRGs abgebildet.

Innerhalb der Basis-DRG I10 *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule* zeigte sich die Prozedur für eine *Exzision einer Bandscheibe, perkutan mit Endoskopie* als nicht mehr geeignet. Der Kode wurde aus einzelnen Splitbedingungen gestrichen und betroffene Fälle innerhalb der Basis-DRG neu eingruppiert.

Fälle mit einem Kode für die Entfernung einer Bandscheibenendoprothese und mehr als einem Belegungstag wurden bisher in der DRG I10B *Andere Eingriffe WS mit bestimmten komplexen Eingriffen oder Para- / Tetraplegie oder Wirbelfraktur mit bestimmten Eingriffen ohne äußerst schwere CC oder bestimmte andere Operationen WS mit äußerst schweren CC und > 1 BT oder [...]* abgebildet. Von diesen Fällen zeigten sich Fälle ohne eine weitere Prozedur für einen komplexen Eingriff im Vergleich zu anderen Fällen der DRG I10B mit niedrigeren Kosten verbunden. Für das aG-DRG-System 2021 wurde der Kode für die Entfernung einer Bandscheibenendoprothese aus der Splitbedingung der DRG I10B gestrichen.

Fälle mit mehr als einem Belegungstag und einer Biopsie an Gelenken der Wirbelsäule oder mit *sonstiger anderer Operation an der Wirbelsäule* wurden bisher in Kombination mit einem PCCL > 3 ebenso wie Fälle mit Biopsie an Gelenken der Wirbelsäule in Kombination mit einer Hauptdiagnose für eine Fraktur an der Hals- und/oder Brustwirbelsäule oder in Kombination mit einer Nebendiagnose für Para- oder Tetraplegie in die DRG I10B eingruppiert. Entsprechende Fälle zeigten sich mit geringeren Kosten verbunden, sodass in der Konsequenz die Prozeduren für eine Biopsie an Gelenken der Wirbelsäule und für sonstige andere Operationen an der Wirbelsäule aus der Splitbedingung zur DRG I10B gestrichen wurden.

Im Ergebnis werden die betroffenen Fälle der genannten Umbauten innerhalb der Basis-DRG I10 entsprechend ihren Kosten neu eingruppiert.

Fälle mit bestimmten Operationen am spinalen Liquorsystem oder Biopsie an intraspinalem Gewebe durch Inzision zählten bisher zu den komplexen Eingriffen an Rückenmark, Spinalkanal und Wirbelsäule und wurden innerhalb der Basis-DRG I10 in der DRG I10D *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule [...]* abgebildet. Entsprechende Fälle ohne einen weiteren komplexen Eingriff zeigten sich entsprechend den Fallkosten nicht korrekt abgebildet. Die angeführten Codes wurden aus der Splitbedingung der DRG I10D gestrichen. Entsprechende Fälle werden zukünftig in der DRG I10E abgebildet.

Fälle mit Exzision und Destruktion von sonstigem erkranktem Gewebe des Rückenmarks und der Rückenmarkshäute und Fälle mit Exzision und Destruktion von sonstigem erkranktem Gewebe an intraspinalen Nervenwurzeln und/oder Ganglien zeigten sich in der DRG I10E *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff, [...]*

nicht ihren Kosten entsprechend abgebildet. Die entsprechenden Codes wurden aus der Splitbedingung der DRG I10E gestrichen. Entsprechende Fälle werden zukünftig in den DRGs I10G *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff [...] oder ein Belegungstag, mit anderem kleinen Eingriff* und I10H *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne anderen kleinen Eingriff* abgebildet.

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

In der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2021 ist es erneut gelungen, Leistungen, die in den vergangenen Jahren als noch nicht sachgerecht vergütet identifiziert wurden (NUB-Status 1), in Form von Zusatzentgelten in das aG-DRG-System zu integrieren. NUB-Leistungen, die als Zusatzentgelte abgebildet werden konnten, sind in Tabelle 26 aufgeführt.

NUB-Verfahren	Status 2020	ZE2021	Bezeichnung Zusatzentgelt
Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Holmium-166-markierten Mikrosphären zur Radioembolisation	1	ZE2021-65	Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie [SIRT] mit Yttrium-90- oder Rhenium-188- oder Holmium-166-markierten Mikrosphären
Ustekinumab	1	ZE2021-181	Gabe von Ustekinumab, parenteral
Vedolizumab	1	ZE2021-182	Gabe von Vedolizumab, parenteral
Elotuzumab	1	ZE2021-183	Gabe von Elotuzumab, parenteral
Atezolizumab	1	ZE2021-184	Gabe von Atezolizumab, parenteral
Ocrelizumab	1	ZE2021-185	Gabe von Ocrelizumab, parenteral
Venetoclax	1	ZE2021-186	Gabe von Venetoclax, oral
Hypoglossusnerv-Stimulationssystem zur Behandlung des obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms (OSAS)	1	ZE2021-187	Neurostimulatoren zur Hypoglossusnerv-Stimulation

Tabelle 26: Leistungen mit NUB-Status 1, die ab dem aG-DRG-System 2021 als Zusatzentgelt abgebildet werden

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

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

Das NUB-Verfahren hat somit eine große Bedeutung für das aG-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 aG-DRG-System.

3.3.4 Sortierung

Vorgehensweise

Zur Vermeidung der Problematik einer „Mindervergütung bei Mehrleistung“ werden im G-DRG-System die DRGs gemäß ihren mittleren Inlier-Kosten sortiert. Daraus resultiert eine Abfragereihenfolge, in der typischerweise hoch bewertete DRGs vor geringer bewerteten DRGs abgefragt werden. Die Vorgehensweise der Sortierung entsprach weitgehend der Vorgehensweise der Vorjahre. So erfolgte auch für das aG-DRG-System 2021 eine konsequente Sortierung aller DRGs innerhalb der operativen und der anderen Partitionen absteigend nach Bewertungsrelation, wohingegen in der medizinischen Partition in der Regel auf eine Sortierung verzichtet werden konnte, da diese DRGs über Hauptdiagnosen definiert und damit disjunkt (überschneidungsfrei) sind. Weiterhin gelten auch die MDC-spezifischen Besonderheiten:

- Vollständige partitionsübergreifende Sortierung in den MDCs 17, 18A und 18B
- Weitgehend partitionsübergreifende Sortierung in den MDCs 04 und 05
- Sortierung zwischen anderer und medizinischer Partition in den MDCs 06, 07 und 11
- Einsortierung endoskopischer Eingriffe (DRGs H40A, H40B) und komplexer therapeutischer ERCPs (DRGs H41A, H41B) in die operative Partition der MDC 07
- Einsortierung der kardiothorakalen und Gefäßeingriffe in die sonst disjunkten DRGs der MDC 15 entsprechend ihren Kosten
- Sortierung aller DRGs für intensivmedizinische Komplexbehandlung ihren Kosten entsprechend in die Abfragereihenfolge der Prä-MDC
- In den MDCs 12 und 13 werden die medizinischen Tumor-DRGs und entsprechende Strahlentherapie-DRGs individuell bei der Sortierung berücksichtigt
- Sortierung der Prä-MDC unter Berücksichtigung der zahlreichen DRG- und MDC-Zuweisungen

Besondere Konstellationen

Wie oben dargestellt, werden die DRGs typischerweise gemäß ihren mittleren Inlier-Kosten absteigend sortiert. Seit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten – erstmalig im aG-DRG-System 2020 – wird gemäß den mittleren Inlierkosten ohne die Kosten der Pflege am Bett sortiert.

Neben den mittleren Inlierkosten wird zur Vermeidung einer unsachgerechten Vergütung in einigen Konstellationen auch die mittlere Verweildauer und somit auch die untere und obere Grenzverweildauer (UGV, OGV) der Fälle betroffener DRGs berücksichtigt. Exemplarisch soll dies anhand der Sortierung innerhalb der Basis-DRG F49 erläutert werden. Die DRG F49C *Invasive kardiologische Diagnostik [...] Alter < 18 Jahre* steht an Abfrageposition 116 und hat mit 1,015 ein niedrigeres Relativgewicht als die direkt danach abgefragte DRG F49D *Invasive kardiologische Diagnostik [...] Alter > 17 Jahre [...] mit Rang 117 und einem Relativgewicht von 1,497. 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 (VWD). Dies zeigt auch der Vergleich der DRG F49C (mVWD 2,4 Tage) mit der DRG F49D (mVWD 13,4 Tage). Dies bedeutet aber auch, dass die Fälle der DRG F49C sowohl eine niedrigere UGV als auch eine deutlich niedrigere OGV als die Fälle der DRG F49D besitzen. Wenn man beide DRGs zusammenlegen würde, d.h. die „Kinder“-DRG entfällt, würde dies bedeuten, dass ein Teil der Inlier-Fälle der jetzigen F49C einen Kurzlieger-Abschlag bekommen und ein Teil der Langlieger-Fälle erst ab einer VWD von 26 Tagen im Vergleich zu jetzt ab 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 Tab. 27).*

Rang Sortierung	DRG	Parti-tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweil-dauer	UGV	OGV
						Erster Tag mit Abschlag	Erster Tag zus. Entgelt
116	F49C	A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre	1,015	2,4	1	5
117	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	1,497	13,4	3	26

Tabelle 27: Auszug aus der FPV 2021: 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 Tab. 28). Hier würde ein Zusammenlegen von Fällen u.a. zu einer nicht sachgemäßen Benachteiligung bestimmter Behandlungsformen führen.

Rang Sortierung	DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweil- dauer	UGV		OGV	
						Erster Tag mit Abschlag	Erster Tag zus. Entgelt		
16	K15A	O	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Radiojodtherapie	0,918	3,1		6		
17	K15B	O	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Radiojodtherapie	1,389	12,3	3	27		
19	K15C	O	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmter nuklearmedizinischer Therapie	0,722	3,3		6		
20	K15D	O	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmte nuklearmedizinische Therapie	0,745	6,2		13		
21	K15E	O	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie	0,452	3,2		7		

Tabelle 28: Auszug aus der FPV 2021: Basis-DRG K15

3.3.5 Kondensationen

3.3.5.1 Ausgangssituation

Basis-DRGs bestehen aus einer oder mehreren DRGs, die grundsätzlich durch die gleiche Liste von Diagnose- und Prozedurenkodes definiert sind. DRGs innerhalb einer Basis-DRG unterscheiden sich durch ihren Ressourcenverbrauch und sind anhand unterschiedlicher Faktoren wie Diagnosen, Prozeduren, Entlassungsgrund, Alter und/oder patientenbezogener Gesamtschweregrad (PCCL) untergliedert.

In den ersten Jahren nach dem Start des für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen für die deutschen Krankenhäuser gem. § 17b KHG eingeführten pauschalierenden Vergütungssystems wurde dieses stark erweitert. Das als Basis genutzte System „Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRG)“ war vergleichsweise wenig differenziert und machte diese Anpassungen an die stationäre Krankenhausversorgung in Deutschland nötig. In den letzten Jahren dagegen blieb die Anzahl der Fallpauschalen im G-DRG-System relativ konstant (siehe Abb. 40).

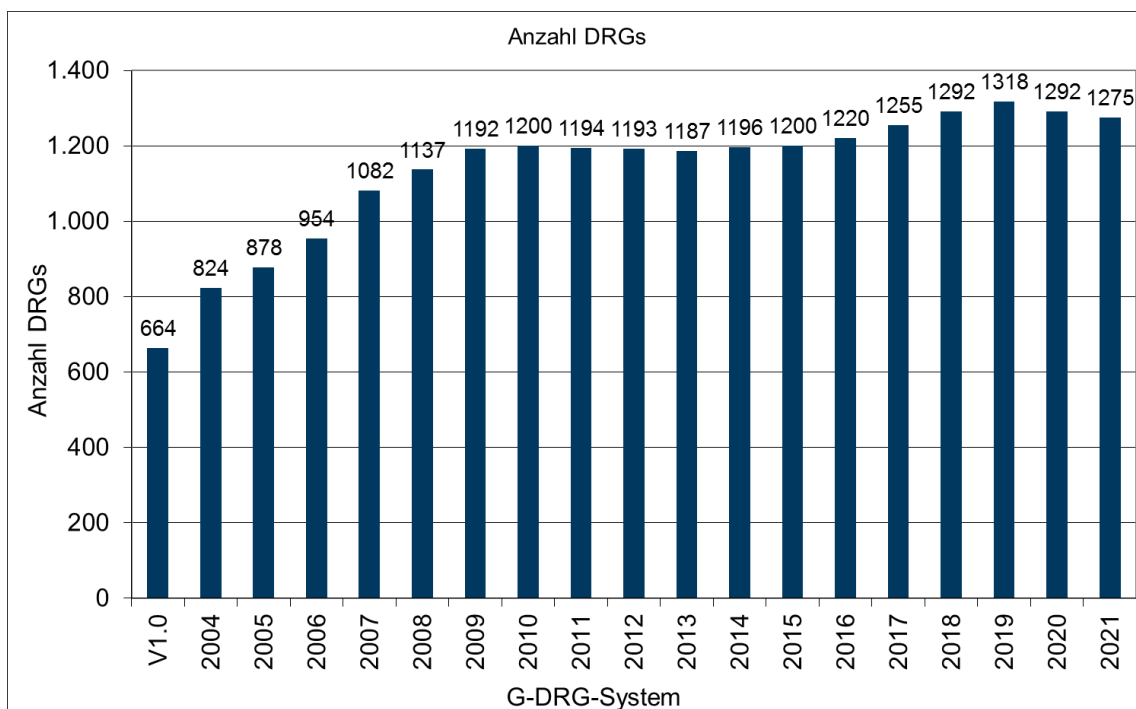


Abbildung 40: Entwicklung der Anzahl von DRGs in Deutschland seit 2003

Ein hoher Differenzierungsgrad des aG-DRG-Systems ermöglicht eine detaillierte Abbildung auch von seltenen und komplexen Fallkonstellationen. Dieser gewünschte Effekt geht allerdings mit einer wachsenden Anzahl von Fallpauschalen einher, was wiederum eine Zunahme der Komplexität des Systems zur Folge hat.

Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems wurde diesbezüglich eine umfassende Analyse durchgeführt, um die aktuelle Größenordnung der Kostenunterschiede bei bestehenden DRG-Splits zu untersuchen. Hintergrund war ein Beschluss des Rechnungsprüfungsausschusses des Deutschen Bundestages, nach dem „die Abbildung von Kostenunterschieden erst ab einer bestimmten Größenordnung vorgesehen wird, um ein höheres Maß an Pauschalierung zu erreichen [...] Abrechnungsregeln sollen geschärft und Interpretationsspielräume möglichst geschlossen werden“. Die Ausdifferenzierung des aG-DRG-Systems soll hierbei im Mittelpunkt einer umfassenden Revision des Abrechnungssystems und seiner Abrechnungsregeln stehen, zu der die Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen – die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung – sowie das BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) und das InEK seitens des Bundesministeriums für Gesundheit verpflichtet wurden.

3.3.5.2 Analysen

Das Zusammenfassen von DRGs, eine sogenannte Kondensation, ist nicht ganz trivial, zumal es in jedem Einzelfall das Für und Wider gegeneinander abzuwägen gilt. So kann eine Kondensation zweier oder mehrerer DRGs nur dann vorgenommen werden, wenn

- die mittleren Kosten der DRGs sehr ähnlich sind
- die Verweildauerparameter der DRGs sehr ähnlich sind
- die zusammengefasste DRG inhaltlich/medizinisch nicht absurd erscheint

Neben diesen grundsätzlichen Voraussetzungen gilt es zahlreiche weitere Dinge zu berücksichtigen, wie

- Höhe der Zu- und Abschläge in den DRGs
- Typische Kosten verlegter und nicht verlegter Fälle
- Kostenstruktur der Fälle (Anteil der Hauptleistung, Sachkosten, Tageskosten,...)
- Komplexität der DRG-Logik

Weiterhin existieren im Fallpauschalen-Katalog verschiedene „Sondertatbestände“, die einer Kondensation entgegenstehen. So ist ein Zusammenfassen von DRGs dann nahezu ausgeschlossen, wenn sie eine sachgerechte Abbildung von Kindern verschlechtern würde. Ebenfalls ist im Falle reiner Kinder-DRGs bzw. „Misch“-DRGs mit einem relevanten Anteil von Kindern auch die Abbildung relativ geringer Kostenunterschiede ausdrücklich erwünscht. Auch ist hier zu berücksichtigen, dass sich die Verweildauerstrukturen bei der stationären Behandlung von Kindern mitunter deutlich von denen bei der Versorgung Erwachsener unterscheiden. Dies kann dazu führen, dass sogar ein geringeres (Inlier-)Relativgewicht für Kinder eine bessere Vergütung zur Folge haben kann.

Ferner gibt es im aG-DRG-System einige besondere Konstellationen, bei denen die zuerst abgefragte DRG mit einem geringeren Relativgewicht versehen ist. Diese negativen Kostendifferenzen sind nicht problematisch, sondern systemimmanent und finden beispielsweise bei Tagesfall-DRGs, DRGs für „verstorben oder verlegt“ innerhalb kurzer Zeit, aufwendigen, aber kurzen Behandlungen wegen höherer effektiver Vergütung oder bei DRGs, die im Zusammenhang mit Zusatzentgelten stehen (und wo dies bei der Sortierung relevant ist), Anwendung.

Für eine Analyse von DRG-Splits kamen ausschließlich bewertete DRGs in Betracht, da für die sogenannten unbewerteten DRGs krankenhaushausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 KHG zu vereinbaren sind. Das aG-DRG-System 2020 enthielt 1.242 dieser mit einem Relativgewicht versehenen DRGs, wovon 1.023 Teil einer gesplitteten Basis-DRG waren. Da bei einem DRG-Split jeweils nur die zuerst abgefragte DRG mit dem Kostenunterschied zur darunterliegenden in die Analyse eingeht (bei einer vierfach gesplitteten Basis-DRG werden also drei Werte analysiert), ergeben sich 697 zu analysierende Splits. Ohne die „Sondertatbestände“ verbleiben **393** DRGs in der ersten Analyse. Für diesen deutlichen Rückgang der Zahl der untersuchten DRGs ist in erster Linie die hohe Zahl der Kinder-DRGs verantwortlich. Darüber hinaus wurde die Betrachtung erweitert um einige DRGs, die nicht zu einer Basis-DRG gehören, aber dennoch aufgrund ihrer inhaltlichen Nähe als Split angesehen werden können („virtuelle Basis-DRGs“). Bei der Interpretation der Kostenunterschiede zwischen den jeweiligen DRGs ist neben der absoluten auch immer die relative Größenordnung zu betrachten. Auch die Fallzahlen der einzelnen DRGs (vollstationär in den Daten gem. § 21 KHEntgG der Jahre 2018 und 2019) fließen in die Betrachtung mit ein.

Abbildung 41 zeigt die absolute und relative Größenordnung der betrachteten Splits. Dabei wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit alle absoluten Kostenunterschiede > 10.000 € als genau 10.000 € gewertet:

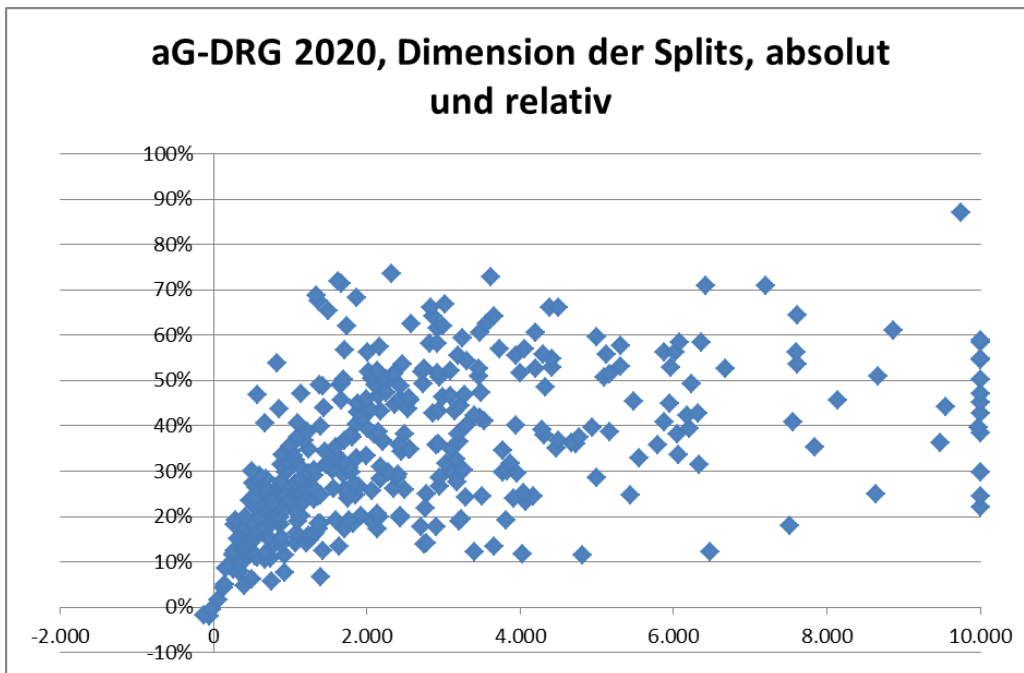


Abbildung 41: Absolute und relative Kostenunterschiede (Inlier) zwischen den betrachteten DRG-Splits

Es fällt auf, dass die Anzahl von DRG-Splits mit geringem Erlösdelta zwischen den analysierten DRGs relativ klein ist, ebenso wie die zugehörige Fallzahl. Zur Verdeutlichung dieser Ergebnisse dient die tabellarische Darstellung, wobei eine Einteilung des Erlösdelts in 10%-Schritten vorgenommen wurde:

Erlösdelta	Anzahl DRGs	Fallzahl aG-DRG 2020 in Daten gem. § 21 KHEntgG des Jahres 2019	Prozent
unter 10%	16	235.071	5%
10% bis 19%	77	1.330.347	30%
20% bis 29%	89	954.601	21%
30% bis 39%	75	503.399	11%
40% und mehr	136	1.470.589	33%
Gesamtergebnis	393	4.494.007	100%

Tabelle 29: Relative Kostenunterschiede zwischen den betrachteten DRG-Splits mit Fallzahlen 2019

Insbesondere die DRG-Splits mit geringem Erlösdelta waren Schwerpunkte der Analysen im Rahmen der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems, da hier das Potential für eine etwaige Pauschalierung am größten erschien. Inhaltlich handelte es sich bei fallzahlstarken DRGs mit einem Erlösdelta von unter 10% beispielsweise um:

- Implantation eines Ereignis-Rekorders vs. Einkammer-Stimulator
- Operative Reste-DRGs mit zumindest teilweise bösartiger Neubildung
- Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls

Ein Beispiel verdeutlicht, welche Kriterien bei der Analyse einer möglichen Kondensation u.a. zu berücksichtigen sind. In der Basis-DRG F03 *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine [...]* wies die DRG F03D, in der ausschließlich Kinder im Alter unter

16 Jahren zusammengefasst sind, noch für das aG-DRG-System 2020 eine höhere Vergütung als die im Algorithmus später abgefragte „Erwachsenen-DRG“ F03E auf. Dies wäre aufgrund der Kostendaten des Jahres 2019 im Fallpauschalen-Katalog 2021 nicht mehr der Fall gewesen, insbesondere für Inlier und Kurzlieger:

Katalogwerte vor Kondensation	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweildauer	Erster Tag mit Abschlag	Bewertungsrelation/Tag	Erster Tag zus. Entgelt	Bewertungsrelation/Tag	eff. RG VWD = 1	eff. RG VWD = 2
F03D Kinder	4,389	8,3	2	0,592	14	0,362	3,205	3,797
F03E	4,840	13,5	3	0,464	24	0,210	3,448	3,912
F03D "neu"	4,655	13,4	3	0,451	24	0,212	3,302	3,753

Tabelle 30: Analyse einer möglichen Kondensation der DRGs F03D und F03E

Um eine aus diesen Daten resultierende Verschlechterung der Erlössituation für die Behandlung von Kindern auszuschließen, wurden beide Fallpauschalen zur „neuen“ DRG F03D mit einer besseren Vergütung für Kinder zusammengefasst.

Die Basis-DRG A13 *Beatmung > 95 Stunden [...]* ist siebenfach differenziert. Anhand der beiden DRGs A13F und A13G soll exemplarisch dargestellt werden, warum in gewissen Fällen Konstellationen, die scheinbar geeignet für eine Kondensation sind, letztlich nicht zusammengefasst werden. Beide DRGs stehen sich nicht nur inhaltlich nahe, sie weisen zudem sehr ähnliche Kosten bzw. Relativgewichte auf. Neben diesem geringen Unterschied von nur etwa 4% ist die unterschiedliche untere Grenzverweildauer aufgrund der DRG-Definition (*Beatmung > 95 Stunden [...]*) praktisch nicht relevant. Allerdings wurde an dieser Stelle auf eine Kondensation dieser DRGs verzichtet, da sich beide bezüglich der Langlieger-Vergütung deutlich unterscheiden.

DRG	Relativgewicht Hauptabteilung	mittlere VWD	1.Tag mit Abschlag	1.Tag mit Zuschlag	OGV-Zuschlag
A13F	3,392	12,5	3	26	0,173
A13G	3,266	15,8	4	32	0,133

Tabelle 31: Analyse einer möglichen Kondensation der DRGs A13F und A13G

Den letztlich durchgeführten Kondensationen lagen im Wesentlichen drei verschiedene Ursachen zugrunde. Der ganz überwiegende Teil wurde wegen eines geringen oder nicht mehr existierenden Kostenunterschieds durchgeführt. Ein weiterer Grund war die bereits beschriebene Kondensation zur Vermeidung einer verschlechterten Erlössituation für die stationäre Behandlung von Kindern im aG-DRG-System. An zwei Stellen des Algorithmus war das Zusammenlegen von DRGs fallzahlbedingt. Ein Beispiel hierfür sind Organtransplantationen. Diese komplexen Eingriffe werden nur von wenigen hochspezialisierten Zentren erbracht und sind dementsprechend selten. In den Kalkulationsdaten des Jahres 2019 waren die Fallzahlen innerhalb der Basis-DRG A05 *Herztransplantation* so klein, dass die vormals differenzierte DRG zu einer Fallpauschale zusammengefasst werden musste. Diese Kondensation ermöglichte die Kalkulation eines sachgerechten Relativgewichts für diese Fälle. Tabelle 32 zeigt die DRGs, die im Rahmen der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für 2021 kondensiert wurden.

	DRG 1		DRG 2	Grund für die Kondensation
A05A	Herztransplantation [...]	A05B	Herztransplantation [...]	Sehr kleine Fallzahl
B04C	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen [...]	B04D	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen [...]	Geringer oder fehlender Kostenunterschied
C02B	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung	C03A	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie oder Entfernung des Augapfels [...]	Geringer oder fehlender Kostenunterschied
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals [...]	D60B	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals [...]	Geringer oder fehlender Kostenunterschied
E01C	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax [...]	E05C	Andere große Eingriffe am Thorax [...]	Geringer oder fehlender Kostenunterschied
F03D	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine oder pulmonale Endarteriektomie [...]	F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine oder pulmonale Endarteriektomie [...]	Vermeidung einer Schlechterstellung von Kindern
F12F	Implantation eines Herzschrittmachers [...]	F12G	Implantation eines Herzschrittmachers [...]	Geringer oder fehlender Kostenunterschied
F27A	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen [...]	F27B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen [...]	Geringer oder fehlender Kostenunterschied
F67A	Hypertonie [...]	F67B	Hypertonie [...]	Sehr kleine Fallzahl
G21A	Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum [...]	G21B	Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum [...]	Vermeidung einer Schlechterstellung von Kindern
H09B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen [...]	H09C	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen [...]	Geringer oder fehlender Kostenunterschied
I60Z	Frakturen am Femurschaft, Alter < 3 Jahre	I72Z	Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit äußerst schweren oder schweren CC oder Frakturen am Femurschaft, Alter > 2 Jahre	Vermeidung einer Schlechterstellung von Kindern
J07B	Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknoten-exzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung [...]	J07C	Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknoten-exzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung [...]	Geringer oder fehlender Kostenunterschied
K63C	Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre	K63D	Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre	Vermeidung einer Schlechterstellung von Kindern
L08A	Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter < 6 Jahre	L08B	Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter > 5 Jahre	Vermeidung einer Schlechterstellung von Kindern
L63A	Infektionen der Hamorgane [...]	L63C	Infektionen der Hamorgane [...]	Vermeidung einer Schlechterstellung von Kindern
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane [...]	M60C	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane [...]	Geringer oder fehlender Kostenunterschied
O01E	Sectio caesarea oder Thromboembolie während der Gestationsperiode mit OR-Prozedur [...]	O01F	Sectio caesarea oder Thromboembolie während der Gestationsperiode mit OR-Prozedur [...]	Geringer oder fehlender Kostenunterschied
O01G	Sectio caesarea oder Thromboembolie während der Gestationsperiode mit OR-Prozedur [...]	O01H	Sectio caesarea oder Thromboembolie während der Gestationsperiode mit OR-Prozedur [...]	Geringer oder fehlender Kostenunterschied
R63F	Andere akute Leukämie [...]	R63G	Andere akute Leukämie [...]	Geringer oder fehlender Kostenunterschied
Z64B	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung oder Radiojoddiagnostik [...]	Z64C	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung oder Radiojoddiagnostik [...]	Geringer oder fehlender Kostenunterschied

Tabelle 32: Kondensierte DRGs im aG-DRG-System 2021 (fett gedruckte DRGs bleiben bestehen)

Bereits im Vorjahr hat eine Verringerung der Anzahl von DRGs – wenn auch vornehmlich im Zuge der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten – stattgefunden. Dabei wur-

den 15 DRGs aufgrund eines fehlenden Kostenunterschieds und weitere 17 DRGs zur Vermeidung einer Schlechterstellung von Kindern gestrichen. Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung fallen im aG-DRG-System 2021 – obwohl unter Berücksichtigung aller oben genannten Faktoren mit Augenmaß vorgegangen wurde – durch Kondensationen weitere 21 DRGs weg. Systemweit verbleiben nur noch sieben Fallpauschalen mit einem Kostenunterschied von weniger als $\pm 10\%$ und weniger als ± 500 € zur „nächsten“ DRG. Bei sechs dieser DRGs liegen massive Unterschiede bezüglich der unteren bzw. oberen Grenzverweildauer vor, eine DRG unterscheidet sich um rund 40% bezüglich der Langlieger-Zuschläge.

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

3.3.6.1 Anpassungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen

Die ab 1. Januar 2021 gültige ICD-10-GM Version 2021 enthält insgesamt 13.800 terminale Codes und somit 61 Codes mehr als die ICD-10-GM Version 2020 (13.739). Über 98% dieser Codes (13.651) unterscheiden sich weder hinsichtlich des Codes noch hinsichtlich des zugehörigen Textes gegenüber dem Vorjahr.

Der OPS Version 2021 enthält insgesamt 32.753 terminale Codes. Das sind 645 Codes mehr als im OPS Version 2020 (32.108). Die Mehrzahl der Codes (31.482, 96%) zeigt ebenfalls keinen Unterschied zum Vorjahr in Bezug auf den Code und die Leistungsbeschreibung.

Die Weiterentwicklung der Klassifikationen ICD-10-GM und OPS ist Aufgabe des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), das in seinem jährlichen Revisionsverfahren auch Änderungsvorschläge annimmt. Die im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2021 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 2021 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 2021 im OPS zu finden sind, wie z.B. Codes aus 6-00a.1 *Applikation von Medikamenten, Liste 10: Atezolizumab, parenteral* zur Definition der Dosisklassen beim Zusatzentgelt ZE2021-184 *Gabe von Atezolizumab, parenteral*.

Darüber hinaus wurden neue Codes zur Abbildung von Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG in den OPS Version 2021 aufgenommen. Dies unterstützt einerseits die Detektion von Fällen für die Abrechnung vereinbarter NUB-Leistungen. Andererseits ermöglicht es in Zukunft Analysen zur Eingliederung dieser Leistungen in das G-DRG-System. Ein Beispiel ist die Einführung des neuen Codes 5-125.42 *Hornhauttransplantation und Keratoprothetik: Insertion einer Keratoprothese: Ohne biologische Beschichtung, patientenindividuell*. Der neue Code ermöglicht zukünftig die spezifische Abbildung und Analyse der NUB-Leistung „Boston-Keratoprothese“.

Entsprechend der Vorgehensweise in den Vorjahren wurden auch für 2021 bestehende ICD-Kodes differenziert bzw. neue ICD-Kodes etabliert, um Unterschiede in Aufwand und Ablauf von Behandlungen darstellbar zu machen. So wurde ein neuer 4-Steller zur spezifischen Kodierung einer toxischen Enzephalopathie unter Immuntherapie für die Zwecke des aG-DRG-Systems eingeführt: G92.0 *Toxische Enzephalopathie unter Immuntherapie* bzw. G92.9 *Sonstige und nicht näher bezeichnete toxische Enzephalopathie*. Auf diese Weise besteht zukünftig die Möglichkeit, Fälle mit der Diagnose G92.– *Toxische Enzephalopathie* aufwandsentsprechend abzubilden.

3.3.6.2 Überleitung auf die ab 1. Januar 2021 gültigen Versionen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen

Die Datenbasis, die der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2021 zugrunde liegt, beruht auf medizinischen Daten des Jahres 2019 (Datenjahr 2019). Die Diagnosen wurden dementsprechend mit der ICD-10-GM Version 2019 und die Prozeduren mit dem OPS Version 2019 kodiert.

Nach Abschluss der Weiterentwicklung für das Jahr 2021 stand zunächst die aG-DRG-Version 2019/2021 zur Verfügung. Diese Version stellt die erste Übergangsversion dar, die den G-DRG-Algorithmus des Jahres 2021 anhand der im Datenjahr 2019 gültigen Diagnose- und Prozedurenkodes definiert. Zur Nutzung des aG-DRG-Systems 2021 für die Gruppierung im Jahr 2021 mit den dann gültigen Leistungsbezeichnern waren zwei Überleitungen des Systems notwendig.

In einem ersten Schritt wurde das aG-DRG-System 2019/2021 auf das aG-DRG-System 2020/2021 übergeleitet. Die für diesen Zweck notwendige Überleitung der Diagnose- und Prozedurenkodes wurde ausgehend von den Überleitungstabellen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zur Verfügung gestellt wurden, durchgeführt. Anhand dieser Informationen konnte jedem der im Jahr 2020 gültigen Diagnosen- oder Prozedurenkodes eine Funktion im Gruppierungsalgorithmus zugewiesen werden, typischerweise die, die sein „Vorgängerkode“ in der Version 2019 der ICD- bzw. OPS-Klassifikationen im Rahmen der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für 2021 erhalten hatte. Dabei wurden textliche, inhaltliche und formale Änderungen der Codes sowie Änderungen der Kodierrichtlinien berücksichtigt. Auf diese Weise entstand die aG-DRG-Version 2020/2021. Die umfangreichen Änderungen und Anpassungen, die für diese Version notwendig waren, entsprechen weitestgehend den Änderungen, die bei der Überleitung der Übergangsversion 2019/2020 auf die aG-DRG-Version 2020 vorgenommen wurden. Diese sind auch im Abschlussbericht für das Jahr 2020 dargestellt.

Im zweiten Schritt wurde, analog zu diesem Vorgehen, die aG-DRG-Version 2020/2021 auf die aG-DRG-Version 2021 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 2021 auf Basis der Leistungsdaten der Jahre 2019 bzw. 2020 zu führen. Zu diesem Zweck erfolgt eine möglichst frühzeitige Grupper-Zertifizierung, und die entsprechenden Definitionshandbücher werden bereits vor Veröffentlichung der aG-DRG-Version 2021 auf der Homepage des InEK zur Verfügung gestellt. Dabei sollten die für diesen Zweck ebenfalls auf der Internetseite des InEK veröffentlichten „Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung“ berücksichtigt werden.

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

3.3.6.3 Behandlung nicht identischer Codes mit „Vorgängerkode“

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

- Klassifikatorische Überleitung
- Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

Diese Varianten werden im Folgenden anhand von Beispielen erläutert.

Klassifikatorische Überleitung

Im Rahmen der klassifikatorischen Überleitung wird den Codes, die im Jahr 2021 Gültigkeit erhalten, die Funktion zugewiesen, die ihr „Vorgängerkode“ in der Version 2020/2021 hatte. Typischerweise kommt dies bei einer Ausdifferenzierung von Codes vor.

So wird beispielsweise den für das Jahr 2021 neu etablierten fünfstelligen Codes für *Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Arterien und Arteriolen* I77.8- die Funktion des im Jahr 2020 gültigen vierstelligen Codes I77.8 *Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Arterien und Arteriolen* zugewiesen (siehe Tab. 33).

Alter Kode (ICD-10-GM Version 2020)	Neue Codes (ICD-10-GM Version 2021)
I77.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Arterien und Arteriolen	I77.80 Penetrierendes Aortenulkus [PAU] I77.88 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Arterien und Arteriolen

Tabelle 33: Differenzierung des ICD-Kodes I77.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Arterien und Arteriolen

Die neuen Codes wurden gemäß der Überleitungstabelle des BfArM auf den Vorgängerkode I77.8 übergeleitet. Konkret bedeutet dies für das aG-DRG-System 2021:

In jeder Tabelle des aG-DRG-Systems 2020/2021, in welcher der alte ICD-10-Kode I77.8 verzeichnet ist, wurden für das aG-DRG-System 2021 jeweils die neuen Codes an dessen Stelle eingetragen. In diesem Fall sind die folgenden Tabellen davon betroffen:

- Tabellen der gültigen Diagnose- und Hauptdiagnosekodes
- Hauptdiagnostentabelle der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*
- Tabelle „Periphere Gefäßkrankheiten“ der Basis-DRG F65
- Tabelle „Komplexe periphere Gefäßkrankheiten“ der DRG F65A

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

Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

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

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

Im Prozeduren-Katalog 2021 wurde ein Kode für die *Endoskopische Rekonstruktion der Ösophaguspassage im kombinierten antegrad-retrograden Verfahren* (5-42a.1) neu etabliert. Laut klassifikatorischer Überleitung des BfArM sollte dieser neue OPS-Kode auf den unspezifischen Kode („Sonstige“) für *Andere Operationen am Ösophagus: Sonstige* übergeleitet werden. Dies würde in der Gruppierung der entsprechenden Fälle bedeuten, dass diese Leistungen – im Gegensatz zu „einfachen“ Exzisionen an dieser Lokalisation – nicht in einer der interventionellen Basis-DRGs wie z.B. G46 oder G47 abgebildet werden. Um zu gewährleisten, dass zukünftig eine Eingruppierung analog zu Codes erfolgt, die beispielsweise eine endoskopische Exzision ohne weitere Maßnahmen oder „Sonstige“ beschreiben, wurde von der klassifikatorischen Überleitung des BfArM abgewichen. Im Ergebnis wurde der neue Kode 5-42a.1 auf den Kode 5-422.2x *Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus: Exzision, endoskopisch: Sonstige* übergeleitet und wird damit in der aG-DRG-Version 2021 bei bestimmten Fallkonstellationen in einer interventionellen Basis-DRG der MDC 06 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 2021 wird dies anhand von folgendem Beispiel erläutert:

Im OPS Version 2021 wurde der Kode für die *Komplexe Diagnostik bei Leukämien: Komplexe Diagnostik mit HLA-Typisierung* (1-941.1) gestrichen. Gleichzeitig wurde ein neuer Codebereich für die *Hochauflösende HLA-Typisierung [Zweifeldauflösung] mit Bestimmung von HLA-A, HLA-B, HLA-C, HLA-DR und HLA-DQ* (1-941.3) etabliert, der

danach unterscheidet, ob die Untersuchung beim Patienten selber oder bei einem oder mehreren Verwandten vorgenommen wird. In der aG-DRG-Version 2020/2021 ist der Kode 1-941.1 in Abhängigkeit vom Alter in den DRGs R60A *Akute myeloische Leukämie [...]* bzw. R60B sowie in der DRG R60C gruppierungsrelevant. Ab 2021 ist diese Leistung mit zwei Kodes zu verschlüsseln. Um eine geänderte Gruppierung durch Änderung der Kodierung einer komplexen Diagnostik bei Leukämie mit HLA-Typisierung zu vermeiden, wurde nach der Überleitung die Definition der DRGs R60A bzw. R60B und R60C in der Weise angepasst, dass die Kombination der beiden Kodes 1-941.0 *Komplexe Diagnostik bei myeloischen und lymphatischen Neoplasien: Komplexe Diagnostik* und 1-941.30 *Hochauflösende HLA-Typisierung [Zweifeldauflösung] mit Bestimmung von HLA-A, HLA-B, HLA-C, HLA-DR und HLA-DQ: Beim Patienten* analog der Eingruppierung in der aG-DRG-Version 2020/2021 in die DRGs R60A bzw. R60B und R60C führt. Innerhalb der MDC 17 wurde somit eine vollständig kongruente Anpassung zwischen Kalkulations- und Abrechnungsjahr erreicht.

3.3.6.4 Behandlung nicht identischer Kodes ohne „Vorgängerkode“ (neue Kodes)

Für neu in die ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen aufgenommene Kodes, für die keine Überleitungsempfehlung des BfArM vorlag, bestanden verschiedene Varianten der Berücksichtigung im aG-DRG-System 2021:

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

Diese Varianten werden im Folgenden anhand von Beispielen erläutert.

Die Kodes werden nicht berücksichtigt

Dies stellt das typische Vorgehen bei der Aufnahme neuer Leistungsbereiche in den OPS oder bei Erweiterung des Anwendungsbereichs eines alten Kodes auf den Geltungsbereich des G-DRG-Systems dar. Weil Kosteninformationen zu Verfahren bzw. Diagnosen fehlen, die im Jahr der Kalkulationsdatenerhebung noch nicht kodierbar waren, ist eine Bewertung dieser Leistungen in der Regel nicht möglich. Aktuelles Beispiel ist der in den OPS Version 2021 neu aufgenommene Kode für die *Messung des fraktionierten exhalierten Stickstoffmonoxids [FeNO]* (1-716). Dieser Kode ist im aG-DRG-System 2021 gültige Prozedur ohne Gruppierungsrelevanz.

Grundsätzlich ist eine generelle Nichtberücksichtigung im G-DRG-System nur bei OPS-Kodes 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 2021 neue Kode für die Kodierung einer *Degeneration der Makula und des hinteren Poles, nicht näher bezeichnet* (H35.39). Dieser neue Kode wurde auf den Diagnosekode *Sonstige Degeneration der Makula und des hinteren Poles* (H35.38) übergeleitet

und damit den Hauptdiagnosen der MDC 02 zugeordnet. Die gewählte Überleitung orientiert sich dabei an der sachgerechten Eingruppierung im G-DRG-System und stellt keine inhaltliche Zuordnung dar.

Die Kodes werden anhand ergänzender Informationen einzelnen DRGs zugeordnet

In den Jahren 2020 oder 2021 neu etablierte ICD-10- und OPS-Kodes sind in den regulären Kalkulationsdaten, die dem InEK bei der Entwicklung des aG-DRG-Systems 2021 vorliegen, nicht vorhanden. Es ist in bestimmten Fällen jedoch möglich, diese über eine zusätzliche Datenerhebung oder mittels Hilfskonstrukten auf Basis verfügbarer Kodes im Rahmen der Kalkulation zu untersuchen und ggf. dennoch eine Zuordnung zu einer DRG zu erreichen. Bei der Entwicklung des Systems 2021 wurde keine Zuordnung im Gruppierungsalgorithmus allein aufgrund dieser zusätzlich erhobenen Informationen umgesetzt.

Die Kodes werden inhalts- oder aufwandsähnlichen alten Kodes zugeordnet

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

Generell ist die hier beschriebene Konstellation eher selten und im Rahmen der Überleitung auf die aG-DRG-Version 2021 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 Zusatzkodes wird bei der klassifikatorischen Überleitung des BfArM standardmäßig kein Vorgängerkode definiert. Diese Kodes werden im G-DRG-System in der Form übergeleitet, dass sie gültige Prozeduren ohne Gruppierungsrelevanz sind. In der Regel werden diese Kodes zusätzlich zu Prozeduren verschlüsselt, die im G-DRG-System bereits für die Definition von DRGs verwendet werden.

3.3.7 Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien

Im Rahmen der diesjährigen Überarbeitung der Deutschen Kodierrichtlinien wurde eine weitere Konsolidierung im Sinne von Klarstellungen vorgenommen. Zusätzlich zur Klarstellung und redaktionellen Anpassung einzelner Kodierrichtlinien wurde der Anhang C in den Kodierrichtlinien etabliert, der Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen nach § 19 KHG enthält, die bis einschließlich 19. August 2020 auf den Internetseiten des Schlichtungsausschusses veröffentlicht wurden. Weitere Informationen zum Schlichtungsausschuss enthält Kapitel 3.3.8.

Im Folgenden einige Beispiele für Änderungen/Klarstellungen:

- DKR P005t: In den Tabellen 1 und 2 dieser Kodierrichtlinie sind beispielhaft Prozeduren aufgeführt, die jeweils nur einmal pro stationärem Aufenthalt zu ko-

dieren sind. Tabelle 2 enthält konkret die Prozeduren, die jeweils nur einmal pro stationärem Aufenthalt als Summe zu kodieren sind, allerdings waren nicht alle Codes in den jeweiligen Codebereichen auch Summencodes. Die Zuordnung von Codes zu diesen beiden Tabellen wurde dementsprechend überarbeitet und konkretisiert.

- DKR 1603t: Der Absatz „Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen“ wurde gestrichen. Der hier beregelte Code 8-720 *Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen* ist im G-DRG-System nicht mehr gruppierungsrelevant. Zukünftig sind für die Kodierung die Regelungen der Kodierrichtlinie P001 *Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren* zu beachten.
- DKR 1910t: In dieser Kodierrichtlinie wird u.a. die Kodierung von chronischen Rückenmarksverletzungen geregelt. In Beispiel 3 wurde die Anmerkung zur Kodierung einer neurogenen Blasenfunktionsstörung an die Hinweise in der ICD-10-GM unter dem Codebereich G83.4- *Cauda-(equina-)Syndrom* und den für 2021 neu etablierten Hinweis unter G95.8- *Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Rückenmarkes* angepasst und damit klargestellt, dass bei Vorliegen eines Cauda- (equina-) Syndroms mit neurogener Blasenfunktionsstörung der zutreffende Code aus G83.4- zusammen mit dem zutreffenden Code aus G95.8- angegeben wird.

In Anhang B der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2021 sind ausführliche Informationen zu den durchgeführten Änderungen zusammengestellt.

3.3.8 Schlichtungsausschuss

Mit Inkrafttreten des MDK-Reformgesetzes am 1. Januar 2020 wurde § 19 „Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen“ in das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz KHG) 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, von dem Verband der Privaten Krankenversicherung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, den Landeskrankenhausgesellschaften, den Krankenkassen, den Krankenhäusern, den Medizinischen Diensten, den mit Kodierung von Krankenhausleistungen befassten Fachgesellschaften, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem unparteiischen Vorsitzenden angerufen werden.

Gem. § 19 Abs. 5 KHG entscheidet der Schlichtungsausschuss bis zum 31. Dezember 2020 über die 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). Am Stichtag 31. Dezember 2019 sind 69 Kodierempfehlungen strittig. Für 67 dieser Kodierempfehlungen wurden von den Vertragsparteien gemeinsam konsentierete Lösungsvorschläge zu den einzelnen Kodierfragen als Antrag zur Beschlussfassung vorgelegt und vom

Schlichtungsausschuss entschieden. Die Entscheidungen zu den 69 Kodierempfehlungen wurden auf der Internetseite des Schlichtungsausschusses unter www.schlichtungsausschuss-19khg.de veröffentlicht. Zusätzlich wurden Entscheidungen, die bis einschließlich 19. August 2020 veröffentlicht wurden, in einen neu etablierten Anhang C der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2021 aufgenommen.

Gem. § 19 Abs. 6 KHG gelten Entscheidungen des Schlichtungsausschusses als Kodierregeln. Ebenso können sie die bisher praktizierte Kodierung von Fällen und damit auch deren Eingruppierung beeinflussen. Daher wurden die Auswirkungen einer Entscheidung auf die Kodierung und auf die Eingruppierung der betroffenen Fälle im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für 2021 geprüft. Dabei wird auch geprüft, ob die aktuelle Eingruppierung der betroffenen Diagnosen/Prozeduren noch gerechtfertigt ist.

So war beispielsweise bei der Kodierempfehlung 598 (Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen) die Frage strittig, ob bei Zustand nach Nierentransplantation im Fall einer Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates (T86.10 *Akute Funktionsverschlechterung [...]*) zusätzlich der Kode Z94.0 *Zustand nach Nierentransplantation* angegeben werden kann, der die Information, dass es sich bei dem jeweiligen Fall um einen „Zustand nach Organtransplantation“ handelt, bereits enthält. In der aG-DRG-Version 2020 sind in einigen DRGs die Codes aus Z94.- *Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation* gruppierungsrelevant, die Codes, die das Versagen eines Transplantats beschreiben, jedoch nicht. Gemäß Entscheidung des Schlichtungsausschusses wird zukünftig Z94.0 zusätzlich verschlüsselt. Die Kodierung der betroffenen Fälle zeigte, dass vielfach schon beide Diagnosen angegeben wurden. Für die aG-DRG-Version 2021 wurde die Abbildung der Diagnosen aus Z94.- umfassend geprüft, was zu einer aufwandsgerechten Neuuzuordnung sowohl im Sinne einer Streichung als auch Abwertung der Codes aus Z94.- führte. In zahlreichen DRGs wurden auch Diagnosen für das Versagen eines Transplantats aufgenommen und damit Codes aus Z94.- gleichgestellt.

Im Fall der Kodierempfehlung 262 (Frühgeborenes, Neugeboreneninfektion, Behandlung, prophylaktische) war die Frage strittig, ob bei einem Früh- oder Neugeborenen mit Verdacht auf eine Neugeboreneninfektion bei prophylaktischer antibiotischer Behandlung zusätzlich der Kode Z29.21 *Systemische prophylaktische Chemotherapie* angegeben werden kann. In der MDC 15 *Neugeborene* wurde die Diagnose Z29.21 als „anderes Problem“ des Neugeborenen gewertet und führte in zahlreichen konservativen Basis-DRGs zur Aufwertung, bei neugeborenen Einlingen mit einem Aufnahmegewicht ab 2.500 g z.B. von der DRG P67E *Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 [...], ohne anderes Problem oder [...]* in die DRG P67C *Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g [...], mit anderem Prob., mehr als ein Belegungstag oder mit nicht sig. OR-Proz., neugeb. Einling*. Gemäß Entscheidung des Schlichtungsausschusses wird zukünftig Z29.21 *Systemische prophylaktische Chemotherapie* zusätzlich verschlüsselt. Im Rahmen der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems wurde die Abbildung der Diagnose Z29.21 in der MDC 15 geprüft. Als Ergebnis stellt dieser Kode ab 2021 kein „anderes Problem“ des Neugeborenen mehr dar, da dieser nicht mit höheren Kosten verbunden war. Bei Neugeborenen ab einem Aufnahmegewicht von 2.500 g, die der Basis-DRG P67 zugeordnet werden, führt die Diagnose Z29.21 zukünftig in die DRG P67D *[...] oder best. Diagnose beim Neugeborenen oder neugeborener Mehrling*.

3.4 Statistische Kennzahlen

3.4.1 Wesentliche Ergebnisse und Änderungen zum Vorjahr

3.4.1.1 Erweiterung und Umbau der Fallgruppen

Das aG-DRG-System 2021 umfasst insgesamt 1.285 DRGs. Einen Überblick über die Veränderungen im Vergleich zum aG-DRG-System 2020 gibt Tabelle 34:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
aG-DRG-System 2021	1.285	- 7
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.228	- 17
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	42	± 0
davon rein teilstationäre DRGs	15	+ 10
davon bewertet (Anlage 1c)	2	± 0
davon explizite Ein-Belegungstag-DRGs	23	- 1
davon implizite Ein-Belegungstag-DRGs	384	- 3

Tabelle 34: Überblick über das aG-DRG-System 2021

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

Im Zusatzentgelte-Katalog (FPV 2021 Anlage 2) werden 81 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 83) aufgeführt. Die Anzahl der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (FPV 2021 Anlage 4) liegt bei 145 (Vorjahr: 135).

3.4.1.2 Nicht bewertete DRGs

Im aG-DRG-System 2021 ist die Anzahl der als „nicht pauschalierbar“ dargestellten DRGs gegenüber dem aG-DRG-System 2020 mit 42 DRGs unverändert.

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

Die im Vergleich zum Vorjahr unveränderte kritische Gesamtwürdigung kalkulationsrelevanter Aspekte führte im aG-DRG-System 2021 dazu, dass sich die 42 in Anlage 3a der FPV 2021 aufgeführten Fallpauschalen aufgrund der Verletzung eines oder mehrerer kalkulationsrelevanter Kriterien als „nicht pauschalierbar“ darstellten.

3.4.1.3 Zusatzentgelte

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

Die Untersuchungsmethodik blieb gegenüber dem Vorjahr unverändert. Die von den Kalkulationskrankenhäusern bereitgestellten Kostendaten und ergänzenden Fallinformationen bildeten die Grundlage für die Definition und Bewertung der Zusatzentgelt-Leistungen. Die Anzahl der Zusatzentgelte des aG-DRG-Systems 2021 im Vergleich zum aG-DRG-System 2020 ist in Tabelle 35 vergleichend dargestellt.

	aG-DRG-System 2020	aG-DRG-System 2021
Mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte		
Operative, interventionelle und diagnostische Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	37	38
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	40	39
Besondere Behandlungsformen	6	4
Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG		
Operative, interventionelle und diagnostische Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	45	47
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	85	92
Besondere Behandlungsformen	5	6
Gesamt	218	226

Tabelle 35: Vergleich der Anzahl der Zusatzentgelte im aG-DRG-System 2020 und 2021

Im Bereich der besonderen Behandlungsformen wurden die bewerteten Zusatzentgelte für die *Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen (ZE130)* und die *Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen (ZE131)* gestrichen. Dies erfolgte im zweiten Jahr mit Ausgliederung der Pflegepersonalkosten in Übereinstimmung mit einer Entscheidung der Selbstverwaltungspartner sowie der Streichung der entsprechenden Codes im OPS Version 2021.

Weiterhin bleiben für besondere Behandlungsformen nachfolgende Zusatzentgelt-Leistungen bestehen: die *Palliativmedizinische Komplexbehandlung (ZE60)*, die *Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (ZE145)*, *Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (Anhang 1 Tabelle 1) (ZE162)*, *Erhöhter*

Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (Anhang 1 Tabelle 2) (ZE163) (jeweils mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte) sowie die *Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung* (ZE2021-26), die *Versorgung von Schwerstbehinderten* (ZE2021-36), die *Naturheilkundliche Komplexbehandlung* (ZE2021-40), die *Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst* (ZE2021-133) und die *Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen externen Palliativdienst* (ZE2021-134) (jeweils Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG).

Auf Basis des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (IPReG) wurde ein Zusatzentgelt für die *Längerfristige Beatmungsentwöhnung* (ZE2021-190) in Anlage 4 und 6 aufgenommen. Dieses neue Zusatzentgelt ist definiert über die im OPS Version 2021 definierten OPS-Kodes für *Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit* (8-718.8*) und *auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit* (8-718.9*).

Bei der Bewertung einiger Leistungen aus den Anlagen 2 und 5 wurden in der Vergangenheit auch die Kosten für die Pflege berücksichtigt. Aufgrund der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System erfolgte auch für 2021 die Kalkulation für diese bewerteten Zusatzentgelte ohne Berücksichtigung der Pflegepersonalkosten. Hiervon betroffen sind u.a. einige Leistungen aus dem Bereich der besonderen Behandlungsformen, wie beispielsweise für die Zusatzentgelte für palliativmedizinische Komplexbehandlung (ZE60) oder erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (ZE162 und ZE163).

Zusatzentgelte Pflegebedürftigkeit ZE162 und ZE163

Erstmals im G-DRG-System 2018 waren die Prozedurenkodes für die Pflegebedürftigkeit eines Patienten (OPS 9-984.*) erlösrelevant: In Abhängigkeit von der DRG wurden dort die beiden Zusatzentgelte ZE162 und ZE163 für Fälle mit Pflegebedürftigkeit (mit Pflegegrad > 2 und einer Verweildauer von mehr als 4 Behandlungstagen) neu etabliert. Im aktuellen Datenjahr 2019 lagen im zweiten Jahr in Folge Fälle mit Kodierung der Pflegebedürftigkeit unter dem Aspekt vor, dass die Kodes im betreffenden Datenjahr erlösrelevant waren. Im Datenjahr 2019 zeigte sich ein deutlicher Fallzahlenanstieg um rund 50% im Vergleich zum Vorjahr.

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

Die Methodik zur Berechnung der Zusatzentgelte ZE162 und ZE163 wurde unverändert übernommen: Die Kalkulation der Zusatzentgelte für Pflegebedürftigkeit ZE162 und ZE163 im aG-DRG-System 2021 bezog sich wie im Vorjahr nur auf den im System verbleibenden Teil der mit Pflege assoziierten Kosten, d.h. auf die Module 1_4a und 1_6a sowie anteilig das Modul 13_2. Dabei wurde die bisherige Berechnungsweise mit bestmöglicher Näherung durch Günstigerprüfung mit Konzentration auf die (Differenzen der) „Pflegekosten“ grundsätzlich beibehalten.

Auch im Jahr 2021 gibt es weiterhin zwei DRG-abhängige Zusatzentgelte („niedriges“ ZE162 und „hohes“ ZE163) für die Pflegebedürftigkeit eines Patienten ab Pflegegrad 3 und einer Verweildauer von mindestens 5 Tagen. Wie im Vorjahr erfolgte eine Anpassung des „Trennwerts“ zwischen hohem und niedrigem Zusatzentgelt für Pflegebedürftigkeit: Der Wert wurde mit 22,50 € (bisher 27,00 €) so gewählt, dass die Erlösvolumina der beiden Zusatzentgelte auf Basis des Datenjahres 2019 etwa gleich groß sind.

Der erhöhte Aufwand für pflegebedürftige Menschen wird damit weiterhin auch mit den Zusatzentgelten ZE162 und ZE163 abgebildet. Bei deutlich gestiegener Fallzahl und weitgehend gleicher Methodik bei der Berechnung ergeben sich im aG-DRG-System 2021 nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten Beträge in Höhe von 15,12 € für ZE162 und 31,30 € für ZE163. Aktualisierte DRG-Listen für die Zuordnung der DRGs zu einem der beiden Zusatzentgelte finden sich im Fallpauschalen-Katalog 2021.

Dialysen

Wie im Vorjahr erfolgte aufgrund der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten die Berechnung der Entgeltbeträge der Zusatzentgelte für Dialyse und verwandte Verfahren (ZE01.01, ZE01.02, ZE02, ZE36, ZE37, ZE61, ZE62, ZE119, ZE120, ZE121, ZE122 und ZE123) ohne Berücksichtigung der Pflegepersonalkosten in der Kostenstellengruppe 3 (Dialyse). Gemäß DRG-Grundlagenvereinbarung erfolgte für diese Zusatzentgelte kein separater Ausweis der aus den Zusatzentgelten ausgegliederten Pflegepersonalkosten. Nach dem Regelwerk zur Berechnung der Zusatzentgelte für Dialyse und verwandte Verfahren wird der Kostenanteil für die nicht medizinische Infrastruktur über einen pauschalen Zuschlag abgebildet.

Aufgrund der geänderten Personalzuordnung vom Funktionsdienst/medizinisch-technischen Dienst zum Pflegedienst zeigten die Daten des Jahres 2019 auch deutliche Kostenverschiebungen in diesen Bereichen. Da wie oben beschrieben die Pflegepersonalkosten aus der Kalkulation der Entgeltbeträge für Dialysen ausgegliedert werden, kommt es für 2021 in Abhängigkeit von der Stichprobenszusammensetzung zu einer zum Teil deutlichen Absenkung der im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesenen Entgeltbeträge für Dialysen.

Für das Zusatzentgelt ZE01.02 *Hämodialyse, intermittierend, Alter < 15 Jahre* entsprach die Datenbasis wie im vergangenen Jahr nicht den Anforderungen des Regelwerks. Zur Vermeidung einer temporären Verschiebung dieser Leistung zwischen Anlage 2 (bewertet) und Anlage 4 (unbewertet) wurde für dieses Zusatzentgelt der Vorjahreswert ausgewiesen. ZE2020-109 *Dialyse mit High-Cut-Off-Dialysemembran* bleibt auch weiterhin ein unbewertetes Zusatzentgelt.

Verfahren

Fälle mit endovaskulärer Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta werden überwiegend in der Basis-DRG F51 abgebildet, zusätzlich kann seit Jahren bei Verwendung von Stent-Prothesen mit Öffnungen zusätzlich zur DRG-Fallpauschale das unbewertete Zusatzentgelt ZE20xx-53 geltend gemacht werden. Für 2020 erfolgte eine Erweiterung des unbewerteten ZE2020-53 für die Implantation von patientenindividuell angefertigten Stent-Prothesen über das seit dem OPS Version 2017 zusätzlich kodierbare Merkmal *patientenindividuell angefertigt* (OPS-Kode 5-38a.w). Damit waren in diesem ZE sowohl Prothesen mit Öffnung (früher „Fenestrierung oder Seitenarm“) enthalten, die individuell oder konfektioniert sein können, wie auch erstmalig patientenindividuell angefertigte Prothesen ohne Öffnung.

Im Vorschlagsverfahren wurde von der Fachgesellschaft und von Krankenkassen thematisiert, dass die konkrete Umsetzung des erweiterten Zusatzentgelts sowohl bei den Verhandlungen vor Ort als auch bei der technisch unterstützten Abrechnung zu Missverständnissen führte. Dies galt insbesondere für die Abrechnung von Fällen mit Implantation von patientenindividuell angefertigten Prothesen mit Öffnung. Diese Fälle tragen bei korrekter Kodierung zwei OPS-Kodes, sollten aber nur einmal das Zusatzentgelt auslösen, da es sich bei Stent-Prothesen mit Öffnungen bis auf wenige Ausnahmen um patientenindividuell angefertigte Prothesen handelt und dies in der Vergangenheit im Allgemeinen schon bei den Vergütungsvereinbarungen Berücksichtigung fand. Zur Klarstellung der beschriebenen Problematik erfolgte den Anregungen aus dem Vorschlagsverfahren folgend für 2021 eine Differenzierung des unbewerteten Zusatzentgelts für Stentgraft-Prothesen an der Aorta in das ZE2021-188 *Patientenindividuell hergestellte Stent-Prothesen an der Aorta, ohne Öffnung* und ZE2021-189 *Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung* (siehe Abb. 42).

2020	Bezeichnung	2021	Bezeichnung
ZE2020-53	<i>Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm oder patientenindividuell angefertigte Stent-Prothese</i>	ZE2021-188	<i>Patientenindividuell hergestellte Stent-Prothesen an der Aorta, ohne Öffnung</i>
		2021	Bezeichnung
		ZE2021-189	<i>Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung*</i>

Abbildung 42: Differenzierung des unbewerteten Zusatzentgelts für die endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta (Wechsel von „Fenestrierung/Seitenarm“ zu „Öffnung“ ist eine rein redaktionelle Änderung im OPS. Prothesen „mit Öffnung“ können weiterhin individuell oder konfektioniert sein)

Das bewertete Zusatzentgelt ZE134 *Verschiedene Harninkontinenztherapien* beinhaltet bestimmte Prozeduren zur adjustierbaren Kontinenztherapie sowie zur Zügeloperation bei Harninkontinenz des Mannes. Analysen in den Daten des Jahres 2019 zeigten für die adjustierbare Kontinenztherapie einen relevanten Anstieg der Implantatkosten im Vergleich zur Zügeloperation, weshalb eine einheitliche Bewertung dieser Verfahren nicht mehr möglich war. Für das aG-DRG-System 2021 erfolgte trotz kleiner Fallzahlen eine Differenzierung des ZE134 in zwei neue bewertete Zusatzentgelte (siehe Abb. 43).

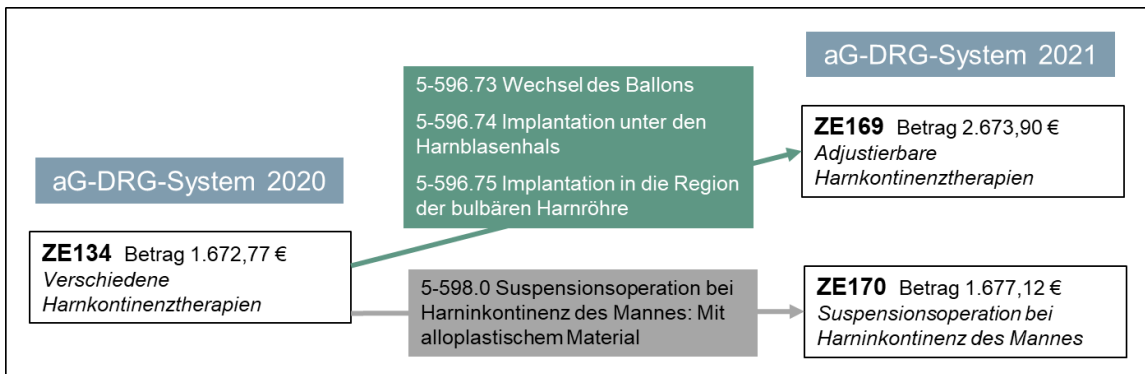


Abbildung 43: Differenzierung des bewerteten Zusatzentgelts für verschiedene Harninkontinenztherapien

Im Bereich der Zusatzentgelte für operative, interventionelle und diagnostische Verfahren konnten nach Anregungen im Vorschlagsverfahren und eingehender Analyse der Kalkulationsdaten zwei Leistungen, die bisher unter NUB-Status 1 eingestuft waren, als unbewertete Zusatzentgelte in den Katalog für 2021 aufgenommen werden (siehe Tab. 36).

NUB-Verfahren	ZE2021	Bezeichnung Zusatzentgelt
Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Holmium-166-markierten Mikrosphären zur Radioembolisation	(Integration in das bestehende) ZE2021-65	Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie [SIRT] mit Yttrium-90- oder Rhenium-188- oder Holmium-166-markierten Mikrosphären
Hypoglossusnerv-Stimulationssystem zur Behandlung des obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms (OSAS)	ZE2021-187	Neurostimulatoren zur Hypoglossusnerv-Stimulation

Tabelle 36: Verfahren, die ab der aG-DRG-Version 2021 als Zusatzentgelt abgebildet werden

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

Medikamente

In die Liste der unbewerteten Zusatzentgelte wurden sechs neue Zusatzentgelte für Medikamente aufgenommen, die für das Jahr 2020 den NUB-Status 1 erhalten hatten (siehe Tab. 37). Die aufgeführten Leistungen erfüllen zwar die Kriterien für eine Zusatzentgelt-Definition, konnten jedoch auf Basis der vorhandenen Daten nicht mit einem Vergütungsbetrag bewertet werden.

Bezeichnung	Zusatzentgelt
Gabe von Ustekinumab, parenteral	ZE2021-181
Gabe von Vedolizumab, parenteral	ZE2021-182
Gabe von Enotuzumab, parenteral	ZE2021-183
Gabe von Atezolizumab, parenteral	ZE2021-184
Gabe von Ocrelizumab, parenteral	ZE2021-185
Gabe von Venetoclax, oral	ZE2021-186

Tabelle 37: 2020 mit Status 1 bewertete Leistungen, die im G-DRG-System 2021 als unbewertete Zusatzentgelte integriert wurden

Für einige bewertete Zusatzentgelte, für die in Deutschland in den vergangenen Jahren jeweils nur ein Präparat zur Verfügung stand, sind aufgrund einer geänderten Patentsituation derzeit bereits weitere Präparate (Generika, Biosimilars) am Markt verfügbar oder werden in naher Zukunft verfügbar sein. Auch in den Daten der unterjährigen Preisabfrage bei den Kalkulationskrankenhäusern wurde für einen Teil der betroffenen Medikamente erkennbar, dass durch den beschriebenen Sachverhalt ein deutlicher Preisrückgang zu erwarten ist. Aufgrund dessen und zur Vermeidung nicht medizinischer Anreize bei der Auswahl von Präparaten wurden die in Tabelle 38 aufgelisteten Zusatzentgelte für das Jahr 2021 in die Liste der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG überführt.

Leistung	ZE (2020)	ZE (2021)
Gabe von Azazytidin, parenteral	ZE124	ZE2021-180

Tabelle 38: Bewertetes Zusatzentgelt für Medikamente, das im aG-DRG-System 2021 in den Katalog der unbewerteten Zusatzentgelte aufgenommen wurde

Für Zusatzentgelte, die bereits für den Katalog 2020 aufgrund der beschriebenen Problematik in die Anlage der unbewerteten Zusatzentgelte überführt worden waren, erfolgte auf Grundlage einer Einigung der Selbstverwaltung eine Erläuterung für die Abrechnung der betroffenen Zusatzentgelte bei weiterhin fehlender Budgetvereinbarung: „Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2021 ist für dieses Zusatzentgelt das bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2021 weiter zu erheben. Bei fehlender Budgetvereinbarung 2020 ist für dieses Zusatzentgelt das bewertete Zusatzentgelt ZE [...] in Höhe von 70 Prozent der im DRG-Katalog 2019 bewerteten Höhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2020 weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.“ Von dieser Regelung betroffen sind die Zusatzentgelte ZE2021-170 Gabe von Bevacizumab, parenteral, ZE2021-171 Gabe von Clofarabin, parenteral, ZE2021-172 Gabe von Posaconazol, oral, Suspension, ZE2021-173 Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten, ZE2021-174 Gabe von Liposomalem Cytarabin, intrathekal, ZE2021-175 Gabe von Filgrastim, parenteral, ZE2021-176, Gabe von Lenograstim, parenteral, ZE2021-177 Gabe von Pegfilgrastim, parenteral, ZE2021-178 Gabe von Lipegfilgrastim, parenteral und ZE2021-179 Gabe von Ofatumumab, parenteral.

Wie in jedem Jahr erfolgte auch im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung eine eingehende Analyse der ergänzenden Daten von Fällen mit einer Medikamentendosierung in der obersten Dosisklasse der entsprechenden bewerteten Zusatzentgelte. Bei einer Leistung zeigten sich dabei deutliche Unterschiede zwischen dem Betrag der oberen Dosisklasse und den mittleren plausiblen Kosten der betroffenen Fälle dieser Klasse. Für das Zusatzentgelt ZE157 *Gabe von Tocilizumab, intravenös* erfolgte auf Basis dieser Ergebnisse eine Erweiterung der Dosisklassen einschließlich der Etablierung entsprechender OPS-Kodes.

Die Gabe von humanem, polyvalentem Immunglobulin umfasst eine Vielzahl von verschiedenen Präparaten und wird seit 2007 über ein bewertetes Zusatzentgelt vergütet: ZE93 *Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent*. Für diese Leistung erfolgt im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung bereits seit einigen Jahren (neben der verabreichten Dosis und der Kosten) eine Abfrage der eingesetzten Präparate auf Fallebene. Bereits Mitte 2018 wurde von Krankenhäusern thematisiert, dass aufgrund zu erwartender Lieferengpässe ab 2019 ein deutlicher Preisanstieg bestimmter Präparate zu erwarten sei. Ein Preisanstieg in den Daten des Jahres 2017 (einschließlich unterjähriger Preisabfrage Anfang 2018) war noch nicht erkennbar. Dementsprechend erfolgte die Kalkulation des ZE93 für den Katalog 2019 nach unveränderter Vorgehensweise mit nahezu unveränderten ZE-Beträgen im Vergleich zum Katalog 2018. Die Vertragsparteien auf Bundesebene einigten sich im Jahr 2018 in einer gemeinsamen Absprache zur Korrektur von Preisentwicklungen beim ZE93: „Die Partner der Absprache überprüfen im Jahr 2020 mit Unterstützung des InEK auf der Grundlage hierzu vorliegender Daten, ob die tatsächlichen Bezugskosten für die maßgeblichen Immunglobuline oberhalb der im Katalog berücksichtigten Beträge lagen. Sofern eine Abbildung über ein bewertetes Zusatzentgelt in der FPV 2021 vorgesehen ist, erfolgt ein prozentualer Bewertungsaufschlag auf die vom InEK vorgesehenen Beträge.“ Des Weiteren wurde vereinbart, dass der Bewertungsaufschlag „in Höhe der prozentualen Differenz zwischen den festgestellten Bezugskosten und der im Katalog berücksichtigten Beträge“ erfolgen sollte und dass der „Bewertungsaufschlag [...] auf eine Höhe von 15% der im Katalog berücksichtigten Beträge für das Jahr 2019 begrenzt“ sein sollte.

Gemäß dem in der gemeinsamen Absprache formulierten Prüfauftrag wurde die Preisentwicklung bei Human-Immunglobulin überprüft und die Kostendaten in der Kalkulationsstichprobe des Datenjahres 2019 mit den berechneten ZE-Beträgen des Katalogs 2019 verglichen. Auf Basis einer guten Datengrundlage wurde im Ergebnis festgestellt, dass die tatsächlichen Bezugskosten für Human-Immunglobulin deutlich oberhalb der im Katalog 2019 berücksichtigten ZE93-Beträge lagen. Damit griff die in der Absprache formulierte Begrenzung des Bewertungsaufschlags auf 15%. Dementsprechend wurden die für den Katalog 2021 kalkulierten ZE-Beträge für das ZE93 angehoben. Die Anhebung entspricht 15% des jeweiligen ZE-Betrags bezogen auf die Fallpauschalenvereinbarung 2019.

Gabe von Blutprodukten

Bei weiterhin unterschiedlichen Kosten für Thrombozytenkonzentrate und Apherese-Thrombozytenkonzentrate enthält der Fallpauschalen-Katalog für 2021 auch zukünftig in Bezug auf Vergütungsbetrag und Einstiegsschwelle unterschiedliche Zusatzentgelte für diese Leistungen: ZE146 *Gabe von Thrombozytenkonzentraten* und ZE147 *Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten* bzw. ZE164 *Gabe von pathogeninaktivierten Thrombozytenkonzentraten* und ZE165 *Gabe von pathogeninaktivierten Apherese-Thrombozytenkonzentraten*.

3.4.2 Analyse des Pauschalierungsgrades

Die Gesamtzahl der DRGs ist in den letzten drei Jahren (G-DRG-System 2019, aG-DRG-Systeme 2020 und 2021) von 1.318 über 1.292 auf 1.285 gesunken. Parallel dazu verläuft die Entwicklung der Anzahl bewerteter DRGs von 1.271 über 1.245 auf 1.228.

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

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

Analyse der Anzahl getroffener DRGs in den Krankenhäusern

Unter Ausblendung derjenigen DRGs, die pro Krankenhaus nur genau ein Mal getroffen werden, zeigt eine Analyse der vollstationären Daten gem. § 21 KHEntgG des Datenjahres 2019, dass die Anzahl der Krankenhäuser, die während eines gesamten Jahres z.B. mehr als 400 verschiedene DRG-Fallpauschalen abrechnen, im Vergleich der G-DRG- bzw. aG-DRG-Systeme nur leicht angestiegen ist. Rund 62% der dem KHEntgG unterliegenden Krankenhäuser rechnen höchstens 400 verschiedene DRG-Fallpauschalen ab (siehe Abb. 44).

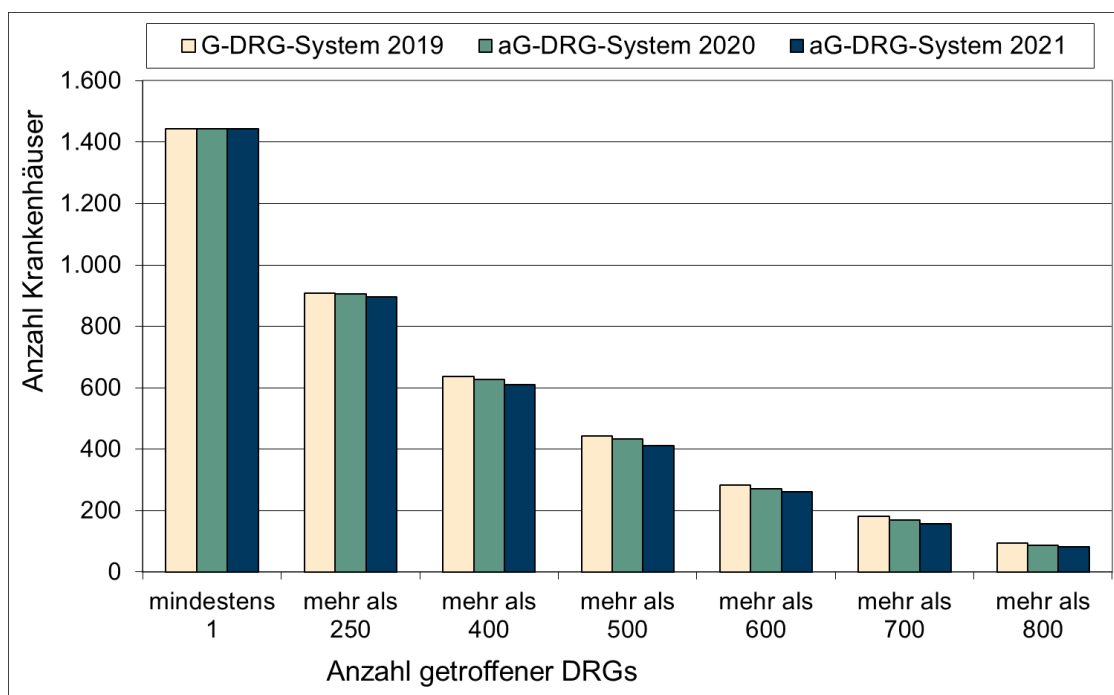


Abbildung 44: Anzahl getroffener DRGs pro Krankenhaus für G-DRG-System 2019 und aG-DRG-Systeme 2020 und 2021, Basis: Vollstationäre Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2019

Analyse des Fallanteils in den am häufigsten getroffenen DRGs

Die Abbildung der 200 fallzahlstärksten DRGs in einer Sättigungskurve zeigt, dass das G-DRG-System einen hohen Grad der Pauschalierung erreicht hat. Bereits die 200 fallzahlstärksten Fallpauschalen bilden rund 75% aller abrechenbaren vollstationären Fälle

ab. Der Grad der Pauschalierung ist im Vergleich der drei untersuchten G-DRG- bzw. aG-DRG-Systeme in etwa gleich (siehe Abb. 45).

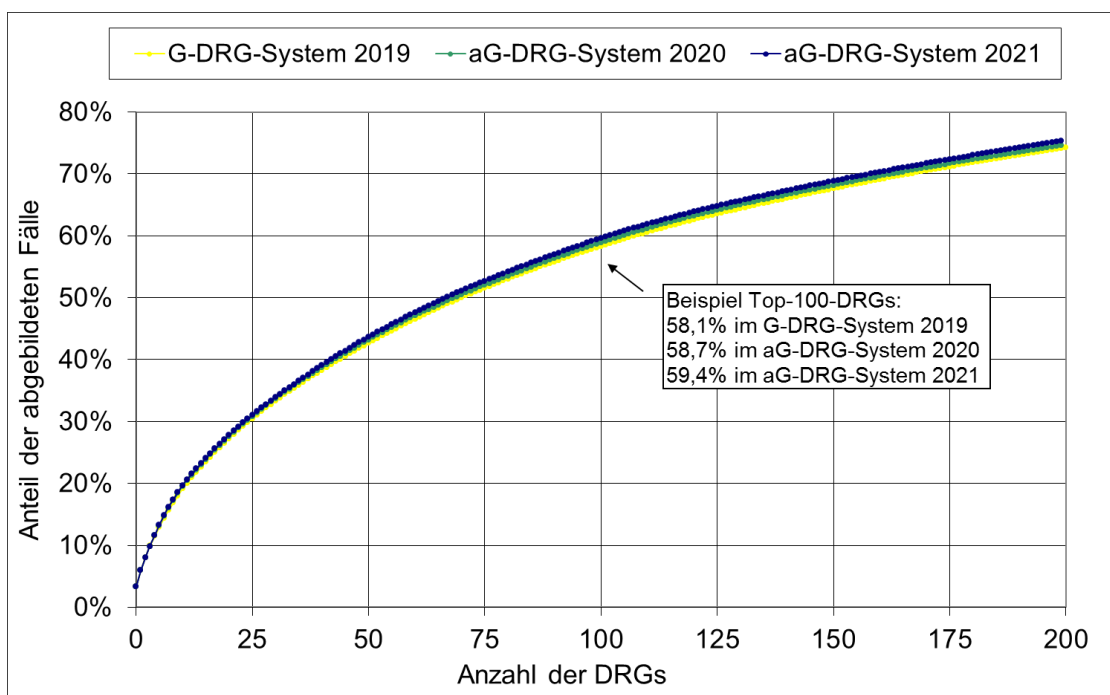


Abbildung 45: Anteil der vollstationären Fälle in den 200 fallzahlstärksten DRGs, G-DRG-System 2019 und aG-DRG-Systeme 2020 und 2021, Basis: Vollstationäre Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2019

In Abbildung 46 wurden die Fälle getrennt nach Versorgung durch Hauptabteilungen (HA) bzw. in belegärztlicher Versorgung (BA) analysiert. Der Pauschalierungsgrad ist bei belegärztlicher Versorgung deutlicher ausgeprägt als bei Versorgung durch Hauptabteilungen. Mit den 100 fallzahlstärksten Fallpauschalen können bereits rund 78% aller abrechenbaren Fälle in belegärztlicher Versorgung abgebildet werden. Für einen identischen Abbildungsgrad bei Versorgung in Hauptabteilungen sind etwas mehr als 200 DRGs erforderlich.

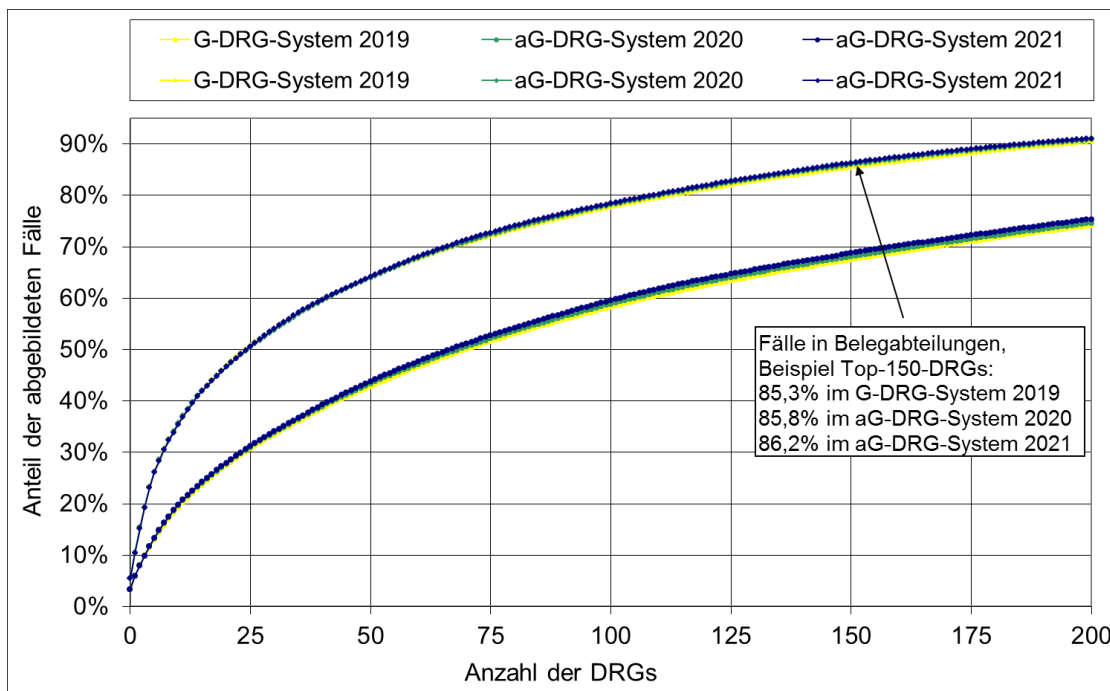


Abbildung 46: Anteil der Fälle in Haupt- und Belegabteilungen in den 200 fallzahlstärksten DRGs, G-DRG-System 2019 und aG-DRG-Systeme 2020 und 2021, Basis: Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2019

Dieses Ergebnis konnte erwartet werden, nachdem die 70 eigenständig kalkulierten Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung insgesamt rund 65% der abrechenbaren Fälle in belegärztlicher Versorgung darstellen (siehe Kap. 3.3.1.2 und Anhang A-2).

3.4.3 Statistische Güte der Klassifikation

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

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

Der Analyse lag die nach Prüfungen und Bereinigungen vorliegende Fallmenge der in Hauptabteilungen versorgten Fälle zugrunde (siehe Kap. 3.2.1.1). Diese wurden sowohl nach dem aG-DRG-System 2020 als auch nach dem aG-DRG-System 2021 gruppiert.

Analysiert wurden die in beiden Fallpauschalen-Katalogen für Hauptabteilungen mit einer Bewertungsrelation versehenen DRGs. Die Fehler-DRGs 960Z *Nicht gruppierbar*, 961Z *Unzulässige Hauptdiagnose* und 962Z *Unzulässige Kodierung einer Sectio caesarea* sowie die nicht bewerteten DRGs (Anlage 3a) blieben unberücksichtigt. Außerdem wurden die expliziten Ein-Belegungstag-DRGs der beiden aG-DRG-Systeme aus der Analyse ausgeschlossen, da deren Festlegung nicht ausschließlich aus Gründen der Kostenhomogenität erfolgte.

Entsprechend wurden 1.218 DRGs im aG-DRG-System 2020 bzw. 1.201 DRGs im aG-DRG-System 2021 für die Analyse verwendet.

Analyse der Varianzreduktion

Zur Bewertung des aG-DRG-Systems 2021 im Vergleich zum aG-DRG-System 2020 wurde der R²-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 R²-Werte auf Basis der Daten des Jahres 2019 – für alle Fälle und für Inlier – berechnet und einander gegenübergestellt (siehe Tab. 39).

	aG-DRG-System 2020	aG-DRG-System 2021	Verbesserung (in %)
R ² -Wert auf Basis aller Fälle	0,7673	0,7711	+0,5
R ² -Wert auf Basis der Inlier	0,8457	0,8486	+0,3

Tabelle 39: Vergleich der Varianzreduktion R² im aG-DRG-System 2020 und 2021, Basis: Datenjahr 2019

Bezogen auf alle Fälle konnte die Varianzreduktion um 0,5% verbessert werden. Für Inlier wurde ein R²-Wert von 0,8486 erreicht.

Neben der Betrachtung des gesamten G-DRG-Systems kann die Varianzreduktion auch für jede einzelne MDC berechnet werden. In Abbildung 60 sind die R²-Werte je MDC auf Basis der Inlier dargestellt. Die Sortierung der MDCs erfolgt absteigend nach dem R²-Wert für das aG-DRG-System 2021 (linke Skala). Der Index gibt das Verhältnis zwischen der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das aG-DRG-System 2021 und der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das aG-DRG-System 2020 wieder. Eine Referenzlinie für den Indexwert 100 (rechte Skala) erleichtert den Vergleich.

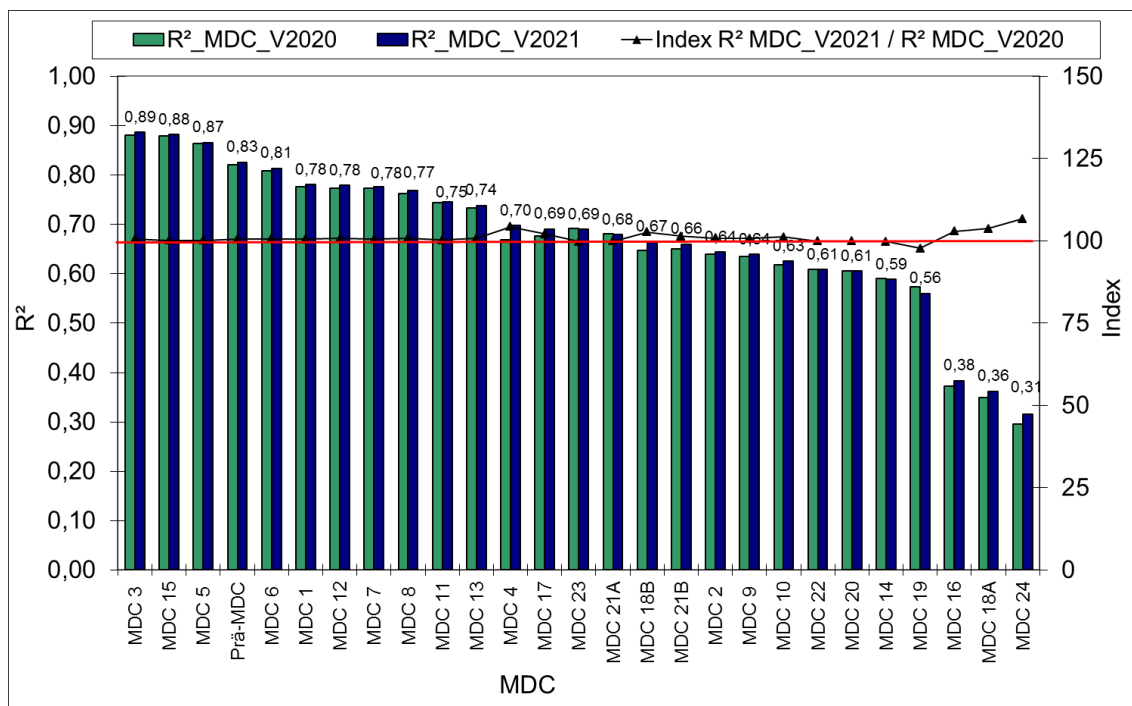


Abbildung 47: R²-Wert je MDC für das aG-DRG-System 2020 und 2021, Basis: Inlier (Sortierung nach R²-Wert für das aG-DRG-System 2021), Datenjahr 2019

Die Darstellung zeigt die Unterschiede in der Varianzreduktion zwischen den MDCs. In der überwiegenden Zahl der MDCs ist eine gleichbleibende oder verbesserte Varianzreduktion im Vergleich des aG-DRG-Systems 2020 mit dem G-DRG-System 2019 zu verzeichnen.

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

- MDC 24 *Sonstige DRGs* (Index 106,7)
- MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* (Index 104,3)
- MDC 18A *HIV* (Index 103,7)
- MDC 16 *Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems* (Index 103,0)

Die Varianzreduktion in den MDCs, die in beiden Versionen des G-DRG-Systems knapp die Hälfte der analysierten Fälle stellen (49,1%), hat sich wie folgt verändert:

- MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*: von 0,7770 auf 0,7808 (Index 100,5)
- MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*: von 0,8644 auf 0,8661 (Index 100,3)
- MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*: von 0,8087 auf 0,8137 (Index 100,6)
- MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*: von 0,7618 auf 0,7685 (Index 100,9)

Analyse der Kostenhomogenität

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

Teilt man die DRGs bezüglich des Kostenhomogenitätskoeffizienten in Klassen ein, so ergibt sich – auf Basis der Inlier (Daten des Jahres 2019) für die analysierten DRGs – folgende Situation (siehe Tab. 40):

Homogenitätskoeffizient Kosten	aG-DRG-System 2020		aG-DRG-System 2021		Veränderung des Anteils
	Anzahl	Anteil (in %)	Anzahl	Anteil (in %)	
<i>Bereich</i>					<i>Veränderung (in %)</i>
unter 60%	19	1,6	21	1,7	+ 12,0
60 bis unter 65%	97	8,0	92	7,7	- 3,9
65 bis unter 70%	394	32,3	366	30,4	- 5,9
70 bis unter 75%	381	31,3	389	32,4	+ 3,5
75% und mehr	327	26,8	334	27,8	+ 3,5
Gesamt	1.218		1.202		

Tabelle 40: Vergleich Homogenitätskoeffizient der Kosten für aG-DRG-System 2020 und 2021, Basis: Inlier, Datenjahr 2019

In den beiden Klassen mit der höchsten Homogenität („70% bis unter 75%“ sowie „75% und mehr“) ist ein Anstieg von jeweils über 3% 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 61 zeigt den DRG-Anteil in den verschiedenen Klassen für die aG-DRG-Systeme 2020 und 2021.

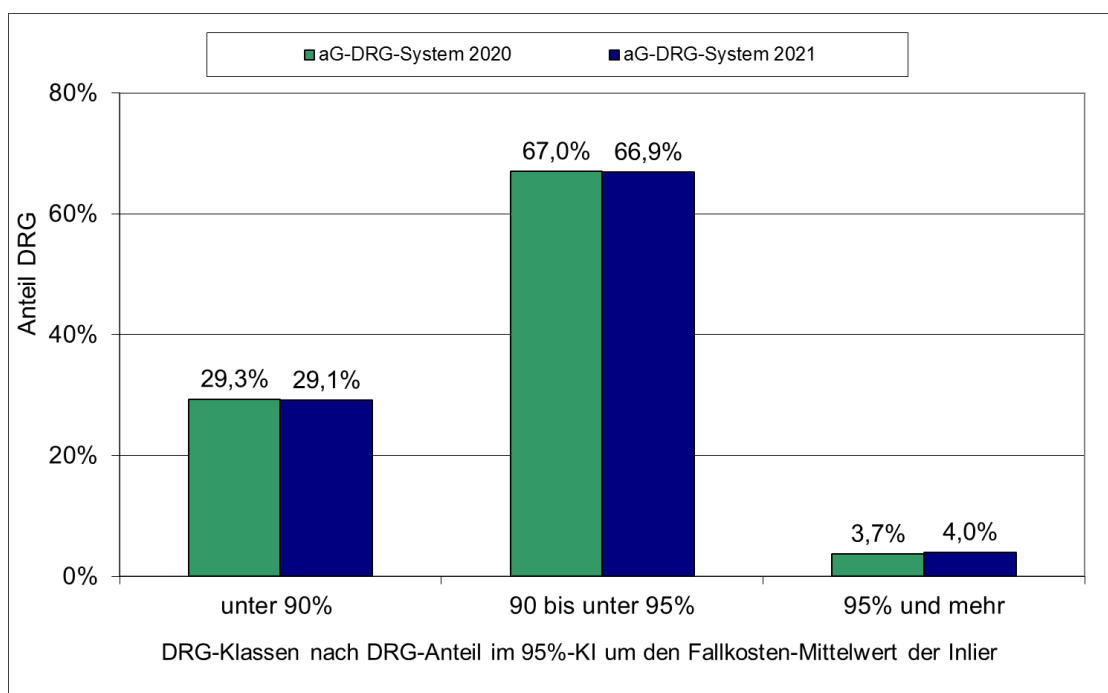


Abbildung 48: Vergleich der DRG-Klassen im 95%-Konfidenzintervall um den Fallkosten-Mittelwert der Inlier für aG-DRG-System 2020 und 2021 bezüglich Fallanteil, Basis: Datenjahr 2019

Der Vergleich des aG-DRG-Systems 2021 mit dem aG-DRG-System 2020 zeigt eine recht ähnliche Klasseneinteilung.

Die Resultate unterstreichen insgesamt die Kostenhomogenität des aG-DRG-Systems 2021.

3.4.4 Analyse der Verweildauer

3.4.4.1 Verweildauervergleich der Datenjahre 2017, 2018 und 2019

Vor der Analyse auf Repräsentativität der Verweildauer wurde die Verweildauer in den Daten gem. § 21 KHEntgG untersucht. Als Analysebasis dienten die aus den drei Datenjahren 2017, 2018 und 2019 jeweils gemäß G-DRG-Version 2019 gruppierten Fälle in Hauptabteilungen ohne Fälle in nicht bewerteten DRGs (Anlage 3a). Der Analyse lagen rund 18,3 bzw. 18,2 bzw. 18,3 Mio. Fälle zugrunde.

Im Durchschnitt ergab sich in den Daten gem. § 21 KHEntgG ein Verweildauerrückgang von 1,0% vom Datenjahr 2017 zum Datenjahr 2018 sowie ein Rückgang von 1,3% vom Datenjahr 2018 zum Datenjahr 2019 (siehe Tab. 41).

Daten gem. § 21 KHEntgG Hauptabteilung	Verweildauer- Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)
Datenjahr 2017	6,07		
Datenjahr 2018	6,01	- 0,06	- 1,0
Datenjahr 2019	5,93	- 0,08	- 1,3

Tabelle 41: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gem. § 21 KHEntgG, Basis: Datenjahre 2017 bis 2019, Hauptabteilungen, gruppiert nach G-DRG-Version 2019

Betrachtet man nur die Datenjahre 2018 und 2019, ergibt sich bei den 20 häufigsten DRGs, die 27,2% der Fälle in den Daten gem. § 21 KHEntgG des Jahres 2019 repräsentieren, ein Rückgang des Verweildauer-Mittelwerts von 0,06 Tagen bzw. 1,5%.

Die Ergebnisse einer Analyse getrennt nach Fällen in Hauptabteilungen bzw. in belegärztlicher Versorgung und eingeschränkt auf nur solche DRGs mit mindestens 20 Fällen in beiden Abteilungsarten ist in Tabelle 31 dargestellt.

Nach dieser DRG-Filterung ist ein Verweildauerrückgang vom Datenjahr 2018 zum Datenjahr 2019 von 2,8% für Fälle in Hauptabteilungen bzw. 4,1% für Fälle in belegärztlicher Versorgung zu verzeichnen.

Daten gem. § 21 KHEntgG	VWD Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)	VWD Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)
	Hauptabteilung			Belegabteilung		
Datenjahr 2017	5,01			3,63		
Datenjahr 2018	4,95	- 0,06	- 1,2	3,63	0,00	0,0
Datenjahr 2019	4,81	- 0,14	- 2,8	3,48	- 0,15	- 4,1

Tabelle 42: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gem. § 21 KHEntgG, Basis: Datenjahre 2017 bis 2019, DRGs mit Fallzahl > 20 in Haupt- und Belegabteilung

Im Vergleich zur Gesamtbetrachtung (siehe Tab. 41) beträgt der Mittelwert der Verweildauer für das aktuell vorliegende Datenjahr 2019 für Fälle in Hauptabteilungen nun statt 5,93 nur noch 4,81 Tage. Der Verweildauerrückgang ist mit 2,8% im Vergleich zu 1,3% stärker.

Im Folgenden wird die Entwicklung des Anteils der vollstationären Fälle mit einem Belegungstag an allen vollstationären Fällen (siehe Abb. 49) betrachtet.

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

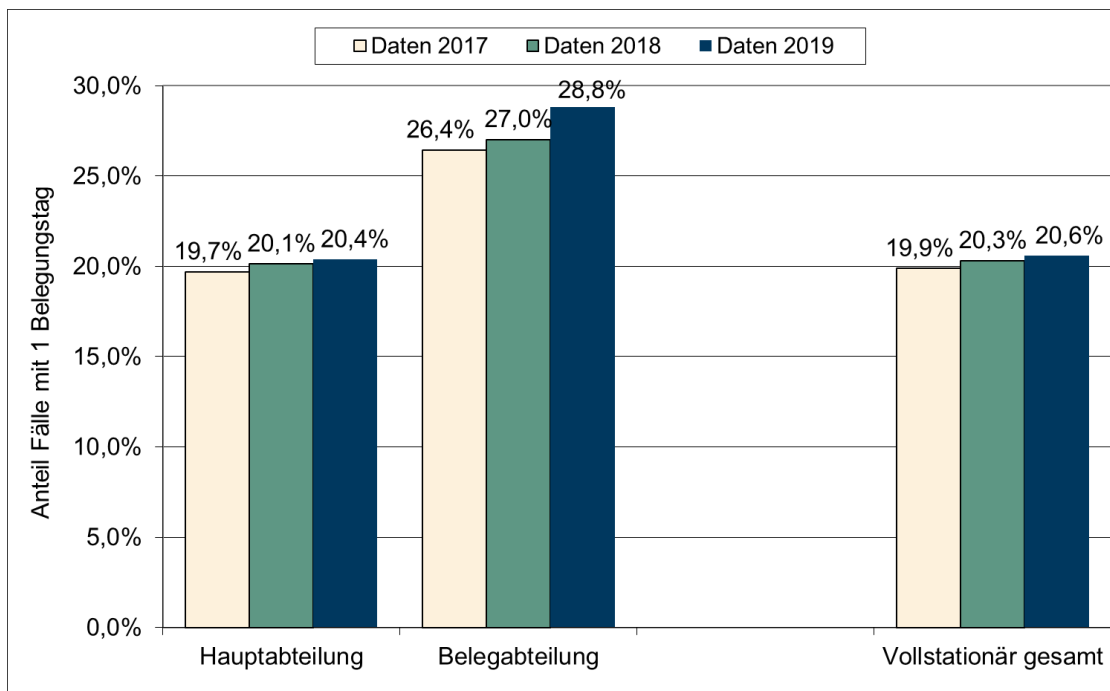


Abbildung 49: Entwicklung des Anteils der vollstationären Fälle mit einem Belegungstag an allen vollstationären Fällen, Basis: Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahre 2017 bis 2019

3.4.4.2 Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer

Zur Überprüfung der Repräsentativität der Daten der Kalkulationskrankenhäuser wurden diese Daten mit den Daten gem. § 21 KHEntgG verglichen. In beiden Datengesamtheiten wurden die durch die Grenzverweildauern des Fallpauschalen-Katalogs für 2020 definierten Inlier in Hauptabteilungen betrachtet. Dabei wurden aufnahme- und/oder entlassverlegte Fälle entsprechend der DRG-Zuordnung (siehe Kap. 3.3.1.5) berücksichtigt.

Für die Daten der Kalkulationskrankenhäuser wurde durch die differenzierten Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen (siehe Kap. 3.3.1.1) und dazugehörige Einzelnachfragen ein hoher Detaillierungsgrad der Plausibilisierung erreicht. Für die rund 22,2 Mio. Datensätze gem. § 21 KHEntgG wurden medizinische Plausibilitätsprüfungen durchgeführt (vgl. dazu auch Kap. 2.1 und 2.2).

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

Überblick über das analytische Vorgehen

- Eine Analyse der Differenz der Verweildauer-Mittelwerte zeigt auf, ob strukturelle Unterschiede zwischen den Verweildauern der Stichprobe (Daten der Kalkulationskrankenhäuser) und der Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) vorliegen.

- Die Analyse des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer fokussiert auf das Streuungsverhalten und bietet damit eine weitere Möglichkeit zur Analyse der Verweildauerverteilung.

Nicht einbezogen in die Analyse der Verweildauer wurden folgende DRGs:

- 23 Ein-Belegungstag-DRGs
- 15 rein teilstationäre DRGs
- 49 DRGs mit weniger als 30 Fällen

Diese Einschränkungen schlossen insgesamt 87 DRGs aus der Analyse aus. Der Analyse lagen somit 1.198 DRGs zugrunde.

Analyse der Differenz der Verweildauer-Mittelwerte

Die Differenz der Verweildauer-Mittelwerte (Daten der Kalkulationskrankenhäuser – Daten gem. § 21 KHEntgG) fällt für die meisten DRGs nur sehr gering aus (siehe Abb. 50): Für 958 der 1.198 analysierten DRGs (80%) ist diese geringer als +/- 0,5 Tage, 1.130 DRGs (94%) unterscheiden sich um höchstens +/- 1 Tag und für 1.177 DRGs (98%) beträgt diese gerundet höchstens +/- 2 Tage.

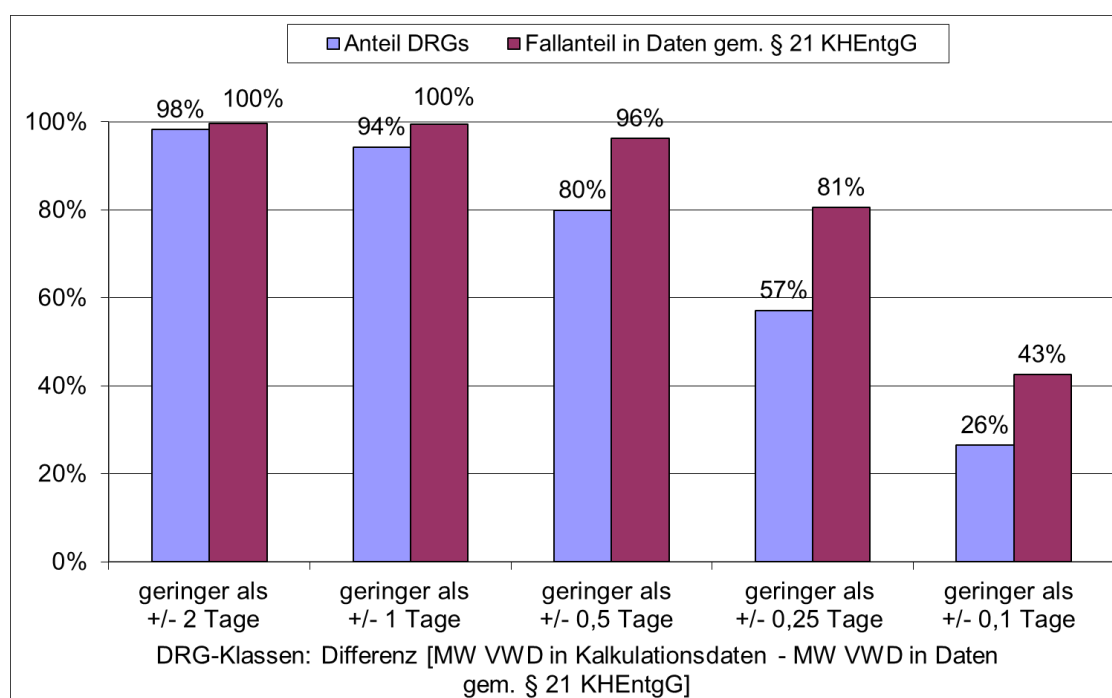


Abbildung 50: Häufigkeitsverteilung Differenzen der Verweildauer-Mittelwerte (Daten der Kalkulationskrankenhäuser – Daten gem. § 21 KHEntgG), getrennt nach DRG- und Fallanteil, Basis: Inlier, Datenjahr 2019

Im Hinblick auf die Fallanteile in den Daten gem. § 21 KHEntgG wird in der Analyse deutlich, dass 81% aller analysierten Fälle in DRGs liegen, deren Verweildauer-Mittelwerte sich um höchstens 0,25 Tage unterscheiden. Bei der Abweichung von +/- 0,5 Tagen sind dies 96% aller analysierten Fälle.

Analyse des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer

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

Teilt man die DRGs auf Basis der Inlier bezüglich des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer in Klassen ein, so ergibt sich die in Abbildung 51 dargestellte empirische Häufigkeitsverteilung der Homogenitätsklassen. Die Häufigkeitsverteilungen der Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und der Daten gem. § 21 KHEntgG unterscheiden sich nur geringfügig.

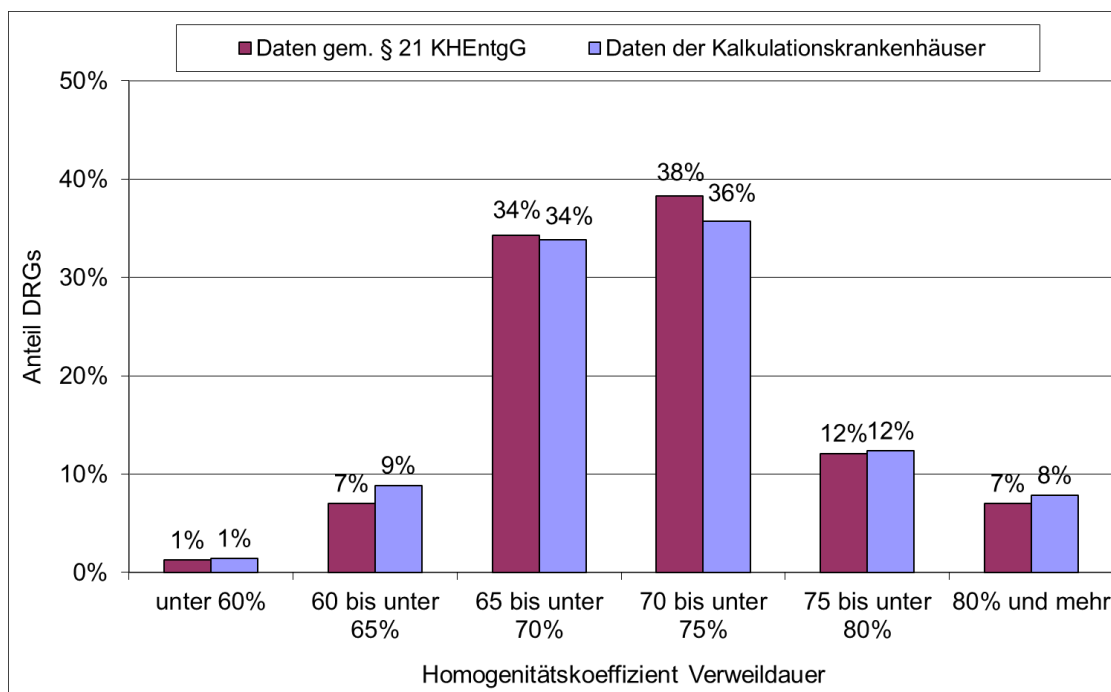


Abbildung 51: Häufigkeitsverteilung der Verweildauer-Homogenitätskoeffizientenklassen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 KHEntgG, Basis: Inlier, Datenjahr 2019

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

Für 1.182 von 1.198 DRGs (99%) liegt der Index zwischen 95 und 105, d.h. die relative Abweichung zwischen den Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und der Daten gem. § 21 KHEntgG beträgt höchstens +/- 5%. Eine Abweichung von höchstens +/- 2,5% liegt bei 1.099 DRGs (92% von 1.198 DRGs) vor.

Man kann also insgesamt betrachtet eine hohe Übereinstimmung der Homogenitätskoeffizienten der Verweildauern feststellen.

Fazit

1. Die Analyse der Verweildauer, die hilfsweise als Parameter für die Repräsentativitätsprüfung der Kostenhomogenität herangezogen wurde, ergab für den überwiegenden Teil der analysierten 1.198 DRGs eine vernachlässigbare Differenz zwischen den Mittelwerten der Verweildauern in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 KHEntgG.
2. Die Analyse des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer, der stärker auf die Streuung und damit auf die Homogenität der Verteilungen fokussiert, zeigt keine Auffälligkeit zwischen den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 KHEntgG.
3. Die Homogenitätskoeffizienten der Verweildauern zeigen unter Berücksichtigung der Abweichung des Verweildauer-Mittelwerts, dass
 - a) die Plausibilitätsprüfungen keine sogenannte „Pseudo-Homogenität“ in den der Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation zugrunde liegenden Daten erzeugt haben und
 - b) die für die Bewertung der Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation zugrunde gelegten Streuungsmaße eine mindestens zulässige Entscheidungsgrundlage für die Abbildung der Daten gem. § 21 KHEntgG sein konnten.

Das auf Basis der Daten der Kalkulationskrankenhäuser weiterentwickelte aG-DRG-System 2021 bildet somit die Daten gem. § 21 KHEntgG im Hinblick auf die Kosten- und Verweildauerhomogenität gut ab.

4 Perspektiven der Weiterentwicklung

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

Corona-Pandemie

Die Corona-Pandemie zeigte ihre ersten gravierenden Auswirkungen mitten in der Phase der Datenzusammenstellung und -übermittlung der Kalkulationsteilnehmer. Vor dem Hintergrund der sehr unterschiedlichen Betroffenheit durch die Pandemie war der Umfang des gezeigten Einsatzes weder selbstverständlich noch erwartbar. Insofern möchten wir uns auch an dieser Stelle nochmals ganz besonders herzlich für das Engagement bedanken, mit dem die Kolleginnen und Kollegen in den Kalkulationskrankenhäusern in diesem Jahr zu einem Gelingen der Weiterentwicklung des Entgeltsystems beigetragen haben.

Die Auswirkungen der Pandemie werden auch im kommenden Jahr noch zu spüren sein. Einerseits ist aus heutiger Sicht noch nicht abzusehen, wann ein vorpandemischer „Regelbetrieb“ wieder erreicht sein wird, andererseits werden die pandemiebedingten Maßnahmen ihre „Spuren“ in den Kostendaten hinterlassen. Die Kostendatenerhebung im kommenden Jahr muss daher unter dem Fokus stehen, die bestmöglichen Informationen zusammenzutragen, um die Erkenntnisse des Jahres 2020 in die Weiterentwicklung des Entgeltsystems einfließen lassen zu können. Gleichzeitig ist der Umgang mit durch die Pandemie beeinflussten Kostendaten sorgfältig zu eruieren.

Datenerhebung/Plausibilitätsprüfungen

Vor dem Hintergrund der zu erwartenden disruptiven Auswirkungen der Corona-Pandemie auch im Bereich der Kostendatenerhebung wird die Weiterentwicklung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen nur sehr begrenzt durchgeführt werden. Neben Anpassungen an die aktuellen OPS- und ICD-Kodes sollen die Streichung nicht mehr benötigter Prüfungen, die Integration von Rückmeldungen der Krankenhäuser zu einzelnen Prüfungen sowie die Konsolidierung im Übrigen im Vordergrund stehen. Die Datenerhebung selbst wird grundsätzlich nach dem bisherigen Verfahren ablaufen. Aktualisierte Hinweise zur Durchführung der Kalkulation im Jahr 2021 (Datenjahr 2020) werden den Kalkulationsteilnehmern in gewohnter Weise zu Beginn des Jahres 2021 zur Verfügung gestellt.

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

Weiterentwicklung der Kalkulationsmethodik

Der eingeschlagene Weg des schrittweisen Ausbaus der Kalkulationsmethodik wird auch zukünftig konsequent weiterverfolgt. Die Rückkoppelungen zwischen InEK und den Kalkulationskrankenhäusern im Laufe der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen finden ihren Niederschlag auch darin, dass wiederkehrende Fragestellungen durch eine standardisierte Vorgabe ersetzt werden. Dafür gibt das InEK regelmäßig zu Beginn des Kalkulationsjahres Anpassungen und Ergänzungen zur Kalkulationsmethodik heraus. Darüber hinaus ist zu prüfen, inwieweit vorliegende Erkenntnisse zu den Pflegeerlös-

Budgets auf Rückwirkungen auf die Kalkulationssystematik hinweisen. Ggf. sind weitere Anpassungen der Kalkulationssystematik erforderlich, um die Kongruenz zwischen der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf Bundesebene bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems einerseits und der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten in die Pflegeerlös-Budgets auf Krankenhausebene andererseits so weit wie möglich sicherzustellen.

Anhang

Übersicht

Tabelle A-1:

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

Tabelle A-2:

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

Tabelle A-3:

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

Tabelle A-4-1:

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

Tabelle A-4-2:

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

Tabelle A-4-3:

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

Tabelle A-5:

Gegenüberstellung der DRGs je MDC (siehe Kap. 3.4.1.1)

Tabelle A-1:

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

DRG	DRG-Text
801A	Ausgedehnte OR-Proz. oh. Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter kompl. Konst. oder Strahlenth. oder endovaskulärer Impl. von Stent-Proth. an der Aorta oder intensivmediz. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandsp. od. Alter < 18 J. mit kompl. Faktoren
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation
A01B	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtranspl. mit Beatmung > 59 und < 180 Std. od. mit Transplantatabstoßung od. mit komb. Nierentranspl. od. m. kombinierter Pankreastranspl. od. Alter < 6 J. oder od. m. intensivm. Komplexbeh. > 980 / 828 / - P.
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne komb. Nierentranspl., ohne kombinierte Pankreastranspl., Alter > 5 Jahre, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 980 / 828 / - P.
A02Z	Transplantation von Niere und Pankreas
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden
A04B	Knochenmarktranspl. / Stammzelltransf., allogene, außer bei Plasmozytom oder mit Graft-versus-Host-Krankheit Grad III und IV, mit Gabe best. Stammzellen od. Alt. < 18 J., mit best. Entnahme od. Stammzellboost od. intensivmed. Komplexbeh. > 2058 / - / - P.
A04C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, < 18 J. od. GVHD Grad III/IV od. auß. b. Plasmozytom, mit Gabe best. Stammz. od. GVHD III/IV od. HLA-versch., mit best. Entn. od. SZ-Boost od. m. intensivm. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / 2760 P.
A04D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit Graft-versus-Host-Krankheit Grad III und IV oder außer bei Plasmozytom, HLA-verschieden oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
A04E	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom
A05Z	Herztransplantation
A06A	Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / 5520 Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / 5520 Aufwandspunkte
A06C	Beatmung > 1799 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
A07A	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und int. Komplexbeh. > 3920 / 3680 / 3680 P. oder mit hochkompl. oder dreizeitigem Eingr.
A07B	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 P., mit komplexer OR-Prozedur und ECMO ab 384 Stunden oder mit Polytrauma oder Alter < 16 J. oder intensivmed. Komplexbeh. > - / 3220 / - P.
A07C	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 4900 / 4600 / 4600 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, ohne ECMO ab 384 Stunden, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2760 Punkte
A09A	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit IntK > 2352 / 1932 / 2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre, mit IntK > 1764 / 1932 / - Punkten oder mit sehr komplexem Eingriff und IntK > - / 2208 / - Punkten
A09B	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 Punkte, mit angeb. Fehlbild. oder Tumorerkr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / - P., Alter < 16 J.
A09C	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 P., mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 P. oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre
A11A	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 Aufwandsp.
A11B	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit hochkomplexem Eingriff oder best. Eingriff und best. intensivmed. Komplexbeh. oder Alter < 2 Jahre bei angeborener Fehlbildung
A11C	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmed. Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre oder komplizierende Konstellation
A11D	Beatmung > 249 h oder > 95 h mit IntK > 1764 / 1656 / 1656 P. mit best. OR-Prozeduren u. kompliz. Konstell. oder EHEC oder generalisierte Mukositis ohne IntK > 1764 / 1656 / 1932 P. oder mit kompl. Diagnose u. Alter < 3 J. oder IntK > 980 / 1104 / - P.
A13A	Beatmung > 95 Std. mit hochkompl. Eingriff oder mit int. Komplexbeh. > 1176 / 1380 / - P. oder mit kompl. OR-Prozedur oder bei Lymphom und Leukämie und int. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 P. oder mit kompliz. Konst. u. best. OR-Proz., Alter < 16 Jahre
A13B	Beatmung > 95 Stunden mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., Alter < 16 Jahre od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte und kompliz. Konst.

DRG	DRG-Text
A13C	Beatmung > 95 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Konstellation od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / - / 1104 Punkte od. Alter < 16 J., außer bei Lymphom und Leukämie, ohne kompliz. Konstellation
A15B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter < 18 Jahre oder bestimmte Entnahme oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte
A15C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte Entnahme oder bei Plasmozytom, mit bestimmter Entnahme oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte
A15D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom, ohne bestimmte Entnahme
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre oder ABO-inkompatible Transplantation oder schwerste CC
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre oder ohne ABO-inkompatible Transplantation, ohne schwerste CC
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion
A36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 1104 / 1656 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 P. bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 und < 981 / 1105 / 1657 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder komplizierende Konstellation bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A42A	Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie oder mit schwersten CC, Alter > 15 Jahre
A42B	Stammzellentnahme bei Eigenspender, Alter < 16 Jahre oder ohne schwerste CC
A42C	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit Entfernung eines Organtransplantates oder komplexer OR-Prozedur oder äußerst schweren CC oder komplizierender Konstellation
A60B	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, Alter < 16 Jahre
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag
A61A	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen mit äußerst schweren CC oder mit bestimmter akuter Graft-versus-Host-Krankheit, mehr als ein Belegungstag
A61B	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte akute Graft-versus-Host-Krankheit oder ein Belegungstag, mit schweren CC oder Alter < 10 Jahre
A61C	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte akute Graft-versus-Host-Krankheit oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber-, Dünndarm- oder Nieren-Pankreas-Transplantation
A66Z	Evaluierungsaufenthalt vor anderer Organtransplantation
A69Z	Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste
B01A	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation oder Alter < 18 Jahre
B01B	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 17 Jahre
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation bei Neubildung des Nervensystems oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Punkte, Alter < 6 Jahre mit Eingriff bei BNB oder Alter < 16 Jahre und mehrzeitige komplexe OR-Prozedur
B02B	Komplexe Kraniotomie oder WS-OP, Bestr. an mind. 9 T. od. best. Eingr. bei BNB mit intraop. Monit., Alt. < 18 J. od. b. BNB od. IntK > 392 / 368 / - P., mit schwersten CC, Alt. > 15 J. od. oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. Alt. > 5 J. od. oh. Eingr. bei BNB
B02C	Komplexe Kraniotomie oder WS-OP, mehr als 8 Bestr., Alter > 17 J. oder ohne best. Eingr. bei BNB mit intraop. Monit. od. bei NB des Nervensystems oder IntK > 392 / 368 / - P., Alter > 15 J. od. oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. Alt. > 5 J., oh. schwerste CC
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, außer bei Neubildung, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmtem Eingriff, Alter < 18 Jahre oder mit best. komplizierenden Faktoren
B02E	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte komplizierende Faktoren
B03Z	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit intraoperativem Monitoring oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie oder nicht akuter Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
B16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
B17B	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und and. Teilen des Nervensystems oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystr. od. Neurop., mit best. kompl. Eingr., Alter < 16 J. oder mit mäßig kompl. Eingr., Alter < 19 J. oder mit auß. schw. oder schw. CC
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 18 Jahre oder mit komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre
B20B	Kraniotomie oder große WS-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 17 Jahre oder ohne bestimmte komplexe Prozedur, mit komplizierenden Faktoren, Alter > 15 Jahre
B20C	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation, Alter < 3 J. oder intervent. Eingriff oder Alter < 18 J. mit großem intrakraniellen Eingriff oder mit kompl. Diagnose oder best. Eingriffe bei Trigeminusneuralgie, Alter < 16 J. od. bei bösartiger Neubildung
B20D	Kraniotomie oder große WS-OP mit komplexer Prozedur oder ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigeminusneuralgie oder mit bestimmter Prozedur oder bei bösartiger Neubildung
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigeminusneuralgie, ohne bestimmte Prozedur, außer bei bösartiger Neubildung
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur oder Alter < 10 Jahre bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 588 / 552 / 552 Punkte mit best. OR-Prozedur oder best. hochaufw. Implantate oder Alter > 9 Jahre bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B39A	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, mehr als 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
B45Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B66A	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder mit komplizierender Konstellation
B66C	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
B72A	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter < 16 Jahre
B76C	Anfälle, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mehr als ein Belegungstag, mit schweren CC, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder EEG, Alter < 1 Jahr, mehr als ein Belegungstag oder mit bestimmter Diagnose, ohne komplexe Diagnose
C01A	Komplexer Eingriff bei penetrierenden Augenverletzungen oder bestimmte Orbitotomie
C02Z	Erukulationen und Eingriffe an der Orbita oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder Amnionmembrantransplantation oder komplexem Eingriff oder Pars-plana-Vitrektomie oder Alter < 16 Jahre
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, ohne komplexen Eingriff, ohne Pars-plana-Vitrektomie, Alter > 15 Jahre
C10B	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, mit komplexem Eingriff oder Alter < 6 Jahre
C16Z	Aufwendige Eingriffe am Auge, Alter < 6 Jahre
C20A	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter < 16 Jahre oder beidseitige Eingriffe an Augen und Tränenwegen oder bei bösartiger Neubildung am Auge
D01B	Kochleaimplantation, unilateral
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D03A	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf mit Hartgaumenplastik oder best. Knochen-Tx/-transposition an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen oder Alter < 2 Jahre
D04A	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen, mit komplexem Eingriff
D04B	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen, ohne komplexen Eingriff
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen

DRG	DRG-Text
D20A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
D20B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder mit Eingriff an den oberen Atemwegen mit äußerst schweren CC oder Strahlentherapie mit operativem Eingriff
D25C	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder mit Eingriff an den oberen Atemwegen, ohne Laryngektomie, ohne äußerst schw. CC, ohne Bestrahlungssim., Konstr. und Anpas. von Fix.-/Behandlungshilf. bei Strahlenth. mit op. Eingr.
D28Z	Andere Eingriffe an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen oder totale Auflagerungsplastik der Maxilla
D33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
D35Z	Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen bei bösartiger Neubildung
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC
E08A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingriff od. Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen od. mindestens 10 Bestrahlungen od. zerebrale, stereotaktische Bestrahlung
E08D	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingr. oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 10 Bestrahlungen, ohne zerebrale, stereotaktische Bestrahlung
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC
E64B	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
E75A	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit bestimmter komplizierender Konstellation oder bestimmtem Zweifacheingriff
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Mehrfacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder bestimmter anderer komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie

DRG	DRG-Text
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 J., IntK > 196 / 184 / - P. und IntK < 393 / 369 / - P., mit Zweifacheingriff od. bei angeborenem Herzfehler, mit kompl. Eingr. od. best. Herzklappeneingriff oder andere komplizierende Konstellation
F03D	Herzklappeneingriff mit HLM, Alter > 0 J., IntK < 197 / 185 / - P., mit Zweifacheingr. od. bei angeb. Herzfehler, oh. kompl. Eingr. oder Alter < 16 J. od. oh. Zweifacheingr., auß. bei angeb. Herzfehler, Alter > 15 J. mit Impl. klappentr. Gefäßprothese
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne Eingr. in tiefer Hypoth., IntK < 197 / 185 / - P., ohne Zweifacheingr., auß. bei Endokarditis, auß. b. angeb. Herzfehler, ohne Impl. klappentr. Gefäßpr.
F05Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder intraoperativer Ablation, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bestimmte Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie
F06A	Koronare Bypass-Operation mit bestimmten mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
F06B	Koronare Bypass-Operation mit anderen mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit kompl. Konstellation oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder Karotiseingriff
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder mit intraoperativer Ablation oder schwersten CC oder Implantation eines herzunterstützenden Systems
F06E	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne intraoperative Ablation, ohne schwerste CC, ohne Implantation eines herzunterstützenden Systems
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit best. kompliz. Konstellation oder komp. Operation oder IntK > - / 368 / - P. oder Alter < 18 Jahre mit Reop. Herz od. Perikard oder and. kompliz. Konstellation, mit best. kompl. Eingriffen
F07B	And. Eingr. mit HLM, Alter < 1 J. od. mit best. kompl. Konst. od. IntK > -/368 / - P., oh. best. kompl. Eingr. od. Alter > 0 J., IntK < -/369/- P., m. and. kompl. Eingr. mit Reop. Herz od. Perik. od. mit best. and. kompliz. Konst. od. mit best. Aortklers.
F07C	Andere Eingr. mit HLM, Alter > 0 J., IntK < - / 369/- P. oder Alter > 17 J. od. ohne Reop. od. ohne and. kompliz. Konst., ohne and. kompl. Eingriffe od. ohne Reop. an Herz od. Perikard od. ohne best. and. kompliz. Konst. od. ohne best. Aortklers.
F09A	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, Alter < 16 Jahre, mit komplizierender Konstellation oder Exzision am Vorhof

DRG	DRG-Text
F18A	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder mit aufwendiger Sondenentfernung
F30Z	Operation bei komplexem angeborenen Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen d. Kreislaufsystem. m. kompliz. Fakt., > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. m. best. OR-Proz., ohne aufwend. Eingr. od. > - / 552 / 552 P. m. best. Aortenstent od. minimalinv. Eingr. an mehrer. Herzkkl.
F36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > - / 552 / 552 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne bestimmten Aortenstent oder bestimmter mehrzeitiger komplexer Eingriff
F42Z	Operation b. kompl. angeb. Herzfehler, Hybridchirurgie, best. Herzklappeneingriffe od. and. Eingriffe m. Herz-Lungen-Maschine m. invas. kardiolog. Diagnostik bei Kindern od. best. rekonstruktive Gefäßeingriffe oh. Herz-Lungen-Maschine m. kompl. Eingriff
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder best. Impl. herzunerst. System
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC
G01Z	Eviszeration des kleinen Beckens
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplexer Prozedur mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandsp.
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, mit äußerst schweren CC
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
G29A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
G29B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1470 / 1380 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / - Aufwandspunkte und < 1177 / 1105 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane oder mehrzeitiger komplexer Eingriff am Gastrointestinaltrakt und anderem Organsystem
G47A	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, Alter < 16 Jahre oder mit endoskopischer submukosaler Dissektion am Dickdarm, ein Belegungstag
G70A	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 18 Jahre
G72A	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter < 3 Jahre
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 J., mit kompl. Eingriff oder intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P.
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 J., ohne kompl. Eingriff, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P.
H09A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit bestimmtem Eingriff mit äußerst schweren CC oder aufwendiger Eingriff am Dünndarm mit bestimmten komplizierenden Faktoren
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
H16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
H16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen

DRG	DRG-Text
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 828 / - Aufwands- punkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 und < 981 / 829 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobi- liärem System und Pankreas
H38A	Bestimmte komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H61B	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose, Alter < 17 Jahre
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung oder Leber- zirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
H78Z	Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Stö- rungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I02A	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation außer an der Hand, mit kompli- zierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit schwerem Weichteilschaden, mit äußerst schweren CC und komple- xer OR-Prozedur
I06B	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals mit sehr komple- xem Eingriff bei schwerer entzündlicher Erkrankung oder best. BNB Knochen oder Alter < 19 Jahre
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakra- niellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula, Alter < 16 Jahre
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Auf- wandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett- System und Bindegewebe oder hochaufwendiges Implantat bei hoch- komplexer Gewebe- / Hauttransplantation
I27A	Eingriffe am Weichteilgew. od. kleinfl. Gewebe-Tx m. best. Diagn. u. best. Eingr. od. m. 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 Fingersersatz
I28A	Andere Eingriffe am Bindegewebe mit bestimmter offen chirurgischer Stabilisierung der Thoraxwand oder bestimmtem Eingriff am Zwerch- fell oder Alter < 18 Jahre bei bösartiger Neubildung
I32A	Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Eingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwendigem rekonstruktivem Eingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochentx. bei Pseudarthrose der Hand
I32B	Eingr. an Handgel. und Hand ohne mehrz. Eingr., oh. Komplexb. Hand, ohne aufw. rekonstr. Eingr., mit kompl. Eingr. od. bei angeb. Anomalie d. Hand od. Pseudarthr., Alter < 6 J. od. mit kompl. Eingr. bei angeb. Fehlb. d. Hand, Alter < 16 J.

DRG	DRG-Text
I37Z	Resezierender Eingriff am Becken bei bösartiger Neubildung des Beckens oder Mehretageeingriffe an der unteren Extremität
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
I54B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, bei bösartiger Neubildung, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, Alter > 17 Jahre
I64A	Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre
I65A	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit hochkomplexer Chemotherapie oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie, Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I95A	Implantation einer Tumorendoprothese mit Implantation oder Wechsel einer bestimmten Endoprothese oder Knochentotalersatz am Femur oder Alter < 18 Jahre
I95B	Implantation einer Tumorendoprothese ohne Implantation oder Wechsel einer bestimmten Endoprothese, ohne Knochentotalersatz am Femur, Alter > 17 Jahre
I97Z	Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J16B	Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
J18A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
J18B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein BT, Alter > 17 Jahre oder mit kompl. Diagn., mit auß. schw. CC od. Hautulkus bei Para-/Tetraplegie od. hochkompl. Diagn. od. Epid. bullosa, Alter < 10 Jahre oder mit schwerer Erkr. der Haut, mit aufw. Behandl.
K03A	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Radiojodtherapie

DRG	DRG-Text
K15C	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmter nuklearmedizinischer Therapie
K15D	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmte nuklearmedizinische Therapie
K15E	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen
K60B	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre und multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K64A	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K64B	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
L03Z	Bestimmte Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder bestimmter Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm
L12A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
L12B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 9 Tagen
L17A	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, 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

DRG	DRG-Text
M03A	Bestimmte Eingriffe am Penis, Alter < 6 Jahre oder aufwendige plastische Rekonstruktion des Penis, Alter < 18 Jahre oder totale Amputation des Penis oder Amputation des Penis mit bestimmter Lymphadenektomie
M03B	Bestimmte Eingriffe am Penis, Alter > 5 J. oder aufwendige plastische Rekonstruktion des Penis, Alter > 17 J., ohne totale Amputation des Penis, ohne Amputation des Penis mit best. Lymphadenektomie, mit mäßig komplexen Eingriffen am Penis, Alter < 18 J.
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
M38Z	Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane
N01A	Beckeneviszeration bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraler Eingriff
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
N16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
N16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen oder Brachytherapie
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N38Z	Komplizierende Konstellation mit best. op. Eingriff bei Krankheiten u. Störungen der weibl. Geschlechtsorg. od. Beckenevisz. bei der Frau u. radikale Vulvektomie od. best. Lymphadenekt. mit äuß. schw. CC, mit kompl. Eingriff od. kompliz. Konstellation
O01A	Sekundäre Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Mehrlingsschwangerschaft oder Sectio caesarea mit IntK > 196 / 184 / 184 Punkte
O01B	Sectio caesarea, Schwangerschaftsd. bis 25 vollend. W. (SSW), m. mehr. kompliz. Diag., m. intraut. Ther. od. kompliz. Konstell. od. Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., m. od. oh. kompliz. Diag. m. best. Eingriff b. Sectio od. äuß. schw. CC
O01C	Sectio caesarea mit mehreren kompliz. Diag., Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 SSW, oh. best. kompliz. Faktoren od. mit kompliz. Diag., bis 25 SSW od. mit Tamponade einer Blutung od. Thromboembolie in Gestationsperiode m. OR-Proz., oh. äuß. schw. CC
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Konstellation
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur

DRG	DRG-Text
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe mit Beatmung > 480 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen mit Beatmung > 899 Stunden
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 180 und < 481 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen, Beatmung > 180 und < 900 Stunden oder Eingriff bei univentrikulärem Herzen, Beatmung < 481 Stunden
P02C	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Eingriff bei univentrikulärem Herzen oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen, ohne Beatmung > 180 Stunden
P03A	Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g, mehrere schwere Probleme mit signifikanter OR-Prozedur oder mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit Beatmung > 479 Stunden oder mehrere schwere Probleme ohne signifikante OR-Prozedur mit Beatmung > 599 Stunden
P03B	Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beat. > 120 Std., oh. Beat. > 599 Std. oder oh. mehrere schwere Probleme, oh. Beat. > 479 Std. oder oh. mehrere schwere Probleme oder oh. sig. OR-Prozedur oder oh. mehrzeitige komplexe OR-Prozedur
P04A	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g, mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Prozedur oder mehrz. kompl. OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Std. oder mehrere schwere Probleme mit Beatmung > 320 Std. oder temporärer Verschluss eines Bauchwanddefektes
P04B	Aufnahmegew. 1500 - 1999 g, sig. OR-Proz. od. Beat. > 120 Std., oh. meh. schw. Probl. od. oh. Beat. > 320 Std., oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. oh. Beat. > 240 Std., oh. sig. OR-Proz. od. oh. Beat. > 240 Std., oh. temp. Verschluss BW-Defekt
P05A	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, mit Beatmung > 275 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren
P05B	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, ohne Beatmung > 275 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P05C	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne temporären Verschluss eines Bauchwanddefektes
P06A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g, sig. OR-Proz. oder Beatmung > 95 Std., mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Proz. oder mit Beatmung > 120 Std. oder best. aufwendige OR-Proz., mit Beatmung > 240 Std. oder mehrz. kompl. OR-Proz. oder Dialyse
P06B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g, sig. OR-Proz. od. Beatmung > 95 Std., mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Proz. od. mit Beatmung > 120 Std. od. best. aufwendige OR-Proz., ohne Beatmung > 240 Std., ohne mehrz. kompl. OR-Proz., ohne Dialyse
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

DRG	DRG-Text
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden
P60C	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt, ohne Beatmung > 24 Stunden (Mindestverweildauer 24 Stunden für das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfindet)
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61E	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P62A	Aufnahmegewicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur
P62B	Aufnahmegewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62C	Aufnahmegewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62D	Aufnahmegewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P63Z	Aufnahmegewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden
P64Z	Aufnahmegewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden
P65A	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder Beatmung > 95 Stunden
P65B	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem
P65C	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, mit anderem Problem
P66A	Neugeborenes ohne sign. OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., Aufnahmegeg. 2000 - 2499 g mit mehr. schw. Probl. oder Krampfanfall mit best. diag. Maßnahmen oder Beatmung > 48 Std. od. Aufnahmegeg. > 2499 g, m. mehr. schw. Probl., m. Hypothermiebehandlung
P66B	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem, ohne Krampfanfall mit bestimmten diagnostischen Maßnahmen, ohne Beatmung > 48 Stunden
P66C	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem
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
Q02B	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter < 6 Jahre oder bestimmte Exzisionen und Resektionen Mediastinum oder Thymus
Q03A	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter < 10 Jahre
Q60A	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, mit Milzverletzung oder Granulozytenstörung, Alter < 16 Jahre
Q60B	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit kompl. Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, oh. Milzverletzung, oh. Granulozytenstörung, Alter < 1 Jahr oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren CC
Q63A	Aplastische Anämie, Alter < 16 Jahre
R01A	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur
R01B	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur oder ohne äußerst schwere CC, mit aufwendigem Eingriff an der Wirbelsäule
R01C	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur, ohne aufwendigen Eingriff an der Wirbelsäule
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R03Z	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC oder mit bestimmter OR-Prozedur mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Bestrahlungen an mindestens 7 Tagen
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

DRG	DRG-Text
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R13A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation
R13B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R60A	Akute myeloische Leukämie m. hochkomplexer Chemoth., Alter > 17 J. od. m. int. Chemoth. m. kompliz. Diagnose od. Dialyse od. Portimpl. u. Alter < 16 J. od. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P. od. schwerste CC od. HLA-Typisierung, Alter < 16 J.
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose od. Dialyse od. Portimplantation und Alter < 16 J. od. intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte od. schwerste CC, od. HLA-Typisierung, 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 Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC oder mit lokaler Chemotherapie oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Sepsis oder bestimmter komplizierender Konstellation oder mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, mit hochkompl. Chemotherapie oder schwersten CC
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 J.
R61D	Lymphom u. nicht akute Leukämie m. Agranuloz., Portimpl., Komplbeh. isolat.pfl. Erreger od. kompl. Diag. b. Leuk., > 15 J., m. intens. Chemo od. < 18 J. od. m. äuß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndr. od. Blastenkr., ohne kompl. Diag. b. Leuk., ohne schw. CC

DRG	DRG-Text
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose od. Portimpl. od. Komplbeh. isolat.pflichtige Erreger od. komplexe Diagnostik b. Leukämie, ohne äußerst schw. CC, Alter > 17 J., ohne intensive Chemoth.
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte kompliz. Faktoren, ohne äuß. schw. CC, mit kompl. Diagnose od. kompliz. Prozedur, Alter < 16 J. od. best. Lymphom mit best. Chemotherapie od. kompl. Diagnose od. andere Komplexbeh. isolat.pflichtige Erreger
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie oh. best. kompliz. Faktoren, oh. auß. schw. CC, Alter < 16 J. od. mit kompl. Diagnose od. kompliz. Prozedur, Alter > 15 J., oh. best. Lymphom m. best. Chemoth., oh. kompl. Diagnose, oh. and. Komplbeh. isolat.pfl. Erreger
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit kompliz. Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr, mit komplexer Diagnose oder kompliz. Konstellation
R63A	Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit bestimmter hochkomplexer Chemotherapie, Alter > 17 Jahre
R63B	Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC oder mit anderer hochkomplexer Chemotherapie
R63C	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse od. Sepsis od. Agranulozytose od. Portimpl., mit auß. schw. CC, ohne andere hochkompl. Chemoth. od. mit mäßig kompl. Chemoth. od. kompliz. Konstellation od. Alter < 16 J. mit int. Chemoth.
R63D	Andere akute Leukämie mit komplizierender Konstellation oder mit mäßig komplexer Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, mit intensiver Chemotherapie, Alter < 16 Jahre
R63E	Andere akute Leukämie mit intensiver oder mäßig kompl. Chemoth., mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit lokaler Chemoth., mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranulozytose od. Portimplantation oder mit auß. schw. CC
R63F	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemoth. oder mit mäßig kompl. oder lokaler Chemoth. mit schwersten CC oder mit mäßig kompl. Chemoth. mit äußerst schw. CC od. ohne Chemoth. mit Dialyse od. Sepsis od. Agranulozyt. od. Portimpl. od. äußerst schw. CC
R63G	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R63H	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R66Z	Akute myeloische Leukämie oder andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter < 18 Jahre
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit

DRG	DRG-Text
S63A	Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit mit Herzinfarkt oder bei chronisch ischämischer Herzkrankheit oder äußerst schweren CC
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, außer bei chronisch ischämischer Herzkrankheit, ohne äußerst schwere CC
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer Prozedur oder komplizierender Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte
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 / 552 Aufwandspunkte
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
T60B	Sepsis mit kompliz. Konst. od. b. Z.n. Organ-Tx, oh. äuß. schw. CC, oh. IntK > 392 / 368 / - Punkte od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z.n. Organ-Tx, m. kompl. Diag. od. auß. schw. CC, Alt. < 18 J. od. m. Para- / Tetrapl. od. kompliz. ERCP od. schwerste CC
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
T64A	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit bestimmter komplexer Diagnose, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
W01B	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne Frührehabilitation, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung oder mit IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte
W01C	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne Frührehabilitation, ohne Beatmung > 263 Stunden, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
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

DRG	DRG-Text
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:

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

DRG	DRG-Text
C03A	Eingriffe Retina m. PPV, m. ECCE od. b. BNB Auge, m. best. Eingr. Retina od. Entf. Augapf. m. Impl. od. Endopht. od. Eingr. Orbita b. BNB Auge od. best. Eingr. Retina od. ECCE od. kompl. Eingr. od. BNB, Alter < 16 od. Enukl. u. Eingr. Orbita auß. b. BNB
C03B	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Extradaktion der Linse (ECCE) oder bestimmtem Eingriff an der Retina oder komplexem Eingriff am Auge oder bei bösartiger Neubildung des Auges, Alter > 15 Jahre
C03C	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extradaktion der Linse (ECCE), ohne bestimmten Eingriff an der Retina, ohne komplexen Eingriff am Auge, außer bei bösartiger Neubildung des Auges
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Extradaktion der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, ohne komplexen Eingriff, ohne Pars-plana-Vitrektomie, Alter > 15 Jahre
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom
C07B	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Extradaktion der Linse (ECCE), ohne komplexen Eingriff am Auge, ohne bestimmte Eingriffe bei Glaukom, Alter > 5 Jahre
C08B	Extrakapsuläre Extradaktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse oder bestimmte Eingriffe am Auge
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre, ohne beidseitige Eingriffe an Augen und Tränenwegen, außer bei bösartiger Neubildung am Auge
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien
D06B	Andere Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 5 J. u. Alter < 16 J. od. Alter > 15 J., mit kompl. Proz. oder Diag., ohne Resektion Felsenbein, ohne intrakran. Eingriff bei BNB
D06C	Bestimmte Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung, ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik, ohne Eingriffe am Kopf
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

DRG	DRG-Text
D30A	Tonsillektomie außer bei BNB oder verschiedene Eingr. an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äuß. schw. CC, mit aufw. Eingr. oder Eingr. an Mundhöhle und Mund auß. bei BNB, Alter < 3 J. oder mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 J. mit auß. schw. od. schw. CC
D30B	Tonsillektomie außer bei BNB oder versch. Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 12 Jahre od. Alter > 11 J. bei BNB
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, Gesichtschädelknochen
D63B	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege oder Blutung aus Nase und Rachen ohne äußerst schwere CC
G11B	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter außer bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 5 Jahre
G24C	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
G26B	Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 15 Jahre, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, ohne kleinen Eingriff am Rektum
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, ohne bestimmten anderen Eingriff an der Wirbelsäule
I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne Diszitis, ohne Bandscheibeninfektion, mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als 1 Belegungstag, Alter < 18 Jahre
I16B	Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität ohne bestimmten Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen, mit bestimmtem anderem Eingriff an Klavikula, Schulter und Ellenbogen
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

DRG	DRG-Text
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk
I20D	Eingriffe am Fuß ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit Knochentransplantation oder schwerem Weichteilschaden oder bestimmtem Eingriff am Fuß oder Implantation einer Vorfuß- oder Zehenen-doprothese oder Kalkaneusfraktur
I20E	Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritits oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe oder komplizierende Faktoren, Alter > 15 Jahre
I23B	Andere kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen mit bestimmten kleinen Eingriffen an Knochen und Weichteilen, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I24B	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre
I27D	Bestimmte andere Eingriffe am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag
I28E	Andere Eingriffe am Bindegewebe, ohne bestimmte, mäßig komplexe und komplexe Eingriffe am Bindegewebe, Alter > 9 Jahre oder 1 BT
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder best. Osteosynthesen an der Klavikula ohne kompliz. Diagnose, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen oder sonst. arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette mit bestimmten Eingriffen an der Schulter
I29C	Sonstige arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette ohne bestimmte Eingriffe an der Schulter
I30B	Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk, Alter > 15 Jahre oder bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I43B	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk oder Entfernung bestimmter Endoprothesen am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC
I44C	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Wechsel von Endoprothesen oder Prothesenkomponenten, ohne Implantation einer patientenindividuell angefertigten Endoprothese am Kniegelenk
I44D	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk oder Einbringen einer Entlastungsfeder am Kniegelenk
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne best. kompliz. Faktoren, ohne komplexe Diagnose an Becken/OS, ohne best. endoproth. Eingriff, ohne gelenkpl. Eingriff am Hüftgelenk, ohne Impl. oder Wechsel einer Radiuskopfprothese, ohne Entf. Osteosynthesemat.
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, mehr als ein Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh.
J09B	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
L06B	Kleine Eingriffe an den Harnorganen ohne äußerst schwere CC oder ohne bestimmte Prozeduren oder Alter < 16 Jahre
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, Alter > 15 Jahre
L20B	Transurethr. Eingr. auß. Prostatares. u. kompl. Ureterorenoskop. oh. ESWL, m. kompl. Eingriff od. and. Eingr. an der Urethra b. Para- / Tetraplegie od. m. ESWL b. Harnst., oh. äußerst schw. CC od. best. Steinentfernung od. Alter < 16 J. od. Alter > 89 J.
L20C	Transurethrale Eingr. außer Prostatares. und kompl. Ureterorenoskop. ohne ESWL, ohne kompl. Eingriff od. andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie oder mit ESWL bei Harnsteinen, ohne auß. schw. CC, Alter > 15 J. und Alter < 90 J.
L63E	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne best. mäßig aufw. / aufw. / hochaufw. Behandlung, ohne Komplexbeh. isolationspfl. Erreger, ohne best. schw. Infektionen, Alter > 5 und < 18 Jahre, ohne schwere CC od. Alter > 17 und < 90 Jahre
L64B	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, außer bei angeborener Fehlbildung, Alter > 2 Jahre
L64D	Andere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Eingriffe am Ureter, Alter > 15 Jahre
M02B	Transurethrale Prostataresektion oder bestimmte andere Operationen an der Prostata ohne äußerst schwere CC
M04D	Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff oder Alter > 2 Jahre, ohne schwere CC oder ohne beidseitigen Hodenhochstand oder Alter > 13 Jahre
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane
N07A	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus oder kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, mit bestimmtem Eingriff
N14Z	Hysterektomie auß. bei BNB m. Beckenbodenpl. od. Brachytherapie b. Krankh./Stör. weibl. Geschlechtsorg., > 1 BT, m. auß. schw. CC od. Ovariectomie u. kompl. Eingriffe an den Tubae uterinae auß. bei BNB, ohne auß. schwere od. schwere CC, Alter < 16 Jahre
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
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

DRG	DRG-Text
O01E	Primäre Sectio caesarea ohne äuß. schwere CC, mit komplizierender oder komplexer Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen (SSW) oder sekundäre Sectio caesarea, ohne komplexe Diagnose, Schwangerschaftsdauer > 33 vollendete Wochen
O01F	Primäre Sectio caesarea ohne komplexe Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW)
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff, mehr als ein Belegungstag
P67C	Neugeborenes, Aufnahmegeg. > 2499 g oh. sig. OR-Proz., oh. Beatmung > 95 Std., ohne schw. Prob., anderes Problem und mehr als ein Belegungstag oder nicht signifikante OR-Prozedur, ohne Mehrling, ohne bestimmte aufwendige Prozeduren
P67E	Neugeborener Einling, Aufnahmegeg. > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Prozedur ohne bestimmte Diagnosen beim Neugeborenen

Tabelle A-3:

Übersicht über die im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems in der CCL-Matrix veränderten Diagnosen (siehe Kap. 3.3.1.4). Aus Formatgründen werden die Kategorien: „Abwertung in < 3 Basis-DRGs“, „Abwertung in 3-9 Basis-DRGs“, „Abwertung in 10-29 Basis-DRGs“ und „Abwertung in mindestens 30 Basis-DRGs“ kurz als „Abwertung“ bezeichnet, obgleich es sich nicht um eine generelle Abwertung handelt. Ebenso wird die Kategorie „Auf- und Abwertung je nach Basis-DRG“ kurz als „Auf- und Abwertung“ bezeichnet und die Kategorie „global aus der CCL-Matrix gestrichen“ mit „Streichung“ abgekürzt. Die ausführlichen Kategorien der einzelnen Diagnosen sind in der veröffentlichten „Übersicht CCL-Matrix-Änderungen“ auf der Internetseite des InEK (www.g-drg.de) zu finden.

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
A02.0	Salmonellenenteritis	Abwertung
A04.3	Darminfektion durch enterohämorrhagische Escherichia coli	Abwertung
A04.70	Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen	Abwertung
A04.71	Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, mit sonstigen Organkomplikationen	Abwertung
A04.72	Enterokolitis durch Clostridium difficile mit Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen	Abwertung
A04.73	Enterokolitis durch Clostridium difficile mit Megakolon, mit sonstigen Organkomplikationen	Abwertung
A04.79	Enterokolitis durch Clostridium difficile, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A04.9	Bakterielle Darminfektion, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A08.0	Enteritis durch Rotaviren	Abwertung
A08.1	Akute Gastroenteritis durch Norovirus	Abwertung
A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	Abwertung
A15.0	Lungentuberkulose, durch mikroskopische Untersuchung des Sputums gesichert, mit oder ohne Nachweis durch Kultur oder molekularbiologische Verfahren	Abwertung
A15.1	Lungentuberkulose, nur durch Kultur gesichert	Abwertung
A15.3	Lungentuberkulose, durch sonstige und nicht näher bezeichnete Untersuchungsverfahren gesichert	Abwertung
A15.9	Nicht näher bezeichnete Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert	Abwertung
A16.1	Lungentuberkulose, bakteriologische, molekularbiologische und histologische Untersuchung nicht durchgeführt	Abwertung
A16.2	Lungentuberkulose ohne Angabe einer bakteriologischen, molekularbiologischen oder histologischen Sicherung	Abwertung
A16.9	Nicht näher bezeichnete Tuberkulose der Atmungsorgane ohne Angabe einer bakteriologischen, molekularbiologischen oder histologischen Sicherung	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
A31.0	Infektion der Lunge durch sonstige Mykobakterien	Abwertung
A31.80	Disseminierte atypische Mykobakteriose	Abwertung
A32.7	Listeriensepsis	Abwertung
A39.1	Waterhouse-Friderichsen-Syndrom	Abwertung
A39.9	Meningokokkeninfektion, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A40.0	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe A	Abwertung
A40.1	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe B	Abwertung
A40.2	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe D, und Enterokokken	Abwertung
A40.3	Sepsis durch Streptococcus pneumoniae	Abwertung
A40.8	Sonstige Sepsis durch Streptokokken	Abwertung
A40.9	Sepsis durch Streptokokken, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A41.0	Sepsis durch Staphylococcus aureus	Abwertung
A41.1	Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken	Abwertung
A41.2	Sepsis durch nicht näher bezeichnete Staphylokokken	Abwertung
A41.4	Sepsis durch Anaerobier	Abwertung
A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	Abwertung
A41.52	Sepsis: Pseudomonas	Abwertung
A41.58	Sepsis: Sonstige gramnegative Erreger	Abwertung
A41.8	Sonstige näher bezeichnete Sepsis	Abwertung
A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A42.0	Aktinomykose der Lunge	Abwertung
A42.7	Aktinomykotische Sepsis	Abwertung
A48.0	Gasbrand [Gasödem]	Abwertung
A48.1	Legionellose mit Pneumonie	Abwertung
A49.0	Staphylokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	Abwertung
A49.1	Streptokokken- und Enterokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	Abwertung
A49.2	Infektion durch Haemophilus influenzae nicht näher bezeichneter Lokalisation	Abwertung
A81.2	Progressive multifokale Leukenzephalopathie	Abwertung
B00.1	Dermatitis vesicularis durch Herpesviren	Abwertung
B00.4	Enzephalitis durch Herpesviren	Abwertung
B00.7	Disseminierte Herpesvirus-Krankheit	Abwertung
B00.8	Sonstige Infektionsformen durch Herpesviren	Abwertung
B01.8	Varizellen mit sonstigen Komplikationen	Abwertung
B01.9	Varizellen ohne Komplikation	Abwertung
B02.2	Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems	Abwertung
B02.7	Zoster generalisatus	Abwertung
B02.8	Zoster mit sonstigen Komplikationen	Abwertung
B16.2	Akute Virushepatitis B ohne Delta-Virus mit Coma hepaticum	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
B16.9	Akute Virushepatitis B ohne Delta-Virus und ohne Coma hepaticum	Abwertung
B17.1	Akute Virushepatitis C	Abwertung
B17.2	Akute Virushepatitis E	Abwertung
B17.9	Akute Virushepatitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
B18.0	Chronische Virushepatitis B mit Delta-Virus	Abwertung
B18.11	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 1	Abwertung
B18.12	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 2	Abwertung
B18.19	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase nicht näher bezeichnet	Abwertung
B18.2	Chronische Virushepatitis C	Abwertung
B18.8	Sonstige chronische Virushepatitis	Abwertung
B18.9	Chronische Virushepatitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
B19.9	Nicht näher bezeichnete Virushepatitis ohne hepatisches Koma	Abwertung
B20	Infektiöse und parasitäre Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	Abwertung
B21	Bösartige Neubildungen infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	Abwertung
B22	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	Abwertung
B23.0	Akutes HIV-Infektionssyndrom	Abwertung
B23.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheitszustände infolge HIV-Krankheit	Abwertung
B24	Nicht näher bezeichnete HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	Abwertung
B25.0	Pneumonie durch Zytomegalieviren	Abwertung
B25.80	Infektion des Verdauungstraktes durch Zytomegalieviren	Abwertung
B25.88	Sonstige Zytomegalie	Abwertung
B25.9	Zytomegalie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
B37.0	Candida-Stomatitis	Abwertung
B37.1	Kandidose der Lunge	Abwertung
B37.4	Kandidose an sonstigen Lokalisationen des Urogenitalsystems	Abwertung
B37.7	Candida-Sepsis	Abwertung
B37.81	Candida-Ösophagitis	Abwertung
B37.88	Kandidose an sonstigen Lokalisationen	Abwertung
B44.0	Invasive Aspergillose der Lunge	Abwertung
B44.1	Sonstige Aspergillose der Lunge	Abwertung
B44.7	Disseminierte Aspergillose	Abwertung
B44.8	Sonstige Formen der Aspergillose	Abwertung
B44.9	Aspergillose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
B45.9	Kryptokokkose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
B48.5	Pneumozystose	Abwertung
B48.7	Mykosen durch opportunistisch-pathogene Pilze	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
B50.8	Sonstige schwere Formen oder Komplikationen der Malaria tropica	Neuaufnahme
B90.1	Folgezustände einer Tuberkulose des Urogenitalsystems	Abwertung
B90.9	Folgezustände einer Tuberkulose der Atmungsorgane und einer nicht näher bezeichneten Tuberkulose	Abwertung
B91	Folgezustände der Poliomyelitis	Abwertung
B95.2	Streptokokken, Gruppe D, und Enterokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.3	Streptococcus pneumoniae als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.42	Streptokokken, Gruppe G, als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.48	Sonstige näher bezeichnete Streptokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.5	Nicht näher bezeichnete Streptokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.6	Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.7	Sonstige Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.8	Nicht näher bezeichnete Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B96.3	Haemophilus und Moraxella als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B96.5	Pseudomonas und andere Nonfermenter als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
C15.0	Bösartige Neubildung: Zervikaler Ösophagus	Abwertung
C15.1	Bösartige Neubildung: Thorakaler Ösophagus	Abwertung
C15.2	Bösartige Neubildung: Abdominaler Ösophagus	Abwertung
C15.3	Bösartige Neubildung: Ösophagus, oberes Drittel	Abwertung
C15.4	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mittleres Drittel	Abwertung
C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	Abwertung
C15.8	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung
C15.9	Bösartige Neubildung: Ösophagus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia	Abwertung
C16.1	Bösartige Neubildung: Fundus ventriculi	Abwertung
C16.2	Bösartige Neubildung: Corpus ventriculi	Abwertung
C16.3	Bösartige Neubildung: Antrum pyloricum	Abwertung
C16.4	Bösartige Neubildung: Pylorus	Abwertung
C16.5	Bösartige Neubildung: Kleine Krümmung des Magens, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C16.6	Bösartige Neubildung: Große Krümmung des Magens, nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
C16.8	Bösartige Neubildung: Magen, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung
C16.9	Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C17.0	Bösartige Neubildung: Duodenum	Abwertung
C17.1	Bösartige Neubildung: Jejunum	Abwertung
C17.2	Bösartige Neubildung: Ileum	Abwertung
C17.3	Bösartige Neubildung: Meckel-Divertikel	Abwertung
C17.8	Bösartige Neubildung: Dünndarm, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung
C17.9	Bösartige Neubildung: Dünndarm, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	Abwertung
C18.1	Bösartige Neubildung: Appendix vermiformis	Abwertung
C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	Abwertung
C18.3	Bösartige Neubildung: Flexura coli dextra [hepatica]	Abwertung
C18.4	Bösartige Neubildung: Colon transversum	Abwertung
C18.5	Bösartige Neubildung: Flexura coli sinistra [lienalis]	Abwertung
C18.6	Bösartige Neubildung: Colon descendens	Abwertung
C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	Abwertung
C18.9	Bösartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C19	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang	Abwertung
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	Abwertung
C21.0	Bösartige Neubildung: Anus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C21.1	Bösartige Neubildung: Analkanal	Abwertung
C22.0	Leberzellkarzinom	Abwertung
C22.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom	Abwertung
C22.7	Sonstige näher bezeichnete Karzinome der Leber	Abwertung
C22.9	Bösartige Neubildung: Leber, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C23	Bösartige Neubildung der Gallenblase	Abwertung
C24.0	Bösartige Neubildung: Extrahepatischer Gallengang	Abwertung
C24.1	Bösartige Neubildung: Ampulla hepatopancreatica [Ampulla Vateri]	Abwertung
C24.8	Bösartige Neubildung: Gallenwege, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung
C24.9	Bösartige Neubildung: Gallenwege, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	Abwertung
C25.1	Bösartige Neubildung: Pankreaskörper	Abwertung
C25.2	Bösartige Neubildung: Pankreasschwanz	Abwertung
C25.3	Bösartige Neubildung: Ductus pancreaticus	Abwertung
C25.4	Bösartige Neubildung: Endokriner Drüsenanteil des Pankreas	Abwertung
C25.7	Bösartige Neubildung: Sonstige Teile des Pankreas	Abwertung
C25.8	Bösartige Neubildung: Pankreas, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung
C25.9	Bösartige Neubildung: Pankreas, nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	Abwertung
C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	Abwertung
C34.2	Bösartige Neubildung: Mittellappen (-Bronchus)	Abwertung
C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	Abwertung
C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung
C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C37	Bösartige Neubildung des Thymus	Abwertung
C38.4	Bösartige Neubildung: Pleura	Abwertung
C40.0	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Skapula und lange Knochen der oberen Extremität	Abwertung
C40.2	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität	Abwertung
C41.02	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Maxillofazial	Abwertung
C41.1	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Unterkieferknochen	Abwertung
C45.0	Mesotheliom der Pleura	Abwertung
C45.1	Mesotheliom des Peritoneums	Abwertung
C45.2	Mesotheliom des Perikards	Abwertung
C45.9	Mesotheliom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	Abwertung
C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens	Abwertung
C66	Bösartige Neubildung des Ureters	Abwertung
C70.0	Bösartige Neubildung: Hirnhäute	Abwertung
C71.0	Bösartige Neubildung: Zerebrum, ausgenommen Hirnlappen und Ventrikel	Abwertung
C71.1	Bösartige Neubildung: Frontallappen	Abwertung
C71.2	Bösartige Neubildung: Temporallappen	Abwertung
C71.3	Bösartige Neubildung: Parietallappen	Abwertung
C71.4	Bösartige Neubildung: Okzipitallappen	Abwertung
C71.5	Bösartige Neubildung: Hirnventrikel	Abwertung
C71.6	Bösartige Neubildung: Zerebellum	Abwertung
C71.7	Bösartige Neubildung: Hirnstamm	Abwertung
C71.8	Bösartige Neubildung: Gehirn, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung
C71.9	Bösartige Neubildung: Gehirn, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C72.0	Bösartige Neubildung: Rückenmark	Abwertung
C75.1	Bösartige Neubildung: Hypophyse	Neuaufnahme
C75.2	Bösartige Neubildung: Ductus craniopharyngealis	Neuaufnahme
C75.3	Bösartige Neubildung: Epiphyse [Glandula pinealis] [Zirbeldrüse]	Neuaufnahme

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
C77.0	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	Abwertung
C77.1	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrathorakale Lymphknoten	Abwertung
C77.2	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intraabdominale Lymphknoten	Abwertung
C77.3	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität	Abwertung
C77.4	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Inguinale Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität	Abwertung
C77.5	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrapelvine Lymphknoten	Abwertung
C77.8	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten mehrerer Regionen	Abwertung
C77.9	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge	Abwertung
C78.1	Sekundäre bösartige Neubildung des Mediastinums	Abwertung
C78.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura	Abwertung
C78.3	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Atmungsorgane	Abwertung
C78.4	Sekundäre bösartige Neubildung des Dünndarmes	Abwertung
C78.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Dickdarmes und des Rektums	Abwertung
C78.6	Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums	Abwertung
C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	Abwertung
C78.8	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Verdauungsorgane	Abwertung
C79.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Niere und des Nierenbeckens	Abwertung
C79.1	Sekundäre bösartige Neubildung der Harnblase sowie sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane	Abwertung
C79.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Haut	Abwertung
C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute	Abwertung
C79.4	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Nervensystems	Abwertung
C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	Abwertung
C79.6	Sekundäre bösartige Neubildung des Ovars	Abwertung
C79.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Nebenniere	Abwertung
C79.81	Sekundäre bösartige Neubildung der Brustdrüse	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
C79.82	Sekundäre bösartige Neubildung der Genitalorgane	Abwertung
C79.83	Sekundäre bösartige Neubildung des Perikards	Abwertung
C79.85	Sekundäre bösartige Neubildung des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe des Halses	Abwertung
C79.88	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen	Abwertung
C79.9	Sekundäre bösartige Neubildung nicht näher bezeichneter Lokalisation	Abwertung
C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	Abwertung
C80.9	Bösartige Neubildung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C81.0	Noduläres lymphozytenprädominantes Hodgkin-Lymphom	Abwertung
C81.1	Nodulär-sklerosierendes (klassisches) Hodgkin-Lymphom	Abwertung
C81.2	Gemischtzelliges (klassisches) Hodgkin-Lymphom	Abwertung
C81.7	Sonstige Typen des (klassischen) Hodgkin-Lymphoms	Abwertung
C81.9	Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C82.1	Follikuläres Lymphom Grad II	Abwertung
C82.2	Follikuläres Lymphom Grad III, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C82.3	Follikuläres Lymphom Grad IIIa	Abwertung
C82.4	Follikuläres Lymphom Grad IIIb	Abwertung
C82.6	Kutanes Follikelzentrumslymphom	Abwertung
C82.9	Follikuläres Lymphom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C83.0	Kleinzelliges B-Zell-Lymphom	Abwertung
C83.1	Mantelzell-Lymphom	Abwertung
C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	Abwertung
C83.5	Lymphoblastisches Lymphom	Abwertung
C83.8	Sonstige nicht follikuläre Lymphome	Abwertung
C83.9	Nicht follikuläres Lymphom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C84.0	Mycosis fungoides	Abwertung
C84.4	Peripheres T-Zell-Lymphom, nicht spezifiziert	Abwertung
C84.5	Sonstige reifzellige T/NK-Zell-Lymphome	Abwertung
C84.8	Kutanes T-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C84.9	Reifzelliges T/NK-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C85.1	B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C85.2	Mediastinales (thymisches) großzelliges B-Zell-Lymphom	Abwertung
C85.7	Sonstige näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms	Abwertung
C85.9	Non-Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C86.5	Angioimmunoblastisches T-Zell-Lymphom	Abwertung
C88.00	Makroglobulinämie Waldenström: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C88.01	Makroglobulinämie Waldenström: In kompletter Remission	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
C88.40	Extranodales Marginalzonen-B-Zell-Lymphom des Mukosa-assoziierten lymphatischen Gewebes [MALT-Lymphom]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C88.41	Extranodales Marginalzonen-B-Zell-Lymphom des Mukosa-assoziierten lymphatischen Gewebes [MALT-Lymphom]: In kompletter Remission	Abwertung
C88.90	Bösartige immunproliferative Krankheit, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C88.91	Bösartige immunproliferative Krankheit, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission	Abwertung
C90.00	Multipl. Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C90.01	Multipl. Myelom: In kompletter Remission	Abwertung
C90.30	Solitäres Plasmocytom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C90.31	Solitäres Plasmocytom: In kompletter Remission	Abwertung
C91.00	Akute lymphatische Leukämie [ALL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C91.01	Akute lymphatische Leukämie [ALL]: In kompletter Remission	Abwertung
C91.10	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C91.11	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: In kompletter Remission	Abwertung
C91.40	Haarzellenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C91.41	Haarzellenleukämie: In kompletter Remission	Abwertung
C91.90	Lymphatische Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C91.91	Lymphatische Leukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission	Abwertung
C92.00	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C92.01	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: In kompletter Remission	Abwertung
C92.10	Chronische myeloische Leukämie [CML], BCR/ABL-positiv: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C92.11	Chronische myeloische Leukämie [CML], BCR/ABL-positiv: In kompletter Remission	Abwertung
C92.40	Akute Promyelozyten-Leukämie [PCL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C92.41	Akute Promyelozyten-Leukämie [PCL]: In kompletter Remission	Abwertung
C92.50	Akute myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C92.51	Akute myelomonozytäre Leukämie: In kompletter Remission	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
C92.80	Akute myeloische Leukämie mit multilineärer Dysplasie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C92.81	Akute myeloische Leukämie mit multilineärer Dysplasie: In kompletter Remission	Abwertung
C92.90	Myeloische Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C92.91	Myeloische Leukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission	Abwertung
C93.00	Akute Monoblasten-/Monozytenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C93.01	Akute Monoblasten-/Monozytenleukämie: In kompletter Remission	Abwertung
C93.10	Chronische myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C93.11	Chronische myelomonozytäre Leukämie: In kompletter Remission	Abwertung
C93.90	Monozytenleukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C93.91	Monozytenleukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission	Abwertung
C94.20	Akute Megakaryoblastenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C94.21	Akute Megakaryoblastenleukämie: In kompletter Remission	Abwertung
C94.30	Mastzellenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C94.31	Mastzellenleukämie: In kompletter Remission	Abwertung
C95.00	Akute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C95.01	Akute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission	Abwertung
C95.10	Chronische Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C95.11	Chronische Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission	Abwertung
C95.90	Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C95.91	Leukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission	Abwertung
C96.7	Sonstige näher bezeichnete bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	Abwertung
C96.9	Bösartige Neubildung des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C97	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen	Abwertung
D46.2	Refraktäre Anämie mit Blastenüberschuss [RAEB]	Abwertung
D47.1	Chronische myeloproliferative Krankheit	Streichung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
D47.3	Essentielle (hämorrhagische) Thrombozythämie	Streichung
D50.0	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)	Abwertung
D50.1	Sideropenische Dysphagie	Abwertung
D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	Abwertung
D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D52.0	Alimentäre Folsäure-Mangelanämie	Abwertung
D52.1	Arzneimittelinduzierte Folsäure-Mangelanämie	Abwertung
D52.8	Sonstige Folsäure-Mangelanämien	Abwertung
D52.9	Folsäure-Mangelanämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D53.0	Eiweißmangelanämie	Abwertung
D53.1	Sonstige megaloblastäre Anämien, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
D56.1	Beta-Thalassämie	Abwertung
D56.3	Thalassämie-Erbanlage	Abwertung
D56.9	Thalassämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D58.1	Hereditäre Elliptozytose	Neuaufnahme
D58.2	Sonstige Hämoglobinopathien	Neuaufnahme
D58.9	Hereditäre hämolytische Anämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D59.1	Sonstige autoimmunhämolytische Anämien	Abwertung
D59.3	Hämolytisch-urämisches Syndrom	Abwertung
D59.4	Sonstige nicht-autoimmunhämolytische Anämien	Abwertung
D59.5	Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie [Marchiafava-Micheli]	Abwertung
D59.6	Hämoglobinurie durch Hämolyse infolge sonstiger äußerer Ursachen	Abwertung
D59.8	Sonstige erworbene hämolytische Anämien	Abwertung
D59.9	Erworbene hämolytische Anämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D61.0	Angeborene aplastische Anämie	Abwertung
D61.10	Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie	Abwertung
D61.18	Sonstige arzneimittelinduzierte aplastische Anämie	Abwertung
D61.19	Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D61.2	Aplastische Anämie infolge sonstiger äußerer Ursachen	Abwertung
D61.8	Sonstige näher bezeichnete aplastische Anämien	Abwertung
D61.9	Aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D62	Akute Blutungsanämie	Abwertung
D63.0	Anämie bei Neubildungen	Abwertung
D64.1	Sekundäre sideroachrestische [sideroblastische] Anämie (krankheitsbedingt)	Abwertung
D64.3	Sonstige sideroachrestische [sideroblastische] Anämien	Abwertung
D65.0	Erworbene Afibrinogenämie	Abwertung
D65.1	Disseminierte intravasale Gerinnung [DIG, DIC]	Abwertung
D65.2	Erworbene Fibrinolyseblutung	Abwertung
D65.9	Defibrinationssyndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D66	Hereditärer Faktor-VIII-Mangel	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
D67	Hereditärer Faktor-IX-Mangel	Abwertung
D68.00	Hereditäres Willebrand-Jürgens-Syndrom	Abwertung
D68.01	Erworbenes Willebrand-Jürgens-Syndrom	Abwertung
D68.09	Willebrand-Jürgens-Syndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D68.21	Hereditärer Faktor-II-Mangel	Abwertung
D68.22	Hereditärer Faktor-V-Mangel	Abwertung
D68.23	Hereditärer Faktor-VII-Mangel	Abwertung
D68.24	Hereditärer Faktor-X-Mangel	Abwertung
D68.26	Hereditärer Faktor-XIII-Mangel	Abwertung
D68.28	Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren	Abwertung
D68.31	Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII	Abwertung
D68.32	Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren	Abwertung
D68.33	Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)	Abwertung
D68.34	Hämorrhagische Diathese durch Heparine	Abwertung
D68.35	Hämorrhagische Diathese durch sonstige Antikoagulanzen	Abwertung
D68.38	Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und nicht näher bezeichnete Antikörper	Abwertung
D68.4	Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	Abwertung
D68.5	Primäre Thrombophilie	Abwertung
D68.6	Sonstige Thrombophilien	Abwertung
D68.8	Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien	Abwertung
D68.9	Koagulopathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D69.0	Purpura anaphylactoides	Abwertung
D69.1	Qualitative Thrombozytendefekte	Abwertung
D69.3	Idiopathische thrombozytopenische Purpura	Abwertung
D69.40	Sonstige primäre Thrombozytopenie, als transfusionsrefraktär bezeichnet	Abwertung
D69.41	Sonstige primäre Thrombozytopenie, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet	Abwertung
D69.52	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ I	Abwertung
D69.53	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II	Abwertung
D69.57	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, als transfusionsrefraktär bezeichnet	Abwertung
D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet	Abwertung
D69.59	Sekundäre Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D69.60	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, als transfusionsrefraktär bezeichnet	Abwertung
D69.61	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet	Abwertung
D69.80	Hämorrhagische Diathese durch Thrombozytenaggregationshemmer	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
D69.88	Sonstige näher bezeichnete hämorrhagische Diathesen	Abwertung
D69.9	Hämorrhagische Diathese, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D70.10	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase unter 4 Tage	Abwertung
D70.11	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 10 Tage bis unter 20 Tage	Abwertung
D70.12	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 20 Tage und mehr	Abwertung
D70.13	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 4 Tage bis unter 7 Tage	Abwertung
D70.14	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 7 Tage bis unter 10 Tage	Abwertung
D70.18	Sonstige Verlaufsformen der arzneimittelinduzierten Ag- ranulozytose und Neutropenie	Abwertung
D70.19	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D70.3	Sonstige Agranulozytose	Abwertung
D70.5	Zyklische Neutropenie	Abwertung
D70.6	Sonstige Neutropenie	Abwertung
D70.7	Neutropenie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D73.1	Hypersplenismus	Abwertung
D73.3	Abszess der Milz	Abwertung
D73.5	Infarzierung der Milz	Abwertung
D80.0	Hereditäre Hypogammaglobulinämie	Abwertung
D80.3	Selektiver Mangel an Immunglobulin-G-Subklassen [IgG- Subklassen]	Abwertung
D80.8	Sonstige Immundefekte mit vorherrschendem Antikör- permangel	Abwertung
D80.9	Immundefekt mit vorherrschendem Antikörpermangel, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D81.1	Schwerer kombinierter Immundefekt [SCID] mit niedriger T- und B-Zellen-Zahl	Abwertung
D81.9	Kombinierter Immundefekt, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D82.1	Di-George-Syndrom	Abwertung
D82.3	Immundefekt mit hereditär defekter Reaktion auf Epstein- Barr-Virus	Abwertung
D82.9	Immundefekt in Verbindung mit schwerem Defekt, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D83.1	Variabler Immundefekt mit überwiegenden immunregula- torischen T-Zell-Störungen	Abwertung
D83.9	Variabler Immundefekt, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D84.8	Sonstige näher bezeichnete Immundefekte	Abwertung
D84.9	Immundefekt, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D86.0	Sarkoidose der Lunge	Abwertung
D86.1	Sarkoidose der Lymphknoten	Abwertung
D86.2	Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
D86.8	Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen	Abwertung
D86.9	Sarkoidose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
E03.5	Myxödemkoma	Abwertung
E05.0	Hyperthyreose mit diffuser Struma	Abwertung
E05.1	Hyperthyreose mit toxischem solitärem Schilddrüsenknoten	Abwertung
E05.2	Hyperthyreose mit toxischer mehrknotiger Struma	Abwertung
E05.4	Hyperthyreosis factitia	Abwertung
E05.5	Thyreotoxische Krise	Abwertung
E10.01	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.11	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.20	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.21	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.30	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.40	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.50	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.51	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.60	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.72	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.73	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.74	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.75	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.80	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.81	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.90	Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.91	Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
E11.01	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.11	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.20	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.21	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.30	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.31	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.40	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.41	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.50	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.51	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.60	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.61	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.72	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.73	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.75	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.80	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.81	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.11	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.20	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.41	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
E13.61	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.72	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.73	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.80	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.90	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.91	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.30	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Augenkomplicationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.31	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Augenkomplicationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.61	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.72	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.73	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.74	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.75	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.90	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Streichung
E14.91	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E15	Hypoglykämisches Koma, nichtdiabetisch	Abwertung
E20.8	Sonstiger Hypoparathyreoidismus	Abwertung
E20.9	Hypoparathyreoidismus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
E21.0	Primärer Hyperparathyreoidismus	Abwertung
E21.1	Sekundärer Hyperparathyreoidismus, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
E21.2	Sonstiger Hyperparathyreoidismus	Abwertung
E21.3	Hyperparathyreoidismus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
E23.0	Hypopituitarismus	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
E23.2	Diabetes insipidus	Abwertung
E24.0	Hypophysäres Cushing-Syndrom	Abwertung
E24.2	Arzneimittelinduziertes Cushing-Syndrom	Abwertung
E24.8	Sonstiges Cushing-Syndrom	Abwertung
E24.9	Cushing-Syndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
E27.0	Sonstige Nebennierenrindenüberfunktion	Abwertung
E27.1	Primäre Nebennierenrindeninsuffizienz	Abwertung
E27.2	Addison-Krise	Auf- und Abwertung
E27.3	Arzneimittelinduzierte Nebennierenrindeninsuffizienz	Abwertung
E27.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Nebennierenrindeninsuffizienz	Abwertung
E31.0	Autoimmune polyglanduläre Insuffizienz	Abwertung
E31.9	Polyglanduläre Dysfunktion, nicht näher bezeichnet	Abwertung
E34.0	Karzinoid-Syndrom	Abwertung
E40	Kwashiorkor	Abwertung
E41	Alimentärer Marasmus	Abwertung
E42	Kwashiorkor-Marasmus	Abwertung
E43	Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E44.0	Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E44.1	Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E45	Entwicklungsverzögerung durch Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E46	Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E51.2	Wernicke-Enzephalopathie	Abwertung
E53.8	Mangel an sonstigen näher bezeichneten Vitaminen des Vitamin-B-Komplexes	Abwertung
E56.1	Vitamin-K-Mangel	Abwertung
E61.1	Eisenmangel	Abwertung
E61.7	Mangel an mehreren Spurenelementen	Abwertung
E64.0	Folgen der Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E64.8	Folgen sonstiger alimentärer Mangelzustände	Abwertung
E64.9	Folgen eines nicht näher bezeichneten alimentären Mangelzustandes	Abwertung
E66.02	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter	Abwertung
E66.12	Arzneimittelinduzierte Adipositas: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter	Abwertung
E66.22	Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter	Abwertung
E66.82	Sonstige Adipositas: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter	Auf- und Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
E66.92	Adipositas, nicht näher bezeichnet: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter	Abwertung
E74.0	Glykogenspeicherkrankheit [Glykogenose]	Neuaufnahme
E75.0	GM2-Gangliosidose	Neuaufnahme
E75.1	Sonstige Gangliosidosen	Neuaufnahme
E75.2	Sonstige Sphingolipidosen	Neuaufnahme
E75.3	Sphingolipidose, nicht näher bezeichnet	Neuaufnahme
E75.4	Neuronale Zeroidlipofuszinose	Neuaufnahme
E76.0	Mukopolysaccharidose, Typ I	Neuaufnahme
E76.1	Mukopolysaccharidose, Typ II	Neuaufnahme
E76.2	Sonstige Mukopolysaccharidosen	Neuaufnahme
E84.0	Zystische Fibrose mit Lungenmanifestationen	Abwertung
E84.80	Zystische Fibrose mit Lungen- und Darm-Manifestation	Abwertung
E84.87	Zystische Fibrose mit sonstigen multiplen Manifestationen	Abwertung
E84.9	Zystische Fibrose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
E85.2	Heredofamiliäre Amyloidose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
E85.3	Sekundäre systemische Amyloidose	Abwertung
E87.0	Hyperosmolalität und Hyponatriämie	Abwertung
E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	Abwertung
E87.5	Hyperkaliämie	Abwertung
E87.6	Hypokaliämie	Abwertung
E88.3	Tumorlyse-Syndrom	Abwertung
E89.1	Hypoinsulinämie nach medizinischen Maßnahmen	Abwertung
E89.2	Hypoparathyreoidismus nach medizinischen Maßnahmen	Abwertung
E89.6	Nebennierenrinden- (Nebennierenmark-) Unterfunktion nach medizinischen Maßnahmen	Abwertung
F00.0	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit frühem Beginn (Typ 2)	Abwertung
F00.1	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)	Abwertung
F00.2	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form	Abwertung
F00.9	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F01.1	Multiinfarkt-Demenz	Abwertung
F01.2	Subkortikale vaskuläre Demenz	Abwertung
F01.3	Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz	Abwertung
F01.8	Sonstige vaskuläre Demenz	Abwertung
F02.0	Demenz bei Pick-Krankheit	Abwertung
F02.2	Demenz bei Chorea Huntington	Abwertung
F02.3	Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom	Abwertung
F04	Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	Abwertung
F05.0	Delir ohne Demenz	Abwertung
F05.1	Delir bei Demenz	Abwertung
F05.8	Sonstige Formen des Delirs	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
F05.9	Delir, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F06.0	Organische Halluzinose	Abwertung
F06.1	Organische katatone Störung	Abwertung
F06.2	Organische wahnhaft[e [schizophreniforme] Störung	Abwertung
F06.3	Organische affektive Störungen	Abwertung
F06.4	Organische Angststörung	Abwertung
F06.5	Organische dissoziative Störung	Abwertung
F07.0	Organische Persönlichkeitsstörung	Abwertung
F10.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch	Abwertung
F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	Abwertung
F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	Abwertung
F10.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir	Abwertung
F10.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Psychotische Störung	Abwertung
F10.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom	Abwertung
F10.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	Abwertung
F11.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	Abwertung
F11.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Schädlicher Gebrauch	Abwertung
F11.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom	Abwertung
F11.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Entzugssyndrom	Abwertung
F11.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	Abwertung
F12.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Psychotische Störung	Abwertung
F12.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	Abwertung
F13.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Schädlicher Gebrauch	Abwertung
F13.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom	Abwertung
F13.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Entzugssyndrom	Abwertung
F13.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Entzugssyndrom mit Delir	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
F13.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	Abwertung
F13.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen	Abwertung
F13.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	Abwertung
F15.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Schädlicher Gebrauch	Abwertung
F15.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Abhängigkeitssyndrom	Abwertung
F15.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Entzugssyndrom mit Delir	Abwertung
F15.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	Abwertung
F19.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Schädlicher Gebrauch	Abwertung
F19.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	Abwertung
F19.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Entzugssyndrom	Abwertung
F19.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	Abwertung
F20.0	Paranoide Schizophrenie	Abwertung
F20.2	Katatone Schizophrenie	Abwertung
F20.3	Undifferenzierte Schizophrenie	Abwertung
F20.5	Schizophrenes Residuum	Abwertung
F20.6	Schizophrenia simplex	Abwertung
F20.8	Sonstige Schizophrenie	Abwertung
F20.9	Schizophrenie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F23.8	Sonstige akute vorübergehende psychotische Störungen	Abwertung
F23.9	Akute vorübergehende psychotische Störung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	Abwertung
F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung	Abwertung
F25.8	Sonstige schizoaffektive Störungen	Abwertung
F25.9	Schizoaffektive Störung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F29	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose	Abwertung
F30.0	Hypomanie	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
F30.9	Manische Episode, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F31.0	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode	Abwertung
F31.2	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen	Abwertung
F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	Abwertung
F31.5	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	Abwertung
F31.8	Sonstige bipolare affektive Störungen	Abwertung
F31.9	Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	Abwertung
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	Abwertung
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	Abwertung
F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	Abwertung
F33.8	Sonstige rezidivierende depressive Störungen	Abwertung
F33.9	Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F50.8	Sonstige Essstörungen	Abwertung
F50.9	Essstörung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F84.0	Frühkindlicher Autismus	Abwertung
F84.1	Atypischer Autismus	Abwertung
F84.5	Asperger-Syndrom	Abwertung
F84.8	Sonstige tief greifende Entwicklungsstörungen	Abwertung
F84.9	Tief greifende Entwicklungsstörung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F98.2	Fütterstörung im frühen Kindesalter	Abwertung
G00.2	Streptokokkenmeningitis	Abwertung
G00.8	Sonstige bakterielle Meningitis	Abwertung
G00.9	Bakterielle Meningitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G01	Meningitis bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten	Abwertung
G02.0	Meningitis bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten	Abwertung
G03.0	Nichteitrige Meningitis	Abwertung
G03.8	Meningitis durch sonstige näher bezeichnete Ursachen	Abwertung
G03.9	Meningitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G04.2	Bakterielle Meningoenzephalitis und Meningomyelitis, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
G04.8	Sonstige Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis	Abwertung
G04.9	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
G05.0	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten	Abwertung
G05.1	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten	Abwertung
G06.0	Intrakranieller Abszess und intrakranielles Granulom	Abwertung
G06.1	Intraspinaler Abszess und intraspinales Granulom	Abwertung
G06.2	Extraduraler und subduraler Abszess, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G08	Intrakranielle und intraspinale Phlebitis und Thrombophlebitis	Abwertung
G12.0	Infantile spinale Muskelatrophie, Typ I [Typ Werdnig-Hoffmann]	Abwertung
G12.1	Sonstige vererbte spinale Muskelatrophie	Abwertung
G12.2	Motoneuron-Krankheit	Abwertung
G12.8	Sonstige spinale Muskelatrophien und verwandte Syndrome	Abwertung
G12.9	Spinale Muskelatrophie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G14	Postpolio-Syndrom	Abwertung
G20.00	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.01	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.10	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.20	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.21	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.90	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Ohne Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.91	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Mit Wirkungsfluktuation	Abwertung
G31.81	Mitochondriale Zytopathie	Neuaufnahme
G35.10	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	Abwertung
G35.11	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	Abwertung
G35.20	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	Abwertung
G35.30	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
G35.31	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	Abwertung
G35.9	Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G37.3	Myelitis transversa acuta bei demyelinisierender Krankheit des Zentralnervensystems	Neuaufnahme
G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	Abwertung
G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)	Abwertung
G41.0	Grand-Mal-Status	Abwertung
G41.1	Petit-Mal-Status	Abwertung
G41.2	Status epilepticus mit komplexfokalen Anfällen	Abwertung
G41.8	Sonstiger Status epilepticus	Abwertung
G41.9	Status epilepticus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G46.3	Hirnstammsyndrom	Abwertung
G46.4	Kleinhirnsyndrom	Abwertung
G61.0	Guillain-Barré-Syndrom	Abwertung
G70.0	Myasthenia gravis	Abwertung
G71.0	Muskeldystrophie	Abwertung
G71.2	Angeborene Myopathien	Abwertung
G71.3	Mitochondriale Myopathie, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
G71.9	Primäre Myopathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G72.0	Arzneimittelinduzierte Myopathie	Abwertung
G72.1	Alkoholmyopathie	Abwertung
G73.1	Lambert-Eaton-Syndrom	Abwertung
G73.6	Myopathie bei Stoffwechselkrankheiten	Abwertung
G80.0	Spastische tetraplegische Zerebralparese	Abwertung
G80.1	Spastische diplegische Zerebralparese	Abwertung
G80.2	Infantile hemiplegische Zerebralparese	Abwertung
G80.3	Dyskinetische Zerebralparese	Abwertung
G80.4	Ataktische Zerebralparese	Abwertung
G80.8	Sonstige infantile Zerebralparese	Abwertung
G80.9	Infantile Zerebralparese, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie	Abwertung
G81.1	Spastische Hemiparese und Hemiplegie	Abwertung
G81.9	Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.02	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.03	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.09	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.12	Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
G82.13	Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.19	Spastische Paraparese und Paraplegie: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.22	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.23	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.29	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.32	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.33	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.39	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.42	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.43	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.49	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.52	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.53	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.59	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
G83.41	Inkomplettes Cauda- (equina-) Syndrom	Abwertung
G83.49	Cauda- (equina-) Syndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G83.5	Locked-in-Syndrom	Abwertung
G83.6	Zentrale faziale Parese	Abwertung
G83.8	Sonstige näher bezeichnete Lähmungssyndrome	Abwertung
G91.1	Hydrocephalus occlusus	Abwertung
G91.20	Idiopathischer Normaldruckhydrozephalus	Abwertung
G91.21	Sekundärer Normaldruckhydrozephalus	Abwertung
G91.29	Normaldruckhydrozephalus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G91.3	Posttraumatischer Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G91.8	Sonstiger Hydrozephalus	Abwertung
G91.9	Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G92	Toxische Enzephalopathie	Abwertung
G93.1	Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
G94.1	Hydrozephalus bei Neubildungen	Abwertung
G94.2	Hydrozephalus bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
G96.0	Austritt von Liquor cerebrospinalis	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
G97.0	Austritt von Liquor cerebrospinalis nach Lumbalpunktion	Abwertung
G97.1	Sonstige Reaktion auf Spinal- und Lumbalpunktion	Abwertung
G97.80	Postoperative Liquoristel	Abwertung
H47.1	Stauungspapille, nicht näher bezeichnet	Abwertung
H54.0	Blindheit und hochgradige Sehbehinderung, binokular	Abwertung
I05.0	Mitralklappenstenose	Abwertung
I05.2	Mitralklappenstenose mit Insuffizienz	Abwertung
I06.0	Rheumatische Aortenklappenstenose	Abwertung
I06.1	Rheumatische Aortenklappeninsuffizienz	Abwertung
I07.0	Trikuspidalklappenstenose	Abwertung
I07.1	Trikuspidalklappeninsuffizienz	Abwertung
I08.0	Krankheiten der Mitral- und Aortenklappe, kombiniert	Abwertung
I08.1	Krankheiten der Mitral- und Trikuspidalklappe, kombiniert	Abwertung
I08.2	Krankheiten der Aorten- und Trikuspidalklappe, kombiniert	Abwertung
I08.3	Krankheiten der Mitral-, Aorten- und Trikuspidalklappe, kombiniert	Abwertung
I08.8	Sonstige Krankheiten mehrerer Herzklappen	Abwertung
I08.9	Krankheit mehrerer Herzklappen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I11.00	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung
I11.01	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung
I13.20	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung
I13.21	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung
I20.0	Instabile Angina pectoris	Abwertung
I20.1	Angina pectoris mit nachgewiesenem Koronarspasmus	Abwertung
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	Abwertung
I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	Abwertung
I21.2	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen	Abwertung
I21.3	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation	Abwertung
I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	Abwertung
I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I23.0	Hämoperikard als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt	Abwertung
I23.2	Ventrikelseptumdefekt als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt	Abwertung
I23.3	Ruptur der Herzwand ohne Hämoperikard als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
I23.5	Papillarmuskelruptur als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt	Abwertung
I23.6	Thrombose des Vorhofes, des Herzohres oder der Kammer als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt	Abwertung
I23.8	Sonstige akute Komplikationen nach akutem Myokardinfarkt	Abwertung
I24.0	Koronarthrombose ohne nachfolgenden Myokardinfarkt	Abwertung
I24.1	Postmyokardinfarkt-Syndrom	Abwertung
I24.8	Sonstige Formen der akuten ischämischen Herzkrankheit	Abwertung
I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	Abwertung
I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	Abwertung
I27.0	Primäre pulmonale Hypertonie	Abwertung
I30.0	Akute unspezifische idiopathische Perikarditis	Abwertung
I30.1	Infektiöse Perikarditis	Abwertung
I30.8	Sonstige Formen der akuten Perikarditis	Abwertung
I30.9	Akute Perikarditis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I31.1	Chronische konstriktive Perikarditis	Abwertung
I31.2	Hämoperikard, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
I31.3	Perikarderguss (nichtentzündlich)	Abwertung
I32.8	Perikarditis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
I33.0	Akute und subakute infektiöse Endokarditis	Abwertung
I33.9	Akute Endokarditis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I34.1	Mitralklappenprolaps	Abwertung
I34.2	Nicht-rheumatische Mitralklappenstenose	Abwertung
I34.80	Nicht-rheumatische Mitralklappenstenose mit Mitralklappeninsuffizienz	Abwertung
I35.0	Aortenklappenstenose	Abwertung
I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	Abwertung
I36.0	Nicht-rheumatische Trikuspidalklappenstenose	Abwertung
I36.1	Nicht-rheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz	Abwertung
I36.2	Nicht-rheumatische Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz	Abwertung
I37.0	Pulmonalklappenstenose	Abwertung
I37.1	Pulmonalklappeninsuffizienz	Abwertung
I37.2	Pulmonalklappenstenose mit Insuffizienz	Abwertung
I39.0	Mitralklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
I39.1	Aortenklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
I39.2	Trikuspidalklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
I40.8	Sonstige akute Myokarditis	Abwertung
I40.9	Akute Myokarditis, nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
I41.0	Myokarditis bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten	Abwertung
I41.1	Myokarditis bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten	Abwertung
I41.8	Myokarditis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
I42.0	Dilatative Kardiomyopathie	Abwertung
I42.1	Hypertrophische obstruktive Kardiomyopathie	Abwertung
I42.2	Sonstige hypertrophische Kardiomyopathie	Abwertung
I42.3	Eosinophile endomyokardiale Krankheit	Abwertung
I42.4	Endokardfibroelastose	Abwertung
I42.5	Sonstige restriktive Kardiomyopathie	Abwertung
I42.6	Alkoholische Kardiomyopathie	Abwertung
I42.7	Kardiomyopathie durch Arzneimittel oder sonstige exogene Substanzen	Abwertung
I42.80	Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie [ARVCM]	Abwertung
I42.88	Sonstige Kardiomyopathien	Abwertung
I42.9	Kardiomyopathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I43.0	Kardiomyopathie bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten	Abwertung
I43.1	Kardiomyopathie bei Stoffwechselkrankheiten	Abwertung
I43.8	Kardiomyopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
I44.1	Atrioventrikulärer Block 2. Grades	Abwertung
I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	Abwertung
I45.3	Trifaszikulärer Block	Abwertung
I45.5	Sonstiger näher bezeichneter Herzblock	Abwertung
I45.9	Kardiale Erregungsleitungsstörung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I46.0	Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung	Abwertung
I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	Abwertung
I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	Abwertung
I47.9	Paroxysmale Tachykardie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I48.3	Vorhofflattern, typisch	Abwertung
I48.4	Vorhofflattern, atypisch	Abwertung
I49.0	Kammerflattern und Kammerflimmern	Abwertung
I50.00	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	Abwertung
I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	Abwertung
I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	Abwertung
I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	Abwertung
I51.0	Herzseptumdefekt, erworben	Abwertung
I51.1	Ruptur der Chordae tendineae, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
I51.3	Intrakardiale Thrombose, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
I60.1	Subarachnoidalblutung, von der A. cerebri media ausgehend	Abwertung
I60.2	Subarachnoidalblutung, von der A. communicans anterior ausgehend	Abwertung
I60.3	Subarachnoidalblutung, von der A. communicans posterior ausgehend	Abwertung
I60.6	Subarachnoidalblutung, von sonstigen intrakraniellen Arterien ausgehend	Abwertung
I60.7	Subarachnoidalblutung, von nicht näher bezeichneter intrakranieller Arterie ausgehend	Abwertung
I60.8	Sonstige Subarachnoidalblutung	Abwertung
I60.9	Subarachnoidalblutung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	Abwertung
I61.1	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, kortikal	Abwertung
I61.2	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I61.3	Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm	Abwertung
I61.4	Intrazerebrale Blutung in das Kleinhirn	Abwertung
I61.5	Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung	Abwertung
I61.6	Intrazerebrale Blutung an mehreren Lokalisationen	Abwertung
I61.8	Sonstige intrazerebrale Blutung	Abwertung
I61.9	Intrazerebrale Blutung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I62.00	Nichttraumatische subdurale Blutung: Akut	Abwertung
I62.01	Nichttraumatische subdurale Blutung: Subakut	Abwertung
I62.02	Nichttraumatische subdurale Blutung: Chronisch	Abwertung
I62.09	Nichttraumatische subdurale Blutung: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
I62.1	Nichttraumatische extradurale Blutung	Abwertung
I62.9	Intrakranielle Blutung (nichttraumatisch), nicht näher bezeichnet	Abwertung
I63.0	Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien	Abwertung
I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	Abwertung
I63.2	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	Abwertung
I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	Abwertung
I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	Abwertung
I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	Abwertung
I63.8	Sonstiger Hirnfarkt	Abwertung
I63.9	Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	Abwertung
I65.0	Verschluss und Stenose der A. vertebralis	Abwertung
I65.1	Verschluss und Stenose der A. basilaris	Abwertung
I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
I65.3	Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien	Auf- und Abwertung
I66.0	Verschluss und Stenose der A. cerebri media	Abwertung
I66.1	Verschluss und Stenose der A. cerebri anterior	Abwertung
I66.2	Verschluss und Stenose der A. cerebri posterior	Abwertung
I66.3	Verschluss und Stenose der Aa. cerebelli	Abwertung
I66.4	Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger zerebraler Arterien	Abwertung
I66.8	Verschluss und Stenose sonstiger zerebraler Arterien	Abwertung
I67.11	Zerebrale arteriovenöse Fistel (erworben)	Abwertung
I67.4	Hypertensive Enzephalopathie	Abwertung
I67.5	Moyamoya-Syndrom	Abwertung
I67.6	Nichteitrige Thrombose des intrakraniellen Venensystems	Abwertung
I67.7	Zerebrale Arteriitis, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
I69.0	Folgen einer Subarachnoidalblutung	Abwertung
I69.1	Folgen einer intrazerebralen Blutung	Abwertung
I69.2	Folgen einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung	Abwertung
I69.3	Folgen eines Hirninfarktes	Abwertung
I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	Abwertung
I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	Abwertung
I71.00	Dissektion der Aorta nicht näher bezeichneter Lokalisation, ohne Angabe einer Ruptur	Abwertung
I71.01	Dissektion der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	Abwertung
I71.02	Dissektion der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	Abwertung
I71.03	Dissektion der Aorta, thorakoabdominal, ohne Angabe einer Ruptur	Abwertung
I71.04	Dissektion der Aorta nicht näher bezeichneter Lokalisation, rupturiert	Abwertung
I71.06	Dissektion der Aorta abdominalis, rupturiert	Abwertung
I71.1	Aneurysma der Aorta thoracica, rupturiert	Abwertung
I71.3	Aneurysma der Aorta abdominalis, rupturiert	Abwertung
I71.8	Aortenaneurysma nicht näher bezeichneter Lokalisation, rupturiert	Abwertung
I72.0	Aneurysma und Dissektion der A. carotis	Abwertung
I72.3	Aneurysma und Dissektion der A. iliaca	Abwertung
I73.0	Raynaud-Syndrom	Abwertung
I74.0	Embolie und Thrombose der Aorta abdominalis	Abwertung
I74.1	Embolie und Thrombose sonstiger und nicht näher bezeichneter Abschnitte der Aorta	Abwertung
I74.2	Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten	Abwertung
I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
I74.4	Embolie und Thrombose der Extremitätenarterien, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I74.5	Embolie und Thrombose der A. iliaca	Abwertung
I74.8	Embolie und Thrombose sonstiger Arterien	Abwertung
I74.9	Embolie und Thrombose nicht näher bezeichneter Arterie	Abwertung
I80.0	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten	Abwertung
I80.1	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der V. femoralis	Abwertung
I80.20	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der Beckenvenen	Abwertung
I80.28	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten	Abwertung
I80.3	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der unteren Extremitäten, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I80.81	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis tiefer Gefäße der oberen Extremitäten	Abwertung
I81	Pfortaderthrombose	Abwertung
I82.0	Budd-Chiari-Syndrom	Abwertung
I82.1	Thrombophlebitis migrans	Abwertung
I82.2	Embolie und Thrombose der V. cava	Auf- und Abwertung
I82.3	Embolie und Thrombose der Nierenvene	Abwertung
I82.80	Embolie und Thrombose der Milzvene	Abwertung
I82.81	Embolie und Thrombose der Jugularisvene	Abwertung
I82.88	Embolie und Thrombose sonstiger näher bezeichneter Venen	Abwertung
I82.9	Embolie und Thrombose nicht näher bezeichneter Vene	Abwertung
I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	Abwertung
I85.0	Ösophagusvarizen mit Blutung	Abwertung
I85.9	Ösophagusvarizen ohne Blutung	Abwertung
I89.02	Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium III	Neuaufnahme
I97.0	Postkardiotomie-Syndrom	Abwertung
I97.1	Sonstige Funktionsstörungen nach kardiochirurgischem Eingriff	Abwertung
I97.22	Lymphödem nach (partieller) Mastektomie (mit Lymphadenektomie), Stadium III	Neuaufnahme
I97.84	Lymphödem nach medizinischen Maßnahmen am inguinalen Lymphabflussgebiet, Stadium I	Abwertung
I97.85	Lymphödem nach medizinischen Maßnahmen am inguinalen Lymphabflussgebiet, Stadium II	Abwertung
I97.88	Lymphödem nach medizinischen Maßnahmen, sonstige Lokalisationen, alle Stadien	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
I97.89	Sonstige Kreislaufkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
I97.9	Kreislaufkomplikation nach medizinischer Maßnahme, nicht näher bezeichnet	Streichung
I98.2	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, ohne Angabe einer Blutung	Abwertung
I98.3	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, mit Angabe einer Blutung	Abwertung
J01.0	Akute Sinusitis maxillaris	Abwertung
J01.2	Akute Sinusitis ethmoidalis	Abwertung
J01.3	Akute Sinusitis sphenoidalis	Abwertung
J01.4	Akute Pansinusitis	Abwertung
J01.8	Sonstige akute Sinusitis	Abwertung
J01.9	Akute Sinusitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J05.0	Akute obstruktive Laryngitis [Krupp]	Abwertung
J09	Grippe durch zoonotische oder pandemische nachgewiesene Influenzaviren	Abwertung
J10.0	Grippe mit Pneumonie, saisonale Influenzaviren nachgewiesen	Abwertung
J10.1	Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen	Abwertung
J11.0	Grippe mit Pneumonie, Viren nicht nachgewiesen	Abwertung
J11.1	Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, Viren nicht nachgewiesen	Abwertung
J13	Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae	Abwertung
J14	Pneumonie durch Haemophilus influenzae	Abwertung
J15.0	Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae	Abwertung
J15.1	Pneumonie durch Pseudomonas	Abwertung
J15.2	Pneumonie durch Staphylokokken	Abwertung
J15.3	Pneumonie durch Streptokokken der Gruppe B	Abwertung
J15.4	Pneumonie durch sonstige Streptokokken	Abwertung
J15.5	Pneumonie durch Escherichia coli	Abwertung
J15.6	Pneumonie durch andere gramnegative Bakterien	Abwertung
J15.7	Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae	Abwertung
J15.8	Sonstige bakterielle Pneumonie	Abwertung
J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J16.0	Pneumonie durch Chlamydien	Abwertung
J17.0	Pneumonie bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten	Abwertung
J17.1	Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten	Abwertung
J17.2	Pneumonie bei Mykosen	Abwertung
J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J18.2	Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	Abwertung
J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J20.1	Akute Bronchitis durch Haemophilus influenzae	Abwertung
J20.2	Akute Bronchitis durch Streptokokken	Abwertung
J20.8	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	Abwertung
J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J38.00	Lähmung der Stimmlippen und des Kehlkopfes: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
J38.01	Lähmung der Stimmlippen und des Kehlkopfes: Einseitig, partiell	Abwertung
J38.02	Lähmung der Stimmlippen und des Kehlkopfes: Einseitig, komplett	Abwertung
J38.03	Lähmung der Stimmlippen und des Kehlkopfes: Beidseitig, partiell	Abwertung
J38.4	Larynxödem	Abwertung
J39.0	Retropharyngealabszess und Parapharyngealabszess	Abwertung
J41.1	Schleimig-eitrige chronische Bronchitis	Abwertung
J42	Nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis	Abwertung
J43.0	McLeod-Syndrom	Abwertung
J43.1	Panlobuläres Emphysem	Abwertung
J43.2	Zentrilobuläres Emphysem	Abwertung
J43.8	Sonstiges Emphysem	Abwertung
J43.9	Emphysem, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J44.00	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes	Abwertung
J44.01	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 \geq 35 % und <50 % des Sollwertes	Abwertung
J44.02	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 \geq 50 % und <70 % des Sollwertes	Abwertung
J44.03	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 \geq 70 % des Sollwertes	Abwertung
J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	Abwertung
J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes	Abwertung
J44.11	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 35 % und <50 % des Sollwertes	Abwertung
J44.12	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 50 % und <70 % des Sollwertes	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
J44.13	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 70 % des Sollwertes	Abwertung
J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	Abwertung
J44.80	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 $<$ 35 % des Sollwertes	Abwertung
J44.81	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 \geq 35 % und $<$ 50 % des Sollwertes	Abwertung
J47	Bronchiektasen	Abwertung
J67.2	Vogelzüchterlunge	Abwertung
J67.8	Allergische Alveolitis durch organische Stäube	Abwertung
J67.9	Allergische Alveolitis durch nicht näher bezeichneten organischen Staub	Abwertung
J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	Abwertung
J69.8	Pneumonie durch sonstige feste und flüssige Substanzen	Abwertung
J70.0	Akute Lungenbeteiligung bei Strahleneinwirkung	Abwertung
J70.1	Chronische und sonstige Lungenbeteiligung bei Strahleneinwirkung	Abwertung
J70.2	Akute arzneimittelinduzierte interstitielle Lungenkrankheiten	Abwertung
J70.4	Arzneimittelinduzierte interstitielle Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J80.01	Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]: Mildes Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]	Abwertung
J80.02	Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]: Moderates Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]	Abwertung
J80.03	Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]: Schweres Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]	Abwertung
J80.09	Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]: Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS], Schweregrad nicht näher bezeichnet	Abwertung
J81	Lungenödem	Abwertung
J84.0	Alveoläre und parietoalveoläre Krankheitszustände	Abwertung
J84.1	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose	Abwertung
J84.8	Sonstige näher bezeichnete interstitielle Lungenkrankheiten	Abwertung
J84.9	Interstitielle Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J85.0	Gangrän und Nekrose der Lunge	Abwertung
J85.1	Abszess der Lunge mit Pneumonie	Abwertung
J85.2	Abszess der Lunge ohne Pneumonie	Abwertung
J85.3	Abszess des Mediastinums	Abwertung
J86.0	Pyothorax mit Fistel	Abwertung
J86.9	Pyothorax ohne Fistel	Abwertung
J90	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
J91	Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
J93.0	Spontaner Spannungspneumothorax	Abwertung
J93.1	Sonstiger Spontanpneumothorax	Abwertung
J93.8	Sonstiger Pneumothorax	Abwertung
J93.9	Pneumothorax, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J94.0	Chylöser (Pleura-) Erguss	Abwertung
J94.1	Fibrothorax	Abwertung
J94.2	Hämatothorax	Abwertung
J95.0	Funktionsstörung eines Tracheostomas	Abwertung
J95.1	Akute pulmonale Insuffizienz nach Thoraxoperation	Abwertung
J95.2	Akute pulmonale Insuffizienz nach nicht am Thorax vorgenommener Operation	Abwertung
J95.3	Chronische pulmonale Insuffizienz nach Operation	Abwertung
J95.4	Mendelson-Syndrom	Abwertung
J95.5	Subglottische Stenose nach medizinischen Maßnahmen	Abwertung
J95.80	Iatrogenes Pneumothorax	Abwertung
J95.81	Stenose der Trachea nach medizinischen Maßnahmen	Abwertung
J95.82	Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen an Trachea, Bronchien und Lunge	Abwertung
J95.88	Sonstige Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen	Abwertung
J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	Abwertung
J96.01	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]	Abwertung
J96.09	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet	Abwertung
J96.10	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	Abwertung
J96.11	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]	Abwertung
J96.19	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet	Abwertung
J98.1	Lungenkollaps	Abwertung
J98.2	Interstitielles Emphysem	Abwertung
J98.50	Mediastinitis	Abwertung
J99.0	Lungenkrankheit bei seropositiver chronischer Polyarthrit	Abwertung
J99.1	Krankheiten der Atemwege bei sonstigen diffusen Bindegewebskrankheiten	Abwertung
J99.21	Stadium 1 der chronischen Lungen-Graft-versus-Host-Krankheit	Abwertung
J99.8	Krankheiten der Atemwege bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
K11.4	Speicheldrüsenfistel	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
K12.21	Submandibularabszess ohne Angabe einer Ausbreitung nach mediastinal, parapharyngeal oder zervikal	Abwertung
K12.22	Submandibularabszess mit Ausbreitung nach mediastinal, parapharyngeal oder zervikal	Abwertung
K12.28	Sonstige Phlegmone und Abszess des Mundes	Abwertung
K12.29	Phlegmone und Abszess des Mundes, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K22.3	Perforation des Ösophagus	Abwertung
K22.6	Mallory-Weiss-Syndrom	Abwertung
K22.7	Barrett-Ösophagus	Abwertung
K22.81	Ösophagusblutung	Neuaufnahme
K25.0	Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung	Abwertung
K25.1	Ulcus ventriculi: Akut, mit Perforation	Abwertung
K25.3	Ulcus ventriculi: Akut, ohne Blutung oder Perforation	Abwertung
K25.4	Ulcus ventriculi: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung	Abwertung
K25.5	Ulcus ventriculi: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Perforation	Abwertung
K26.0	Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung	Abwertung
K26.2	Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung und Perforation	Abwertung
K26.3	Ulcus duodeni: Akut, ohne Blutung oder Perforation	Abwertung
K26.4	Ulcus duodeni: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung	Abwertung
K26.5	Ulcus duodeni: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Perforation	Abwertung
K26.6	Ulcus duodeni: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung und Perforation	Abwertung
K27.0	Ulcus pepticum, Lokalisation nicht näher bezeichnet: Akut, mit Blutung	Abwertung
K27.4	Ulcus pepticum, Lokalisation nicht näher bezeichnet: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung	Abwertung
K28.0	Ulcus pepticum jejuni: Akut, mit Blutung	Abwertung
K28.2	Ulcus pepticum jejuni: Akut, mit Blutung und Perforation	Abwertung
K28.6	Ulcus pepticum jejuni: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung und Perforation	Abwertung
K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	Abwertung
K31.1	Hypertrophische Pylorusstenose beim Erwachsenen	Abwertung
K31.5	Duodenalverschluss	Abwertung
K31.6	Fistel des Magens und des Duodenums	Abwertung
K31.82	Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung	Abwertung
K35.2	Akute Appendizitis mit generalisierter Peritonitis	Abwertung
K35.31	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur	Abwertung
K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
K40.00	Doppelseitige Hernia inguinalis mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	Abwertung
K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	Abwertung
K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	Abwertung
K42.1	Hernia umbilicalis mit Gangrän	Abwertung
K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	Abwertung
K43.1	Narbenhernie mit Gangrän	Abwertung
K43.3	Parastomale Hernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	Abwertung
K43.60	Epigastrische Hernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	Abwertung
K43.68	Sonstige Hernia ventralis mit Einklemmung, ohne Gangrän	Abwertung
K43.69	Nicht näher bezeichnete Hernia ventralis mit Einklemmung, ohne Gangrän	Abwertung
K44.0	Hernia diaphragmatica mit Einklemmung, ohne Gangrän	Abwertung
K46.0	Nicht näher bezeichnete abdominale Hernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	Abwertung
K52.0	Gastroenteritis und Kolitis durch Strahleneinwirkung	Abwertung
K52.1	Toxische Gastroenteritis und Kolitis	Abwertung
K55.0	Akute Gefäßkrankheiten des Darmes	Abwertung
K55.22	Angiodysplasie des Kolons: Mit Blutung	Abwertung
K55.32	Angiodysplasie des Dünndarmes mit Blutung	Abwertung
K56.0	Paralytischer Ileus	Abwertung
K56.1	Invagination	Abwertung
K56.2	Volvulus	Abwertung
K56.3	Gallensteinileus	Abwertung
K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	Abwertung
K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	Abwertung
K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	Abwertung
K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K57.02	Divertikulitis des Dünndarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	Abwertung
K57.11	Divertikulose des Dünndarmes ohne Perforation und Abszess, mit Blutung	Abwertung
K57.31	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	Abwertung
K57.33	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	Abwertung
K57.91	Divertikulose des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	Abwertung
K57.93	Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	Abwertung
K61.0	Analabszess	Abwertung
K61.1	Rektalabszess	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
K61.2	Anorektalabszess	Abwertung
K61.3	Ischiorektalabszess	Abwertung
K62.5	Hämorrhagie des Anus und des Rektums	Abwertung
K62.7	Strahlenproktitis	Neuaufnahme
K63.0	Darmabszess	Abwertung
K63.1	Perforation des Darmes (nichttraumatisch)	Abwertung
K65.0	Akute Peritonitis	Abwertung
K65.8	Sonstige Peritonitis	Abwertung
K65.9	Peritonitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K66.1	Hämoperitoneum	Abwertung
K67.1	Gonokokkenperitonitis	Abwertung
K70.2	Alkoholische Fibrose und Sklerose der Leber	Abwertung
K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	Abwertung
K70.4	Alkoholisches Leberversagen	Abwertung
K71.0	Toxische Leberkrankheit mit Cholestase	Abwertung
K71.6	Toxische Leberkrankheit mit Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
K71.7	Toxische Leberkrankheit mit Fibrose und Zirrhose der Leber	Abwertung
K71.88	Toxische Leberkrankheit mit sonstigen Affektionen der Leber	Abwertung
K71.9	Toxische Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K72.0	Akutes und subakutes Leberversagen	Abwertung
K72.1	Chronisches Leberversagen	Abwertung
K72.71	Hepatische Enzephalopathie Grad 1	Abwertung
K72.72	Hepatische Enzephalopathie Grad 2	Abwertung
K72.73	Hepatische Enzephalopathie Grad 3	Abwertung
K72.74	Hepatische Enzephalopathie Grad 4	Abwertung
K72.79	Hepatische Enzephalopathie, Grad nicht näher bezeichnet	Abwertung
K72.9	Leberversagen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K73.2	Chronische aktive Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
K74.0	Leberfibrose	Abwertung
K74.3	Primäre biliäre Zirrhose	Abwertung
K74.4	Sekundäre biliäre Zirrhose	Abwertung
K74.5	Biliäre Zirrhose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	Abwertung
K74.72	Leberzirrhose, Stadium Child-Pugh C	Neuaufnahme
K75.0	Leberabszess	Abwertung
K75.4	Autoimmune Hepatitis	Abwertung
K75.8	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Leberkrankheiten	Abwertung
K75.9	Entzündliche Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K76.3	Leberinfarkt	Abwertung
K76.7	Hepatorenales Syndrom	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
K77.0	Leberkrankheiten bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten	Abwertung
K77.11	Stadium 1 der akuten Leber-Graft-versus-Host-Krankheit	Abwertung
K77.12	Stadium 2 der akuten Leber-Graft-versus-Host-Krankheit	Abwertung
K77.13	Stadium 3 der akuten Leber-Graft-versus-Host-Krankheit	Abwertung
K77.14	Stadium 4 der akuten Leber-Graft-versus-Host-Krankheit	Abwertung
K77.8	Leberkrankheiten bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.01	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.11	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.21	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.30	Gallengangsstein mit Cholangitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.31	Gallengangsstein mit Cholangitis: Mit Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.40	Gallengangsstein mit Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.41	Gallengangsstein mit Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.51	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.80	Sonstige Cholelithiasis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K81.0	Akute Cholezystitis	Abwertung
K82.1	Hydrops der Gallenblase	Abwertung
K82.2	Perforation der Gallenblase	Abwertung
K82.3	Gallenblasenfistel	Abwertung
K83.0	Cholangitis	Abwertung
K83.3	Fistel des Gallenganges	Abwertung
K85.00	Idiopathische akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation	Abwertung
K85.01	Idiopathische akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation	Abwertung
K85.10	Biliäre akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation	Abwertung
K85.11	Biliäre akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation	Abwertung
K85.20	Alkoholinduzierte akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
K85.21	Alkoholinduzierte akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation	Abwertung
K85.30	Medikamenten-induzierte akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation	Abwertung
K85.80	Sonstige akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation	Abwertung
K85.90	Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer Organkomplikation	Abwertung
K85.91	Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Mit Organkomplikation	Abwertung
K86.0	Alkoholinduzierte chronische Pankreatitis	Abwertung
K86.1	Sonstige chronische Pankreatitis	Abwertung
K86.2	Pankreaszyste	Abwertung
K86.3	Pseudozyste des Pankreas	Abwertung
K91.2	Malabsorption nach chirurgischem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
K91.3	Postoperativer Darmverschluss	Abwertung
K91.4	Funktionsstörung nach Kolostomie oder Enterostomie	Abwertung
K91.80	Generalisierte Mukositis bei Immunkompromittierung	Abwertung
K91.81	Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen an Gallenblase und Gallenwegen	Abwertung
K91.83	Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen am sonstigen Verdauungstrakt	Abwertung
K91.88	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
K92.0	Hämatemesis	Abwertung
K92.1	Meläna	Abwertung
K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K93.24	Stadium 4 der akuten Verdauungstrakt-Graft-versus-Host-Krankheit	Neuaufnahme
L01.0	Impetigo contagiosa [jeder Erreger] [jede Lokalisation]	Abwertung
L01.1	Sekundäre Impetiginisation anderer Dermatosen	Abwertung
L03.10	Phlegmone an der oberen Extremität	Abwertung
L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	Abwertung
L03.2	Phlegmone im Gesicht	Abwertung
L03.3	Phlegmone am Rumpf	Abwertung
L03.8	Phlegmone an sonstigen Lokalisationen	Abwertung
L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	Abwertung
L10.0	Pemphigus vulgaris	Abwertung
L12.0	Bullöses Pemphigoid	Abwertung
L12.9	Pemphigoidkrankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
L40.5	Psoriasis-Arthropathie	Abwertung
L53.0	Erythema toxicum	Abwertung
L89.10	Dekubitus 2. Grades: Kopf	Abwertung
L89.11	Dekubitus 2. Grades: Obere Extremität	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
L89.12	Dekubitus 2. Grades: Dornfortsätze	Abwertung
L89.13	Dekubitus 2. Grades: Beckenkamm	Abwertung
L89.14	Dekubitus 2. Grades: Kreuzbein	Abwertung
L89.15	Dekubitus 2. Grades: Sitzbein	Abwertung
L89.16	Dekubitus 2. Grades: Trochanter	Abwertung
L89.17	Dekubitus 2. Grades: Ferse	Abwertung
L89.18	Dekubitus 2. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	Abwertung
L89.19	Dekubitus 2. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
L89.20	Dekubitus 3. Grades: Kopf	Abwertung
L89.21	Dekubitus 3. Grades: Obere Extremität	Abwertung
L89.22	Dekubitus 3. Grades: Dornfortsätze	Abwertung
L89.23	Dekubitus 3. Grades: Beckenkamm	Abwertung
L89.24	Dekubitus 3. Grades: Kreuzbein	Abwertung
L89.25	Dekubitus 3. Grades: Sitzbein	Abwertung
L89.26	Dekubitus 3. Grades: Trochanter	Abwertung
L89.27	Dekubitus 3. Grades: Ferse	Abwertung
L89.28	Dekubitus 3. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	Abwertung
L89.29	Dekubitus 3. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
L89.31	Dekubitus 4. Grades: Obere Extremität	Abwertung
L89.32	Dekubitus 4. Grades: Dornfortsätze	Abwertung
L89.33	Dekubitus 4. Grades: Beckenkamm	Abwertung
L89.34	Dekubitus 4. Grades: Kreuzbein	Abwertung
L89.35	Dekubitus 4. Grades: Sitzbein	Abwertung
L89.36	Dekubitus 4. Grades: Trochanter	Abwertung
L89.37	Dekubitus 4. Grades: Ferse	Abwertung
L89.38	Dekubitus 4. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	Abwertung
L89.39	Dekubitus 4. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
M00.01	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M00.02	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M00.03	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M00.04	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M00.05	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
M00.06	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M00.07	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M00.09	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M00.25	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M00.26	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M00.27	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M00.29	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M00.91	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M00.92	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M00.93	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M00.94	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M00.95	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M00.96	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M00.97	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M00.98	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M00.99	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M01.66	Arthritis bei Mykosen: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M05.00	Felty-Syndrom: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M05.09	Felty-Syndrom: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M05.26	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M05.27	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
M05.29	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritits: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M05.30	Seropositive chronische Polyarthritits mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M05.31	Seropositive chronische Polyarthritits mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M05.32	Seropositive chronische Polyarthritits mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M05.33	Seropositive chronische Polyarthritits mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M05.34	Seropositive chronische Polyarthritits mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M05.35	Seropositive chronische Polyarthritits mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M05.36	Seropositive chronische Polyarthritits mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M05.37	Seropositive chronische Polyarthritits mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M05.38	Seropositive chronische Polyarthritits mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M05.39	Seropositive chronische Polyarthritits mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M06.10	Adulte Form der Still-Krankheit: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M07.30	Sonstige psoriatische Arthritiden: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M07.46	Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M08.90	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M30.0	Panarteriitis nodosa	Abwertung
M30.1	Panarteriitis mit Lungenbeteiligung	Abwertung
M30.8	Sonstige mit Panarteriitis nodosa verwandte Zustände	Abwertung
M31.0	Hypersensitivitätsangiitis	Abwertung
M31.1	Thrombotische Mikroangiopathie	Abwertung
M31.3	Wegener-Granulomatose	Abwertung
M31.5	Riesenzellarteriitis bei Polymyalgia rheumatica	Abwertung
M31.6	Sonstige Riesenzellarteriitis	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
M31.7	Mikroskopische Polyangiitis	Abwertung
M31.8	Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien	Abwertung
M31.9	Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
M32.0	Arzneimittelinduzierter systemischer Lupus erythematosus	Abwertung
M32.1	Systemischer Lupus erythematosus mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen	Abwertung
M32.8	Sonstige Formen des systemischen Lupus erythematosus	Abwertung
M32.9	Systemischer Lupus erythematosus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
M33.1	Sonstige Dermatomyositis	Abwertung
M33.2	Polymyositis	Abwertung
M33.9	Dermatomyositis-Polymyositis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
M34.0	Progressive systemische Sklerose	Abwertung
M34.1	CR(E)ST-Syndrom	Abwertung
M34.8	Sonstige Formen der systemischen Sklerose	Abwertung
M34.9	Systemische Sklerose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
M35.1	Sonstige Overlap-Syndrome	Abwertung
M35.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	Abwertung
M48.40	Ermüdungsbruch eines Wirbels: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	Abwertung
M48.46	Ermüdungsbruch eines Wirbels: Lumbalbereich	Abwertung
M48.48	Ermüdungsbruch eines Wirbels: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	Abwertung
M48.54	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Thorakalbereich	Abwertung
M48.55	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Thorakolumbalbereich	Abwertung
M48.56	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Lumbalbereich	Abwertung
M48.59	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M49.50	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	Abwertung
M49.51	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Okzipito-Atlanto-Axialbereich	Abwertung
M49.52	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Zervikalbereich	Abwertung
M49.53	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Zervikothorakalbereich	Abwertung
M49.54	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Thorakalbereich	Abwertung
M49.55	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Thorakolumbalbereich	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
M49.56	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Lumbalbereich	Abwertung
M49.57	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Lumbosakralbereich	Abwertung
M49.58	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	Abwertung
M49.59	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M60.03	Infektiöse Myositis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M60.05	Infektiöse Myositis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M60.06	Infektiöse Myositis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M60.07	Infektiöse Myositis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M60.08	Infektiöse Myositis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M60.09	Infektiöse Myositis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M62.08	Muskeldiastase: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M62.09	Muskeldiastase: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M62.17	Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M62.19	Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M62.23	Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M62.24	Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M62.25	Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M62.26	Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M62.27	Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M62.29	Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M62.30	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M62.40	Muskelkontraktur: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M62.80	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Mehrere Lokalisationen	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
M62.81	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M62.82	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M62.83	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M62.84	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M62.85	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M62.86	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M62.87	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M62.88	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M63.29	Myositis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Infektionskrankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M84.03	Frakturheilung in Fehlstellung: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M84.09	Frakturheilung in Fehlstellung: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M84.11	Nichtvereinigung der Frakturrenden [Pseudarthrose]: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M84.12	Nichtvereinigung der Frakturrenden [Pseudarthrose]: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M84.13	Nichtvereinigung der Frakturrenden [Pseudarthrose]: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M84.15	Nichtvereinigung der Frakturrenden [Pseudarthrose]: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M84.16	Nichtvereinigung der Frakturrenden [Pseudarthrose]: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M84.17	Nichtvereinigung der Frakturrenden [Pseudarthrose]: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M84.18	Nichtvereinigung der Frakturrenden [Pseudarthrose]: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M84.25	Verzögerte Frakturheilung: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
M84.27	Verzögerte Frakturheilung: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M84.42	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M84.43	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M84.45	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M84.47	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M84.48	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M84.49	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M86.07	Akute hämatogene Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M86.08	Akute hämatogene Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M86.09	Akute hämatogene Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M86.11	Sonstige akute Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M86.12	Sonstige akute Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M86.14	Sonstige akute Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M86.15	Sonstige akute Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M86.16	Sonstige akute Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M86.17	Sonstige akute Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M86.18	Sonstige akute Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M86.22	Subakute Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M86.24	Subakute Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M86.25	Subakute Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
M86.26	Subakute Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M86.27	Subakute Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M86.28	Subakute Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M86.29	Subakute Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M86.35	Chronische multifokale Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M86.36	Chronische multifokale Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M86.37	Chronische multifokale Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M86.41	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M86.42	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M86.45	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M86.46	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M86.47	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M86.48	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M86.49	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M86.57	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M90.70	Knochenfraktur bei Neubildungen: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M90.71	Knochenfraktur bei Neubildungen: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M90.72	Knochenfraktur bei Neubildungen: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M90.73	Knochenfraktur bei Neubildungen: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M90.74	Knochenfraktur bei Neubildungen: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
M90.75	Knochenfraktur bei Neubildungen: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M90.76	Knochenfraktur bei Neubildungen: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M90.77	Knochenfraktur bei Neubildungen: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M90.78	Knochenfraktur bei Neubildungen: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M90.79	Knochenfraktur bei Neubildungen: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M96.80	Elektiv offen belassenes Sternum nach thoraxchirurgischem Eingriff	Abwertung
M96.81	Instabiler Thorax nach thoraxchirurgischem Eingriff	Abwertung
M96.82	Verzögerte Knochenheilung nach Fusion oder Arthrodese	Abwertung
M96.88	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen	Abwertung
M96.9	Krankheit des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
N00.9	Akutes nephritisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet	Abwertung
N01.9	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet	Abwertung
N02.5	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis	Abwertung
N02.8	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Sonstige morphologische Veränderungen	Abwertung
N02.9	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet	Abwertung
N04.3	Nephrotisches Syndrom: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis	Abwertung
N04.5	Nephrotisches Syndrom: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis	Abwertung
N04.8	Nephrotisches Syndrom: Sonstige morphologische Veränderungen	Abwertung
N04.9	Nephrotisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet	Abwertung
N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	Abwertung
N12	Tubulointerstitielle Nephritis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	Abwertung
N13.0	Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion	Abwertung
N13.1	Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
N13.2	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein	Abwertung
N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
N13.4	Hydroureter	Abwertung
N13.6	Pyonephrose	Abwertung
N13.9	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
N15.10	Nierenabszess	Abwertung
N15.11	Perinephritischer Abszess	Abwertung
N16.5	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei Transplantatabstoßung	Neuaufnahme
N17.01	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 1	Abwertung
N17.02	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 2	Abwertung
N17.03	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 3	Abwertung
N17.09	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium nicht näher bezeichnet	Abwertung
N17.11	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 1	Abwertung
N17.12	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 2	Abwertung
N17.13	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 3	Abwertung
N17.19	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium nicht näher bezeichnet	Abwertung
N17.21	Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 1	Abwertung
N17.22	Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 2	Abwertung
N17.29	Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium nicht näher bezeichnet	Abwertung
N17.81	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 1	Abwertung
N17.82	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 2	Abwertung
N17.83	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 3	Abwertung
N17.89	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium nicht näher bezeichnet	Abwertung
N17.91	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 1	Abwertung
N17.92	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2	Abwertung
N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	Abwertung
N17.99	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium nicht näher bezeichnet	Abwertung
N18.1	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 1	Abwertung
N18.2	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2	Abwertung
N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3	Abwertung
N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4	Abwertung
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	Abwertung
N18.80	Einseitige chronische Nierenfunktionsstörung	Abwertung
N20.1	Ureterstein	Abwertung
N30.0	Akute Zystitis	Abwertung
N30.1	Interstitielle Zystitis (chronisch)	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
N30.4	Strahlenzystitis	Abwertung
N31.2	Schlaffe neurogene Harnblase, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
N32.0	Blasenhalsobstruktion	Abwertung
N32.1	Vesikointestinalfistel	Abwertung
N32.2	Harnblasenfistel, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
N32.4	Harnblasenruptur, nichttraumatisch	Abwertung
N33.8	Krankheiten der Harnblase bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
N35.0	Posttraumatische Harnröhrenstriktur	Abwertung
N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	Abwertung
N39.40	Reflexinkontinenz	Abwertung
N39.41	Überlaufinkontinenz	Abwertung
N39.42	Dranginkontinenz	Abwertung
N39.48	Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz	Abwertung
N41.0	Akute Prostatitis	Abwertung
N41.2	Prostataabszess	Abwertung
N41.3	Prostatazystitis	Abwertung
N42.1	Kongestion und Blutung der Prostata	Abwertung
N45.0	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis mit Abszess	Abwertung
N70.0	Akute Salpingitis und Oophoritis	Abwertung
N71.0	Akute entzündliche Krankheit des Uterus, ausgenommen der Zervix	Abwertung
N73.3	Akute Pelveoperitonitis bei der Frau	Abwertung
N73.5	Pelveoperitonitis bei der Frau, nicht näher bezeichnet	Abwertung
N76.4	Abszess der Vulva	Abwertung
N82.0	Vesikovaginalfistel	Abwertung
N82.1	Sonstige Fisteln zwischen weiblichem Harn- und Genitaltrakt	Abwertung
N82.2	Fistel zwischen Vagina und Dünndarm	Abwertung
N82.3	Fistel zwischen Vagina und Dickdarm	Abwertung
N99.3	Prolaps des Scheidenstumpfes nach Hysterektomie	Abwertung
O09.3	Schwangerschaftsdauer: 20. Woche bis 25 vollendete Wochen	Abwertung
O14.1	Schwere Präeklampsie	Abwertung
O44.00	Tiefer Sitz der Plazenta ohne (aktuelle) Blutung	Abwertung
P27.1	Bronchopulmonale Dysplasie mit Ursprung in der Perinatalperiode	Abwertung
Q02	Mikrozephalie	Abwertung
Q03.0	Fehlbildungen des Aquaeductus cerebri	Abwertung
Q03.1	Atresie der Apertura mediana [Foramen Magendii] oder der Aperturæ laterales [Foramina Luschkae] des vierten Ventrikels	Abwertung
Q03.8	Sonstiger angeborener Hydrozephalus	Abwertung
Q03.9	Angeborener Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
Q04.0	Angeborene Fehlbildungen des Corpus callosum	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
Q04.3	Sonstige Reduktionsdeformitäten des Gehirns	Abwertung
Q04.4	Septooptische Dysplasie	Abwertung
Q04.5	Megalenzephalie	Abwertung
Q04.6	Angeborene Gehirnzysten	Abwertung
Q05.1	Thorakale Spina bifida mit Hydrozephalus	Abwertung
Q05.2	Lumbale Spina bifida mit Hydrozephalus	Abwertung
Q05.3	Sakrale Spina bifida mit Hydrozephalus	Abwertung
Q05.4	Nicht näher bezeichnete Spina bifida mit Hydrozephalus	Abwertung
Q05.7	Lumbale Spina bifida ohne Hydrozephalus	Abwertung
Q05.8	Sakrale Spina bifida ohne Hydrozephalus	Abwertung
Q05.9	Spina bifida, nicht näher bezeichnet	Abwertung
Q06.1	Hypoplasie und Dysplasie des Rückenmarks	Abwertung
Q06.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Rückenmarks	Abwertung
Q07.0	Arnold-Chiari-Syndrom	Abwertung
Q11.2	Mikrophthalmus	Abwertung
Q20.0	Truncus arteriosus communis	Abwertung
Q20.1	Rechter Doppelausstromventrikel [Double outlet right ventricle]	Abwertung
Q20.3	Diskordante ventrikuloarterielle Verbindung	Abwertung
Q20.4	Doppeleinströmventrikel [Double inlet ventricle]	Abwertung
Q20.5	Diskordante atrioventrikuläre Verbindung	Abwertung
Q20.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Herzhöhlen und verbindender Strukturen	Abwertung
Q20.9	Angeborene Fehlbildung der Herzhöhlen und verbindender Strukturen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
Q21.0	Ventrikelseptumdefekt	Abwertung
Q21.2	Defekt des Vorhof- und Kammerseptums	Abwertung
Q21.3	Fallot-Tetralogie	Abwertung
Q21.80	Fallot-Pentalogie	Abwertung
Q22.1	Angeborene Pulmonalklappenstenose	Abwertung
Q22.2	Angeborene Pulmonalklappeninsuffizienz	Abwertung
Q22.4	Angeborene Trikuspidalklappenstenose	Abwertung
Q22.5	Ebstein-Anomalie	Abwertung
Q22.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Trikuspidalklappe	Abwertung
Q23.0	Angeborene Aortenklappenstenose	Abwertung
Q23.1	Angeborene Aortenklappeninsuffizienz	Abwertung
Q23.4	Hypoplastisches Linksherzsyndrom	Abwertung
Q23.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Aorten- und Mitralklappe	Abwertung
Q23.9	Angeborene Fehlbildung der Aorten- und Mitralklappe, nicht näher bezeichnet	Abwertung
Q24.4	Angeborene subvalvuläre Aortenstenose	Abwertung
Q24.6	Angeborener Herzblock	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
Q25.0	Offener Ductus arteriosus	Abwertung
Q25.1	Koarktation der Aorta	Abwertung
Q25.3	Stenose der Aorta (angeboren)	Abwertung
Q25.6	Stenose der A. pulmonalis (angeboren)	Abwertung
Q25.7	Sonstige angeborene Fehlbildungen der A. pulmonalis	Abwertung
Q26.1	Persistenz der linken V. cava superior	Abwertung
Q26.3	Partielle Fehleinmündung der Lungenvenen	Abwertung
Q26.4	Fehleinmündung der Lungenvenen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
Q26.5	Fehleinmündung der Pfortader	Abwertung
Q28.08	Sonstige angeborene arteriovenöse Fehlbildungen der präzerebralen Gefäße	Abwertung
Q28.18	Sonstige angeborene Fehlbildungen der präzerebralen Gefäße	Abwertung
Q28.28	Sonstige angeborene arteriovenöse Fehlbildungen der zerebralen Gefäße	Abwertung
Q31.1	Angeborene subglottische Stenose	Abwertung
Q31.3	Laryngozele (angeboren)	Abwertung
Q31.5	Angeborene Laryngomalazie	Abwertung
Q32.0	Angeborene Tracheomalazie	Abwertung
Q32.1	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Trachea	Abwertung
Q32.2	Angeborene Bronchomalazie	Abwertung
Q32.4	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Bronchien	Abwertung
Q33.2	Lungensequestration (angeboren)	Abwertung
Q33.6	Hypoplasie und Dysplasie der Lunge	Abwertung
Q33.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Lunge	Abwertung
Q35.5	Spalte des harten und des weichen Gaumens	Abwertung
Q37.3	Spalte des weichen Gaumens mit einseitiger Lippenspalte	Abwertung
Q37.5	Spalte des harten und des weichen Gaumens mit einseitiger Lippenspalte	Abwertung
Q39.0	Ösophagusatresie ohne Fistel	Abwertung
Q39.1	Ösophagusatresie mit Ösophagotrachealfistel	Abwertung
Q39.6	Ösophagusdivertikel (angeboren)	Abwertung
Q42.2	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Anus mit Fistel	Abwertung
Q42.3	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Anus ohne Fistel	Abwertung
Q42.8	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose sonstiger Teile des Dickdarmes	Abwertung
Q43.1	Hirschsprung-Krankheit	Abwertung
Q44.2	Atresie der Gallengänge	Abwertung
Q44.3	Angeborene Stenose und Striktur der Gallengänge	Abwertung
Q44.5	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Gallengänge	Abwertung
Q44.6	Zystische Leberkrankheit [Zystenleber]	Abwertung
Q50.0	Angeborenes Fehlen des Ovars	Abwertung
Q51.2	Sonstige Formen des Uterus duplex	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
Q52.1	Vagina duplex	Abwertung
Q54.0	Glanduläre Hypospadie	Abwertung
Q54.1	Penile Hypospadie	Abwertung
Q55.0	Fehlen und Aplasie des Hodens	Abwertung
Q55.1	Hypoplasie des Hodens und des Skrotums	Abwertung
Q55.4	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Ductus deferens, des Nebenhodens, der Vesiculae seminales und der Prostata	Abwertung
Q55.6	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Penis	Abwertung
Q61.1	Polyzystische Niere, autosomal-rezessiv	Abwertung
Q61.2	Polyzystische Niere, autosomal-dominant	Abwertung
Q62.0	Angeborene Hydronephrose	Abwertung
Q62.1	Atresie und (angeborene) Stenose des Ureters	Abwertung
Q62.2	Angeborener Megaureter	Abwertung
Q62.3	Sonstige (angeborene) obstruktive Defekte des Nierenbeckens und des Ureters	Abwertung
Q62.7	Angeborener vesiko-uretero-renaler Reflux	Abwertung
Q64.0	Epispadie	Abwertung
Q64.4	Fehlbildung des Urachus	Abwertung
Q65.0	Angeborene Luxation des Hüftgelenkes, einseitig	Abwertung
Q65.3	Angeborene Subluxation des Hüftgelenkes, einseitig	Abwertung
Q65.4	Angeborene Subluxation des Hüftgelenkes, beidseitig	Abwertung
Q65.6	Instabiles Hüftgelenk (angeboren)	Abwertung
Q67.3	Plagiozephalie	Abwertung
Q71.5	Longitudinaler Reduktionsdefekt der Ulna	Abwertung
Q71.8	Sonstige Reduktionsdefekte der oberen Extremität(en)	Abwertung
Q72.4	Longitudinaler Reduktionsdefekt des Femurs	Abwertung
Q72.8	Sonstige Reduktionsdefekte der unteren Extremität(en)	Abwertung
Q74.3	Arthrogryposis multiplex congenita	Abwertung
Q75.0	Kraniosynostose	Abwertung
Q75.1	Dysostosis craniofacialis	Abwertung
Q75.3	Makrozephalie	Abwertung
Q75.4	Dysostosis mandibulofacialis	Abwertung
Q75.5	Okulo-mandibulo-faziales Syndrom	Abwertung
Q76.1	Klippel-Feil-Syndrom	Abwertung
Q77.4	Achondroplasie	Abwertung
Q78.0	Osteogenesis imperfecta	Abwertung
Q78.1	Polyostotische fibröse Dysplasie [Jaffé-Lichtenstein-Syndrom]	Abwertung
Q78.4	Enchondromatose	Abwertung
Q78.8	Sonstige näher bezeichnete Osteochondrodysplasien	Abwertung
Q79.0	Angeborene Zwerchfellhernie	Abwertung
Q79.1	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Zwerchfells	Abwertung
Q79.4	Bauchdeckenaplasie-Syndrom	Abwertung
Q79.6	Ehlers-Danlos-Syndrom	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
Q79.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Muskel-Skelett-Systems	Abwertung
Q81.0	Epidermolysis bullosa simplex	Abwertung
Q81.2	Epidermolysis bullosa dystrophica	Abwertung
Q81.8	Sonstige Epidermolysis bullosa	Abwertung
Q85.0	Neurofibromatose (nicht bösartig)	Abwertung
Q85.1	Tuberöse (Hirn-) Sklerose	Abwertung
Q85.8	Sonstige Phakomatosen, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
Q86.0	Alkohol-Embryopathie (mit Dismorphien)	Abwertung
Q86.80	Thalidomid-Embryopathie	Abwertung
Q87.0	Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung des Gesichtes	Abwertung
Q87.1	Angeborene Fehlbildungssyndrome, die vorwiegend mit Kleinwuchs einhergehen	Abwertung
Q87.2	Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung der Extremitäten	Abwertung
Q87.3	Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vermehrtem Gewebewachstum im frühen Kindesalter	Abwertung
Q87.4	Marfan-Syndrom	Abwertung
Q87.5	Sonstige angeborene Fehlbildungssyndrome mit sonstigen Skelettveränderungen	Abwertung
Q87.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
Q90.0	Trisomie 21, meiotische Non-disjunction	Abwertung
Q90.1	Trisomie 21, Mosaik (mitotische Non-disjunction)	Abwertung
Q90.2	Trisomie 21, Translokation	Abwertung
Q90.9	Down-Syndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
Q91.0	Trisomie 18, meiotische Non-disjunction	Abwertung
Q91.3	Edwards-Syndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
Q91.6	Trisomie 13, Translokation	Abwertung
Q91.7	Patau-Syndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
Q92.0	Vollständige Trisomie, meiotische Non-disjunction	Abwertung
Q92.1	Vollständige Trisomie, Mosaik (mitotische Non-disjunction)	Abwertung
Q92.7	Triploidie und Polyploidie	Abwertung
Q92.8	Sonstige näher bezeichnete Trisomien und partielle Trisomien der Autosomen	Abwertung
Q93.5	Sonstige Deletionen eines Chromosomenteils	Abwertung
Q93.7	Deletionen mit sonstigen komplexen Rearrangements	Abwertung
Q93.8	Sonstige Deletionen der Autosomen	Abwertung
Q96.0	Karyotyp 45,X	Abwertung
Q96.8	Sonstige Varianten des Turner-Syndroms	Abwertung
Q97.2	Mosaik, Zelllinien mit unterschiedlicher Anzahl von X-Chromosomen	Abwertung
Q98.0	Klinefelter-Syndrom, Karyotyp 47,XXY	Abwertung
Q99.8	Sonstige näher bezeichnete Chromosomenanomalien	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
R04.2	Hämoptoe	Abwertung
R04.8	Blutung aus sonstigen Lokalisationen in den Atemwegen	Abwertung
R04.9	Blutung aus den Atemwegen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
R09.2	Atemstillstand	Abwertung
R15	Stuhlinkontinenz	Abwertung
R18	Aszites	Abwertung
R19.80	Abdominales Kompartmentsyndrom	Abwertung
R29.0	Tetanie	Abwertung
R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	Abwertung
R40.2	Koma, nicht näher bezeichnet	Abwertung
R47.0	Dysphasie und Aphasie	Abwertung
R47.1	Dysarthrie und Anarthrie	Abwertung
R47.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Sprech- und Sprachstörungen	Abwertung
R56.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe	Abwertung
R57.0	Kardiogener Schock	Abwertung
R57.1	Hypovolämischer Schock	Abwertung
R57.2	Septischer Schock	Abwertung
R57.8	Sonstige Formen des Schocks	Abwertung
R57.9	Schock, nicht näher bezeichnet	Abwertung
R58	Blutung, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
R63.3	Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung	Abwertung
R64	Kachexie	Abwertung
R65.0	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese ohne Organkomplikationen	Abwertung
R65.1	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen	Abwertung
R65.2	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese ohne Organkomplikationen	Abwertung
R65.3	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese mit Organkomplikationen	Abwertung
R82.0	Chylurie	Abwertung
S02.0	Schädeldachfraktur	Abwertung
S02.1	Schädelbasisfraktur	Abwertung
S02.3	Fraktur des Orbitabodens	Abwertung
S02.4	Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers	Abwertung
S02.60	Unterkieferfraktur: Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
S02.64	Unterkieferfraktur: Ramus mandibulae, nicht näher bezeichnet	Abwertung
S02.9	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen, Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
S05.4	Penetrierende Wunde der Orbita mit oder ohne Fremdkörper	Abwertung
S05.7	Abriss des Augapfels	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
S05.8	Sonstige Verletzungen des Auges und der Orbita	Abwertung
S06.1	Traumatisches Hirnödem	Abwertung
S06.20	Diffuse Hirn- und Kleinhirnverletzung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
S06.21	Diffuse Hirnkontusionen	Abwertung
S06.30	Umschriebene Hirn- und Kleinhirnverletzung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
S06.31	Umschriebene Hirnkontusion	Abwertung
S06.33	Umschriebenes zerebrales Hämatom	Abwertung
S06.4	Epidurale Blutung	Abwertung
S06.5	Traumatische subdurale Blutung	Abwertung
S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung	Abwertung
S06.70	Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma: Weniger als 30 Minuten	Abwertung
S06.79	Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma: Dauer nicht näher bezeichnet	Abwertung
S06.8	Sonstige intrakranielle Verletzungen	Abwertung
S12.0	Fraktur des 1. Halswirbels	Abwertung
S12.1	Fraktur des 2. Halswirbels	Abwertung
S12.21	Fraktur des 3. Halswirbels	Abwertung
S12.22	Fraktur des 4. Halswirbels	Abwertung
S12.24	Fraktur des 6. Halswirbels	Abwertung
S12.25	Fraktur des 7. Halswirbels	Abwertung
S12.9	Fraktur im Bereich des Halses, Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
S14.3	Verletzung des Plexus brachialis	Abwertung
S15.88	Verletzung sonstiger Blutgefäße in Höhe des Halses	Abwertung
S22.00	Fraktur eines Brustwirbels: Höhe nicht näher bezeichnet	Abwertung
S22.01	Fraktur eines Brustwirbels: T1 und T2	Abwertung
S22.02	Fraktur eines Brustwirbels: T3 und T4	Abwertung
S22.03	Fraktur eines Brustwirbels: T5 und T6	Abwertung
S22.04	Fraktur eines Brustwirbels: T7 und T8	Abwertung
S22.05	Fraktur eines Brustwirbels: T9 und T10	Abwertung
S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	Abwertung
S22.20	Fraktur des Sternums: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
S22.21	Fraktur des Sternums: Manubrium sterni	Abwertung
S22.22	Fraktur des Sternums: Corpus sterni	Abwertung
S22.40	Rippenserienfraktur: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
S22.41	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung der ersten Rippe	Abwertung
S22.42	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von zwei Rippen	Abwertung
S22.43	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von drei Rippen	Abwertung
S22.44	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen	Abwertung
S22.5	Instabiler Thorax	Abwertung
S25.2	Verletzung der V. cava superior	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
S25.4	Verletzung von Pulmonalgefäßen	Abwertung
S26.0	Traumatisches Hämoperikard	Abwertung
S26.81	Prellung des Herzens	Abwertung
S26.9	Verletzung des Herzens, nicht näher bezeichnet	Abwertung
S27.0	Traumatischer Pneumothorax	Abwertung
S27.1	Traumatischer Hämatothorax	Abwertung
S27.2	Traumatischer Hämatothorax	Abwertung
S27.32	Rissverletzung der Lunge	Abwertung
S27.6	Verletzung der Pleura	Abwertung
S27.82	Verletzung: Ductus thoracicus	Abwertung
S27.83	Verletzung: Ösophagus, Pars thoracica	Abwertung
S32.00	Fraktur eines Lendenwirbels: Höhe nicht näher bezeichnet	Abwertung
S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	Abwertung
S32.02	Fraktur eines Lendenwirbels: L2	Abwertung
S32.03	Fraktur eines Lendenwirbels: L3	Abwertung
S32.04	Fraktur eines Lendenwirbels: L4	Abwertung
S32.05	Fraktur eines Lendenwirbels: L5	Abwertung
S32.1	Fraktur des Os sacrum	Abwertung
S32.2	Fraktur des Os coccygis	Abwertung
S32.4	Fraktur des Acetabulum	Abwertung
S32.5	Fraktur des Os pubis	Abwertung
S32.7	Multiple Frakturen mit Beteiligung der Lendenwirbelsäule und des Beckens	Neuaufnahme
S32.82	Fraktur: Lendenwirbelsäule und Kreuzbein, Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
S32.89	Fraktur: Sonstige und nicht näher bezeichnete Teile des Beckens	Abwertung
S34.2	Verletzung von Nervenwurzeln der Lendenwirbelsäule und des Kreuzbeins	Abwertung
S35.0	Verletzung der Aorta abdominalis	Abwertung
S35.1	Verletzung der V. cava inferior	Abwertung
S35.2	Verletzung des Truncus coeliacus oder der A. mesenterica	Abwertung
S35.3	Verletzung der V. portae oder der V. lienalis	Abwertung
S35.4	Verletzung von Blutgefäßen der Niere	Abwertung
S35.5	Verletzung von Blutgefäßen der Iliakalregion	Abwertung
S36.00	Verletzung der Milz, nicht näher bezeichnet	Abwertung
S36.02	Kapselriss der Milz, ohne größeren Einriss des Parenchyms	Abwertung
S36.03	Rissverletzung der Milz mit Beteiligung des Parenchyms	Abwertung
S36.08	Sonstige Verletzungen der Milz	Abwertung
S36.10	Verletzung der Leber, nicht näher bezeichnet	Abwertung
S36.11	Prellung und Hämatom der Leber	Abwertung
S36.12	Rissverletzung der Leber, nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
S36.13	Leichte Rissverletzung der Leber	Abwertung
S36.16	Sonstige Verletzungen der Leber	Abwertung
S36.17	Verletzung: Gallenblase	Abwertung
S36.18	Verletzung: Gallengang	Abwertung
S36.81	Verletzung: Peritoneum	Abwertung
S36.83	Verletzung: Retroperitoneum	Abwertung
S36.9	Verletzung eines nicht näher bezeichneten intraabdominalen Organs	Abwertung
S37.00	Verletzung der Niere, nicht näher bezeichnet	Abwertung
S37.01	Prellung und Hämatom der Niere	Abwertung
S37.1	Verletzung des Harnleiters	Abwertung
S37.20	Verletzung der Harnblase, nicht näher bezeichnet	Abwertung
S37.21	Prellung der Harnblase	Abwertung
S37.22	Ruptur der Harnblase	Abwertung
S37.28	Sonstige Verletzungen der Harnblase	Abwertung
S37.30	Verletzung der Harnröhre: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
S37.33	Verletzung der Harnröhre: Pars prostatica	Abwertung
S37.38	Verletzung der Harnröhre: Sonstige Teile	Abwertung
S37.6	Verletzung des Uterus	Abwertung
S37.81	Verletzung: Nebenniere	Abwertung
S37.9	Verletzung eines nicht näher bezeichneten Harnorgans oder Beckenorgans	Abwertung
S42.22	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum chirurgicum	Abwertung
S42.23	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum anatomicum	Abwertung
S72.00	Schenkelhalsfraktur: Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	Abwertung
S72.04	Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal	Abwertung
S72.08	Schenkelhalsfraktur: Sonstige Teile	Abwertung
S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	Abwertung
S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	Abwertung
S72.2	Subtrochantäre Fraktur	Abwertung
S72.3	Fraktur des Femurschaftes	Abwertung
S72.40	Distale Fraktur des Femurs: Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
S72.41	Distale Fraktur des Femurs: Condylus (lateralis) (medialis)	Abwertung
S72.42	Distale Fraktur des Femurs: Epiphyse, Epiphysenlösung	Abwertung
S72.44	Distale Fraktur des Femurs: Interkondylär	Abwertung
S72.8	Frakturen sonstiger Teile des Femurs	Abwertung
S72.9	Fraktur des Femurs, Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
S75.0	Verletzung der A. femoralis	Abwertung
S88.9	Traumatische Amputation am Unterschenkel, Höhe nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
T08.0	Fraktur der Wirbelsäule, Höhe nicht näher bezeichnet: geschlossen oder o.n.A.	Abwertung
T79.1	Fettembolie (traumatisch)	Abwertung
T79.2	Traumatisch bedingte sekundäre oder rezidivierende Blutung	Abwertung
T79.3	Posttraumatische Wundinfektion, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T79.4	Traumatischer Schock	Abwertung
T79.5	Traumatische Anurie	Abwertung
T79.7	Traumatisches subkutanes Emphysem	Abwertung
T80.0	Luftembolie nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken	Abwertung
T80.6	Sonstige Serumreaktionen	Abwertung
T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T81.1	Schock während oder als Folge eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T81.2	Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T81.3	Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T81.5	Fremdkörper, der versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist	Abwertung
T81.6	Akute Reaktion auf eine während eines Eingriffes versehentlich zurückgebliebene Fremdschubstanz	Abwertung
T81.7	Gefäßkomplikationen nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T82.0	Mechanische Komplikation durch eine Herzklappenprothese	Abwertung
T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät	Abwertung
T82.2	Mechanische Komplikation durch Koronararterien-Bypass und Klappentransplantate	Abwertung
T82.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäßtransplantate	Abwertung
T82.4	Mechanische Komplikation durch Gefäßkatheter bei Dialyse	Abwertung
T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	Abwertung
T82.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Herzklappenprothese	Abwertung
T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	Abwertung
T83.2	Mechanische Komplikation durch ein Harnorgantransplantat	Abwertung
T83.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Harntrakt	Abwertung
T83.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Genitaltrakt	Abwertung
T84.00	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Schultergelenk	Abwertung
T84.04	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk	Abwertung
T84.05	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Kniegelenk	Abwertung
T84.08	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Sonstige näher bezeichnete Gelenke	Abwertung
T84.10	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen: Schulterregion	Abwertung
T84.11	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen: Oberarm	Abwertung
T84.12	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen: Unterarm	Abwertung
T84.14	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen: Beckenregion und Oberschenkel	Abwertung
T84.15	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen: Unterschenkel	Abwertung
T84.16	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen: Knöchel und Fuß	Abwertung
T84.18	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen: Sonstige näher bezeichnete Extremitätenknochen	Abwertung
T84.20	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an sonstigen Knochen: Wirbelsäule	Abwertung
T84.28	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an sonstigen Knochen: Sonstige näher bezeichnete Knochen	Abwertung
T84.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Knochengeräte, -implantate oder -transplantate	Abwertung
T84.4	Mechanische Komplikation durch sonstige intern verwendete orthopädische Geräte, Implantate und Transplantate	Abwertung
T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	Abwertung
T84.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
T84.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	Abwertung
T84.8	Sonstige Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	Abwertung
T84.9	Nicht näher bezeichnete Komplikation durch orthopädische Endoprothese, Implantat oder Transplantat	Abwertung
T85.0	Mechanische Komplikation durch einen ventrikulären, intrakraniellen Shunt	Abwertung
T85.1	Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronischen Stimulator des Nervensystems	Abwertung
T85.4	Mechanische Komplikation durch Mammaprothese oder -implantat	Abwertung
T85.50	Mechanische Komplikation durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Ösophagus	Abwertung
T85.51	Mechanische Komplikation durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im sonstigen oberen Gastrointestinaltrakt	Abwertung
T85.52	Mechanische Komplikation durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im unteren Gastrointestinaltrakt	Abwertung
T85.53	Mechanische Komplikation durch Prothesen, Implantate oder Transplantate in den Gallenwegen	Abwertung
T85.54	Mechanische Komplikation durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Pankreas	Abwertung
T85.59	Mechanische Komplikation durch gastrointestinale Prothesen, Implantate oder Transplantate, Lokalisation nicht näher bezeichnet	Abwertung
T85.6	Mechanische Komplikation durch sonstige näher bezeichnete interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	Abwertung
T85.71	Infektion und entzündliche Reaktion durch Katheter zur Peritonealdialyse	Abwertung
T85.72	Infektion und entzündliche Reaktion durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate im Nervensystem	Abwertung
T85.73	Infektion und entzündliche Reaktion durch Mammaprothese oder -implantat	Abwertung
T85.74	Infektion und entzündliche Reaktion durch perkutan-endoskopische Gastrostomie-Sonde [PEG-Sonde]	Abwertung
T85.75	Infektion und entzündliche Reaktion durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate im hepatobiliären System und im Pankreas	Abwertung
T85.76	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate im sonstigen Gastrointestinaltrakt	Abwertung
T85.78	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	Abwertung
T85.82	Kapselbildung der Mamma durch Mammaprothese oder -implantat	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
T85.83	Sonstige Komplikationen durch Mammaprothese oder -implantat	Abwertung
T85.88	Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T86.00	Versagen eines Transplantates hämatopoetischer Stammzellen	Abwertung
T86.01	Akute Graft-versus-Host-Krankheit, Grad I und II	Abwertung
T86.02	Akute Graft-versus-Host-Krankheit, Grad III und IV	Abwertung
T86.05	Chronische Graft-versus-Host-Krankheit, mild	Abwertung
T86.06	Chronische Graft-versus-Host-Krankheit, moderat	Abwertung
T86.07	Chronische Graft-versus-Host-Krankheit, schwer	Abwertung
T86.09	Graft-versus-Host-Krankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
T86.10	Akute Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates	Abwertung
T86.11	Chronische Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates	Abwertung
T86.19	Sonstige und nicht näher bezeichnete Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Nierentransplantates	Abwertung
T86.2	Versagen und Abstoßung eines Herztransplantates	Abwertung
T86.41	Chronische Funktionsverschlechterung eines Lebertransplantates	Abwertung
T86.49	Sonstige und nicht näher bezeichnete Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Lebertransplantates	Abwertung
T86.51	Nekrose eines Hauttransplantates	Abwertung
T86.52	Verlust eines Hauttransplantates	Abwertung
T86.59	Sonstiges und nicht näher bezeichnetes Versagen und Abstoßung eines Hauttransplantates	Abwertung
T86.81	Versagen und Abstoßung: Lungentransplantat	Abwertung
T86.82	Versagen und Abstoßung: Pankreastransplantat	Abwertung
T86.9	Versagen und Abstoßung eines nicht näher bezeichneten transplantierten Organs und Gewebes	Abwertung
T87.0	Komplikationen durch replantierte (Teile der) obere(n) Extremität	Abwertung
T87.4	Infektion des Amputationsstumpfes	Abwertung
T87.5	Nekrose des Amputationsstumpfes	Abwertung
T88.0	Infektion nach Impfung [Immunsierung]	Abwertung
T88.2	Schock durch Anästhesie	Abwertung
T88.6	Anaphylaktischer Schock als unerwünschte Nebenwirkung eines indikationsgerechten Arzneimittels oder einer indikationsgerechten Droge bei ordnungsgemäßer Verabreichung	Abwertung
T91.3	Folgen einer Verletzung des Rückenmarkes	Abwertung
U07.1	COVID-19, Virus nachgewiesen	Neuaufnahme
U50.40	Schwere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 20-35 Punkte	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
U50.41	Schwere motorische Funktionseinschränkung: Motorischer FIM: 31-42 Punkte	Abwertung
U50.50	Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 0-15 Punkte	Abwertung
U50.51	Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung: Motorischer FIM: 13-30 Punkte	Abwertung
U51.20	Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Erweiterter Barthel-Index: 0-15 Punkte	Abwertung
U51.21	Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Kognitiver FIM: 5-10 Punkte	Abwertung
U51.22	Schwere kognitive Funktionseinschränkung: MMSE: 0-16 Punkte	Abwertung
U55.12	Erfolgte Registrierung zur Herztransplantation: Mit Dringlichkeitsstufe HU [High Urgency]	Abwertung
U60.1	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit: Kategorie A	Abwertung
U60.2	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit: Kategorie B	Abwertung
U60.3	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit: Kategorie C	Abwertung
U61.1	Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit: Kategorie 1	Abwertung
U61.2	Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit: Kategorie 2	Abwertung
U61.3	Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit: Kategorie 3	Abwertung
U80.00	Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin [MRSA]	Abwertung
U80.01	Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine oder Oxazolidinone und ohne Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin	Abwertung
U80.10	Streptococcus pneumoniae mit Resistenz gegen Penicillin oder Oxacillin	Abwertung
U80.11	Streptococcus pneumoniae mit Resistenz gegen Makrolid-Antibiotika, Oxazolidinone oder Streptogramine und ohne Resistenz gegen Penicillin oder Oxacillin	Abwertung
U80.20	Enterococcus faecalis mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika	Abwertung
U80.21	Enterococcus faecalis mit Resistenz gegen Oxazolidinone oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz und ohne Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika	Abwertung
U80.30	Enterococcus faecium mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika	Abwertung
U80.31	Enterococcus faecium mit Resistenz gegen Oxazolidinone oder Streptogramine oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz und ohne Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika	Abwertung
U80.8	Sonstige grampositive Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika	Abwertung
U81.00	Escherichia coli mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd	Abwertung
U81.20	Escherichia coli mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.21	Klebsiella pneumoniae mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.22	Klebsiella oxytoca mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.23	Sonstige Klebsiellen mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung

ICD 2019	ICD-Text 2019	Kategorie
U81.24	Enterobacter-cloacae-Komplex mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.25	Citrobacter-freundii-Komplex mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.26	Serratia marcescens mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.27	Proteus mirabilis mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.28	Sonstige Enterobakterien mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.30	Pseudomonas aeruginosa mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.31	Acinetobacter-baumannii-Gruppe mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.40	Escherichia coli mit Multiresistenz 4MRGN	Abwertung
U81.41	Klebsiella pneumoniae mit Multiresistenz 4MRGN	Abwertung
U81.42	Klebsiella oxytoca mit Multiresistenz 4MRGN	Abwertung
U81.43	Sonstige Klebsiellen mit Multiresistenz 4MRGN	Abwertung
U81.46	Serratia marcescens mit Multiresistenz 4MRGN	Abwertung
U81.48	Sonstige Enterobakterien mit Multiresistenz 4MRGN	Abwertung
U81.50	Pseudomonas aeruginosa mit Multiresistenz 4MRGN	Abwertung
U81.51	Acinetobacter-baumannii-Gruppe mit Multiresistenz 4MRGN	Abwertung
U81.6	Burkholderia, Stenotrophomonas und andere Nonfermenter mit Resistenz gegen Chinolone, Amikacin, Ceftazidim, Piperacillin/Tazobactam oder Cotrimoxazol	Abwertung
U81.8	Sonstige gramnegative Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika	Abwertung
U83	Candida mit Resistenz gegen Fluconazol oder Voriconazol	Abwertung
Z34	Überwachung einer normalen Schwangerschaft	Abwertung
Z43.0	Versorgung eines Tracheostomas	Abwertung
Z45.02	Anpassung und Handhabung eines herzunterstützenden Systems	Abwertung
Z93.0	Vorhandensein eines Tracheostomas	Abwertung
Z94.0	Zustand nach Nierentransplantation	Abwertung
Z94.1	Zustand nach Herztransplantation	Abwertung
Z94.2	Zustand nach Lungentransplantation	Abwertung
Z94.4	Zustand nach Lebertransplantation	Abwertung
Z94.80	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation ohne gegenwärtige Immunsuppression	Auf- und Abwertung
Z94.81	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression	Abwertung
Z94.88	Zustand nach sonstiger Organ- oder Gewebetransplantation	Abwertung
Z95.80	Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems	Abwertung
Z99.4	Langzeitige Abhängigkeit vom Kunstherz	Neuaufnahme

Tabelle A-4-1:

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

DRG	DRG-Text
801E	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexe, komplexe oder bestimmte OR-Prozedur
802B	Andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit mäßig komplexer OR-Prozedur
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden
A04C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, < 18 J. od. GVHD Grad III/IV od. auß. b. Plasmozytom, mit Gabe best. Stammz. od. GVHD III/IV od. HLA-versch., mit best. Entn. od. SZ-Boost od. m. intensivm. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / 2760 P.
A11H	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne IntK > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC
A13G	Beatmung > 95 Stunden, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation, mit äußerst schweren CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Proz., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne kompliz. Diagnose od. Prozedur, mit auß. schw. CC
A13H	Beatmung > 95 Stunden mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation, ohne äußerst schwere CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Proz., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne kompliz. Diagnose oder Proz., ohne auß. schw. CC
A15B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter < 18 Jahre oder bestimmte Entnahme oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte
A15C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte Entnahme oder bei Plasmozytom, mit bestimmter Entnahme oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte
A36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 1104 / 1656 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 P. bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / - / 552 und < - / - / 829 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen
A42B	Stammzellentnahme bei Eigenspender, Alter < 16 Jahre oder ohne schwerste CC
A42C	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation
A60B	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber-, Dünndarm- oder Nieren-Pankreas-Transplantation
B01A	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation oder Alter < 18 Jahre
B05Z	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom oder kleine Eingriffe an den Nerven
B18D	Mäßig komplexe Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems außer bei bösartiger Neubildung
B68A	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
B70G	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme
B71B	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, mit schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie oder mit Komplexbehandlung der Hand oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC, bei Para- / Tetraplegie
B72A	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter < 16 Jahre
B73Z	Virusmeningitis oder Infektion des Nervensystems, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag
B86Z	Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet und Krankheit des Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet
C01A	Komplexer Eingriff bei penetrierenden Augenverletzungen oder bestimmte Orbitotomie
C03C	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), ohne bestimmten Eingriff an der Retina, ohne komplexen Eingriff am Auge, außer bei bösartiger Neubildung des Auges
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom
C08A	Beidseitige extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) oder extrakapsuläre Extraktion der Linse oder bestimmte andere Eingriffe am Auge bei angeborener Fehlbildung der Linse
C10C	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, ohne komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre
C16Z	Aufwendige Eingriffe am Auge, Alter < 6 Jahre
C20A	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter < 16 Jahre oder beidseitige Eingriffe an Augen und Tränenwegen oder bei bösartiger Neubildung am Auge
D01B	Kochleaimplantation, unilateral
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
D13A	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals mit komplizierender Diagnose oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr
D15B	Tracheostomie ohne äußerst schwere CC, ohne radikale zervikale Lymphadenektomie
D20B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
D22A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung, mit Mundboden- oder Vestibulumplastik oder Eingriffe am Kopf
D30B	Tonsillektomie außer bei BNB oder versch. Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 12 Jahre od. Alter > 11 J. bei BNB
D39Z	Andere Eingriffe an der Nase
E02D	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 17 Jahre, mehr als 1 BT, ohne bestimmten Eingriff an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwendigen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne endoskop. Lungenvolumenred., ohne anderen mäßig kompl. Eingriff
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC
E69C	Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag oder ohne äuß. schw. oder schw. CC oder Alter < 56 Jahre oder Beschwerden und Symptome der Atmung oder Störungen der Atmung mit Ursache in der Neonatalperiode, ohne bestimmte aufw./hochaufw. Behandlung
F01B	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation mit komplizierenden Faktoren oder neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mehr als 24 Stunden mit komplizierenden Faktoren
F01F	Impl. Kardioverter / Defibrillator (AICD), Einkammer-Stimulation, ohne zusätzl. Herz- od. Gefäßeingriff, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne äuß. schw. CC, ohne aufw. Sondenentf., ohne Impl. Drucksens. in Pulmonalart., ohne Impl. Pulsgen., Alter > 17 J.
F08F	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne komplexen Aorteneingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Aorteneingriff, mit bestimmtem Eingriff
F12A	Implantation eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem mit äuß. schw. CC oder ablativ. Maßnahmen oder PTCA oder mit aufwendiger Sondenentfernung mit kompliz. Faktoren oder mit Revision eines Herzschrittm. oder AICD ohne Aggregatw. mit kompliz. Faktoren
F17A	Wechsel eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem oder Alter < 16 Jahre
F18C	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, mit komplexem Eingriff, ohne intraluminale expandierende Extraktionshilfe
F20Z	Beidseitige Unterbindung und Stripping von Venen mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC

DRG	DRG-Text
F21B	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne hochkomplexen Eingriff, mit komplexem Eingriff oder bestimmter komplizierender Konstellation
F42Z	Operation b. kompl. angeb. Herzfehler, Hybridchirurgie, best. Herzklappeneingriffe od. and. Eingriffe m. Herz-Lungen-Maschine m. invas. kardiolog. Diagnostik bei Kindern od. best. rekonstruktive Gefäßeingriffe oh. Herz-Lungen-Maschine m. kompl. Eingriff
F49A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, mit komplexem Eingriff oder Alter < 10 Jahre
F50B	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen ohne hochkomplexe Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, mit komplexer Ablation, Alter > 15 Jahre
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplexer Prozedur mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandsp.
G16A	Komplexe Rektumresektion od. and. Rektumres. m. best. Eingr. od. kompl. Diagnose od. mehrz. Enterostomaanlage und -rückverlagerung, m. kompliz. Konstell. od. plast. Rekonstruktion m. myokut. Lappen od. IntK > 196/ 368/ - P. od. endorektale Vakuumtherapie
G22A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung
G26A	Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter < 16 Jahre oder bei bestimmter bösartiger Neubildung oder mit kleinem Eingriff am Rektum
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, mit äußerst schweren CC
G40B	Andere komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G64B	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre oder ohne schwere CC
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane
H06A	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit aufwendigem Eingriff und bestimmten komplizierenden Faktoren
H12B	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff
H36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 828 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H41B	Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, ohne Zugang durch retrograde Endoskopie

DRG	DRG-Text
H61B	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose, Alter < 17 Jahre
H62C	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, ohne akute Pankreatitis, ohne Leberzirrhose, ohne bestimmte nichtinfektiöse Hepatitis, Alter > 15 Jahre
H64Z	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen
H78Z	Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I03B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrodesse od. Alter < 16 Jahre oder beidseitige od. mehrere gr. Eingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, ohne äuß. schw. CC, ohne mehrzeit. Wechsel, ohne Eingr. an mehr. Lok.
I05A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesse, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC
I08I	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten anderen Eingriff, Alter > 11 Jahre
I12B	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, mit Revision des Kniegelenkes oder Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre
I14Z	Revision eines Amputationsstumpfes
I20C	Eingriffe am Fuß ohne mehrere komplexe Eingriffe, ohne hochkomplexen Eingriff, mit bestimmten komplizierenden Faktoren
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe oder komplizierende Faktoren, Alter > 15 Jahre
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
I42B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 14 Tage
I43A	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk oder Entfernung bestimmter Endoprothesen am Kniegelenk, mit äußerst schweren CC
I46B	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, mit periprothetischer Fraktur
I50A	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit bestimmtem Eingriff oder bestimmter Vakuumbehandlung mit kontinuierlicher Sogbehandlung ab 8 Tagen
I50B	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne bestimmten Eingriff, mit bestimmter Vakuumbehandlung oder Alter < 16 Jahre
I64C	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC

DRG	DRG-Text
I66A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, mehr als ein Belegungstag, mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte
I66B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte oder anderen komplizierenden Konstellationen
I66D	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, > 1 Bel.-Tag, Alter > 0 Jahre, mit kinder- und jugendrheumatologischer Komplexbehandlung 7 bis 13 Behandlungstage oder Alter < 16 Jahre mit bestimmten Vaskulitiden oder systemischen rheumatologischen Erkrankungen
I72Z	Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit äußerst schweren oder schweren CC oder Frakturen am Femurschaft
I95A	Implantation einer Tumorendoprothese mit Implantation oder Wechsel einer bestimmten Endoprothese oder Knochentotalersatz am Femur oder Alter < 18 Jahre
J07A	Kleine Eingr. an der Mamma m. best. Lymphkn.-Exz. od. äuß. schw. od. schw. CC b. BNB od. große Eingr. an der Mamma b. BNB oh. kompl. od. best. Eingr. an weibl. Geschl.-Org. b. BNB mit beids. Eingr. od. best. Eingr. Ovar/Plexus brachialis od. an Lymphgef.
J08B	Bestimmte Hauttransplantation oder Debridement ohne Eingriff an Kopf und Hals, ohne bestimmten Eingriff an Haut und Unterhaut oder ohne äußerst schwere CC
J10B	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff
J24B	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, ohne Prothesenimplantation, ohne bestimmte Mammareduktionsplastik
J61B	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Diagnose, mit schwerer Erkrankung der Haut, ohne aufwendige Behandlung
J67A	Bestimmte Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder moderate Hauterkrankungen
J68B	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre
K03A	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre
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
K64B	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
L04A	Bestimmte komplexe Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff oder bestimmte Harnblaseneingriffe oder Alter < 16 Jahre
L09C	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane auß. Anlage Dialyseshunt, ohne Kalziphylaxie, ohne best. Laparotomie, ohne best. Eingriff an Präputium od. Nebenschilddrüse, Alter < 2 J. od. mit auß. schw. CC, ohne kompl. OR-Proz., ohne kompl. Eingriff
L12A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
L13C	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff oder ohne CC, ohne komplexen Eingriff, ohne anderen Eingriff
L16A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators
L18B	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale / andere retroperitoneale Eingriffe oh. ESWL, oh. äußerst schwere CC od. best. Eingriffe Niere od. transurethrale Eingriffe auß. Prostatares. u. kompl. Ureterorenoskop., b. Para-/Tetrapl., m. auß. schw. CC
L19Z	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC oder perkutane Thermoablation der Niere
L20A	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie oder mit ESWL bei Harnsteinen, mit äußerst schweren CC
L20B	Transurethr. Eingr. auß. Prostatares. u. kompl. Ureterorenoskop. oh. ESWL, m. kompl. Eingriff od. and. Eingr. an der Urethra b. Para- / Tetraplegie od. m. ESWL b. Harnst., oh. äußerst schw. CC od. best. Steinentfernung od. Alter < 16 J. od. Alter > 89 J.
L36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / - / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L37Z	Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L60A	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder mit Dialyse und akutem Nierenversagen und äußerst schweren CC oder mit Dialyse und komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre ohne schwere CC
L63D	Infektionen der Harnorgane oh. auß. schwere CC, oh. best. mäßig aufwendige / aufwendige / hochaufw. Behandl., oh. Komplexbeh. isolationspfl. Erreger, oh. best. schw. Infektionen, Alter > 2 J. und < 6 J. oder Alter < 18 J. mit schw. CC oder Alter > 89 J.
L69A	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
L74Z	Bestimmte Krankheiten und Störungen der Harnorgane bei Para- / Tetraplegie

DRG	DRG-Text
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
M06Z	Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen oder Stanzbiopsie an der Prostata, ein Belegungstag
M09B	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne BNB des Penis
M38Z	Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane
N01C	Beckeneviszeration bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit schweren CC
N07B	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus oder kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, ohne bestimmten Eingriff
N08Z	Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
N09B	Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, kleine Eingriffe an Blase, Uterus, Bauchwand und Peritoneum
N23Z	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukleation
N60A	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC
O01B	Sectio caesarea, Schwangerschaftsd. bis 25 vollend. W. (SSW), m. mehr. kompliz. Diag., m. intraut. Ther. od. kompliz. Konstell. od. Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., m. od. oh. kompliz. Diag. m. best. Eingriff b. Sectio od. auß. schw. CC
O04A	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma mit komplexem Eingriff
O05B	Cerclage und Muttermundverschluss oder komplexe OR-Prozedur oder bestimmte intrauterine Operation am Feten, mehr als ein Belegungstag
O65A	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexer Diagnose oder komplizierendem Eingriff oder ein Belegungstag
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 180 und < 481 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen, Beatmung > 180 und < 900 Stunden oder Eingriff bei univentrikulärem Herzen, Beatmung < 481 Stunden
P03B	Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beat. > 120 Std., oh. Beat. > 599 Std. oder oh. mehrere schwere Probleme, oh. Beat. > 479 Std. oder oh. mehrere schwere Probleme oder oh. sig. OR-Prozedur oder oh. mehrzeitige komplexe OR-Prozedur

DRG	DRG-Text
P04B	Aufnahmegew. 1500 - 1999 g, sig. OR-Proz. od. Beat. > 120 Std., oh. meh. schw. Probl. od. oh. Beat. > 320 Std., oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. oh. Beat. > 240 Std., oh. sig. OR-Proz. od. oh. Beat. > 240 Std., oh. temp. Verschluss BW-Defekt
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur
P61D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62B	Aufnahmegewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62C	Aufnahmegewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62D	Aufnahmegewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P63Z	Aufnahmegewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden
P64Z	Aufnahmegewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden
P65B	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem
P65C	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, mit anderem Problem
P66C	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem
P67E	Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Prozedur ohne bestimmte Diagnosen beim Neugeborenen
Q02A	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems mit äußerst schweren CC
Q60B	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit kompl. Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, oh. Milzverletzung, oh. Granulozytenstörung, Alter < 1 Jahr oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren CC
Q60D	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC
Q63A	Aplastische Anämie, Alter < 16 Jahre
Q63B	Aplastische Anämie, Alter > 15 Jahre
R01A	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur
R01C	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur, ohne aufwendigen Eingriff an der Wirbelsäule
R01D	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Bestrahlungen an mindestens 7 Tagen
R11A	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
R13B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R60A	Akute myeloische Leukämie m. hochkomplexer Chemoth., Alter > 17 J. od. m. int. Chemoth. m. kompliz. Diagnose od. Dialyse od. Portimpl. u. Alter < 16 J. od. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P. od. schwerste CC od. HLA-Typisierung, Alter < 16 J.
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation oder Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, Alter < 16 J.
R63A	Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit bestimmter hochkomplexer Chemotherapie, Alter > 17 Jahre
R63D	Andere akute Leukämie mit komplizierender Konstellation oder mit mäßig komplexer Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, mit intensiver Chemotherapie, Alter < 16 Jahre
R63F	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemoth. oder mit mäßig kompl. oder lokaler Chemoth. mit schwersten CC oder mit mäßig kompl. Chemoth. mit äußerst schw. CC od. ohne Chemoth. mit Dialyse od. Sepsis od. Agranulozyt. od. Portimpl. od. äußerst schw. CC
R63G	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R63H	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei bestimmten hämatologischen und soliden Neubildungen
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, außer bei chronisch ischämischer Herzkrankheit, ohne äußerst schwere CC
T60F	Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196/ 184 / - Aufwandspunkte
T61Z	Postoperative und posttraumatische Infektionen
T62A	Fieber unbekannter Ursache mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
T63B	Schwere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
U42B	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter > 18 Jahre, mindestens 14 Behandlungstage
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen

DRG	DRG-Text
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
X05B	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff
X07B	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation eines Fingers oder einer Zehe
Y02C	Andere Verbrenn. m. Haut-Tx. od. and. Ingr. oh. äuß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn., oh. komplexe Proz., oh. Dialyse, oh. Beat. > 24 Std., oh. kompliz. Konst., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., oh. best. Spalthauttranspl., Alter < 18 J.
Z64B	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung mit best. Radiojoddiagnostik, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei Herz-/Lungen-Tx oder Alter > 17 Jahre, mit bestimmtem Kontak Anlass

Tabelle A-4-2:

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

DRG	DRG-Text
802C	Andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne mäßig komplexe OR-Prozedur
863Z	Neonatale Diagnose ohne Bezug zu Alter oder Gewicht
A07B	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 P., mit komplexer OR-Prozedur und ECMO ab 384 Stunden oder mit Polytrauma oder Alter < 16 J. oder intensivmed. Komplexbeh. > - / 3220 / - P.
A07D	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1176 / 1380 / 2484 und < 2353 / 1933 / 2761 Aufwandspunkte, mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation
A09A	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit IntK > 2352 / 1932 / 2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre, mit IntK > 1764 / 1932 / - Punkten oder mit sehr komplexem Eingriff und IntK > - / 2208 / - Punkten
A09C	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 P., mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 P. oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre
A09D	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1470 / 1380 / 1656 und < 1765 / 1657 / 2209 Aufwandspunkte
A09E	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1380 u. < 1471 / 1381 / 1657 Punkte, mit komplexer Diagnose oder Prozedur
A09F	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1380 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur
A11E	Beatmung > 249 Stunden, mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 P., ohne kompliz. Konstellation, Alter > 15 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 828 / - Aufwandspunkte
A11F	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation oder intensivmed. Komplexbehandlung > - / - / 1104 P. oder Alter < 6 Jahre
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

DRG	DRG-Text
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre oder AB0-inkompatible Transplantation oder schwerste CC
A61A	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen mit äußerst schweren CC oder mit bestimmter akuter Graft-versus-Host-Krankheit, mehr als ein Belegungstag
A61C	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte akute Graft-versus-Host-Krankheit oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre
B02B	Komplexe Kraniotomie oder WS-OP, Bestr. an mind. 9 T. od. best. Eingr. bei BNB mit intraop. Monit., Alt. < 18 J. od. b. BNB od. IntK > 392 / 368 / - P., mit schwersten CC, Alt. > 15 J. od. oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. Alt. > 5 J. od. oh. Eingr. bei BNB
B04A	Interventionelle oder beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC
B04B	Beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC oder mehrzeitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen oder äußerst schwere CC
B07Z	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC oder komplizierender Diagnose
B19A	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigeminusneuralgie, ohne bestimmte Prozedur, außer bei bösartiger Neubildung
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation
B66A	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder mit komplizierender Konstellation
B69C	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurol. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Std., ohne äußerst schw. CC oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls oder mit äuß. schw. CC
B69D	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne äußerst schwere CC
B70C	Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std., mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolyse oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Std.
B70D	Apoplexie ohne komplexen zerebrovaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose oder systemische Thrombolyse, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Stunden oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std.

DRG	DRG-Text
B70E	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolyse
B71A	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose oder Komplexbehandlung der Hand, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren oder schweren CC
B80Z	Andere Kopfverletzungen
B85A	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit hochkomplexer Diagnose oder mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder bestimmter aufwendiger / hochaufwendiger Behandlung
C07B	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne komplexen Eingriff am Auge, ohne bestimmte Eingriffe bei Glaukom, Alter > 5 Jahre
C08B	Extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse oder bestimmte Eingriffe am Auge
C12Z	Andere Rekonstruktionen der Augenlider
C13Z	Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina
C62Z	Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D03B	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf ohne Hartgaumenplastik oder best. Knochen-Tx/-transposition an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen, Alter > 1 Jahr
D04A	Bigonische Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen, mit komplexem Eingriff
D06C	Bestimmte Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC
D13B	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals ohne komplizierende Diagnose, Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre
D15A	Tracheostomie mit äußerst schweren CC oder mit radikaler zervikaler Lymphadenektomie oder Implantation einer Kiefergelenkendoprothese
D24B	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC

DRG	DRG-Text
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
E05B	Andere große Eingriffe am Thorax ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung oder Alter < 18 Jahre oder bestimmter Eingriff an der Pulmonalarterie
E05C	Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Revisionseingriffe ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmten Eingriff an der Pulmonalarterie, Alter > 17 Jahre
E06A	Andere Lungenresektionen, bestimmte Eingriffe an Thoraxorganen, Thoraxwand, Gefäßsystem oder Mediastinum, Alter < 10 Jahre oder Eingriff am Thorax mit äußerst schweren CC
E07Z	Aufwendige Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E69A	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung, Alter < 1 Jahr ohne RS-Virus-Infektion oder bei Para- / Tetraplegie
E76C	Tuberkulose bis 14 Belegungstag, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Pneumothorax
E77A	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
E77B	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter komplizierender Konstellation oder hochkomplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte
F02B	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Einkammer-Stimulation
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit bestimmter komplizierender Konstellation oder bestimmtem Zweifacheingriff
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.
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit kompl. Konstellation oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder Karotiseingriff
F06E	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne intraoperative Ablation, ohne schwerste CC, ohne Implantation eines herzunterstützenden Systems

DRG	DRG-Text
F12E	Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem oder Impl. Ereignisrekorder, Alter > 15 Jahre, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen
F15Z	Perkutane Koronarangioplastie mit komplizierender Konstellation mit komplexer Diagn. u. hochkompl. Intervention od. m. best. Rekanalisationsverf., Alt. < 16 J. od. inv. kardiolog. Diagnostik, mit kompliz. Konst. od. Endokarditis, mehr als 2 Belegungstage
F28C	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere oder schwere CC
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen d. Kreislaufsystems m. kompliz. Fakt., > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. m. best. OR-Proz., ohne aufwend. Eingr. od. > - / 552 / 552 P. m. best. Aortensten 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. herzunterst. System
F43C	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 15 ., ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, ohne best. OR-Prozedur, ohne best. Impl. herzunterst. System
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, ohne komplexen Eingriff, Alter > 9 Jahre
F49G	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Eingriff
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC
F58A	Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC
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
F63B	Venenthrombose ohne äußerst schwere CC
F64Z	Hautulkus bei Kreislauferkrankungen
F66B	Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC
F67B	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige / mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter < 18 Jahre
F73A	Synkope und Kollaps, Alter < 14 Jahre, ein Belegungstag
F74Z	Thoraxschmerz und sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems

DRG	DRG-Text
F77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten und nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
F95A	Interventioneller Septumverschluss, Alter < 18 Jahre oder Vorhofohrverschluss
F95B	Interventioneller Septumverschluss, Alter > 17 Jahre, ohne Vorhofohrverschluss
G03B	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum oder bestimmte Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplexer Prozedur ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspkt., mit komplexem Eingriff
G07B	Appendekt. od. laparoskop. Adhäsiolyse bei Peritonitis mit äuß. schw. od. schw. CC od. kl. Eingriffe an Dünn- / Dickdarm, oh. äußerst schwere CC od. best. Anorektoplastik, Alt. > 2 Jahre u. Alter < 14 Jahre od. mit laparoskop. Adhäsiolyse od. Rektopexie
G08B	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, ohne äußerst schwere CC
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
G17A	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre
G17B	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre
G29B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
G36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1470 / 1380 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G37Z	Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G46A	Komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC oder andere Gastroskopie bei schw. Krankh. der Verd.organe, mit äußerst schweren CC, Alter < 15 Jahre, mehr als ein BT
G60A	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC oder bestimmte hochaufwendige Behandlung
G66Z	Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 55 Jahre und mit CC
G70B	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre

DRG	DRG-Text
H02B	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen, Alter > 13 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmte biliodigestive Anastomose
H09A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit bestimmtem Eingriff mit äußerst schweren CC oder aufwendiger Eingriff am 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
H38B	Andere komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H40A	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung mit äußerst schweren CC
H61A	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Pfortaderthrombose
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung oder Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
I02A	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation außer an der Hand, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit schwerem Weichteilschaden, mit äußerst schweren CC und komplexer OR-Prozedur
I06B	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals mit sehr komplexem Eingriff bei schwerer entzündlicher Erkrankung oder best. BNB Knochen oder Alter < 19 Jahre
I06C	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals, Alter > 18 Jahre, ohne Para- / Tetraplegie oder ohne äußerst schwere CC, ohne BNB Knochen. mit bestimmtem Eingriff ohne schwere entzündliche Erkrankung oder ohne bestimmten Eingriff
I07B	Bestimmte Amputation am Fuß
I08G	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexem Eingriff
I09D	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit best. kompl. Faktoren, bei Frakturen der Halswirbelsäule oder sek. bösartiger Neub. des Knochens oder mit anderen mehrz. kompl. Eingriffen ohne aufwendige intensmed. Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten
I09E	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule und best. komplizierende Faktoren oder best. Eingriffe an der WS mit best. anderen kompl. Faktoren und Eingriffe ZNS oder transpleuraler Zugang BWS oder best. langstreckige Spondylodese/Osteosynthese oder Diszitis
I09F	Best. Eingriffe WS, best. kompl. Faktoren od. Alter < 16 J., oh. bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, oh. Diszitis oder Knöchernen Dekompression Spinalkanal >3 Segm oder Implantation eines wachstumslenkenden Schrauben-Band-Systems

DRG	DRG-Text
I10C	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule bei Bandscheibeninfektion oder mit bestimmtem Eingriff an der Wirbelsäule
I13F	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit best. Eingriff an Unterschenkel und Humerus oder bei BNB oder kleiner Eingriff bei Knochen- und Gelenkinfektion oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula, Alter < 16 Jahre
I18A	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff oder mit beidseitigem Eingriff am Kniegelenk
I20D	Eingriffe am Fuß ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit Knochentransplantation oder schwerem Weichteilschaden oder bestimmtem Eingriff am Fuß oder Implantation einer Vorfuß- oder Zehenedoprothese oder Kalkaneusfraktur
I24B	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre
I27D	Bestimmte andere Eingriffe am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder best. Osteosynthesen an der Klavikula ohne kompliz. Diagnose, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen oder sonst. arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette mit bestimmten Eingriffen an der Schulter
I29C	Sonstige arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette ohne bestimmte Eingriffe an der Schulter
I44B	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere CC, mit bestimmtem Wechsel von Endoprothesen oder Implantation einer patientenindividuell angefertigten Endoprothese am Kniegelenk ohne Defekt oder Deformität der Knochen
I44C	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Wechsel von Endoprothesen oder Prothesenkomponenten, ohne Implantation einer patientenindividuell angefertigten Endoprothese am Kniegelenk
I44D	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk oder Einbringen einer Entlastungsfeder am Kniegelenk
I45A	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, mehr als ein Segment
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne best. kompliz. Faktoren, ohne komplexe Diagnose an Becken/OS, ohne best. endoproth. Eingriff, ohne gelenkpl. Eingriff am Hüftgelenk, ohne Impl. oder Wechsel einer Radiuskopfprothese, ohne Entf. Osteosynthesemat.
I59Z	Andere Eingriffe an den Extremitäten oder am Gesichtsschädel
I64B	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC
I66C	Frakturen Becken und Schenkelhals, > 1 Bel.-Tag, mit äußerst schweren CC oder int.-med. Komplexbeh. > 196 / 184 / - AP oder Alter < 1 J. mit kinder- und jugendrheumatol. Kompl.-beh. 7 bis 13 Beh.-Tage oder mit best. syst. rheumatologischen Erkrankungen

DRG	DRG-Text
I66H	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, ein Belegungstag, ohne bestimmte Biopsie am Herzen
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag oder Prellung am Oberschenkel
I71A	Muskel- und Sehnenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, mit Zerebralparese oder Kontraktur
J09B	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre
J64A	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus mit äußerst schweren CC
J65A	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als 1 Belegungstag
J65B	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, ein Belegungstag
K07A	Andere Eingriffe bei Adipositas mit bestimmten größeren Eingriffen am Magen oder Darm
K09A	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit hochkomplexem Eingriff oder mit best. Eingriff, mit äußerst schweren CC oder Alter < 7 Jahre
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
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 6 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K60C	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 17 Jahre oder ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder schwerste Ernährungsstörungen oder äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag
K63C	Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag
K77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen
L03Z	Bestimmte Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder bestimmter Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm
L04B	Andere Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, ohne bestimmte Harnblaseneingriffe, Alter > 15 Jahre
L06C	Andere kleine Eingriffe an den Harnorganen, Alter > 15 Jahre
L12B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 9 Tagen
L13A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, mit bestimmtem Eingriff mit CC oder mit komplexem Eingriff

DRG	DRG-Text
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, Alter > 15 Jahre
L18A	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit äußerst schweren CC
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L62A	Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC
L63A	Infektionen der Harnorgane mit bestimmter hochaufwendiger Behandlung oder mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern
L63C	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandl., Alter < 3 Jahre oder best. schwere Infektionen oder best. mäßig aufwendige Behandlung
L64D	Andere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Eingriffe am Ureter, Alter > 15 Jahre
M04D	Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff oder Alter > 2 Jahre, ohne schwere CC oder ohne beidseitigen Hodenhochstand oder Alter > 13 Jahre
M09A	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder BNB des Penis
M11Z	Transurethrale Laserdestruktion und -resektion der Prostata
M60A	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC
N01A	Beckeneviszeration bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraler Eingriff
N01D	Beckeneviszeration bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC
N02A	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung oder bestimmte Eingriffe am Darm oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva, mit äußerst schweren CC
N02B	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder 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
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder bestimmte Embolisation an viszeralen und anderen abdominalen Gefäßen außer bei bösartiger Neubildung
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation und kleine Eingriffe an Vagina und Vulva

DRG	DRG-Text
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N34Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N38Z	Komplizierende Konstellation mit best. op. Eingriff bei Krankheiten u. Störungen der weibl. Geschlechtsorg. od. Beckenevisz. bei der Frau u. radikale Vulvektomie od. best. Lymphadenekt. mit äuß. schw. CC, mit kompl. Eingriff od. kompliz. Konstellation
O01C	Sectio caesarea mit mehreren kompliz. Diag., Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 SSW, oh. best. kompliz. Faktoren od. mit kompliz. Diag., bis 25 SSW od. mit Tamponade einer Blutung od. Thromboembolie in Gestationsperiode m. OR-Proz., oh. äuß. schw. CC
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
O02B	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne intrauterine Therapie, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC
O05D	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, ein Belegungstag oder ohne Cerclage, Muttermundverschluss, komplexe OR-Prozedur und bestimmte intrauterine Operation am Feten, mit wenig aufwendigem Eingriff oder intrauterine Therapie des Feten
O61Z	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Prozedur, ohne bestimmten Eingriff an der Mamma
Q01Z	Eingriffe an der Milz
Q03A	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter < 10 Jahre
Q61B	Andere Erkrankungen der Erythrozyten, ohne äußerst schwere CC
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen
V63Z	Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit
W01B	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne Frührehabilitation, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung oder mit IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte
W02A	Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
W02B	Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
W04B	Polytrauma mit anderen Eingriffen oder Beatmung > 24 Stunden, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen, mit bestimmten anderen Eingriffen oder Beatmung mehr als 24 Stunden

DRG	DRG-Text
W61A	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender Diagnose oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte oder Alter < 12 Jahre
X64Z	Andere Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung

Tabelle A-4-3:

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

DRG	DRG-Text
801A	Ausgedehnte OR-Proz. oh. Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter kompl. Konst. oder Strahlenth. oder endovaskulärer Impl. von Stent-Proth. an der Aorta oder intensivmediz. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandsp. od. Alter < 18 J. mit kompl. Faktoren
801B	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit hochkomplexer OR-Prozedur oder mit komplizierender Konstellation, Alter > 17 Jahre oder ohne komplizierende Faktoren
801C	Ausgedehnte OR-Proz. oh. Bezug zur Hauptdiag. mit komplexer OR-Proz. od. and. Eingriff an Kopf u. Wirbelsäule od. mit neurolog. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls od. Alter < 1 J. od. bei Para- / Tetraplegie od. Alter < 18 J. u. schw. od. äuß. schw. CC
801D	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter OR-Prozedur oder mit intensivmediz. Komplexbeh. > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte oder bestimmte nicht ausgedehnte OR-Prozedur mit neurolog. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
802A	Bestimmte nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose oder andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte
802D	Wenig komplexe nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation
A01B	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtranspl. mit Beatmung > 59 und < 180 Std. od. mit Transplantatabstoßung od. mit komb. Nierentranspl. od. m. kombinierter Pankreastranspl. od. Alter < 6 J. oder od. m. intensivm. Komplexbeh. > 980 / 828 / - P.
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne komb. Nierentranspl., ohne kombinierte Pankreastranspl., Alter > 5 Jahre, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 980 / 828 / - P.
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A04D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit Graft-versus-Host-Krankheit Grad III und IV oder außer bei Plasmozytom, HLA-verschieden oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
A04E	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom
A05Z	Herztransplantation
A06C	Beatmung > 1799 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
A07A	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und int. Komplexbeh. > 3920 / 3680 / 3680 P. oder mit hochkompl. oder dreizeitigem Eingr.
A07E	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 184 / 368 Aufwandspunkte oder Beatmung > 1799 Stunden
A07F	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 184 / 368 Aufwandspunkte, ohne Beatmung > 1799 Stunden
A09B	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 Punkte, mit angeb. Fehlbild. oder Tumorerkr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / - P., Alter < 16 J.
A11B	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit hochkomplexem Eingriff oder best. Eingriff und best. intensivmed. Komplexbeh. oder Alter < 2 Jahre bei angeborener Fehlbildung
A11G	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 5 Jahre, mit kompl. Diagnose oder Prozedur oder Alter < 16 J. oder äußerst schwere CC
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, 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 äuß. schw. CC
A15D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom, ohne bestimmte Entnahme
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion
A36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 und < 981 / 1105 / 1657 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder komplizierende Konstellation bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit Entfernung eines Organtransplantates oder komplexer OR-Prozedur oder äußerst schweren CC oder komplizierender Konstellation

DRG	DRG-Text
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
A61B	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte akute Graft-versus-Host-Krankheit oder ein Belegungstag, mit schweren CC oder Alter < 10 Jahre
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation
A69Z	Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste
B01B	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 17 Jahre
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation bei Neubildung des Nervensystems oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Punkte, Alter < 6 Jahre mit Eingriff bei BNB oder Alter < 16 Jahre und mehrzeitige komplexe OR-Prozedur
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, außer bei Neubildung, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmtem Eingriff, Alter < 18 Jahre oder mit best. komplizierenden Faktoren
B02E	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte komplizierende Faktoren
B03Z	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit intraoperativem Monitoring oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie oder nicht akuter Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC
B04C	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, ohne mehrzeitige Eingriffe, ohne beidseitige Eingriffe, ohne äußerst schwere CC
B09Z	Andere Eingriffe am Schädel
B12Z	Implantation eines Herzschrittmachers bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
B16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
B16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
B17A	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplexer Diagnose oder Implantation eines Ereignis-Rekorders

DRG	DRG-Text
B17B	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und and. Teilen des Nervensystems oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystr. od. Neurop., mit best. kompl. Eingr., Alter < 16 J. oder mit mäßig kompl. Eingr., Alter < 19 J. oder mit auß. schw. oder schw. CC
B17D	Eingr. an periph. Nerven, Hirnnerven und and. Teilen des Nervensyst. oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystr. od. Neurop., Alt. < 19 J. od. mit schw. CC, Alt. > 15 J., ohne mäßig kompl. Eingr. od. oh. schw. CC, Alt. > 18 J., mit mäßig kompl. Eingr.
B17E	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie od. Neuropathie, ohne kompl. Diagnose, ohne mäßig kompl. od. kompl. Eingr., ohne auß. schw. oder schw. CC, Alter > 18 J.
B18A	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B18B	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems außer bei bösartiger Neubildung oder Revision eines Ventrikelschuntes oder operative Eingriffe bei nicht akuter Para- / Tetraplegie
B18C	Andere Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems außer bei bösartiger Neubildung
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 18 Jahre oder mit komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre
B20B	Kraniotomie oder große WS-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 17 Jahre oder ohne bestimmte komplexe Prozedur, mit komplizierenden Faktoren, Alter > 15 Jahre
B20C	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation, Alter < 3 J. oder intervent. Eingriff oder Alter < 18 J. mit großem intrakraniellen Eingriff oder mit kompl. Diagnose oder best. Eingriffe bei Trigeminusneuralgie, Alter < 16 J. od. bei bösartiger Neubildung
B20D	Kraniotomie oder große WS-OP mit komplexer Prozedur oder ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigeminusneuralgie oder mit bestimmter Prozedur oder bei bösartiger Neubildung
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur oder Alter < 10 Jahre bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 588 / 552 / 552 Punkte mit best. OR-Prozedur oder best. hochaufw. Implantate oder Alter > 9 Jahre bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B39A	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, mehr als 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
B42A	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder fachübergreifende u. andere Frührehabilitation mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B42B	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B44A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit neurologischer Komplexbehandlung oder anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls bei schwerer motorischer Funktionseinschränkung
B44B	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder schwerer motorischer Funktionseinschränkung
B44C	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne schwere motorische Funktionseinschränkung
B45Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B47A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mindestens 14 Behandlungstage
B47B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, weniger als 14 Behandlungstage
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen
B60A	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag
B60B	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, ein Belegungstag
B61A	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt
B63Z	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion
B66D	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
B67A	Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung
B67B	Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
B68D	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B69A	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden
B69B	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
B70A	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit komplizierender Diagnose
B70B	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierende Diagnose oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
B70F	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne komplexen zerebrovaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose, ohne systemische Thrombolyse
B70I	Apoplexie, ein Belegungstag
B71C	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne Komplexbehandlung der Hand oder mit kompl. Diagnose, ohne schw. CC oder außer bei Para- / Tetraplegie oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC, außer bei Para- / Tetraplegie
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC
B72B	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, mehr als ein Belegungstag
B74Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B75Z	Fieberkrämpfe
B76B	Anfälle, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC oder Alter < 3 Jahre oder komplexer Diagnose oder EEG, Alter < 1 Jahr, mehr als ein Belegungstag oder mit bestimmter Diagnose, mit komplexer Diagnose
B76C	Anfälle, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mehr als ein Belegungstag, mit schweren CC, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder EEG, Alter < 1 Jahr, mehr als ein Belegungstag oder mit bestimmter Diagnose, ohne komplexe Diagnose
B76D	Anfälle, Alter < 6 Jahre oder komplizierende Diagnose oder EEG, mehr als ein Belegungstag
B76E	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, ohne bestimmte Diagnose, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B78A	Intrakranielle Verletzung, Alter < 6 Jahre oder mit komplizierender Diagnose
B78B	Intrakranielle Verletzung, Alter > 5 Jahre, ohne komplizierende Diagnose
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor
B81A	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose oder bestimmter aufwendiger / hochaufwendiger Behandlung
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung
B82Z	Andere Erkrankungen an peripheren Nerven
B84Z	Vaskuläre Myelopathien

DRG	DRG-Text
B85B	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, ohne hochkomplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung
B85C	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, zerebrale Lähmungen oder Delirium
B85D	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose
C01B	Andere Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen oder Amnionmembrantransplantation oder bestimmte Biopsie
C02Z	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung
C03A	Eingriffe Retina m. PPV, m. ECCE od. b. BNB Auge, m. best. Ingr. Retina od. Entf. Augapf. m. Impl. od. Endopht. od. Ingr. Orbita b. BNB Auge od. best. Ingr. Retina od. ECCE od. kompl. Ingr. od. BNB, Alter < 16 od. Enukl. u. Ingr. Orbita auß. b. BNB
C03B	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Extradaktion der Linse (ECCE) oder bestimmtem Eingriff an der Retina oder komplexem Eingriff am Auge oder bei bösartiger Neubildung des Auges, Alter > 15 Jahre
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Extradaktion der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, ohne komplexen Eingriff, ohne Pars-plana-Vitrektomie, Alter > 15 Jahre
C14Z	Andere Eingriffe am Auge
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre, ohne beidseitige Eingriffe an Augen und Tränenwegen, außer bei bösartiger Neubildung am Auge
C60Z	Akute und schwere Augeninfektionen
C61Z	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges
C63Z	Andere Erkrankungen des Auges oder Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus
C64Z	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D06A	Kompl. Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter < 6 J. od. Alter > 15 J., mit komplexer Prozedur oder Diagnose, mit Resektion des Felsenbeins od. mit intrakran. Eingriff bei BNB
D06B	Andere Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 5 J. u. Alter < 16 J. od. Alter > 15 J., mit kompl. Proz. oder Diag., ohne Resektion Felsenbein, ohne intrakran. Eingriff bei BNB
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
D12A	Andere aufwendige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
D20A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung, ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik, ohne Eingriffe am Kopf
D24A	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC oder mit Kombinationseingriff ohne äußerst schwere CC
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D28Z	Andere Eingriffe an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen oder totale Auflagerungsplastik der Maxilla
D29Z	Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung
D30A	Tonsillektomie außer bei BNB oder verschiedene Eingr. an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äuß. schw. CC, mit aufw. Eingr. oder Eingr. an Mundhöhle und Mund auß. bei BNB, Alter < 3 J. oder mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 J. mit auß. schw. od. schw. CC
D61Z	Gleichgewichtsstörung, Hörverlust und Tinnitus
D63A	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege oder Blutung aus Nase und Rachen mit äußerst schweren CC
D63B	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege oder Blutung aus Nase und Rachen ohne äußerst schwere CC
D64Z	Laryngotracheitis, Laryngospasmus und Epiglottitis
D65Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals oder Verletzung und Deformität der Nase
D67Z	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle
E02A	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen mit aufwendigem Eingriff oder schwersten CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte oder Alter < 10 Jahre
E02C	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 9 J., mehr als 1 BT, ohne best. Eingr. an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwend. Eingr., ohne auß. schw. CC, mit best. endoskop. Lungenvolumenred. oder anderem mäßig kompl. Eingr. oder Alter < 18 J.
E02E	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmten Eingriff an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwend. Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne endoskop. Lungenvolumenred., ohne anderen mäßig kompl. Eingriff, ein Belegungstag
E06C	Andere Lungenresektionen, bestimmte Eingriffe an Thoraxorganen, Thoraxwand, Gefäßsystem oder Mediastinum, Alter > 15 Jahre, ohne offen chirurgische Pleurolyse mit Eingr. an Lunge/Pleura, ohne bestimmte atypische Lungenresek., ohne best. Brustkorbkorr.
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
E40A	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur oder int. Komplexbehandlung > 196 / 368 / - Punkte oder komplizierender Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mit äußerst schw. CC oder ARDS
E40B	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre oder bei Para- / Tetraplegie
E40C	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur, ohne äußerst schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie
E42Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC
E63B	Schlafapnoesyndrom oder Polysomnographie oder kardiorespiratorische Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte invasive kardiologische Diagnostik
E64A	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder Lungenembolie
E64B	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
E64C	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
E64D	Respiratorische Insuffizienz, ein Belegungstag
E65A	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung od. best. Atemwegsinfektion mit äuß. schw. CC oder best. hochaufw. Beh. od. Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein BT, mit äuß. schw. oder schw. CC, Alter < 1 J., mit RS-Virus-Infektion
E65B	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung oder best. Atemwegsinfektion ohne äußerst schwere CC, mit komplizierender Diagnose oder mit FEV1 < 35% und mehr als ein Belegungstag oder Alter < 1 J. oder mit bestimmter mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung
E65C	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, ohne FEV1 < 35% oder ein Belegungstag oder Alter > 1 Jahr, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung
E66A	Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose
E66B	Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose

DRG	DRG-Text
E69B	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als 1 BT u. Alter > 55 J. od. mit äuß. schw. od. schw. CC, Alt. > 0 J. od. 1 BT od. oh. äuß. schw. od. schw. CC, Alt. < 1 J. od. flex. Bronchoskopie, Alt. < 16 J. od. best. mäßig aufw. Beh., m. RS-Virus-Infekt.
E70Z	Keuchhusten und akute Bronchiolitis
E71A	Neubildungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
E71B	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, mit Ösophagusprothese oder endoskopischer Stufenbiopsie oder endoskopischer Biopsie am Respirationstrakt mit Chemotherapie
E71C	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne Ösophagusproth., ohne Stufenbiop., ohne Chemotherapie od. ohne endoskop. Biop. am Respir.-Trakt, mit Bronchoskop. mit starrem Instr. oder perkut. Biop. am Respir.-Trakt
E71D	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag od. ohne äußerst schwere CC, ohne Ösophagusproth., ohne Stufenbiopsie, ohne Chemoth. od. ohne endoskop. Biop. am Respir.-Trakt, ohne Bronchoskopie mit starrem Instr., ohne perkut. Biopsie am Respir.-Trakt
E73A	Pleuraerguss mit äußerst schweren CC
E73B	Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC
E74Z	Interstitielle Lungenerkrankung
E75B	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
E75C	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose
E76B	Tuberkulose bis 14 Belegungstage oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
E77C	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane m. and. kompliz. Konst. od. schwersten CC od. kompl. Diagn. m. äuß. schw. CC od. bei Z.n. Tx od. m. Komplexbeh. MRE od. best. hochaufwend. Beh. od. angeb. Fehlbildungssynd. od. Alter < 10 J.
E77D	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane, Alter > 9 Jahre
E78Z	Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung, bis 2 Belegungstage
E79A	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit äußerst schweren CC mit bestimmten Infektionen oder Entzündungen
E79B	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, bei Para- / Tetraplegie oder mit bestimmter mäßig aufwendiger Behandlung oder mit bestimmter Pneumonie, mehr als ein Belegungstag
E79C	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komp. Diagnose, ohne äußerst schwere CC od. ein Belegungstag, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne best. mäßig aufwend. Behandlung

DRG	DRG-Text
F01A	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stim. od. Defibrillator mit subk. Elektrode od. intrak. Pulsgen. mit kompliz. Fakt. od. myokardstim. Sys. od. aufwendige Sondenentf. mit kompliz. Fakt. od. Zweikammer-Stim. mit kompliz. Fakt.
F01C	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode oder intrakardialer Pulsgenerator, ohne komplizierende Faktoren oder Impl. eines Drucksensors in die Pulmonalarterie
F01D	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei- oder Einkammer-Stim. mit äußerst schweren CC oder Einkammer-Stim. mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder mit IntK > 392 / 368 / - AP oder best. Sondenentfernung oder Alter < 18 Jahre
F01E	Impl. Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation od. aufwendige Sondenentfernung od. Aggregatwechsel S-ICD ohne Änderung der Sonde, ohne Impl. Drucksens. in Pulmonalarterie, ohne Impl. eines intrakardialen Pulsgenerators, Alter > 17 J.
F02A	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Dreikammer-Stimulation
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 Enderarteriektomie
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 J., IntK > 196 / 184 / - P. und IntK < 393 / 369 / - P., mit Zweifacheingriff od. bei angeborenem Herzfehler, mit kompl. Eingr. od. best. Herzklappeneingriff oder andere komplizierende Konstellation
F03D	Herzklappeneingriff mit HLM, Alter > 0 J., IntK < 197 / 185 / - P., mit Zweifacheingr. od. bei angeb. Herzfehler, oh. kompl. Eingr. oder Alter < 16 J. od. oh. Zweifacheingr., auß. bei angeb. Herzfehler, Alter > 15 J. mit Impl. klappentr. Gefäßprothese
F05Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder intraoperativer Ablation, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bestimmte Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie
F06A	Koronare Bypass-Operation mit bestimmten mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
F06B	Koronare Bypass-Operation mit anderen mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder mit intraoperativer Ablation oder schwersten CC oder Implantation eines herzunterstützenden Systems
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit best. kompliz. Konstellation oder komp. Operation oder IntK > - / 368 / - P. oder Alter < 18 Jahre mit Reop. Herz od. Perikard oder and. kompliz. Konstellation, mit best. kompl. Eingriffen

DRG	DRG-Text
F07B	And. Eingr. mit HLM, Alter < 1 J. od. mit best. kompl. Konst. od. IntK > -/368 /- P., oh. best. kompl. Eingr. od. Alter > 0 J., IntK < -/369/- P., m. and. kompl. Eingr. mit Reop. Herz od. Perik. od. mit best. and. kompliz. Konst. od. mit best. Aortklers.
F07C	Andere Eingr. mit HLM, Alter > 0 J., IntK < - / 369/- P. oder Alter > 17 J. od. ohne Reop. od. ohne and. kompliz. Konst., ohne and. kompl. Eingriffe od. ohne Reop. an Herz od. Perikard od. ohne best. and. kompliz. Konst. od. ohne best. Aortklers.
F08A	Rekonstruktive Gefäßeingriffe mit komplizierender Konstellation oder komplexe Vakuumbehandlung oder komplexer Aorteneingriff
F08B	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellationen, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne komplexen Aorteneingriff, mit komplexem Eingriff mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Re-OP oder bestimmten Bypassen, mit äußerst schweren CC
F08C	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne kompl. Aorteneingriff, mit kompl. Eingriff ohne Mehretagen- od. Aorteneingriff, ohne Reop., ohne bestimmten Bypass, mit äußerst schweren CC oder mit bestimmtem Aorteneingriff
F08D	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompl. Konst., ohne kompl. Aorteneingriff, mit kompl. Eingr. mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Reop. oder best. Byp., ohne äuß. schw. CC, ohne best. Aorteneingriff oder bestimmter Bypass mit äußerst schweren CC
F08E	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne kompl. Aorteneingriff, mit komplex. Eingriff, ohne Mehretagen- oder Aorteneingriff, ohne Reop., ohne bestimmten Bypass, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Aorteneingriff
F09A	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, Alter < 16 Jahre, mit komplizierender Konstellation oder Exzision am Vorhof
F12B	Implantation eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem ohne äußerst schwere CC, ohne ablative Maßnahme, ohne PTCA oder Implantation eines Herzschrittmachers ohne aufwendige Sondenentfernung mit komplizierenden Faktoren
F12C	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, mit komplexem Eingriff oder Alter < 16 Jahre
F12D	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC oder isolierter offen chirurgischer Sondenimplantation oder aufwendiger Sondenentfernung oder mäßig komplexer PTCA
F12F	Impl. HSM, Zweikammersys., oh. äuß. schwere CC, oh. isol. offen chir. Sondenimpl., oh. aufw. Sondenentf., oh. mäßig kompl. PTCA od. Impl. HSM, Einkammersys. od. Impl. Ereignisrekorder, oh. invasive kardiolog. Diagnostik bei best. Eingriffen, Alter > 15 J.
F13A	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen
F13B	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC, ohne mehrzeitige Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe
F13C	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
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
F18D	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, ohne komplexen Eingriff
F19B	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC
F21A	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation
F21C	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, mit mäßig komplexem Eingriff oder anderer komplizierender Konstellation oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte
F21D	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmtem anderen Eingriff
F21E	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten anderen Eingriff
F24A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC
F27A	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit äußerst schweren CC oder Gefäßeingriff oder bestimmter Amputation oder komplexer Arthrodese des Fußes oder komplexem Hauteingriff
F27B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne äußerst schwere CC, ohne Gefäßeingriff, ohne bestimmte Amputation, ohne komplexe Arthrodese des Fußes, ohne komplexen Hauteingriff, mit mäßig komplexem Eingriff
F27C	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne äußerst schwere CC, ohne Gefäßeingriff, ohne bestimmte Amputation, ohne komplexe Arthrodese des Fußes, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmtem aufwendigen Eingriff
F28A	Amputation mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder mit Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC
F28B	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC

DRG	DRG-Text
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff
F36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > - / 552 / 552 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne bestimmten Aortenstent oder bestimmter mehrzeitiger komplexer Eingriff
F39B	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC
F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems oh. IntK > 392 / 552 / 552 Pkte, Alter > 5 J. und Alter < 16 J. od. mit kompl. Konstell. od. best. OR-Prozedur od. IntK > - / 368 / - Punkte, ohne best. Impl. herzunterst. System
F48Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne schwere CC bei BT > 1, mit kardialem Mapping oder bestimmter komplexer Diagnose
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne best. kompl. Diagnose, mit best. Eingr.
F50A	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit hochkomplexer Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen oder Implantation eines Ereignisrekorders oder Alter < 16 Jahre
F50C	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen ohne hochkomplexe Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne komplexe Ablation, Alter > 15 Jahre
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination
F51B	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal, ohne bestimmte Aortenprothesenkombination
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie
F58B	Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC
F59A	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit äußerst schweren CC
F59B	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit aufwendiger Gefäßintervention, ohne äußerst schwere CC
F59C	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, mit aufwendigem Eingriff oder Mehrfacheingriff oder bestimmter Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
F59D	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, mit bestimmtem Eingriff oder anderem Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag oder mit pAVK mit Gangrän, mehr als ein Belegungstag
F59E	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwend. Gefäßinterv., mit 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
F62B	Herzinsuff. und Schock mit äuß. 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 äuß. schw. CC od. Komplexbeh. des akut. Schlaganf.
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äuß. schw. CC od. ohne Dialyse, ohne kompliz. Diagnose, ohne kompliz. Konst., ohne best. hochaufw. Beh., mehr als 1 Belegungstag, ohne best. akut. Nierenvers. od. ohne äuß. schw. CC. ohne Komplexbeh. des akut. Schlaganf.
F65A	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte
F65B	Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte
F66A	Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC
F67A	Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter hochaufwendiger / mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung
F67C	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige / mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter > 17 Jahre
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
F69A	Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC
F69B	Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere CC
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC
F71A	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit kathetergestützter elektrophysiologischer Untersuchung des Herzens oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung
F72A	Angina pectoris mit äußerst schweren CC
F72B	Angina pectoris ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
F73B	Synkope und Kollaps, Alter > 13 Jahre oder mehr als ein Belegungstag
F75A	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC
F75C	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre und Alter < 16 Jahre, ohne schwere CC oder Alter > 15
F98A	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Alter < 30 Jahre oder Implantation eines Wachstumsstents
F98B	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 29 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, mit sehr komplexem Eingriff
F98C	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 29 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, ohne sehr komplexen Eingriff
G02A	Bestimmte Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeb. Fehlbildung, Alter < 2 Jahre oder sehr komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, Alter < 10 Jahre oder best. Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit kompliz. Diagnose, mit bestimmten kompliz. Faktoren
G02B	Bestimmte komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder andere Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeb. Fehlbildung, Alter < 2 Jahre oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose, ohne bestimmte komplizierende Faktoren
G02C	Andere komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder andere Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose, ohne Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre
G03C	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum oder bestimmte Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplexer Prozedur ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspkt., ohne komplexen Eingriff
G04Z	Adhäsionolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre od. mit auß. schw. od. schw. CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder best. Eingriffe an abd. Gefäßen mit auß. schw. CC oder Implantation eines Antireflux-Stimulationssystems od. best. Gastrektomie
G07A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsionolyse 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 < 3 Jahre od. mit best. Eingr. an abdominalen Gefäßen
G07C	Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Anorektoplastik, Alter > 13 Jahre, ohne laparoskopische Adhäsionolyse, ohne Rektopexie

DRG	DRG-Text
G08A	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, mit äußerst schweren CC
G10Z	Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz
G11A	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter außer bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter < 6 Jahre
G12A	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur oder mit mäßig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
G12D	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe OR-Prozedur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexe OR-Prozedur, mit bestimmtem Eingriff oder Alter < 14 Jahre oder bei bösartiger Neubildung der Verdauungsorgane
G12E	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe OR-Prozedur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmten Eingriff, Alter > 13 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung der Verdauungsorgane
G14Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff
G16B	Komplexe Rektumresektion od. andere Rektumres. mit best. Eingr. od. kompl. Diag. od. mehrz. Enterostomaanlage u. -rückverlagerung, ohne kompliz. Konstell. od. plast. Rekonstruktion m. myokut. Lappen od. IntK > 196/ 368/ - P. ohne endorekt. Vakuumtherapie
G18A	Best. Eingr. am Dünn-/Dickdarm od. Anlegen Stoma od. andere Eingr. am Darm m. äuß. schw. CC od. Leberkeilexz. m. hochkompl. Eingr. od. kompliz. Diag. od. m. sehr kompl. Eingr. od. aufw. Eingr. m. äuß. schw. CC, m. Komplexbeh. MRE od. m. endorekt. Vak.th.
G18B	Bestimmte Eingriffe an Dünn-/ Dickdarm od. Anlegen Enterostoma od. andere Eingr. am Darm m. äußerst schweren CC od. Leberkeilexzision m. sehr komplexem Eingr. od. aufwendigem Eingr. m. äußerst schweren CC, oh. Komplexbeh. MRE, oh. endorektale Vakuumth.
G18C	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne aufwendigen Eingriff oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, mit komplexem Eingriff, ohne endorektale Vakuumtherapie
G18D	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose
G19A	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, mit komplizierender Konstellation oder bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre ohne bestimmte partielle Magenresektion
G19B	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff

DRG	DRG-Text
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 Adhäsilyse 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, Alter < 16 J.
G21B	Komplexe Adhäsilyse 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 ohne äußerst schw. CC od. aufw. Eingr. am Darm, Alter > 15 J.
G22B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsilyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 9 Jahre, mit laparoskopischer Adhäsilyse oder Alter < 16 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung
G22C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsilyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung
G23A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsilyse außer bei Peritonitis oder Exzision erkranktes Gewebe Dickdarm ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung
G23B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsilyse außer bei Peritonitis oder Exzision erkranktes Gewebe Dickdarm ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung
G24A	Eingriffe bei Hernien mit plastischer Rekonstruktion der Bauchwand
G24C	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
G26B	Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 15 Jahre, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, ohne kleinen Eingriff am Rektum
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, ohne äußerst schwere CC
G29A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / - Aufwandspunkte und < 1177 / 1105 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane oder mehrzeitiger komplexer Eingriff am Gastrointestinaltrakt und anderem Organsystem
G40A	Bestimmte komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane

DRG	DRG-Text
G46B	Komplexe therapeutische Gastroskopie mit schw. CC od. and. Gastroskopie bei äuß. schw. CC, bei schw. Krankh. der Verd.organe, Alter > 14 J., mehr als 1 BT od. best. Gastroskopie, Alter < 15 J. od. mit kompliz. Faktoren od. ERCP mit and. endoskop. Eingr.
G46C	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsorgane und äuß. schw. oder schw. CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit kompliz. Faktoren, ohne ERCP mit and. endoskop. Eingr.
G47B	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, Alter > 15 Jahre, ohne endoskopische submukosale Dissektion am Dickdarm oder mehr als ein Belegungstag
G48A	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, mit schwerer Darminfektion oder bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
G48B	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, ohne schwere Darminfektion, außer bei bösartiger Neubildung oder ohne äußerst schwere CC
G50Z	Komplexe therapeutische Gastroskopie und bestimmte andere Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 14 Jahre
G52Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung
G64A	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit bestimmten komplizierenden Faktoren
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC
G72B	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane, Alter > 2 Jahre oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 2 Jahre und Alter < 56 Jahre oder ohne CC
G73Z	Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
G77A	Bestimmte Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane

DRG	DRG-Text
G77B	Andere Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 J., mit kompl. Eingriff oder intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P.
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 J., ohne kompl. Eingriff, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P.
H05Z	Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen
H06B	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit bestimmtem Eingriff und komplexer Diagnose, Dialyse, komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation
H06C	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation
H07A	Cholezystektomie und wenig komplexe Eingriffe an Gallenblase, Gallenwegen, Leber mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation
H07B	Cholezystektomie und wenig komplexe Eingriffe an Gallenblase, Gallenwegen, Leber ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation
H08A	Laparoskopische Cholezystektomie mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, Alter < 12 Jahre oder mit laparoskopischer Steinentfernung
H08C	Laparoskopische Cholezystektomie ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 11 Jahre, ohne laparoskopische Steinentfernung
H09B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, ohne bestimmten Eingriff oder ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff am Dünndarm mit bestimmten komplizierenden Faktoren
H12A	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen mit äußerst schweren CC
H29Z	Bestimmte selektive Embolisation oder SIRT
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 und < 981 / 829 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
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

DRG	DRG-Text
H41C	Best. ERCP mit schw. CC od. kompl. Eingriff oder Alter < 16 J., oh. kompl. Proz. od. and. ERCP, oh. äuß. schw. od. schw. CC, oh. kompl. Eingriff, mit Radiofrequenzabl. und endoskop. Stentimpl. od. and. aufwend. ERCP / best. endoskop. Eingrif. m. best. BNB
H41D	Andere aufwendige ERCP oh. best. ERCP, oh. äuß. schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne kompl. Ingr., oh. Radiofrequenzabl. mit endoskop. Stentimpl., ohne and. aufwend. ERCP / best. endoskop. Eingrif. m. best. BNB oder best. endoskop. Eingriffe
H41E	Andere ERCP ohne bestimmte ERCP, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff, ohne Radiofrequenzablation mit endoskopischer Stentimplantation
H44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H60Z	Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC
H61C	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose, Alter > 16 Jahre
H62B	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, mit akuter Pankreatitis oder Leberzirrhose oder bestimmter nichtinfektiöser Hepatitis, Alter > 15 Jahre
H63A	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und best. nichtinfekt. Hepatitiden, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose und äußerst schw. oder schw. CC oder mit kompl. Diagnose oder äußerst schw. oder schw. CC, Alter < 1 J.
H63B	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 0 Jahre
H63C	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose und ohne äußerst schwere oder schwere CC
H77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I01Z	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose
I02B	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation m. kompliz. Konst., Ingr. an mehr. Lokal. od. schw. Weichteilsch., m. äuß. schw. CC od. kompl. OR-Proz. od. mit hochkompl. Gewebe-Tx od. Vakuumbh. od. BNB u. kompl. OR-Proz. od. kompl. Gewebe-Tx m. äuß. schw. CC
I02C	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation außer an der Hand, mit kompliz. Konst., Eingriff an mehreren Lokalisationen oder schw. Weichteilschaden, bei BNB und kompl. OR-Proz. m. äußerst schweren oder schweren CC od. komplexer Gewebe-Tx m. äußerst schweren CC
I02D	Kleinflächige oder großflächige Gewebe- / Hauttransplantation außer an der Hand, mit äußerst schweren CC
I03A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrodesen od. Alter < 16 Jahre oder beidseitige od. mehrere gr. Ingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, mit äuß. schw. CC oder mehrzeitigem Wechsel oder Ingr. an mehr. Lok.

DRG	DRG-Text
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie
I05B	Implantation oder Wechsel einer inversen Endoprothese am Schultergelenk oder Implantation einer Sprunggelenkendoprothese
I07A	Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I08A	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit hochkomplexem Eingriff bei Beckenfraktur, mit bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren CC oder mit weiteren komplizierenden Faktoren
I08B	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit sehr komplexem Eingriff bei komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule mit bestimmten komplizierenden Faktoren
I08C	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Einbringen von Abstandhaltern oder and. komplexen Eingriffen bei kompl. Diagnose od. äuß. schw. CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule ohne best. kompliz. Faktoren
I08D	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplexer Diagnose oder Prozedur oder äußerst schweren CC
I08E	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC, mit bestimmten Eingriffen an Becken und Femur oder mit bestimmten komplizierenden Diagnosen
I08F	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag, mit bestimmten anderen Eingriffen an Hüftgelenk und Femur
I08H	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmtem anderen Eingriff oder Alter < 12 Jahre
I09A	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit sehr komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC oder aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung ab 369 Punkten
I09B	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten expandierbaren Implantaten oder mehrzeitigen komplexen Eingriffen
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 intensivmed. Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten
I09G	Best. Eingriffe an der Wirbelsäule m. best. anderen kompl. Faktoren od. m. anderen kompl. Faktoren u. Frakturen Halswirbelsäule oder BNB der Wirbelsäule mit Kyphoplastie, mit Radiofrequenzabl. od. langstreckige ventrale Osteosynthese der WS
I09H	Best. Eingriffe an der Wirbelsäule m. best. anderen kompl. Faktoren od. mit anderen kompl. Faktoren, oh. Frakturen HWS, oh. BNB der Wirbelsäule od. oh. Kyphoplastie od. oh. Radiofrequenzabl., oh. langstreckige vent. Osteosynthese an der Wirbelsäule
I09I	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne komplizierende Faktoren

DRG	DRG-Text
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
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, ohne bestimmten anderen Eingriff an der Wirbelsäule
I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne Diszitis, ohne Bandscheibeninfektion, mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als 1 Belegungstag, Alter < 18 Jahre
I10F	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre
I10G	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne wenig komplexen Eingriff oder ein Belegungstag, mit anderem kleinen Eingriff
I12A	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äußerst schweren CC
I12C	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, ohne Revision des Kniegelenkes, ohne Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre
I13A	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit komplexem Mehrfacheingriff, mit komplizierendem Eingriff an Humerus und Tibia oder aufwendiger Osteosynthese
I13B	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit best. Mehrfacheingriff oder kompliz. Diagnose oder bei Endoprothese der oberen Extremität oder mit Fixateur ext., mit best. BNB od. mit Einbringen von Abstandshalt od. Alter < 18 J. mit äuß. schw. od. schw. CC
I13C	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit best. Mehrfacheingr. od. kompliz. Diag. od. bei Endopr. der oberen Extremität od. m. Fix. ext., m. kompl. Eingr. od. schw. Weichteilsch., m. best. kompl. Osteot. od. BNB od. Alter < 18 J. m. äuß. schw. od. schw. CC
I13D	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit bestimmtem anderen Mehrfacheingriff oder komplizierender Diagnose oder bei endoprotetischem Eingriff an der oberen Extremität oder mit Fixateur externe
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
I13G	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten ohne best. Eingriff an Unterschenkel und Humerus, außer bei BNB, ohne kleinen Eingriff bei Knochen- und Gelenkinfektion oder Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC

DRG	DRG-Text
I15B	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, ohne bestimmten intrakraniellen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an der Mandibula oder Alter > 15 Jahre
I16B	Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität ohne bestimmten Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen, mit bestimmtem anderem Eingriff an Klavikula, Schulter und Ellenbogen
I17A	Aufwendige Operationen am Gesichtsschädel oder Alter < 16 Jahre
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk
I20A	Eingriffe am Fuß mit mehreren hochkomplexen Eingriffen oder Teilwechsel Endoprothese des unteren Sprunggelenks, mit hochkomplexem Eingriff und komplexer Diagnose oder bestimmter Arthrodesse
I20B	Eingriffe am Fuß mit mehreren komplexen Eingriffen oder hochkomplexem Eingriff oder Teilwechsel Endoprothese d. unteren Sprunggelenks oder bei Zerebralparese oder mit komplexem Eingriff und komplexer Diagnose oder mit Eingriff an Sehnen des Rückfußes
I20E	Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritits oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre
I21Z	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder bestimmte Eingriffe an der Klavikula
I22A	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit großfläch. Gewebetransplantation, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, schwerem Weichteilschaden oder komplexer Gewebetransplantation mit schweren CC
I22B	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kleinflächiger Gewebetransplantation od. mit großflächiger Gewebetransplantation ohne kompliz. Konst., oh. Eingr. an mehreren Lokal., oh. schw. Weichteilschaden, oh. kompl. Gewebetranspl. m. schw. CC
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelettsystem und Bindegewebe oder hochaufwendiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe- / Hauttransplantation
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 Fingersersatz
I27B	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebe-Tx mit äußerst schweren CC oder bei BNB mit schweren CC oder mit kompliz. Faktoren, mit schweren CC oder bei BNB oder mit best. Eingr. am Weichteilgewebe, > 1 Belegungstag oder best. Eingriff
I27C	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen mit schweren CC oder bei BNB oder mit bestimmtem Eingriff am Weichteilgewebe, mehr als ein Belegungstag oder bestimmter Eingriff ohne komplizierende Faktoren
I27E	Bestimmte kleine Eingriffe am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
I28A	Andere Eingriffe am Bindegewebe mit bestimmter offen chirurgischer Stabilisierung der Thoraxwand oder bestimmtem Eingriff am Zwerchfell oder Alter < 18 Jahre bei bösartiger Neubildung
I28B	Andere Eingriffe am Bindegewebe mit komplexem Eingriff an Thorax und Abdomen oder Implantation/Wechsel best. Medikamentenpumpen oder Eingriff bei bösartiger Neubildung an Knochen und Gelenken, > 1 BT
I28C	Andere Eingriffe am Bindegewebe mit bestimmtem Eingriff an Knochen, Weichteilen oder Bindegewebe, mehr als 1 Belegungstag oder Alter < 10 Jahre
I28D	Andere Eingriffe am Bindegewebe mit mäßig komplexem Eingriff am Bindegewebe, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre
I28E	Andere Eingriffe am Bindegewebe, ohne bestimmte, mäßig komplexe und komplexe Eingriffe am Bindegewebe, Alter > 9 Jahre oder 1 BT
I29A	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, bei komplizierender Diagnose oder Eingriff an mehreren Lokalisationen
I30B	Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk, Alter > 15 Jahre oder bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I31A	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, mit aufwendigen Eingriffen am Unterarm
I31B	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand oder bestimmte Eingriffe bei Mehrfragmentfraktur der Patella, mit bestimmten komplexen Eingriffen am Unterarm
I31C	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm ohne gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, ohne bestimmte Eingriffe bei Mehrfragmentfraktur der Patella, ohne bestimmte komplexe Eingriffe am Unterarm
I32A	Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Eingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwendigem rekonstruktivem Eingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochentx. bei Pseudarthrose der Hand
I32C	Eingr. an Handgel. und Hand oh. mehrz. Eingr., oh. Komplexb. Hand, mit kompl. Eingr. od. bei angeb. Anomalie d. Hand od. Pseudarthr., Alter > 5 J. od. mit hochkompl. Eingr. bei angeb. Fehlb. d. Hand, Alter < 16 J. oder mit best. Eingr. od. kompl. Diagn.
I32D	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder ohne sehr komplexen Eingriff oder mit komplexer Diagnose oder mit bestimmtem oder beidseitigem Eingriff
I32E	Bestimmte mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, mehr als ein Belegungstag oder Mehrfacheingriff an 3 Strahlen oder Alter < 6 Jahre
I32F	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe oder ohne bestimmtem mäßig komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I36Z	Beidseitige oder kombinierte Implantation oder Wechsel einer Endoprothese an Hüft-, Kniegelenk und/oder an der oberen Extremität
I41Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I42A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mind. 14 Tage
I43B	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk oder Entfernung bestimmter Endoprothesen am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC
I44A	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk mit äußerst schweren CC oder Korrektur einer Brustkorbdeformität
I44E	Andere Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente
I46A	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC oder Eingriff an mehreren Lokalisationen
I46C	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne periprothetische Fraktur
I47A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesen, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne best. kompliz. Faktoren, mit kompl. Diagnose an Becken/Oberschenkel, mit best. endoproth. oder gelenkplast. Ingr. od. m. Impl. od. Wechsel Radiuskopfproth. od. m. kompl. Erstimpl. od. m. Entf. Osteosynthesemat.
I54A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, bei bösartiger Neubildung, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder Alter < 18 Jahre
I54B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, bei bösartiger Neubildung, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, Alter > 17 Jahre
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie, Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I66E	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Amyloidose oder Arthropathie, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag
I66F	Frakturen an Becken und Schenkelhals, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
I66G	Andere Erk. des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, oh. Amyloidose, oh. best. Vaskulitiden, oh. best. syst. rheumat. Erk., oh. äußerst schwere CC, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Aufwandsp., oh. kinder- und jugendrheumat. Komplexbeh.

DRG	DRG-Text
I68C	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 BT od. and. Femurfraktur, bei Para- / Tetraplegie od. mit äuß. schw. CC od. schw. CC od, Alter > 65 J., oh. kompl. Diagn. od. Kreuzbeinfraktur od. best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh.
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, mehr als ein Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh.
I69A	Knochenkrankheiten und spez. Arthropathie mit bestimmter Arthropathie oder Muskel- / Sehnenenerkrankung bei Para- /Tetraplegie
I69B	Knochenkrankheiten und spez. Arthropathie ohne bestimmte Arthropathie, ohne Muskel- / Sehnenenerkrankung bei Para- /Tetraplegie
I71B	Muskel- und Sehnenenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur
I73Z	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes
I74A	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß oder leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit äußerst schweren oder schweren CC oder unspezifische Arthropathien
I74C	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß oder leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre
I75A	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit CC
I75B	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne CC oder Entzündungen von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln ohne äußerst schwere oder schwere CC
I76A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren CC oder septische Arthritis mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre
I76B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder septische Arthritis ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
I77Z	Mäßig schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk
I79Z	Fibromyalgie
I87Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J02A	Hauttransplantation oder bestimmte Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion oder ausgedehnte Lymphadenektomie oder Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomose, mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff
J02C	Hauttransplantation oder bestimmte Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion oder ausgedehnte Lymphadenektomie, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff

DRG	DRG-Text
J03Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung
J06Z	Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation bei bösartiger Neubildung oder komplexe Prothesenimplantation
J08A	Bestimmte Hauttransplantation oder Debridement mit Eingriff an Kopf und Hals oder mit bestimmtem Eingriff an Haut und Unterhaut oder Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung, mit äußerst schweren CC
J10A	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff
J11A	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit komplexem Eingriff bei komplizierender Diagnose oder bei Para- / Tetraplegie oder selektive Embolisation bei Hämangiom
J11B	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit komplizierender Diagnose oder mit mäßig komplexer Prozedur oder Diagnose oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit bestimmtem Eingriff bei bösartiger Neubildung oder Pemphigoid
J11C	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne kompliz. Diag., ohne mäßig kompl. Proz. od. Diagn., Alter > 17 J. od. ohne auß. schw. oder schw. CC, mit best. Eingr. od. mit Hidradenitis suppurativa od. bei BNB/Pemphigoid od. mit kl. Eingr. an d. Haut
J11D	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne kompliz. Diag., ohne mäßig kompl. Proz. od. Diagn., Alter > 17 J. od. ohne auß. schw. oder schw. CC, ohne best. Eingr., ohne Hidradenitis suppurativa, auß. b. BNB od. Pemphigoid, oh. kl. Eingr. an d. Haut
J16A	Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
J18A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
J18B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
J21Z	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit Lymphknotenexzision oder schweren CC
J22Z	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit Weichteildeckung oder Mehrfachtumoren der Haut oder Erysipel
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma

DRG	DRG-Text
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein BT, Alter > 17 Jahre oder mit kompl. Diagn., mit auß. schw. CC od. Hautulkus bei Para-/Tetraplegie od. hochkompl. Diagn. od. Epid. bullosa, Alter < 10 Jahre oder mit schwerer Erkr. der Haut, mit aufw. Behandl.
J61C	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter < 18 Jahre, ohne hochkomplexe Diagnose oder mäßig schwere Hauterkrankungen, mehr als ein Belegungstag
J62A	Bösartige Neubildungen der Mamma, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
J62B	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC
J64B	Bestimmte Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC oder Alter < 6 Jahre
J64C	Andere Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut, Alter > 5 Jahre
J67B	Andere Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte Hauterkrankungen
J68A	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre
J77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre
K04Z	Große Eingriffe bei Adipositas
K06B	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, bei BNB oder mit auß. schw. oder schw. CC oder Eingr. an der Schilddrüse außer kl. Eingr., mit Thyreoidektomie durch Sternotomie oder Alter < 16 Jahre
K06C	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse u. Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, außer bei BNB, oh. auß. schw. oder schw. CC, mit Eingr. an der Schilddrüse außer kl. Eingriffe, ohne Thyreoidektomie durch Sternotomie, Alter > 15 Jahre
K06D	Kleine Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC
K14Z	Andere Eingriffe an der Nebenniere oder ausgedehnte Lymphadenektomie
K15E	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie
K44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K60D	Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC oder multiplen Komplikationen oder Ketoazidose oder Koma, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K60E	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
K62A	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetrapleg. oder mit kompliz. Diagnose oder endoskopischer Einlage eines Magenballons oder Alter < 16 Jahre, mit äußerst schweren CC oder best. aufwendiger / hochaufw. Behandlung, mehr als ein Belegungstag
K62B	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetrapleg. oder mit kompliz. Diagnose oder endoskop. Einlage eines Magenballons oder Alter < 16 Jahre, ein Belegungstag od. ohne äußerst schwere CC od. ohne best. aufwendige / hochaufwendige Behandlung
K62C	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie, ohne kompliz. Diagnose, ohne endoskopische Einlage eines Magenballons, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne best. aufwendige / hochaufwendige Behandlung, Alter > 15 Jahre
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K63B	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K64C	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre oder mit bestimmter komplexer Diagnose oder mit invasiver endokrinologischer Diagnostik oder Alter < 18 Jahre bei bösartiger Neubildung
K64D	Endokrinopathien ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne invasive endokrinologische Diagnostik, Alter > 17 Jahre oder außer bei bösartiger Neubildung
L02B	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse
L06A	Bestimmte kleine Eingriffe an den Harnorganen mit äußerst schweren CC
L07Z	Andere Nieren-, Ureter-, Prostata- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder anderer Kombinationseingriff oder bestimmte Zystektomien, ohne großen Eingriff am Darm
L09A	And. Ingr. 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. Ingr., Alt. < 2 J. od. auß. schw. CC
L09B	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane mit Anlage Dialyseshunt bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse od. außer Anlage Dialyseshunt, m. Kalziphylaxie od. best. Laparotomie, Alter > 1 Jahr, ohne auß. schw. CC
L09D	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne best. Laparotomie, mit best. anderen Eingriff od. Alter < 18 Jahre
L09E	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz oder bei chron. Niereninsuff. mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne best. Laparotomie, ohne bestimmten anderen Eingriff, Alter > 17 Jahre

DRG	DRG-Text
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
L13B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC, ohne komplexen Eingriff, mit anderem Eingriff
L20C	Transurethrale Eingr. außer Prostatares. und kompl. Ureterorenoskop. ohne ESWL, ohne kompl. Eingriff od. andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie oder mit ESWL bei Harnsteinen, ohne äuß. schw. CC, Alter > 15 J. und Alter < 90 J.
L40Z	Diagnostische Ureterorenoskopie
L44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L60B	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse und komplizierenden Faktoren oder äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
L60C	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC oder Alter < 18 Jahre mit schweren CC oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
L60D	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre oder ohne schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
L62C	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
L63B	Infektionen der Harnorgane ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung, mit best. aufwendiger Behandlung od. mit äußerst schweren CC, ohne Komplexbeh. bei isolationspfl. Erregern oder mit Komplexbeh. bei isolationspfl. Erregern, ohne äußerst schwere CC
L63E	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne best. mäßig aufw. / aufw. / hochaufw. Behandlung, ohne Komplexbeh. isolationspfl. Erreger, ohne best. schw. Infektionen, Alter > 5 und < 18 Jahre, ohne schwere CC od. Alter > 17 und < 90 Jahre
L64B	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, außer bei angeborener Fehlbildung, Alter > 2 Jahre
L64C	Andere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, bestimmte Eingriffe am Ureter, Alter < 16 Jahre
L68A	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 16 Jahre
L68B	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 15 Jahre
L69B	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
L71Z	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse
M02A	Transurethrale Prostataresektion oder bestimmte andere Operationen an der Prostata mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
M02B	Transurethrale Prostataresektion oder bestimmte andere Operationen an der Prostata ohne äußerst schwere CC
M04B	Eingriffe am Hoden mit bestimmtem Eingriff bei Orchitis mit Abszess oder bösartiger Neubildung oder bestimmte Eingriffe am Hoden oder bestimmte Eingriffe an Urethra und Prostata bei bösartiger Neubildung
M05A	Zirkumzision oder bestimmte andere Eingriffe am Penis oder bestimmte großflächige Ablationen der Haut
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
M10C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 8 Tagen oder interstitielle Brachytherapie
M37Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Erkrankungen und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane oder Eingriffe am Hoden bei Fournier-Gangrän mit äußerst schweren CC
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC
N01B	Beckeneviszeration bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszeraleingriff
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
N02D	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff
N05A	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC
N05B	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre
N07A	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus oder kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, mit bestimmtem Eingriff
N11A	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose mit äußerst schweren CC
N11B	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder äußerst schwere CC
N13A	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva auß. bei BNB oder kl. Eingriffe an Vagina/Douglasraum oder best. Eingriff an der Harnblase, Alter > 80 Jahre od. auß. schw. od. schw. CC od. best. Embolisation an viszeralen und and. abdominalen Gefäßen bei BNB

DRG	DRG-Text
N14Z	Hysterektomie auß. bei BNB m. Beckenbodenpl. od. Brachytherapie b. Krankh./Stör. weibl. Geschlechtsorg., > 1 BT, m. auß. schw. CC od. Ovariektomie u. kompl. Eingriffe an den Tubae uterinae auß. bei BNB, ohne auß. schwere od. schwere CC, Alter < 16 Jahre
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
N60B	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
N61Z	Infektion und Entzündung der weiblichen Geschlechtsorgane
N62A	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre
N62B	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre
O04B	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma, ohne komplexen Eingriff
O04C	Stationäre Aufnahme nach Entbindung mit kleinem Eingriff an Uterus, Vagina, Perianalregion und Bauchwand oder Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie oder bestimmte Amnionpunktion
O05C	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, ein Belegungstag oder ohne Cerclage, ohne Muttermundverschluss, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte intrauterine Operation am Feten, mit fetoskopischer Hochfrequenzablation von Gefäßen
O60B	Vaginale Entbindung mit mehr. kompliz. Diag., mind. eine schwer, > 33 vollend. SSW, ohne kompliz. Konstell. od. Tamp. einer Blutung od. Thromboemb. während der Gestationsp. oh. OR-Proz. od. schwere od. mäßig schwere kompliz. Diag. bis 33 vollend. SSW
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen
O63Z	Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff, mehr als ein Belegungstag
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe mit Beatmung > 480 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborener Fehlbildungen mit Beatmung > 899 Stunden
P03A	Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g, mehrere schwere Probleme mit signifikanter OR-Prozedur oder mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit Beatmung > 479 Stunden oder mehrere schwere Probleme ohne signifikante OR-Prozedur mit Beatmung > 599 Stunden

DRG	DRG-Text
P04A	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g, mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Prozedur oder mehrz. kompl. OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Std. oder mehrere schwere Probleme mit Beatmung > 320 Std. oder temporärer Verschluss eines Bauchwanddefektes
P05A	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, mit Beatmung > 275 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren
P05B	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, ohne Beatmung > 275 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P05C	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne temporären Verschluss eines Bauchwanddefektes
P06A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g, sig. OR-Proz. oder Beatmung > 95 Std., mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Proz. oder mit Beatmung > 120 Std. oder best. aufwendige OR-Proz., mit Beatmung > 240 Std. oder mehrz. kompl. OR-Proz. oder Dialyse
P06B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g, sig. OR-Proz. od. Beatmung > 95 Std., mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Proz. od. mit Beatmung > 120 Std. od. best. aufwendige OR-Proz., ohne Beatmung > 240 Std., ohne mehrz. kompl. OR-Proz., ohne Dialyse
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 (Mindestverweildauer 24 Stunden für das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfindet)
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur
P65A	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder Beatmung > 95 Stunden
P65D	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne 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
P67D	Neugeborenes, Aufnahmegeg. > 1999 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, mit bestimmter Prozedur oder best. Diagnose beim Neugeborenen oder neugeborener Mehrling
Q02C	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte Exzisionen und Resektionen Mediastinum oder Thymus
Q60C	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytenstörung oder Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere CC
Q61A	Andere Erkrankungen der Erythrozyten mit äußerst schweren CC
Q62Z	Andere Anämie
R01B	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur oder ohne äußerst schwere CC, mit aufwendigem Eingriff an der Wirbelsäule
R03Z	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC oder mit bestimmter OR-Prozedur mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
R04A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC
R04B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderer OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC, Bestrahlungen an weniger als 7 Tagen
R11B	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit schweren CC
R11C	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC

DRG	DRG-Text
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose od. Dialyse od. Portimplantation und Alter < 16 J. od. intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte od. schwerste CC, od. HLA-Typisierung, 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 Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC oder mit lokaler Chemotherapie oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
R60F	Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
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. isolat.pfl. Erreger od. kompl. Diag. b. Leuk., > 15 J., m. intens. Chemo od. < 18 J. od. m. äuß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndr. od. Blastenkr., ohne kompl. Diag. b. Leuk., ohne schw. CC
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose od. Portimpl. od. Komplbeh. isolat.pflichtige Erreger od. komplexe Diagnostik b. Leukämie, ohne äußerst schw. CC, Alter > 17 J., ohne intensive Chemoth.
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte kompliz. Faktoren, ohne äuß. schw. CC, mit kompl. Diagnose od. kompliz. Prozedur, Alter < 16 J. od. best. Lymphom mit best. Chemotherapie od. kompl. Diagnose od. andere Komplexbeh. isolat.pflichtige Erreger
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie oh. best. kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, Alter < 16 J. od. mit kompl. Diagnose od. kompliz. Prozedur, Alter > 15 J., oh. best. Lymphom m. best. Chemoth., oh. kompl. Diagnose, oh. and. Komplbeh. isolat.pfl. Erreger
R61H	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Prozedur, Alter > 15 Jahre
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit kompliz. Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr, mit komplexer Diagnose oder kompliz. Konstellation

DRG	DRG-Text
R62B	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne kompliz. Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr, ohne komplexe Diagnose, ohne kompliz. Konstellation
R62C	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne Knochenaffektionen, ohne bestimmte Metastasen, ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre
R63B	Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC oder mit anderer hochkomplexer Chemotherapie
R63C	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse od. Sepsis od. Agranulozytose od. Portimpl., mit auß. schw. CC, ohne andere hochkompl. Chemoth. od. mit mäßig kompl. Chemoth. od. kompliz. Konstellation od. Alter < 16 J. mit int. Chemoth.
R63E	Andere akute Leukämie mit intensiver oder mäßig kompl. Chemoth., mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit lokaler Chemoth., mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranulozytose od. Portimplantation oder mit auß. schw. CC
R66Z	Akute myeloische Leukämie oder andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter < 18 Jahre
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit mit Herzinfarkt oder bei chronisch ischämischer Herzkrankheit oder äußerst schweren CC
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer Prozedur oder komplizierender Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte
T01B	OR-Prozedur bei inf. und parasitären Krankheiten ohne komplexe Prozedur, ohne kompl. Konstellation mit best. Eingr. bei best. Sepsis oder mit best. Prozedur oder bei Z. n. Organtranspl. mit auß. schweren CC oder mit best. mäßig komplexem Eingriff
T01C	OR-Proz. bei infek./parasit. Krankh. oh. best. kompl. Proz., ohne kompliz. Konst., mit best. Eingr. bei best. Sepsis oder mit best. Prozedur oder bei Z. n. Organtranspl., oh. auß. schw. CC, oh. best. mäßig kompl. Eingriff
T01D	OR-Proz. bei infektiösen und parasitären Krankh. oh. best. kompl. Proz., ohne kompliz. Konstell., auß. bei Z. n. Organtranspl., ohne best. Eingriff bei best. Sepsis od. ohne auß. schw. CC, oh. best. Prozedur, mit best. anderem oper. Eingriff

DRG	DRG-Text
T01E	OR-Proz. bei infektiösen und parasitären Krankh. ohne best. kompl. Prozedur, oh. kompliz. Konstell., auß. bei Z. n. Organ-Tx, ohne best. Eingriff bei best. Sepsis od. ohne auß. schw. CC, oh. best. Prozedur, ohne. best. anderen operativen 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 / 552 Aufwandspunkte
T44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei infektiösen und parasitären Krankheiten
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
T60B	Sepsis mit kompliz. Konst. od. b. Z.n. Organ-Tx, oh. auß. schw. CC, oh. IntK > 392 / 368 / - Punkte od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z.n. Organ-Tx, m. kompl. Diag. od. auß. schw. CC, Alt. < 18 J. od. m. Para- / Tetrapl. od. kompliz. ERCP od. schwerste CC
T60C	Sepsis m. kompliz. Konst. od. b. Z.n. Organ-Tx, oh. auß. schw. CC, oh. IntK > 392 / 368 / - Punkte od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z.n. Organ-Tx, m. kompl. Diag. od. auß. schw. CC, Alt. > 17 J., oh. Para- / Tetrapl., oh. kompliz. ERCP, oh. schwerste CC
T60D	Sepsis mit anderer komplizierender Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
T60E	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, mehr als ein Belegungstag
T60G	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, ein Belegungstag
T62B	Fieber unbekannter Ursache ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 6 Jahre
T63C	Mäßig schwere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
T63D	Andere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
T64A	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit bestimmter komplexer Diagnose, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
T64B	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
T64C	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
T77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen
U61Z	Schizophrene, wahnhaft und akut psychotische Störungen
U63Z	Schwere affektive Störungen
U66Z	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen oder psychische Störungen in der Kindheit
V40Z	Qualifizierter Entzug
V60A	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom oder HIV-Krankheit
V60B	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, ohne HIV-Krankheit
V61Z	Drogenintoxikation und -entzug
V64Z	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit
W04A	Polytrauma mit anderen Eingriffen oder Beatmung > 24 Stunden, mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
X01A	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen mit komplizierender Konstellation oder freier Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder mit schweren Weichteilschäden oder komplexer OR-Prozedur oder best. komplexem Eingriff, mit äuß. schweren CC
X01B	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne kompliz. Konstellation, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, mit schweren Weichteilschäden oder komplex. OR-Prozedur oder best. mäßig kompl. Eingriff oder äußerst schw. CC, mehr als 1 BT
X01C	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne kompliz. Konstellation, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, ohne schwere Weichteilschäden, ohne kompl. OR-Prozedur, ohne best. mäßig kompl. Eingriff, ohne äuß. schw. CC, oder 1 BT
X04Z	Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität
X05A	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, mit komplexem Eingriff
X06A	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerst schweren CC
X06B	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder Alter > 65 Jahre mit bestimmtem Eingriff oder mit schweren CC

DRG	DRG-Text
X06C	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, Alter < 66 Jahre oder ohne bestimmten Eingriff
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten
X60Z	Verletzungen und allergische Reaktionen
X62Z	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung oder bestimmte Erfrierungen und andere Traumata
Y02A	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation oder anderen Eingriffen bei Sepsis oder mit kompliz. Konst., hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte
Y02B	Andere Verbrenn. m. Haut-Tx. od. and. Eingr. auß. b. Sep., oh. kompliz. Konst., oh. hochkompl. Eingr., oh. vierz. best. OR-Proz., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., m. äuß. schw. CC, kompliz. Diagn., kompl. Proz., Dialyse od. Beatm. > 24 Std.
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
Y62Z	Andere Verbrennungen
Y63Z	Verbrennungen, ein Belegungstag
Z01B	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit bestimmtem Eingriff
Z64C	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, Nachbehandl. nach abgeschl. Behandl. oh. Radiojoddiagnostik, oh. inv. kard. Diagn. b. Herz-/Lungen-Tx od. Alter > 17 J., oh. best. Kontak Anlass od. allergolog. Provokationstestung bis 2 BT
Z65Z	Beschwerden, Symptome, andere Anomalien und Nachbehandlung

Tabelle A-5:

Gegenüberstellung der DRGs je MDC (siehe Kap. 3.4.1.1)

MDC	Bezeichnung	Anzahl DRGs 2020	Anzahl DRGs 2021	Veränderung (in %)
00	Prä-MDC	75	74	- 1,3
01	MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	113	112	- 0,9
02	MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges	31	30	- 3,2
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	65	64	- 1,5
05	MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	151	147	- 2,6
06	MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	90	89	- 1,1
07	MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	50	49	- 2,0
08	MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	175	175	0
09	MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	53	52	- 1,9
10	MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	42	42	0
11	MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	74	72	- 2,7
12	MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	29	28	- 3,4
13	MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	39	39	0
14	MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	26	24	- 7,7
15	MDC 15 Neugeborene	41	41	0
16	MDC 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	15	15	0
17	MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen	50	50	0

MDC	Bezeichnung	Anzahl DRGs 2020	Anzahl DRGs 2021	Veränderung (in %)
18A	MDC 18A HIV	7	7	0
18B	MDC 18B Infektiöse und parasitäre Erkrankungen	25	25	0
19	MDC 19 Psychische Krankheiten und Störungen	13	13	0
20	MDC 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	6	6	0
21A	MDC 21A Polytrauma	14	14	0
21B	MDC 21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	15	15	0
22	MDC 22 Verbrennungen	9	9	0
23	MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	15	14	- 6,7
24	MDC 24 Sonstige DRGs	10	10	0
25	MDC 25 Teilstationäre pädiatrische Diagnostik und Behandlung	0	10	
-1	Fehler-DRGs und sonstige DRGs	3	3	0
Gesamt		1.292	1.285	- 0,5