

InEK

Abschlussbericht

Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2016

Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen

Teil I: Projektbericht

Siegburg, den 21. Dezember 2015

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	2
2.1 Datenerhebung und Datenprüfung	2
2.2 Datenaufbereitung	2
2.3 Versionsüberleitung der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	3
3 G-DRG-SYSTEM 2016	4
3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	4
3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung	7
3.2.1 Datenbasis	7
3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung	7
3.2.1.2 Ergänzende Datenbereitstellung	11
3.2.2 Vorschlagsverfahren	13
3.2.2.1 Grundzüge des Verfahrens	13
3.2.2.2 Beteiligung	14
3.2.2.3 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge	14
3.3 Schwerpunkte der Weiterentwicklung	17
3.3.1 Anpassung der Methodik	17
3.3.1.1 Aktualisierung der Plausibilitätsprüfungen	17
3.3.1.2 Berechnung der Bewertungsrelationen für Belegversorgung	21
3.3.1.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen	23
3.3.1.4 Überarbeitung der CCL-Matrix	25
3.3.1.5 Einbeziehung von verlegten Fällen und Überliegern	32
3.3.1.6 Berechnung der Bezugsgröße	33
3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation	34
3.3.2.1 Abdominalchirurgie	34
3.3.2.2 Augenheilkunde	38
3.3.2.3 Eingriffe an der Mamma	38
3.3.2.4 Eingriffe an Haut und Unterhaut	38
3.3.2.5 Eingruppierung verstorbener Patienten	39
3.3.2.6 Endokrinologie	41
3.3.2.7 Epilepsie	43
3.3.2.8 Extremkosten	43
3.3.2.9 Fälle mit einem Belegungstag	48
3.3.2.10 Frührehabilitation	52
3.3.2.11 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren	52
3.3.2.12 Gastroenterologie	55
3.3.2.13 Geburtshilfe	60
3.3.2.14 Gefäßchirurgie und -interventionen	64
3.3.2.15 Geriatrie	68

3.3.2.16	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	68
3.3.2.17	Hochaufwendige Pflege von Patienten	69
3.3.2.18	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	70
3.3.2.19	Intensivmedizin	71
3.3.2.20	Kardiologie und Herzchirurgie	75
3.3.2.21	Komplizierende Konstellationen	78
3.3.2.22	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	79
3.3.2.23	Mehrfacheingriffe, mehrzeitige Eingriffe, beidseitige Eingriffe	82
3.3.2.24	Multiresistente Erreger	83
3.3.2.25	Neurochirurgie und Neurologie	85
3.3.2.26	Onkologie	86
3.3.2.27	Operative Gynäkologie	89
3.3.2.28	Polytrauma	91
3.3.2.29	Querschnittlähmung	92
3.3.2.30	Schlaganfall	93
3.3.2.31	Schmerztherapie	94
3.3.2.32	Transplantation/Transfusion hämatopoetischer Stammzellen	96
3.3.2.33	Unfallchirurgie/Orthopädie	97
3.3.2.34	Urologie	102
3.3.2.35	Verbrennungen	104
3.3.2.36	Versorgung von Kindern	105
3.3.2.37	Wirbelsäulen Chirurgie	108
3.3.3	Integration neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in das G-DRG-System	110
3.3.4	Sortierung	112
3.3.5	Formale Änderungen im Definitionshandbuch	113
3.3.6	Erstellung der G-DRG-Versionen aufgrund von ICD- und OPS-Anpassungen	114
3.3.6.1	Anpassungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	114
3.3.6.2	Überleitung auf die ab 1. Januar 2016 gültigen Versionen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen	115
3.3.6.3	Behandlung nicht identischer Codes mit „Vorgängerkode“	116
3.3.6.4	Behandlung nicht identischer Codes ohne „Vorgängerkode“ (neue Codes)	119
3.3.7	Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien	121
3.4	Statistische Kennzahlen	123
3.4.1	Wesentliche Ergebnisse und Änderungen zum Vorjahr	123
3.4.1.1	Erweiterung und Umbau der Fallgruppen	123
3.4.1.2	Nicht bewertete DRGs	123
3.4.1.3	Zusatzentgelte	124
3.4.2	Analyse des Pauschalierungsgrades	128
3.4.3	Statistische Güte der Klassifikation	130
3.4.4	Analyse der Verweildauer	134
3.4.4.1	Verweildauervergleich der Datenjahre 2012, 2013 und 2014	134
3.4.4.2	Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer	136
4	PERSPEKTIVEN DER WEITERENTWICKLUNG	140
	ANHANG	142

Abkürzungen

Abs.	Absatz
AICD	Automatic Implantable Cardioverter Defibrillator; Automatischer implantierbarer Kardioverter/Defibrillator
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BA	Belegabteilung
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
BR	Bewertungsrelation
bzw.	beziehungsweise
CC	Complication or Comorbidity; Komplikation oder Komorbidität
CCL	Complication or Comorbidity Level; Schweregrad einer Komplikation oder Komorbidität
CT	Computertomographie
d.h.	das heißt
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien
DRG	Diagnosis Related Group; Diagnosebezogene Fallgruppe
ECCE	Extrakapsuläre Extraktion der Linse
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EEG	Elektroenzephalographie
EHEC	Enterohämorrhagische Escherichia coli
EKG	Elektrokardiogramm
ERCP	Endoskopisch retrograde Cholangio-Pankreatikographie
etc.	et cetera
FAB	Fachabteilungssegment
FEV 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
i.d.R.	in der Regel
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
ISS	Injury Severity Score
Kap.	Kapitel
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KI	Konfidenzintervall
KMT	Knochenmarktransplantation
KVM	Klinisches Verteilungsmodell
LDL	Low-Density-Lipoprotein
MDC	Major Diagnostic Category; Hauptdiagnosegruppe
med.	medizinisch
med.-techn.	medizinisch-technisch
Mio.	Millionen
MS	Multiple Sklerose
mVWD	mittlere Verweildauer
MW	Mittelwert
n	Anzahl der Fälle
Nr.	Nummer
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
o.g.	oben genannte
OGV	Obere Grenzverweildauer
OP	Operation
OPS	Operationenschlüssel nach § 301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
OR	Operating Room; operativ
PCCL	Patient Clinical Complexity Level; Patientenbezogener Gesamtschweregrad
PKMS	Pflegekomplexmaßnahmen-Score
PPR	Pflegepersonalregelung

Prä-MDC	den MDCs vorgeschaltete Hauptdiagnosegruppe
PTCA	Perkutane Koronarangioplastie
Qu.	Quantil
R ²	Varianzreduktion
SAPS	Simplified Acute Physiology Score
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
SZT	Stammzelltransfusion
Tab.	Tabelle
TE	Therapieeinheiten
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

Der vorliegende Bericht stellt Methodik, Verfahrensweisen sowie die wichtigsten Ergebnisse der Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2016 unter Verzicht auf die ausführliche Darstellung seit Jahren unveränderter Methoden vor. Im Report-Browser werden die aufbereiteten detaillierten Kalkulationsergebnisse je DRG-Fallpauschale zur Verfügung gestellt.

Durch zahlreiche Vorschläge der medizinischen Fachgesellschaften, der Verbandsorganisationen der Krankenhäuser und Krankenkassen sowie weiterer Institutionen im Rahmen des „Vorschlagsverfahrens zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverstandes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2016 (Vorschlagsverfahren 2016)“ sind Erfahrungen der klinischen Praxis und medizinisches Expertenwissen in die Weiterentwicklung eingeflossen. Damit erweist sich das G-DRG-System im besten Sinne als „lernendes System“. Allen, die sich im Jahr 2015 durch engagierte Teilnahme an der Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems beteiligt haben, sei an dieser Stelle nochmals herzlich gedankt.

Im Jahr 2015 haben 244 Krankenhäuser an der Kostenkalkulation teilgenommen. Durch die gestiegene Anzahl von Nachfragen haben wir den Kalkulationskrankenhäusern in diesem Jahr eine im Vergleich zu den Vorjahren erhöhte Belastung zumuten müssen. Daher möchten wir uns an dieser Stelle ganz besonders herzlich für die aktive Teilnahme an der Kostenkalkulation, die Geduld und das unvermindert große Engagement bedanken, mit dem die Kalkulationskrankenhäuser auch in diesem Jahr an der Bereitstellung einer soliden Datenbasis für die Pflege und Weiterentwicklung gearbeitet haben. Ohne dieses Engagement der Kalkulationskrankenhäuser wäre die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems in der vorliegenden Form nicht möglich.

Das InEK legte den Selbstverwaltungspartnern (GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) am 28. August 2015 den Entwurf des G-DRG-Systems für 2016 vor. Nach ausführlicher Beratung der Fach- und Entscheidungsgremien konnten der G-DRG-Fallpauschalen-Katalog für 2016 und die dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen am 24. September 2015 inhaltlich konsentiert werden.

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

Für die Mitarbeiter der InEK GmbH

Dr. Frank Heimig
Geschäftsführer

Christian Jacobs
Abteilungsleiter
Medizin

Dr. Michael Rabenschlag
Abteilungsleiter
Ökonomie

Mathias Rusert
Abteilungsleiter
EDV & Statistik

Siegburg, im Dezember 2015

2 Methodik der Weiterentwicklung

Dieses Kapitel beschreibt in zusammengefasster Form die wesentlichen im Regelwerk für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems niedergelegten methodischen Schritte. Die für die Weiterentwicklung für das Jahr 2016 erforderlichen Anpassungen der Methodik werden in Kapitel 3.3.1 im Einzelnen beschrieben. Analoge Darstellungen der Vorgehensweise finden sich in älteren Berichten zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems. Diese stehen auf unserer Internetseite (www.g-drg.de) im Archiv zum Herunterladen zur Verfügung.

2.1 Datenerhebung und Datenprüfung

Datenerhebung

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

Auf Basis der „Vereinbarung über die Teilnahme an der Kalkulation für die Pflege und Weiterentwicklung des Entgeltsystems im Krankenhaus“ stellen die Kalkulationskrankenhäuser 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.

- Fallzusammenführung: Die DRG-Abrechnungsbestimmungen sehen unter bestimmten Bedingungen die Zusammenführung mehrerer Aufenthalte eines Patienten in einem Krankenhaus zu einem gemeinsamen Aufenthalt vor. Unter Be-

rücksichtigung der Datenfelder „Fallzusammenführung“ und „Fallzusammenführungsgrund“ wurden die Datensätze analysiert und ggf. nach den Regeln zur Fallzusammenführung nachträglich zu einem Fall zusammengeführt.

- Bereinigung bei fehlender DRG-Relevanz: Das DRG-System gilt nicht für die Leistungen der in § 17d KHG genannten Einrichtungen (Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung – PEPP-Entgeltsystem). Die entsprechenden Fälle wurden in eine separate Datenhaltung überführt. Gleiches gilt für vorstationäre Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung sowie Begleitpersonen.
- Überliegerbereinigung: Als Überlieger galten Behandlungsfälle, die vor dem 1. Januar 2014 aufgenommen, aber erst 2014 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 Neuzuordnung der dem G-DRG-System zugrunde liegenden Diagnosen- und Prozedureninformationen wird immer dann erforderlich, wenn zwischen dem der Kalkulation zugrunde liegenden Datenjahr und dem Geltungsjahr des weiterentwickelten DRG-Systems ein Versionswechsel bei den anzuwendenden ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen eingetreten ist. Aufgrund der seit Einführung des G-DRG-Systems stets jährlichen Weiterentwicklung von ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen ist dies für jede neue DRG-Version somit erforderlich.

Für identische Codes ergibt sich keine Notwendigkeit einer Überleitung.

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

- Klassifikatorische Überleitung
- Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

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

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

Eine detaillierte Erläuterung des Verfahrens findet sich in Kapitel 3.3.5.

3 G-DRG-System 2016

3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Das G-DRG-System 2016 umfasst insgesamt 1.220 DRGs. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Veränderungen zur Vorjahresversion:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
G-DRG-System 2016	1.220	+ 20
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.173	+ 21
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	42	- 1
davon rein teilstationäre DRGs	5	± 0
davon bewertet (Anlage 1c)	2	± 0

Tabelle 1: Überblick über das G-DRG-System 2016

Im Zusatzentgelte-Katalog (Anlage 2 FPV 2016) befinden sich 99 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 97). Die Anzahl der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 FPV 2016) liegt bei 80 (Vorjahr: 73).

Für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG Angaben zu ca. 22,0 Mio. Fällen (Entgeltbereich „DRG“) aus 1.541 Krankenhäusern übermittelt.

Die Anzahl der Kalkulationskrankenhäuser liegt mit 244 um acht niedriger als im Vorjahr. Die auswertbare Fallmenge (nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen) aus den Kalkulationskrankenhäusern betrug ca. 3,8 Mio. Fälle. Im vollstationären Bereich ist die auswertbare Fallmenge aus den Kalkulationskrankenhäusern (ca. 3,6 Mio. Fälle) im Vergleich zum Vorjahr um 1% angestiegen.

Die Schwerpunkte der klassifikatorischen Überarbeitung für 2016 bezogen sich vor allem auf folgende Themengebiete:

- Abbildung der Erkrankungsschwere/Umbau CCL-Matrix

Ein Kernpunkt der Weiterentwicklung war in diesem Jahr das CCL-System zur Abbildung von Komplikationen und Komorbiditäten. Zunächst wurde die PCCL-Formel derart überarbeitet, dass eine Verbesserung der Abbildung von Fällen mit äußerst schweren CC erreicht wird. Die Berechnung der PCCL-Werte bis 3,5 bleibt dabei identisch zum Vorjahr. Die CC-Werte über 4 werden differenziert zu 4, 5 und 6. Dadurch wird eine genauere Abbildung der Fälle mit äußerst schweren CC ermöglicht.

Die Splitbedingung $PCCL > 4$, bzw. $PCCL > 5$ wurde zunächst nur an einigen wenigen Stellen, insgesamt zehn Basis-DRGs, eingebaut. Die Vergütungssituation für einige sehr teure Fälle konnte dadurch deutlich verbessert werden.

Des Weiteren wurden zahlreiche Diagnosen auf ihre CC-Werte hin untersucht. Insgesamt wurden die CC-Werte von 1816 Diagnosen geändert. Dabei wurden 122 Diagnosen aufgewertet, 750 Diagnosen wurden in 1–2 Basis-DRGs abgewertet, 645 in 3–9 Basis-DRGs und 169 in 10–29 Basis-DRGs.

■ Ein-Belegungstag-DRGs

Einen weiteren Schwerpunkt der Analysen in diesem Jahr stellte die systematische Überprüfung von Fällen mit einem Belegungstag dar. Als Ergebnis dieser Analyse wurden vier neue explizite Ein-Belegungstag-DRGs etabliert sowie in 24 DRGs die Zuordnung für bestimmte Tagesfälle geändert, woraus eine Vergütung für Tagesfälle resultiert, die sich typischerweise deutlich stärker an den Ist-Kosten dieser Fälle orientiert. Diese Umbauten haben auch zur Folge, dass bestimmte Inlier in Zukunft besser vergütet werden.

■ Intensivmedizin

Wie schon im letzten Jahr wurden Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung umfassend untersucht. Dabei wurden systemweit die SAPS-Grenzen in operativen und konservativen DRGs betrachtet, sowohl nach oben als auch nach unten. Die Prozedur für die intensivmedizinische Komplexbehandlung ist ab dem G-DRG-System 2016 auch in DRGs gruppierungsrelevant, in denen sie vorher keine Rolle gespielt hat (z.B. in der DRG F65A *Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196/184/184 Aufwandspunkte*). Bei jeder Analyse wurden Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter besonders geprüft.

■ Multiresistente Erreger

Ein neuer Schwerpunkt der Weiterentwicklung für das G-DRG-System 2016 waren Fälle mit Komplexbehandlung bei Infektion mit multiresistenten Erregern (MRE). Systemweit wurde die Abbildung aller Prozeduren in diesem Bereich analysiert. Dies führte einerseits zu einer Ausweitung der Gruppierungsrelevanz der MRE-Komplexbehandlung auf nunmehr 12 MDCs, andererseits wurde in einigen DRGs die Mindestdauer der Behandlung auf 14 Tage erhöht. Im gleichen Zuge wurde in den MDCs 01 und 06 wurde die MRE-Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit im Vergleich zur MRE-Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit besser gestellt.

■ Extremkosten

Die sogenannten „Extremkostenfälle“ spielen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems seit Jahren eine herausragende Rolle. Diese Konstellationen sind entweder durch die absolute Höhe ihrer Kosten oder eine Unter- oder Überdeckung in ihrer jeweiligen DRG auffällig. Zum einen konnten diese Fälle durch die Modifizierung der PCCL-Formel und somit eine differenziertere Darstellung der besonders schwerwiegenden Fälle identifiziert und höhergruppiert werden. Zum anderen wurden durch die systemweite Analyse der intensivmedizinischen Komplexbehandlung (SAPS) extrem teurere Fälle identifiziert und ebenfalls im Vergleich zum Vorjahr differenzierter dargestellt, wozu auch eine Vielzahl von Detailumbauten zur sachgerechten Abbildung von hochaufwendigen Konstellationen beiträgt.

■ Gastroenterologie

Schwerpunkte im Bereich Gastroenterologie waren in diesem Jahr u.a. die ERCP („Endoskopien der Gallenwege“), Blutstillung bei akuter Blutung und die Abbildung sachkostenlastiger Leistungen (z.B. Radiofrequenzablation). Die Basis-DRG H41 *ERCP* wurde im Zuge komplexer Analysen erheblich ausdifferenziert. Wie auch in anderen Bereichen wurden in der MDC 06 sowohl die Abbildung von Kindern als auch der PCCL und die Bedingung „mehr als ein Belegungstag“ als Splitkriterium systematisch untersucht.

■ Schmerztherapie

Ein weiteres Thema der Weiterentwicklung für das G-DRG-System 2016 waren Fälle mit multimodaler Schmerztherapie, die im G-DRG-System 2015 in Abhängigkeit von ihrer Hauptdiagnose in vier Basis-DRGs abgebildet waren. Nach umfangreichen Analysen wurden zum einen die DRGs B47Z und I42Z anhand einer Behandlungsdauer von mindestens 14 Tagen gesplittet und zum anderen die betroffenen Fälle aus der MDC 23 bei ähnlicher Verweildauer und Kostenstruktur in die Basis-DRG B47 umgeleitet und somit ebenfalls differenziert nach Behandlungsdauer abgebildet.

■ Kinder

Die Abbildung von Kindern war, wie in jedem Jahr, ein wichtiger Bestandteil der Weiterentwicklung für das G-DRG-System 2016. Systemweit wurden Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter analysiert und an vielen Stellen aufgewertet. Ebenfalls gab es umfangreiche Analysen für die Etablierung weiterer Kindersplits. Insgesamt gibt es jetzt 240 (im Vorjahr 215) „reine“ Kinder-DRGs und DRGs, in denen das Kindesalter höhergruppierend wirkt (ohne MDC 15).

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

	G-DRG-System 2015	G-DRG-System 2016	Verbesserung (in %)
R ² -Wert auf Basis aller Fälle	0,7784	0,7835	0,7
R ² -Wert auf Basis der Inlier	0,8590	0,8628	0,4

Tabelle 2: Vergleich der Varianzreduktion R^2 im G-DRG-System 2015 und 2016 (Datenbasis: Datenjahr 2014)

3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung

3.2.1 Datenbasis

3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung

Für das Datenjahr 2014 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 G-DRG-Systems nicht verwendet. Alle folgenden Angaben sind entsprechend auf den Entgeltbereich „DRG“ beschränkt.

Den Umfang der Datenlieferung für das Datenjahr 2014 gibt Tabelle 3 wieder. Die Zahlen der Erhebung von Kostendaten sind „davon“-Angaben der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG. Die Angaben in Tabelle 4 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	1.541	244
Anzahl Betten	432.084	99.371
Anzahl Fälle	21.952.575	4.423.698

Tabelle 3: Umfang der Datenlieferung, Entgeltbereich „DRG“, Datenerhebung 2014 (Stand: 31. Mai 2015)

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

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

Zusammensetzung der Datenlieferungen

Alle Darstellungen zur Zusammensetzung der Datenlieferungen beziehen sich auf den in Tabelle 4 dokumentierten Umfang von 1.541 Krankenhäusern bzw. 244 Kalkulationskrankenhäusern. Abbildung 1 zeigt die regionale Zusammensetzung der Erhebungen nach dem Bundesland der einbezogenen Krankenhäuser auf.

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

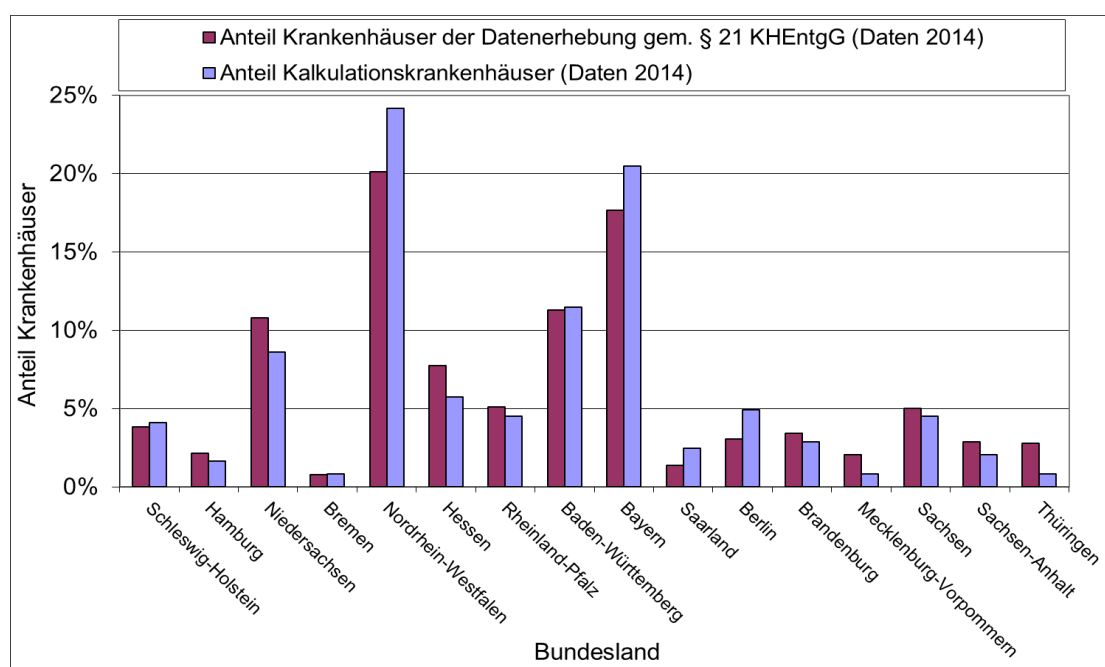


Abbildung 1: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser

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

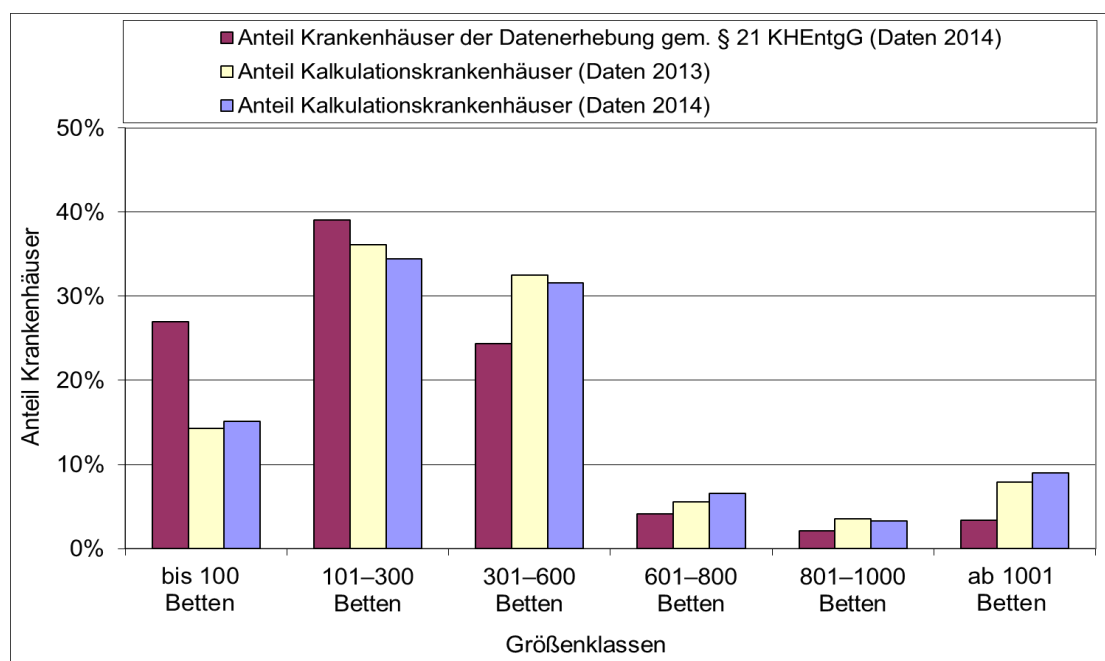


Abbildung 2: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser

In allen Bettengrößenklassen sind im Vergleich zum Vorjahr nur unwesentliche Veränderungen in den Anteilen der Kalkulationskrankenhäuser zu verzeichnen. Im Datenjahr 2014 ist der Anteil bei Kalkulationskrankenhäusern in den Klassen 101–300 Betten, 301–600 Betten und 801–1000 Betten leicht zurückgegangen, während in den Klassen bis 100 Betten und ab 801 Betten der Anteil im Vergleich zum Vorjahr leicht angestiegen ist.

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

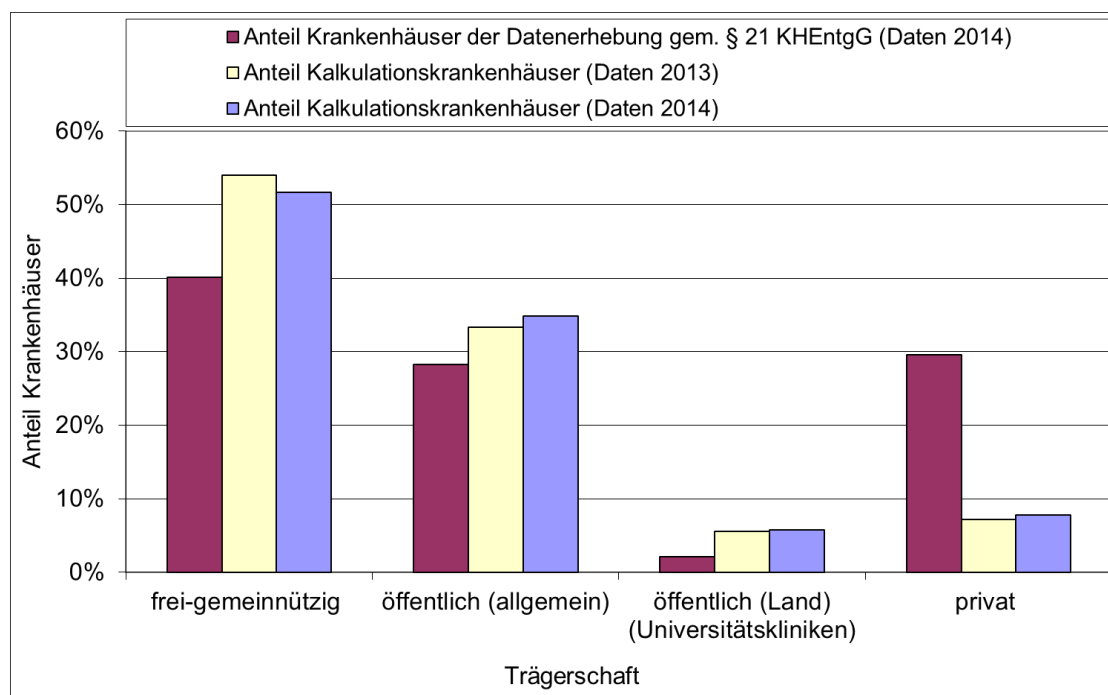


Abbildung 3: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser

Aus der Gegenüberstellung der Kalkulationskrankenhäuser mit den Krankenhäusern der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG ist bei den Kalkulationskrankenhäusern ein Übergewicht der frei-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 2013 und 2014 zeigt einen leichten Rückgang des Anteils freigemeinnütziger Kalkulationskrankenhäuser und einen leichten Anstieg öffentlicher Kalkulationskrankenhäuser.

Umfang der Datenlieferungen

Der Anteil fehlerhafter Datensätze an den übermittelten Daten gem. § 21 KHEntgG lag nach Angaben der Datenstelle mit 0,1% unverändert auf niedrigem Niveau. Er hat sich im Vergleich zum Vorjahr (0,2%) nochmals leicht verbessert.

Insgesamt stellten die Kalkulationskrankenhäuser 5.161.843 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 3,2 Prozeduren und 4,9 Nebendiagnosen auf. Die Kostendaten wiesen je Fall im Durchschnitt 24,5 verschiedene Kostenmodule aus.

Nach Ausschluss der vom Matchingproblem betroffenen und der nicht DRG-relevanten Datensätze standen 4.423.698 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 4.423.698 geprüften Datensätze.

Bereinigung/Korrektur	Anteil Datensätze (in %)	Maßnahme
Fallzusammenführung	0,3	Herausnahme der durch Zusammenfassung wegfallenden Fälle aus der Datenbasis
Korrektur Zusatzentgelte: Dialysekosten	1,0	Bereinigung Dialysekosten
Korrektur Zusatzentgelte: Kosten für Faktorpräparate bei Bluterbehandlung	0,1	Kostenseparation
Korrektur sonstige Zusatzentgelte: Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	2,0	Bereinigung Sachkosten Arzneimittel (Einzelkostenzuordnung)
Korrektur sonstige Zusatzentgelte: Operative und interventionelle Verfahren	2,4	Bereinigung Sachkosten bzw. Herausnahme aus der Datenbasis
Korrektur Zusatzentgelte Palliativ (ZE60, ZE145) sowie PKMS (ZE130, ZE131)	1,4	Bereinigung in relevanten Kostenmodulen
Überliegerbereinigung	0,2	Herausnahme aus der Datenbasis

Tabelle 4: Ergebnis der Datenbereinigungen und -korrekturen (bezogen auf 4.423.698 Datensätze, Entgeltbereich „DRG“), Basis: Datenjahr 2014

Datenumfang nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen

Nach den Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie den Bereinigungen und Korrekturen (siehe Kap. 2.1, 2.2 und 3.3.1.1) standen schließlich 3.767.340 Datensätze zur Verfügung. Auf Grundlage der Ergebnisse der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen wurden im Datenjahr 2014 keine Gesamtlöschungen bzw. Gesamtstornierungen der Kalkulationsdatensätze einzelner Krankenhäuser vorgenommen. Insgesamt wurden 14,8% der 4.423.698 geprüften Datensätze durch Bereinigung sowie Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen von der Kalkulation ausgeschlossen.

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

Abteilungsart	Fallzahl <u>vor</u> Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen	Fallzahl <u>nach</u> Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen
Versorgung in Hauptabteilung	4.156.418	3.572.864
Belegärztliche Versorgung	63.216	46.852
Teilstationäre Versorgung	204.064	147.624
Gesamt	4.423.698	3.767.340

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 2014

Der Anteil plausibler Fälle lag im Datenjahr 2014 damit bei 85,2% (Vorjahr 85%).

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 2015 und dem OPS Version 2015 ebenso wie von Leistungen, die in diesen Katalogen noch nicht abgebildet sind. Diese standen in den regulären Daten der Kalkulationskrankenhäuser aus dem Jahr 2014 noch nicht zur Verfügung. Ohne die ergänzende Datenbereitstellung hätten diese Informationen erst in der Kalkulation des Jahres 2016 oder – nach Einführung neuer Codes für 2016 – erst im Jahr 2017 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.

Die ergänzende Datenbereitstellung umfasste die folgenden Daten:

■ **Leistungsdaten**

Im Rahmen der Datenübermittlung waren von den Kalkulationskrankenhäusern alle Behandlungsfälle anzugeben, für die mindestens eine der abgefragten Leistungen erbracht wurde. Zusätzlich war bei Medikamentengabe die verabreichte Dosis anzugeben. Insgesamt haben 224 Kalkulationskrankenhäuser 207.595 Fälle übermittelt. Den Umfang der ergänzend bereitgestellten Leistungsdaten zeigt Tabelle 6:

Daten	Anzahl Krankenhäuser	Anzahl Fälle
Falldaten zu Neurostimulatoren mit genauen Angaben zum Typ des Implantats	87	2.246
Falldaten zu minimalinvasiven Operationen an Herzklappen	38	6.240
Falldaten zu anderen operativen und interventionellen Verfahren	38	1.171
Falldaten zu Blutprodukten	203	84.386
Falldaten zu Medikamenten	222	198.441
Falldaten zur Dialyse	148	15.111

Tabelle 6: Ergänzend bereitgestellte Leistungsdaten (Übersicht)

■ **Kostendaten**

Kostendaten wurden leistungs- und fallbezogen zum einen für die Gabe von Blutprodukten und Medikamenten benötigt, da deren Kosten in der modularen Kostendarstellung oft nicht leistungsbezogen erkennbar sind. Zum anderen wurden leistungs- und fallbezogen Kostendaten für eine begrenzte Anzahl von Verfahren (Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators bzw. minimalinvasive Operationen an Herzklappen) abgefragt, um spezielle Informationen zu erhalten, die über die Angaben des Regeldatensatzes hinausgehen. Der Umfang der ergänzend bereitgestellten Kostendaten ist in Tabelle 7 dargestellt.

Daten	Anzahl Krankenhäuser	Anzahl Fälle
Kostendaten zu Blutprodukten	203	83.902
Kostendaten zu Medikamenten	222	198.060
Kostendaten zu Neurostimulatoren	87	2.246
Kostendaten zu minimalinvasiven Operationen an Herzklappen	38	6.233

Tabelle 7: Ergänzend bereitgestellte Kostendaten (Übersicht)

Da sich an der ergänzenden Datenbereitstellung zwar sehr weitgehend die an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser beteiligen, diese Informationen aber nicht aus allen gem. § 21 KHEntgG zur Datenlieferung verpflichteten Krankenhäusern vorliegen, wird eine bessere Beurteilung von Mehrkosten bestimmter Verfahren ermöglicht, eine sichere Abschätzung über die bundesweite Leistungsmenge ist aber nicht in jedem Fall möglich. Infolgedessen ist es nur bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen möglich, den DRG-Algorithmus basierend auf den Daten der ergänzenden Datenbereitstellung umzubauen. Zur Analyse und Bewertung ZE-relevanter Leistungen sind die ergänzenden Daten aber weiterhin 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 Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2016 (Vorschlagsverfahren für 2016)“ durch ein regelhaftes Verfahren zu führen. Die Konzeption des Verfahrens (siehe Punkt 1–4) entsprach im Wesentlichen den vorangegangenen Vorschlagsverfahren:

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

Das Vorschlagsverfahren für 2016 wurde am 28. November 2014 mit der Veröffentlichung der Verfahrensweise im Internet eröffnet. Alle eingegangenen Vorschläge wurden in einer Eingangsliste erfasst. Diese Zusammenstellung der Vorschläge mit Vor-

schlagsnummer, Name der vorschlagenden Institution/Einzelperson und einer stichwortartigen Quintessenz des Vorschlagsinhalts wurde am 19. Mai 2015 auf der Internetseite des InEK veröffentlicht.

Analog zum Vorgehen in den Vorjahren wurden die Eingaben systematisch aufbereitet und ggf. in mehrere, sinnvoll einzeln zu analysierende Bearbeitungseinheiten gegliedert. Die simulierbaren Vorschläge wurden auf Basis der aus den Kalkulationskrankenhäusern gelieferten Daten überprüft. Näher beschrieben wird das Verfahren der Simulation und Bewertung vorgeschlagener Änderungen der G-DRG-Klassifikation in Kapitel 2.3. Die nicht simulierbaren Hinweise flossen durch die Schärfung des Problembewusstseins zu den dargestellten Themen in die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems ein.

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

3.2.2.2 Beteiligung

Die Beteiligung am Verfahren war erneut etwas höher als im Vorjahr. Insgesamt sind 320 Vorschlagssendungen eingegangen. Dabei wurden 155 Vorschlagssendungen von Fachgesellschaften oder Verbänden sowie weitere 165 Vorschlagssendungen von Einzelpersonen/Institutionen eingebracht. Da eine Vorschlagssendung aus mehreren Teilveranschlägen (also Vorschlägen zu verschiedenen Problemstellungen oder DRGs) bestehen konnte, ergaben sich rund 415 rechenbare einzelne Vorschläge. Dazu kamen 44 Vorschläge aus den beiden vorherigen Vorschlagsverfahren, die erst in diesem Jahr rechenbar waren, typischerweise weil die beschriebenen Leistungen erst in den Kalkulationsdaten des Jahres 2014 zweifelsfrei identifizierbar waren.

Die meisten Vorschläge gingen zu den Fachgebieten Unfallchirurgie/Orthopädie, Kardiologie, Gastroenterologie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe 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“ Codes vergleichbaren Aufwands. Damit diese Vorschläge sinnvoll bearbeitet werden konnten, bedurfte es wiederum einiger Nachfragen und Konkretisierungen sowie der Erarbeitung umfassenderer Lösungen, teilweise auch durch Kontaktaufnahmen mit Fachgesellschaften.

3.2.2.3 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge

Wie schon in den Vorjahren waren die eingebrachten Vorschläge in unterschiedlichem Maße konkret. Nach der weiterhin gültigen Vorgabe der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems waren Lösungen innerhalb des G-DRG-Systems zu finden. Dies wurde auch in diesem Jahr in sehr unterschiedlichem Maße von den Vorschlagenden berücksichtigt.

Auf die Schwierigkeiten bei der Berücksichtigung mangels konkreter oder außerhalb des vorgegebenen Rahmens befindlicher Vorschläge wurde in der Vergangenheit bereits in der Beantwortung der Einzelschlüsse, in Abschlussberichten sowie in Vorträgen und Veranstaltungen zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems hingewiesen.

Beim Vorschlagsverfahren für 2016 war die Mehrzahl der eingebrachten Vorschläge auf den Daten der Kalkulationskrankenhäuser direkt simulierbar. Aber auch bei den nicht direkt simulierbaren Vorschlägen fand sich eine Verschiebung hin zu Lösungen innerhalb des Systems. Nicht direkt simulierbare Vorschläge waren insbesondere:

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

Die Weiterentwicklung der Klassifikationen ICD-10-GM und OPS ist Aufgabe des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Darauf wurde in der Verfahrensbeschreibung hingewiesen. Die im Rahmen des Verfahrens eingegangenen Vorschläge zur Neuformulierung von Kodes wurden an die zuständigen Stellen beim DIMDI weitergeleitet, allerdings hatte dies keine Verlängerung der Annahmefrist des DIMDI (28. Februar 2015) zur Folge.

- Vorschläge zur Finanzierung über Zusatzentgelte

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

- Vorschläge zur Änderung der CCL-Matrix

Im Rahmen der Bearbeitung der CCL-Matrix wurden in diesem Jahr wieder detaillierte Prüfungen von Diagnosen und Diagnosegruppen im Hinblick auf beispielsweise streitbefangene, wenig belastbare Kodierung und Besonderheiten bei der Verschlüsselung durchgeführt. Schließlich wurden für das G-DRG-System 2016 zahlreiche Diagnosen in die CCL-Matrix aufgenommen bzw. aufgewertet, aus der CCL-Matrix gestrichen bzw. abgewertet oder Änderungen der CC-Ausschlussliste umgesetzt. 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. Des Weiteren wurde die PCCL-Formel erneut weiter angepasst. Die Überarbeitung der CCL-Matrix wird in Kapitel 3.3.1.4 detailliert beschrieben.

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

Simulationen auf den Daten der Kalkulationskrankenhäuser konnten nur anhand von Kodes durchgeführt werden, die in den Datensätzen vorhanden waren oder aufgrund einer ergänzenden Datenbereitstellung zur Verfügung standen. Mit neu beantragten Kodes wurde wie oben beschrieben verfahren. Wurden diese Kodes vom DIMDI in die Klassifikationen aufgenommen, können sie ab dem Jahr 2016 verschlüsselt werden und stehen dann spätestens im Jahr 2017 in den Kalkulationsdaten zur Analyse zur Verfügung. Vorschläge, die auf Kodes des Jahres 2015 basieren, wurden weitestgehend auf Kodes des Jahres 2014 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 von Fachgesellschaften im Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2016. Weiterhin wurden die DKR an Änderungen der Diagnosen-/Prozedurenklassifikation sowie der G-DRG-Klassifikation für 2016 angepasst.

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

Vorschläge, die grundsätzlich von den Rahmenbedingungen der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPV) für das Jahr 2015 abweichen bzw. außerhalb der Systemarchitektur des G-DRG-Systems lagen, wurden auf innerhalb des G-DRG-Systems simulierbare Hinweise untersucht oder flossen in die Diskussion bei der Änderung methodischer Ansätze (z.B. Wiederaufnahmeregelung) ein.

- **Vorschläge zur Herausnahme einzelner Fachgebiete/Erkrankungen/Einrichtungen**

Wie bereits in den Vorjahren gingen nur noch wenige Vorschläge zur Herausnahme einzelner Fachgebiete/Erkrankungen/Einrichtungen im Rahmen des Verfahrens ein. Primär war es Ziel des Verfahrens, eine Lösung innerhalb des DRG-Systems zu finden. Einige DRGs wurden jedoch im Fallpauschalen-Katalog für das Jahr 2016 nicht mit einer Bewertungsrelation belegt (Anlagen 3a und 3b der FPV 2016) und müssen daher vor Ort zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern verhandelt werden. Diese Nichtbelegung mit einer Bewertungsrelation wurde nicht auf Antrag durchgeführt, sondern anhand einer Gesamtwürdigung objektiver Kriterien wie Homogenität, Langlieger-Anteil, Fallzahl etc. entschieden.

Die direkt simulierbaren Vorschläge wurden alle auf den Kalkulationsdaten – zum Teil mehrfach – berechnet und bewertet. Zusätzlich dazu wurden häufig mehrere Vorschlagsvarianten analysiert. Aber auch nicht direkt simulierbare Vorschläge wurden bearbeitet und teilweise mittels aufwendiger Analysen untersucht. Etwa 23% der Vorschläge konnten direkt oder im Sinne des Vorschlagenden umgesetzt werden. Doch auch bei den anderen Vorschlägen wurde die geschilderte Problematik aufgegriffen und intensiv nach Lösungen gesucht. So wurde – angeregt durch die eingebrachten Problemdarstellungen – vor und während der Kalkulation eine Vielzahl von Änderungsvorschlägen entwickelt. Die Gesamtzahl der simulierten Änderungen lag damit erheblich höher als die Anzahl der eingebrachten simulierbaren Vorschläge, nämlich bei insgesamt 5.622 Änderungsversionen (ohne CCL-Matrix-Berechnungen).

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 formalen Anforderungen genügen und inhaltlich ein stimmiges Bild des Behandlungsfalls vermitteln.

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

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

Die zusätzlichen krankenhausespezifischen Informationen zur Kalkulationsgrundlage stellen einen integralen Bestandteil der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen zur Beurteilung der Integrität der Krankenhaus-Gesamtdaten dar. Dazu gehörten u.a.

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

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 waren. Die fallbezogenen Prüfergebnisse wurden in Verbindung mit den Ergebnissen der krankenhausespezifischen bzw. systematischen Konformitätsprüfungen in einem zusammenhängenden Report an die Kalkulationsteilnehmer übermittelt.

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

Prüfungen auf Krankenhausebene

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

Da die Personalkosten den größten Kostenblock darstellen, kommt der inhaltlichen Prüfung der Personalkostenverrechnung auf Krankenhausebene ein besonderes Augenmerk zu. Ein Prüfungsschwerpunkt lag auf der Plausibilität der Personalkostenverrechnung zwischen den einzelnen Kostenstellengruppen unter besonderer Berücksichtigung der Vorgaben zur Mindestdifferenzierung im Kostenstellenplan. Ein zweiter Prüfungsschwerpunkt fokussierte innerhalb einer Kostenstellengruppe auf die Zurechnung der Personalkosten zu den einzelnen Behandlungsfällen. Bei Auffälligkeiten wurde mit dem Kalkulationskrankenhaus geklärt, ob eine besondere krankenhausespezifische Situation die Auffälligkeit – inhaltlich korrekt – determinierte oder ob ein systematischer Kalkulationsfehler vorlag.

Die Gemeinkostenverrechnung in der Kostenstellengruppe 2 „Intensivstation“ erfolgt auf Basis gewichteter Intensivstunden. Dazu müssen für den einzelnen Behandlungsfall die Intensivstunden so erfasst werden, dass unterschiedliche Behandlungsintensitäten in mindestens drei Stufen abgebildet werden können. Die intensiven Diskussionen mit den Kalkulationskrankenhäusern insbesondere im vergangenen Jahr haben gezeigt, dass die bisherige Beschreibung des Kostenzurechnungsmodells einen Interpretationsspielraum enthält, der im Einzelfall zu verzerrenden Kalkulationsergebnissen führen konnte. Zur Klarstellung wurde das Kalkulationshandbuch für die aktuelle Kalkulationsrunde entsprechend neu gefasst und der bestehende Interpretationsspielraum beseitigt. Alle Kalkulationsteilnehmer mussten daher ihr Modell für die Gemeinkostenzurechnung auf der Intensivstation dem InEK zur Freigabe vorlegen. Damit sollte sichergestellt werden, dass Modelle verwendet werden, die den klargestellten Kalkulationsvorgaben entsprechen. In Einzelfällen konnte die krankenhausespezifische Situation vorliegen, dass für die Umsetzung der Klarstellung im Kalkulationshandbuch vorbereitende Maßnahmen in der elektronischen Datenerfassung und/oder Datenverarbeitung erforderlich waren, die bis zum Beginn der Kalkulationsphase nicht mehr umgesetzt werden konnten. In diesen Einzelfällen wurden adäquate Übergangslösungen vereinbart. Die Kalkulationsergebnisse für die Kostenstellengruppe 2 „Intensivstation“ wurden unverändert Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen unterzogen, die u.a. auf den Angaben aus der Information zur Kalkulationsgrundlage zu den Intensivstationen basierten. Dadurch konnte eine solide Grundlage für eine sachgerechte Kalkulation der intensivmedizinischen Leistungen geschaffen werden.

Insbesondere im Hinblick auf Extremkostenfälle wurden die Kostenzurechnungen für die intensivmedizinische Betreuung (Kostenstellengruppe 2) sowie im OP-Bereich (Kostenstellengruppe 4) und in der Anästhesie (Kostenstellengruppe 5) einer besonders intensiven Analyse unterzogen. Den Kalkulationsteilnehmern wurden zur Plausibilisierung über den bisherigen Umfang hinaus zahlreiche detaillierte Rückfragen zur Kostenzuordnung übersandt. Besonderes Augenmerk wurde dabei auf die übermittelten Kostensätze für die Personalkosten im OP-Bereich und in der Anästhesie sowie die Kostenverteilungsmodelle auf den Intensivstationen gelegt. Nachgefragt wurden auch auffällige Personal- und Sachkosten auf der Normalstation (Kostenstellengruppe 1), im

Kreißsaal (Kostenstellengruppe 6) und in der Übrigen Diagnostik und Therapie (Kostenstellengruppe 11).

Prüfungen auf Fallebene

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

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

Die von den Kalkulationskrankenhäusern je Intensivaufenthalt übermittelten gewichteten Intensivstunden sowie die Angaben in den Informationen zur Kalkulationsgrundlage wurden zu Plausibilitätsprüfungen herangezogen. Dabei wurden die Kostensätze für Ärztlichen Dienst und Pflegedienst sowie die Gewichtungen 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 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.

Die Plausibilisierung der Kalkulationsergebnisse in der Kostenstellengruppe 11 (Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche) 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. Eine Schwierigkeit in der Diskussion mit den Kalkulationskrankenhäusern lieferte die Tatsache, dass die Kostenstellengruppe 11 eine Reihe von Kostenstellen eines Krankenhauses vereinigt und die nachgefragten Kostenwerte nicht den Kostenstellen entstammen, auf welche die Inhalte der Plausibilitätsprüfungen abzielten. Beispielsweise

konnten auffällige Kostenwerte über eine Aufnahmestation entstehen, obwohl Leistungen einer Komplexbehandlung einer anderen Kostenstelle im Fokus der Prüfung lagen. Hier wäre für die Zukunft zu prüfen, inwieweit eine Trennung der Kostenstellengruppe 11 in einige zentrale Kostenstellengruppen zielführend sein könnte.

Zur Weiterentwicklung der Zusatzentgelte für die Behandlung mit Blutgerinnungsfaktoren wurden die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen einer vertieften Überprüfung unterzogen. Im Fokus stand hier u.a. der korrekte Kostenausweis innerhalb der Kostenmatrix. Kosten für Blutgerinnungsfaktoren, die mit dem extrabudgetären Zusatzentgelt ZE20XX-97 vergütet werden, mussten einheitlich dem Kostenmodul 99_10 zugeordnet werden. Kosten in diesem Modul finden automatisch bei der weiteren Ermittlung von Bewertungsrelationen keine Berücksichtigung. Die übrigen Kosten für die Gabe von Blutgerinnungsfaktoren mussten der Kostenstelle zugeordnet werden, in der die Gabe stattfand. Die Kosten für Blutgerinnungsfaktoren, die mit dem Zusatzentgelt ZE20XX-98 vergütet werden, wurden im Rahmen der Bereinigung aus den fallindividuellen Kostenmatrizen herausgelöst.

Ein weiterer Schwerpunkt lag erneut auf der Steigerung der Datenqualität im Bereich der Einzelkostenzuordnung. Zusätzlich zu den fallbezogenen Prüfungen wurden krankenhausübergreifende Analysen zu ausgewählten Artikelgruppen mit Relevanz für die Pflege und Weiterentwicklung des Entgeltsystems erstellt. Dabei wurden die Fälle identifiziert, die in einer Gesamtschau deutliche Abweichungen in den zugeordneten Einzelkosten im Vergleich zu den durchschnittlichen Kosten aufwiesen. Die Krankenhäuser mit auffälligen Einzelkostenzuordnungen wurden kontaktiert und um Überprüfung der Kosten gebeten. Die Krankenhäuser haben in Reaktion darauf die Kostenzuordnung überprüft und ggf. korrigiert oder die Kostenhöhe in geeigneter Weise nachvollziehbar belegt.

Die intensivierten Analysen auf der Fallebene haben dazu geführt, dass in diesem Jahr deutlich mehr Nachfragen an die Kalkulationskrankenhäuser gestellt wurden. Die zahlreichen 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 sowohl für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems als auch für die Weiterentwicklung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen geliefert.

Medizinische Plausibilitätsprüfungen

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

Insbesondere der Bereich der Prüfungen, die die medizinische Plausibilität eines Falles zum Inhalt haben und die Kategorie „Fehler bis erklärt“ aufweisen, wurde erneut einer grundlegenden Überarbeitung unterzogen. Dabei wurden vor allem Prüfungen durch

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

3.3.1.2 Berechnung der Bewertungsrelationen für Belegversorgung

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

Zur Verbesserung der Datenqualität für die Kalkulation des Katalogs 2016 wurden auch in diesem Jahr im Vorfeld der Kalkulation die Plausibilitätsprüfungen erweitert und weitere Analysen vorgenommen.

Kalkulation

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

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

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

Mit 35.940 Datensätzen wurden somit 63 DRGs eigenständig kalkuliert. Eine Aufstellung dieser DRGs befindet sich im Anhang (siehe Tab. A-2). Die Datenbasis ist damit dem allgemeinen Trend eines Rückgangs von Behandlungsfällen in belegärztlicher Versorgung folgend im Vergleich zum Vorjahr deutlich gesunken. Wird die Gesamtheit der gelieferten Daten gem. § 21 KHEntgG betrachtet, repräsentieren diese DRGs gut 62% aller abrechenbaren Belegfälle in Deutschland. Die Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung (Spalte 4, Teil b des Fallpauschalen-Katalogs) liegen bei den eigenständig kalkulierten DRGs im Mittel 32,7% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tab. 8).

Differenz Bewertungsrelation	DRGs kalkuliert	DRGs abgeleitet
Bis 10%	1	120
Über 10% bis 20%	3	504
Über 20% bis 30%	20	109
Über 30% bis 40%	27	0
Über 40% bis 50%	12	0
Mittelwert (ungew.)	32,7%	14,5%

Tabelle 8: Differenz Bewertungsrelation Belegabteilung zu Bewertungsrelation Hauptabteilung

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

Normativ-analytische Ableitung

Die Methodik der normativ-analytischen Ableitung wurde unverändert beibehalten. Auf Basis der Verweildauer-Strukturanalyse wurde bei 456 DRGs zusätzlich zum Abzug der Arztkosten ein Zu- bzw. Abschlag der verweildauerabhängigen Module vorgenommen (147 DRGs mit Zuschlag, 309 DRGs mit Abschlag). Dadurch wurden die Bewertungsrelationen für belegärztliche Versorgung den mittleren Verweildauern der Belegfälle in den Daten gem. § 21 KHEntgG angepasst. Die Bewertungsrelationen bei den abgeleiteten DRGs liegen im Ergebnis durchschnittlich 14,5% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tab. 8). Bei 280 DRGs (35,0%) wurden lediglich die Arztkosten abgezogen, ohne dass weitere Anpassungen vorgenommen wurden (siehe Tab. 9). Die untere und obere Grenzverweildauer wurden nach den üblichen Vorschriften abgeleitet. Entsprechend wurde für den Katalog bei belegärztlicher Versorgung die obere Grenzverweildauer im Vergleich zur Hauptabteilung 182 Mal abgesenkt und 64 Mal angehoben. Die untere Grenzverweildauer wurde im Vergleich zur Hauptabteilung 45 Mal abgesenkt und 20 Mal angehoben.

Verfahren	Anzahl DRGs
Zu- und Abschläge durch VWD-Anpassung	456
Nur Abzug Arztkosten	280
Eigenständig kalkulierte DRGs	63
Gesamt	799

Tabelle 9: Überblick Kalkulationsmethodik der DRGs bei belegärztlicher Versorgung

Für 376 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 16 verringert (Vorjahr: 815 DRGs).

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

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

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

3.3.1.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen

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

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

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

Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung

Für das Datenjahr 2014 wies die Beschaffenheit der Datenmenge für die DRG A90A *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung* und A90B *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung* eine Verletzung der Kalkulationsbedingungen sowie eine mangelnde Kostendifferenz zwischen den DRG-Fallpauschalen auf, sodass keine Bewertung der beiden Fallpauschalen vorgenommen werden konnte. Die Definition der teilstationären geriatrischen Fallpauschalen wird unverändert im unbewerteten Teil des Katalogs (Anlage 3b) ausgewiesen.

Niereninsuffizienz, teilstationär

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

onsbedingungen 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 3.782 Kalkulationsdatensätze der L90B und 184.003 Kalkulationsdatensätze der L90C in modularer Struktur dargestellt. In den Tabellen 11 und 12 werden die häufigsten Hauptdiagnosen und in den Tabellen 13 und 14 die häufigsten Prozeduren abgebildet.

Bezeichnung	Kostenarten- gruppe	Kosten (€) L90B	Kosten (€) L90C
Ärztlicher Dienst	1	33,68	30,74
Pflegedienst	2	55,55	58,65
Med.-technischer Dienst	3	33,19	20,33
Arzneimittel	4a	13,61	9,07
Arzneimittel Einzelkosten	4b	0,28	3,40
Implantate/Transplantate	5	0,00	0,00
Übriger med. Bedarf	6a	19,71	31,94
Übriger med. Bedarf Einzelkosten	6b	72,24	38,70
Med. Infrastruktur	7	11,23	17,98
Nicht med. Infrastruktur	8	48,30	44,88
Gesamt		287,79	255,69

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 2014

Kode	Hauptdiagnose	Fälle
Z49.1	Extrakorporale Dialyse	102
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	33

Tabelle 11: Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90B *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse*, Basis: Datenjahr 2014

Kode	Hauptdiagnose	Fälle
Z49.1	Extrakorporale Dialyse	10.373
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	2.685

Tabelle 12: Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90C *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse*, Basis: Datenjahr 2014

Kode	Prozeduren	Anzahl
8-857.0	Peritonealdialyse: Intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	3.350
8-857.10	Peritonealdialyse: Kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD): Bis 24 Stunden	456

Tabelle 13: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90B Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2014

Kode	Prozeduren	Anzahl
8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	125.724
8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	41.686
8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	9.486
8-855.4	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	2.310
8-853.3	Hämodifiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	2.140

Tabelle 14: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2014

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 zu berücksichtigen.

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

1. Ermittlung des CCL-Wertes für jede Diagnose eines Patienten, vor allem in Abhängigkeit der Basis-DRG und der Hauptdiagnose: In den DRGs der operativen Partitionen sind ganzzahlige Werte von 0 („kein Einfluss der CC“) bis 4 („äußerst schwere CC“), in den übrigen DRGs ganzzahlige Werte von 0 bis 3 („schwere CC“) möglich. Die CCL-Werte für jede Kombination aus Basis-DRG und Diagnose lassen sich in einem zweidimensionalen Feld darstellen; sie bilden die CCL-Matrix.

2. 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.
3. 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 ein fallspezifischer Wert zugeordnet, durch welche 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 Diagnosenkombination explizit messen 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, bspw. 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

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. Auch in diesem Jahr erfolgten umfangreich solche Anpassungen der CCL-Werte.

Bei der Anpassung der Exklusionslisten handelt es sich ebenso um einen kontinuierlichen Prozess, der u.a. die Weiterentwicklung des ICD-10-GM und des G-DRG-Systems, die Kodierrichtlinien, die Kodierung etc. berücksichtigen muss.

Im G-DRG-System 2014 wurde erstmals die Formel zur Berechnung des PCCL geändert, die aus dem australischen AR-DRG-System unverändert übernommen worden war. Auslöser hierfür war die Veränderung der Kodierung von Nebendiagnosen. Da die Auswirkungen dieser Veränderung erst in den Kalkulationsdaten des Datenjahres 2014 sichtbar wurden, wurden Änderungen am CCL-System im letzten Jahr zurückhaltend umgesetzt. Auf eine weitere grundlegende Modifikation wie beispielsweise eine weitere Anpassung der Formel wurde im vergangenen Jahr verzichtet.

In diesem Jahr erfolgte nun erneut eine Anpassung aller Teilschritte. Im Folgenden wird zunächst die Modifikation der PCCL-Formel präsentiert, da diese Anpassung systemweit für alle Fälle und alle DRGs gilt. Anschließend wird auf die Anpassung einzelner CCL-Werte eingegangen, die sich vor allem lokal auswirken, sowie die Anpassung der Exklusionslisten.

Der Gesamtschweregrad reichte bislang in ganzzahligen Schritten von 0 („keine CC“) bis zu 4 („äußerst schwere CC“). Der äußerst schwere Gesamtschweregrad konnte bspw. bereits mit wenigen Diagnosen mit vergleichsweise *hohem* CCL (z.B. eine Diagnose mit CCL = 4 und eine Diagnose mit CCL = 3 oder zwei Diagnosen mit CCL = 3 und einer Diagnose mit CCL = 2), aber auch mit einer gewissen Anzahl an Diagnosen mit *niedrigem* CCL (z.B. sieben Diagnosen mit CCL = 2 und vier Diagnosen mit CCL = 1) erreicht werden. Aufgrund der „Kappungsgrenze“ von 4 hatten Fälle mit Diagnosekonstellationen wie eine Diagnose mit CCL = 4 und eine Diagnose mit CCL = 3 oder zwei Diagnosen mit CCL = 3 und einer Diagnose mit CCL = 2 denselben äußerst schweren Gesamtschweregrad wie Fälle mit Diagnosekonstellationen wie drei Diagnosen mit CCL = 4 und vier Diagnosen mit CCL = 3 oder acht Diagnosen mit CCL = 4.

Für eine Verbesserung der Kalkulation der Fallpauschalen, gerade im Hinblick auf Extremkostenausreißer, ist eine stärkere Differenzierung der Fälle mit äußerst schwerem CC vielversprechend. Eine Verbesserung der Abbildbarkeit von Fällen mit äußerst schwerem Gesamtschweregrad ohne eine Veränderung der Abbildung der übrigen Fälle erfolgt im G-DRG-System 2016 durch Etablierung zusätzlicher Schweregrade 5 und 6 („schwerste CC“). Erreicht wird dies durch einen steileren Verlauf der PCCL-Kurve für kumulierte Schweregrade ab dem Wert 5,83, für den die PCCL-Formel den Wert 3,50 annimmt. Im Vorfeld der Anpassung der Formel zur Berechnung des PCCL wurden zahlreiche Analysen zu Modifikationen, u.a. verschiedene (lineare und nicht lineare) Kurvenverläufe und unterschiedliche Werte für den Steigungsparameter τ , vorgenommen und die Ergebnisse auf eine verbesserte Sachgerechtigkeit hin geprüft. Als Resultat wurde die Formel derart verändert, dass die PCCL-Kurve für kumulierte Schweregrade ab 5,83 nicht mehr logarithmisch, sondern linear wächst; der Steigungsparameter ist aktuell $\tau = 1,25$ (siehe Abb. 4 und 5).

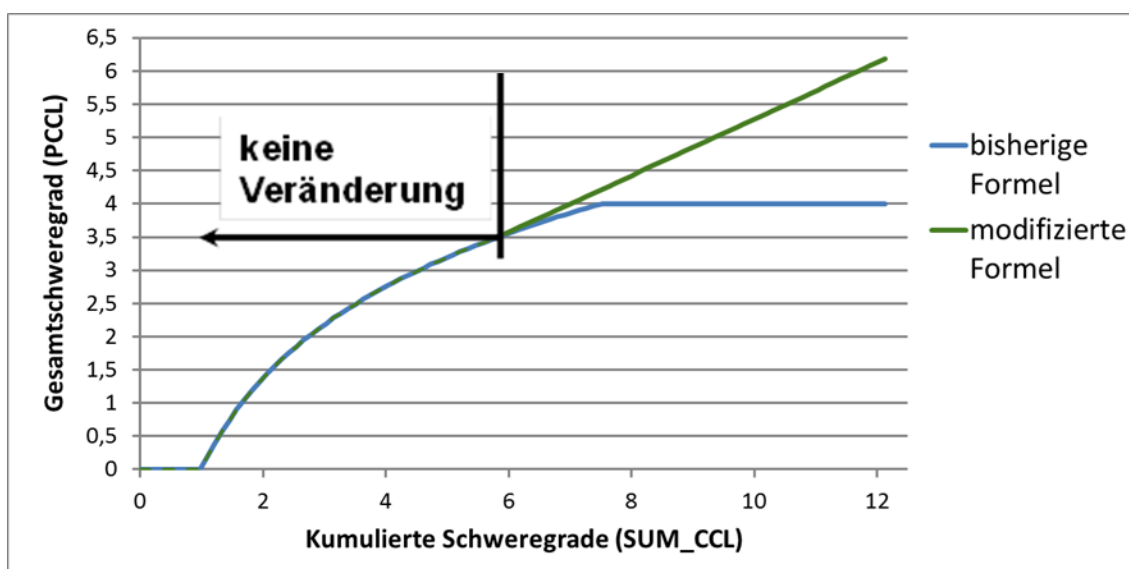


Abbildung 4: Grafische Darstellung der Modifikation der PCCL-Formel

Formel zur Berechnung des patientenbezogenen Gesamtschweregrades (PCCL)

Sei $\{CCL_i\}$ die absteigend sortierte Liste der am Ende des Ausschlussverfahrens ermittelten CCL-Werte. Die Formel zur Berechnung des PCCL lautet folgendermaßen:

$$PCCL = \begin{cases} 0, & \text{falls keine Nebendiagnose mit } CCL > 0 \text{ vorhanden ist} \\ \text{RUNDE}(x), & \text{sonst} \end{cases}$$

mit

$$x = \begin{cases} \frac{4}{\ln(3/\alpha)} \ln(SUM_CCL), & \text{falls } SUM_CCL < 5,83 \\ \tau \frac{4}{\ln(3/\alpha)} \left(\frac{SUM_CCL}{5,83} - 1 \right) + 3,5, & \text{sonst} \end{cases}$$

und

$$SUM_CCL = \sum_{i=k}^n CCL_i e^{-\alpha(i-k)}$$

Der Dämpfungsparameter α hat derzeit den Wert 0,4. Der Steigungsparameter τ hat derzeit den Wert 1,25. Es ist zudem $k = 1$ für die Basis-DRGs P01-P67 und $k = 2$ für alle anderen Basis-DRGs. Der Parameter n steht für die Anzahl der Diagnosen eines Falles (Haupt- und Nebendiagnosen).

Abbildung 5: Formel zur Berechnung des PCCL

Tabelle 15 zeigt einige Beispiele zur Berechnung des PCCL. Die Formeländerung hat nur Auswirkungen auf Fälle mit schwersten CC. Im Ergebnis ergibt sich auf Datengrundlage des Jahres 2014 keine formelbedingte Änderung des PCCL im G-DRG-System für die meisten Fälle (98,4%).

Die Änderung der Formel hat zudem keine Auswirkungen auf die Rangfolge der Diagnosekonstellationen nach Schwere; d.h. hatte eine bestimmte Diagnosekonstellation bislang einen höheren Schweregrad als eine andere Diagnosekonstellation, so ist dies immer noch der Fall.

Die Modifikation der Formel ermöglicht nun den Einbau der Splitbedingungen $PCCL > 4$ und $PCCL > 5$ in die G-DRG-Klassifikation. Im G-DRG-System 2016 finden sich derartige Splits zunächst an einigen wenigen Stellen, an denen sich dies besonders eignet:

- Insgesamt sind zehn Basis-DRGs betroffen: A11 ($PCCL > 5$) und A17, A42, B02, E02, F06, R60, R61, R63 und Y03 (alle mit $PCCL > 4$)
- In weiteren Basis-DRGs (z.B. A07, A09) wurde eine Verwendung der schwersten CC als Splitkriterium analysiert, aber letztlich nicht umgesetzt.

Die Vergütungssituation für einige sehr teure Fälle konnte deutlich verbessert werden (siehe dazu auch Kap. 3.3.2.8 zu den Extremkostenfällen).

Eine abschließende Beurteilung der Modifikation der PCCL-Formel (insbesondere die Linearität des Kurvenverlaufs für hohe kumulierte Schweregrade und die konkrete Wahl des Steigungsparameters) ist erst auf der Datengrundlage der folgenden Jahre möglich. Die stärkere Nutzung der schwersten CC als Kostentrenner ist eine Option für die Zu-

kunft. Hierfür sind weitergehende Untersuchungen in den kommenden Jahren notwendig. Es ist darüber hinaus zu prüfen, ob ggf. die Berechnung des PCCL mit Nachkomastellen sinnvoll ist (z.B. PCCL = 4,23 statt PCCL = 4).

PCCL	CCL1	CCL2	CCL3	CCL4	CCL5	CCL6	CCL7
6*	4	4	4	4	3	2	
6*	4	4	4	3	3	3	2
5*	4	4	4	3	3	2	2
5*	4	4	4				
5*	4	4	3	2			
4	4	3					
4	4	2	2				
4	3	3	2				
4	3	2	2	1	1	1	
3	4	2					
3	4						
3	3	3					
3	3	2					
3	2	2	2	1	1	1	
3	2	2	1				
2	3						
2	2	2					
2	2	1					
2	1	1	1	1	1		
1	2						
1	1	1					
0	1						

Tabelle 15: Beispiele zur Ermittlung des PCCL, *: Mit der früheren Formel hätte sich der Wert 4 ergeben.

Im Rahmen des jährlichen Auftrags zur Überprüfung und Bearbeitung der CCL-Matrix wurden in diesem Jahr erneut zahlreiche Analysen der CCL-Werte der Diagnosen durchgeführt mit dem Ziel der weiteren Adjustierung der Abbildung der Multimorbidität im G-DRG-System. Es wurden DRG-spezifische Anpassungen von CCL-Werten einzelner Diagnosen für eine große Anzahl an DRGs etabliert. Die Vorteile solcher Anpassungen liegen in einer sachgerechten, feiner granulierten Abbildung von Fällen im Schweregradsystem. Die Anzahl der diagnosespezifischen Änderungen der CCL-Systematik im Vergleich zu den Vorjahren ist in Abbildung 6 zu sehen.

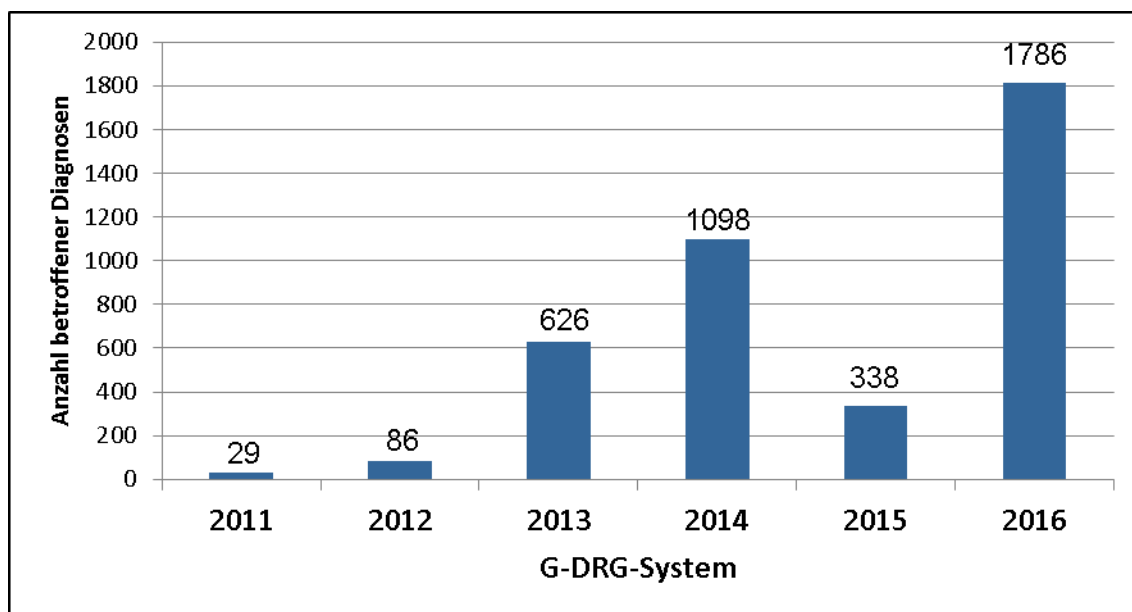


Abbildung 6: Diagnosespezifische Änderungen der CCL-Systematik im Verlauf der letzten Jahre

Zur Überarbeitung der CCL-Matrix sind in diesem Jahr Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren und aus dem Anfrageverfahren für über 620 Diagnosekodes eingegangen. Darüber hinaus wurden im Rahmen eigener Analysen fast 2.000 weitere Diagnosen hinsichtlich ihrer Abbildung in der CCL-Matrix untersucht. Multiple Abwertungen, Streichungen, Aufwertungen und Aufnahmen wurden simuliert. Umfangreiche interne Analysen führten zur Anpassung der Werte bestimmter Diagnosen innerhalb mehrerer DRGs. Im Ergebnis wurden fast 1.800 Diagnosen verändert. Dabei ist zu betonen, dass 78% der Diagnosen in weniger als zehn Basis-DRGs in ihrer Bewertung verändert wurden (siehe Abb. 7).

DRG-spezifische Abwertung in < 3 Basis-DRGs:	738
DRG-spezifische Abwertung in 3-9 Basis-DRGs:	653
DRG-spezifische Abwertung in 10-29 Basis-DRGs:	176
DRG-spezifische Abwertung in mindestens 30 Basis-DRGs:	91
Aufwertung nach Einzelanalyse DRG:	80
Gleichzeitige Auf- und Abwertung je nach Basis-DRG:	30
Neu aufgenommene Codes (Vorschlagsverfahren):	12
Global aus der CCL-Matrix gestrichen:	6
Anzahl geänderter Diagnosen:	1.786

Abbildung 7: Veränderungen an der CCL-Matrix 2016

In die CCL-Matrix wurden für das G-DRG System 2016 folgende Diagnosekodes neu aufgenommen:

- N76.80 Fournier-Gangrän bei der Frau – war bisher in zwei Basis-DRGs CCL-relevant (O01 und O65) und wurde nun systemweit aufgenommen
- N98.1 Hyperstimulation der Ovarien

- Z34 Überwachung einer normalen Schwangerschaft
- Z35.– Überwachung einer Risikoschwangerschaft

Bezüglich der Diagnosen für die Überwachung einer Schwangerschaft wurde im Rahmen des Vorschlagsverfahrens 2016 auf einen höheren Aufwand z.B. bei Narkosevorbereitung und -überwachung bei operativen Fällen außerhalb MDC 14 hingewiesen: z.B. bei einem operativen Eingriff bei einer Sprunggelenkfraktur einer schwangeren Patientin. Es erfolgte eine Aufnahme betroffener Codes in die CCL-Matrix zunächst nur mit relativ geringem Gewicht (CCL = 1) in den operativen DRGs außerhalb MDC 14 und MDC 15. Die Abbildung der Codes wird in den Folgejahren überprüft.

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

Ein Beispiel für Neubewertung von Diagnosen in der CCL-Matrix ist die Abbildung erworbener Herzklappenerkrankungen. Sie werden je nach Ursache und betroffener Klappe einzeln mit ICD-Kodes aus der Kategorie *Chronische rheumatische Krankheiten* (I05.–, I06.–, I07.–, I09.–) bzw. aus der Kategorie der nichtrheumatischen Herzklappenerkrankungen (I34.–, I37.–) verschlüsselt. Zudem existieren Codes für *Krankheiten mehrerer Herzklappen* (I08.–), die in Einzelfällen geringere CCL-Werte aufwiesen als die Codes für einzelne Herzklappenerkrankungen, was einen gewissen Anreiz zur abweichenden Kodierung darstellte. Des Weiteren waren die entsprechenden Exklusionslisten zum Teil noch unvollständig. Bei der Analyse der CCL-Werte der betroffenen Diagnosen wurde festgestellt, dass, gemessen an den Kosten, bestimmte Erkrankungen einzelner Herzklappen zu hoch eingruppiert waren. Diese wurden entsprechend in mehreren Basis-DRGs abgewertet, wobei auch die Exklusionslisten betroffener Diagnosen angeglichen wurden. Auf diese Weise wurde der ggf. bestehende Anreiz zur Fehlkodierung vermindert und die Abbildung der Herzklappenerkrankungen in der CCL-Matrix verbessert.

Als weiteres Beispiel einer Neubewertung in der CCL-Matrix kann die Abbildung von Fällen mit *Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems* genannt werden. Der Mehraufwand der Implantation ist seit Jahren über das unbewertete Zusatzentgelt *Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“)* abgebildet. Im Vorschlagsverfahren 2016 wurde darauf hingewiesen, dass Fälle mit vorhandenem herzunterstützendem System, z.B. bei verlegten Patienten, aufgrund ihrer Hauptdiagnose unterschiedlich gruppiert werden. Bei der Versorgung dieser Patienten entsteht jedoch stets ein deutlich erhöhter Aufwand. Nachdem sich die benannten höheren Kosten auch in den Kalkulationsdaten zeigten, wurde die Diagnose *Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems* (Z95.80) in der CCL-Matrix aufgewertet.

Eine vollständige Liste aller im Rahmen der Bearbeitung der CCL-Matrix verändert abgebildeten Diagnosen für die G-DRG-Version 2016 findet sich in Tabelle A-3 im Anhang und auf der Internetseite des InEK (www.g-drg.de).

Der dargestellte umfangreiche Umbau der CCL-Matrix wurde durch Anpassung der CCL-Exklusionslisten komplettiert. Exklusion im CCL-System bedeutet, dass in die Ermittlung des Gesamtschweregrads (PCCL) bei zwei als nicht unabhängig voneinander gewerteten Nebendiagnosen nur die höher bewertete eingeht. Schließen sich zwei Diagnosen nach CCL-Exklusionsliste aus, gilt dies im gesamten DRG-System und betrifft alle PCCL-Splits. Eine Anpassung bzw. Ergänzung der CCL-Exklusionen erfolgt nur,

wenn die Addition der CCLs DRG-unabhängig nicht sinnvoll ist und ein eindeutig positives Simulationsergebnis vorliegt.

Ergänzungen von Exklusionen erfolgten in diesem Jahr z.B. im Bereich der Kardiologie. Interne Analysen ergaben unvollständige Exklusionen zwischen der Kardiomyopathie (I42.–) und bestimmten Diagnosen für Linksherzinsuffizienz (I50.13 und I50.14). Da Fälle mit beiden Diagnosen keine regelhaft höheren Kosten aufwiesen als Fälle mit nur einer der Diagnosen, wurden diese in die jeweiligen Exklusionslisten aufgenommen.

3.3.1.5 Einbeziehung von verlegten Fällen und Überliegern

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

Regelhafte Zuordnung der berücksichtigten Verlegungsart je DRG

Die je DRG zur Kalkulation des Relativgewichts herangezogene Fallmenge wurde regelhaft – unverändert gegenüber dem Vorjahr – durch Analyse des arithmetischen Kostenmittels je Verlegungsart bestimmt. Dabei ergeben sich vier Fallkonstellationen, die sich auf die 1.220 DRGs wie in Tabelle 16 dargestellt verteilen (siehe auch Tabellen A-4-1 bis A-4-3 im Anhang).

Kalkulationsbasis	Anzahl DRGs	Anteil DRGs (in %)
Nicht verlegte Fälle	198	16
Nicht verlegte und zusätzlich aufnahmeverlegte Fälle	183	15
Nicht verlegte und zusätzlich entlassverlegte Fälle	171	14
Alle Fälle (nicht verlegte und zusätzlich aufnahme- oder entlassverlegte Fälle)	623	51
DRGs ohne Bewertung (Anlage 3a und 3b)	45	4
Gesamt	1.220	100

Tabelle 16: Überblick über die Berücksichtigung der Verlegungsarten im G-DRG-System 2016

Überlieger aus dem Vorjahr

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

Soweit möglich, werden Überlieger im Rahmen der Kalkulation berücksichtigt. Hintergrund ist, dass Langlieger und Fälle aus DRGs mit langen Verweildauern 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 107,0 Tagen (Fallpauschalen-Katalog 2016) von einer Löschung vieler Überlieger stark betroffen, da rein rechnerisch knapp 30% 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 2013 auf 2014) ist diese unter Umständen nicht gegeben, da für Überlieger (die noch mit undifferenzierten Codes aus 2013 verschlüsselt sind) keine Information darüber verfügbar ist, mit welchem der inzwischen verfügbaren differenzierten Codes der Fall 2014 verschlüsselt würde.

Ein Beispiel hierfür ist der Code 5-335.2 *Lungentransplantation*. Mit dem OPS 2014 wurde der Code weiter in .20 *Komplett (gesamtes Organ)* bzw .21 *Partiell (Lungenlap-phen)* differenziert.

Wenn auf Grundlage neu ausdifferenzierter Codes z.B. eine neue DRG definiert wurde – und daher Fälle, die 2013 mit dem gleichen Code verschlüsselt wurden, 2014 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 2013 in der Kalkulationsmenge verbleiben, wenn es sich um eine DRG mit sehr kleinen Fallzahlen handelt und der problematische Code (bei jeder möglichen Überleitungsentscheidung) ohne Gruppierungsrelevanz ist. Beispielsweise sind für die o.g. DRG A18Z nur die Beatmungszeit und ein OPS-Code (Transplantation) gruppierungsrelevant. Haupt- oder Nebendiagnose haben bei diesen Fällen nie einen Einfluss auf das Gruppierungsergebnis, sodass eine nicht überleitbare Diagnose hier keinen Grund darstellt, einen Überlieger aus der Kalkulationsmenge auszuschließen.

3.3.1.6 Berechnung der Bezugsgröße

Die Bezugsgröße wird nach unveränderter Methodik 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 Fallpauschalen-Katalog 2015 ergab sich auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG für das Datenjahr 2014 eine Summe effektiver Bewertungsrelationen in Höhe von 19.871.550. Unter Verwendung identischer Daten ergab sich für den Fallpauschalen-Katalog 2016 eine Summe effektiver Bewertungsrelationen in Höhe von 19.871.496. Die Differenz der effektiven Bewertungsrelationen beträgt -54. Die Bezugsgröße zur Ermittlung der Bewertungsrelationen für den Fallpauschalen-Katalog für 2016 beträgt dann 2.865,71 €.

3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation

3.3.2.1 Abdominalchirurgie

Typische Leistungen der Abdominalchirurgie sind im G-DRG-System vor allem in den operativen Partitionen der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* und MDC 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* abgebildet. Die Abdominalchirurgie ist ein Fachgebiet, das für die sachgerechte Vergütung im G-DRG-System mit einer hohen Anzahl fallzahlstarker DRGs und der Abbildung von hochkomplexen Leistungen von hoher Relevanz ist.

Die Vielfältigkeit der Fälle des Fachgebiets Abdominalchirurgie kommt auch darin zum Ausdruck, dass diese Fälle bereits hochdifferenziert in mehr als 60 operativen DRGs der MDC 06 und 07 abgebildet sind. Im Vorschlagsverfahren wurde nur eine vergleichsweise kleine Anzahl an Vorschlägen zu diesem Fachgebiet eingereicht.

Jedoch konnte für einen nennenswerten Teil der eingereichten Vorschläge eine der vorgeschlagenen Varianten oder eine InEK-interne Lösungsvariante umgesetzt werden, um die Abbildung der betroffenen Fälle im Sinne der Vorschläge weiter zu verbessern.

Unabhängig vom Vorschlagsverfahren wurde bei der Analyse von Fällen der Abdominalchirurgie schwerpunktmäßig sowohl die Abbildung der Fälle im Kindesalter als auch die Abbildung der intensivmedizinischen Fälle geprüft. Entsprechend den Kosten der Fälle wurde entweder eine Neuuzuordnung zu bestehenden DRGs (im Sinne einer Auf- oder Abwertung) oder ggf. auch die Etablierung neuer DRGs geprüft.

Die folgende Auflistung gibt eine orientierende Darstellung derjenigen Basis-DRGs, die im Zuge der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2016 hinsichtlich ihrer Definitionskriterien (Basis-DRG oder Splitbedingungen) verändert wurden:

- **G01** *Eviszeration des kleinen Beckens*
- **G03** *Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum*
- **G04** *Adhäsioolyse am Peritoneum [...]*
- **G09** *Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien [...]*
- **G19** *Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...]*
- **G26** *Andere Eingriffe am Anus [...]*
- **G36** *Intensivmedizinische Komplexbehandlung*
- **H08** *Laparoskopische Cholezystektomie*
- **H09** *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen*
- **H12** *Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System*

Die einzelnen Umbauten im Bereich der Abdominalchirurgie sind nachfolgend beschrieben.

Komplexe Herniotomien

Fälle mit einem Verfahren zur Herniotomie werden in der MDC 06 abgebildet, wobei die weniger kostenintensiven Fälle typischerweise der Basis-DRG G24 *Eingriffe bei Hernien* und die kostenaufwendigeren Fälle, z.B. mit komplexeren Eingriffen, vor allem der Basis-DRG G09 zugeordnet werden. Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens gab es einen Hinweis, dass Fälle mit einem *Verschluss der Hernia inguinalis mit Darmresektion, ohne zusätzliche Laparotomie bei Rezidiv* schlechter gestellt seien als Fälle mit einem vermutlich weniger komplexen Ersteingriff: *Verschluss einer Hernia inguinalis mit Darmresektion, ohne zusätzliche Laparotomie*. Bisher führte nur letzteres Verfahren in die höher bewertete DRG G09Z, obwohl sich Fälle bei Rezidiv-Eingriffen bei Darmresektion, ohne zusätzliche Laparotomie bei Leisten- oder Schenkelhernien als vergleichbar aufwendig zeigten. Im G-DRG-System 2016 sind Fälle mit *Verschluss einer Leisten- oder Schenkelhernie mit Darmresektion ohne zusätzliche Laparotomie* einheitlich abgebildet. Sowohl die Prozeduren für *Verschluss einer Leisten- oder Schenkelhernie mit Darmresektion ohne zusätzliche Laparotomie* bei Rezidiv als auch bei Ersteingriff wurden in die Zugangsbedingungen zur DRG G09Z aufgenommen und damit die entsprechenden Fälle gegenüber dem Vorjahr aufgewertet.

Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum

Fälle mit kostenaufwendigen großen Eingriffen am Magen, Ösophagus oder Duodenum, z.B. mit *(Totaler) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität [...]: Mit Magenhochzug (Schlauchmagen) und intrathorakaler Anastomose* werden differenziert in der Basis DRG G03 *Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum* abgebildet. Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren deuteten auf eine uneinheitliche, möglicherweise nicht sachgerechte Abbildung von Fällen mit *(Totaler) Gastrektomie mit subtotaler Ösophagusresektion mit Darminterponat* hin. Im G-DRG-System 2015 wurden Fälle mit subtotaler Ösophagusresektion mit Lymphadenektomie und Dünndarminterponat der DRG G03B zugeordnet, Fälle mit Dickdarminterponat sowie Fälle ohne Lymphadenektomie waren hingegen lediglich der DRG G03C zugewiesen. Folglich wurde die Abbildung der Fälle mit verschiedenartig kombinierten Gastrektomien kostenbezogen analysiert und in mehreren Varianten auch auf eine mögliche Höhergruppierung untersucht. Die Analysen zeigten, dass Fälle mit einem Darminterponat vergleichbare Kosten, unabhängig davon, ob es sich um ein Dick- oder Dünndarminterponat handelt, aufwiesen. Ebenfalls im Vorschlagsverfahren wurde angeregt, eine zusammen mit diesen Eingriffen an Magen und Ösophagus durchgeführte Lymphadenektomie daraufhin zu untersuchen, ob sich diese Eingriffe als weiteres Splittkriterium eignen. Analysen zeigten jedoch, dass die überwiegende Mehrheit der Fälle mit einem solchen Eingriff einen Code mit gleichzeitig durchgeführter Lymphadenektomie aufweist und zudem keine regelhaften Kostenunterschiede zwischen Fällen mit bzw. ohne Lymphadenektomie vorlagen. Daher werden im G-DRG-System 2016 alle Fälle mit *(Totaler) Gastrektomie mit subtotaler Ösophagusresektion und Darminterponat, mit / ohne Lymphadenektomie* einheitlich in der G03B abgebildet.

Laparoskopische Cholezystektomie

Bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2016 wurde ausgehend von verschiedenartigen Vorschlägen zum Thema Aufwertung bestimmter komplizierender Konstellationen

tionen oder Diagnosen bei laparoskopischen Cholezystektomien der Split zur DRG H08A *Laparoskopische Cholezystektomie* kritisch untersucht. Es zeigte sich als sachgerecht, die Splitbedingungen zur H08A für Fälle der Basis-DRG H08, die die Bedingung der Funktion *Komplizierende Konstellation I* erfüllen, zu erweitern. Des Weiteren wurde die mögliche Höhergruppierung von Fällen mit laparoskopischer Cholezystektomie bei Vorhandensein verschiedener Krankheiten (Diagnosen) analysiert. Als komplizierende Diagnose bei Cholezystektomie ergaben sich im Ergebnis für das G-DRG-System 2016 *Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser oder nichtinfektiöser Genese mit Organkomplikation* (R65.1, R65.3) und *Leberabszess* (K75.0). Dementsprechend werden diese Fälle ab 2016 in die höherbewertete DRG H08A eingruppiert.

Andere Eingriffe am Anus

Interne Analysen innerhalb der MDC 08 zu spezifischen Kosten der Fälle verschiedener Altersgruppen zeigten, dass Kinder, speziell in der Altersgruppe unter 14 Jahren, in der DRG G26Z *Andere Eingriffe am Anus* deutlich höhere Tageskosten aufwiesen als die Mehrheit der Fälle in der Altersgruppe über 13 Jahre. Des Weiteren zeigte sich, dass Fälle der Altersgruppe über 13 Jahre mit bestimmten bösartigen Neubildungen vergleichbar aufwendig waren wie die Fälle mit Kindern. Im Ergebnis wurde die DRG G26Z gesplittet und die als kostenaufwendiger identifizierten Fälle der neuen DRG G26A *Andere Eingriffe am Anus, Alter < 14 Jahre oder bei bestimmter bösartiger Neubildung* zugeordnet.

Implantation eines Antireflux-Stimulationssystems

Im Vorschlagsverfahren wurde von der Fachgesellschaft ein Vorschlag zur Aufwertung von Fällen mit Behandlung der gastroösophagealen Refluxkrankheit durch Implantation eines Antirefluxstimulationssystems (5-429.r) vorgelegt. Das Verfahren hat seit 2013 auch NUB-Status 1. Die Fälle wurden im G-DRG-System 2015 der DRG G19C *Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung [...] ohne komplexen Eingriff* zugeordnet. Von der Fachgesellschaft wurde eine Eingruppierung in die G04A *Adhäsionolyse am Peritoneum, [...] oder kleine Eingriffe oder bestimmte PTAs an abdominalen Gefäßen [...] vorgeschlagen*. Die Analysen bestätigten die Kostenaufwendigkeit der Fälle. Im Endergebnis werden für das G-DRG-System 2016 Fälle mit Implantation eines Antirefluxstimulationssystems der G04A zugeordnet.

Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen

In der Basis-DRG H09 wurde eine Änderung der Abbildung von Fällen mit Anlegen eines Stents bei portosystemischem Shunt (TIPSS) vorgenommen. Da seit dem Jahr 2013 für das Einlegen eines gecoverten oder ungecoverten Stents unterschiedliche OPS-Kodes vorliegen, konnte bei der Entwicklung des G-DRG-Systems 2016 anhand einer ausreichenden Anzahl von Fällen der Kostenunterschied bei Anwendung eines gecoverten oder eines ungecoverten Stents geprüft werden. Diese im Vorschlagsverfahren von der Fachgesellschaft angeregte Überprüfung wurde während der Weiterentwicklung in zahlreichen verschiedenen Varianten berechnet. Im Ergebnis wurden die Fälle mit perkutanem Anlegen eines ungecoverten Stents von der DRG H09A *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC, mit bestimmtem Eingriff an Leber, Pankreas und Gallengängen* in die den geringeren Kosten der Fälle besser entsprechende DRG H09B verschoben.

Intensivmedizinische Komplexbehandlung

Im G-DRG-System 2016 wurden auch in einigen der Abdominalchirurgie zugehörigen Basis-DRGs mehrere Umbauten im Sinne einer Aufwertung von Fällen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung vorgenommen.

- Erweiterung der Basis-DRG G36 um Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter mit mehr als 392 Aufwandspunkten und um Fälle mit aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung (Super-SAPS) mit mehr als 552 Aufwandspunkten. In diesem Zusammenhang erfolgte auch eine Änderung der Bedingung der DRG G01Z *Eviszeration des kleinen Beckens* und Etablierung einer neuen DRG G36C *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392/552/- Aufwandspunkte und < 1177/1105/- Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*.
- Aufwertung von Fällen mit aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung ab 369 Aufwandspunkten in folgenden Basis-DRGs: G02 *Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung [...]*, G03 *Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...]*, G16 *Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion [...]*, G18 *Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm [...]* und H01 *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen [...]*.
- Aufwertung von Fällen mit aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung ab 369 Aufwandspunkten und von Fällen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter ab 393 Aufwandspunkte in der Basis-DRG H01 *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen [...]*.

Weitere Umbauten

Für das G-DRG-System 2016 wurden in der Basis-DRG H12 *Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System* Fälle, die neben einem gruppierungsrelevanten Eingriff am hepatobiliären System auch eine endoskopische transgastrale Entfernung von Pankreasnekrosen mit Einlegen eines Stents aufweisen, aufgrund ihrer hohen Kosten von der DRG H12B in die DRG H12A *Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff* verschoben und somit aufgewertet.

In der Basis-DRG G19 *Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum* wurde die Abbildung von Fällen mit bestimmten Prozeduren kritisch überprüft. Im Ergebnis werden im G-DRG-System 2016 kostenentsprechend die Fälle mit einer Prozedur für *Myotomie des M. constrictor pharyngis ohne Pharyngotomie* (5-299.00) oder mit *laparoskopischer Ösophago-Gastromyotomie [Kardiomyotomie]* (5-420.22) oder mit *Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Pharynx* (5-292 ff) statt in die DRG G19B *Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...]* mit komplexem Eingriff in die dem Aufwand der Fälle besser entsprechende DRG G19C *[...] ohne komplexen Eingriff* eingruppiert.

Umbauten im Sinne einer Abwertung bestimmter unspezifischer Prozeduren wurden auch in der Basis-DRG H02 *Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen bei bösartiger Neubildung* vorgenommen. Die Prozeduren für *Andere Rekonstruktion der Gallengänge - Naht nach Verletzung* (5-516.0), *Destruktion an Gallenwegen* (5-514.40, .42) und für *sonstiges Einlegen oder Wechseln von selbstexpandierenden Stents und Stent-Prothesen in die Gallengänge* (5-517.x0, x2) bei einem offen chirurgischen Vorgehen oder bei Umsteigen laparoskopisch-offen chirurgisch wurden aus der Basis-DRG H02 in die Basis DRG H06 *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und*

Pankreas verschoben, da die Kosten der entsprechenden Fälle sich als deutlich geringer zeigten als die der anderen Fälle der Herkunfts-DRG.

3.3.2.2 Augenheilkunde

In der MDC 02 *Krankheiten und Störungen des Auges* sind die ophthalmologischen Erkrankungen bereits hochdifferenziert abgebildet. Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden dennoch erneut Vorschläge zur verbesserten Abbildung von aufwendigeren ophthalmologischen Fällen eingereicht.

So wurde im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für das Jahr 2016 darauf hingewiesen, dass ein erhöhter Aufwand sowohl bei Fällen mit beidseitigem Eingriff an den Augen als auch bei Fällen mit beidseitigem Eingriff an den Tränenwegen besteht. Nach Analyse zeigten sich allenfalls geringe Kostenunterschiede für diese Fälle, jedoch erhöhte Kosten für Fälle mit beidseitigem Eingriff an den Tränenwegen und einem weiteren beidseitigen Eingriff an den Augen. Dementsprechend wurden die betroffenen Fälle in DRG 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* aufgewertet.

3.3.2.3 Eingriffe an der Mamma

Bei der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems ergaben sich einige Änderungen, die sowohl Eingriffe an der Mamma als auch Eingriffe an Haut und Unterhaut betreffen.

Innerhalb der MDC 09 gibt es für Fälle mit beidseitigen Eingriffen an der Mamma viele spezifische Abbildungsmöglichkeiten, z.B. in der Basis-DRG J16 *Beidseitige Mastektomie [...]*. Aus dem Vorschlagsverfahren ging beispielsweise hervor, dass bisher keine spezifische Abbildung für Fälle mit beidseitigen, besonders aufwendigen Rekonstruktionsverfahren besteht. Es zeigte sich ein deutlicher Kostenunterschied zwischen einseitiger und beidseitiger Rekonstruktion der Mamma. Aufgrund dessen werden diese Fälle zukünftig der neuen DRG J12Z *Komplexe beidseitige plastische Rekonstruktion der Mamma* zugeordnet und dadurch deutlich aufgewertet.

3.3.2.4 Eingriffe an Haut und Unterhaut

Nach Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren wurde die Abbildung von Kindern mit Alter < 10 Jahre sowie von Neugeborenen mit Epidermolysis bullosa im G-DRG-System analysiert. Sowohl in der MDC 09 als auch in der MDC 15 konnten Kostenunterschiede festgestellt werden. Zum einen wurde daraufhin der Split zur DRG J61A *Schwere Erkrankungen der Haut [...], Hautulkus bei Para-/Terapl. [...]* um die Bedingungen Alter < 10 Jahre und Epidermolysis bullosa erweitert. Zum anderen wurden die Diagnosen für Epidermolysis bullosa (Q81.- und L12.3) in die Funktionen „schweres Problem“ bzw. „mehrere schwere Probleme bei Neugeborenen“ aufgenommen und damit innerhalb der MDC 15 aufgewertet.

Ebenso sollte im Zuge des diesjährigen Vorschlagsverfahrens überprüft werden, ob sich In-situ-Neubildungen als Splittkriterium eignen. Insbesondere sollte die Kombination von bösartigen Neubildungen der Haut oder Mamma oder einer entsprechenden In-situ-Neubildung mit einer (weiteren) In-situ-Neubildung analysiert werden. Allerdings ergaben sich erst für die Kombination von mindestens drei bösartigen oder In-situ-Neubildungen der Haut (davon mind. eine bösartige Neubildung) Kostenunterschiede, sodass zukünftig Fälle mit dieser Kombination explizit der DRG J22A *Andere Hauttransplantationen [...] ohne Weichteildeckung mit Mehrfachtumoren der Haut* zugeordnet werden.

Kleinflächige Weichteildeckungen (außer bei Verbrennungen), z.B. mit alloplastischem Material, zeigten systemweit deutlich geringere Kosten als andere operative Verfahren. Es wurde daher analysiert, ob eine Einstufung als operative Prozedur im G-DRG-System noch gerechtfertigt ist. Zahlreiche Analysen führten schließlich zu einer vollständigen Streichung der Gruppierungsrelevanz der temporären, kleinflächigen Weichteildeckungen (5-916.0, 5-916.1, 5-916.2, 5-916.3, 5-916.4).

3.3.2.5 Eingruppierung verstorbener Patienten

Bereits im australischen AR-DRG-System und somit auch im ersten deutschen DRG-System (G-DRG 1.0) von 2003 existierten einige Fallpauschalen, in denen in den ersten Tagen ihres Aufenthalts verstorbene Patienten spezifisch abgebildet waren. Ein Beispiel ist die DRG B70D *Apoplexie, verstorben oder verlegt < 5 Tage nach Aufnahme* (G-DRG 1.0). In den ersten Jahren der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems kamen einige wenige solche DRGs hinzu, z.B. die DRG T60D *Sepsis, verstorben < 8 Tage nach Aufnahme* (G-DRG 2004). Hintergrund dieser mitunter als „Todesfall-DRGs“ bezeichneten Klassen ist, dass sich früh verstorbene Fälle hinsichtlich einer Vielzahl von Parametern von den anderen Fällen der gleichen Basis-DRG unterscheiden können, etwa der Verweildauer oder der Tageskosten, und dies (insbesondere in DRGs mit vergleichsweise hohen Anteilen an verstorbenen Patienten) bei Abbildung in der gleichen DRG zu einer ungünstigen Beeinflussung von Verweildauer- und/oder Erlösparametern (z.B. der Relativgewichte) führen könnte.

Entsprechend kann die Etablierung eigenständiger DRGs für früh verstorbene (und zum Teil auch für früh verlegte Patienten) bei kürzerem Verweildauerprofil und oft auch höheren Tageskosten (beispielsweise aufgrund höheren Pflegeaufwands) der Fälle beispielsweise folgende Auswirkungen mit sich bringen:

- Höhere Vergütung bei sehr kurzer Verweildauer, insbesondere im Vergleich zur Abbildung über explizite oder implizite Ein-Belegungstag-DRGs
- Je nach Definitionskriterien und Profil der Basis-DRG höhere oder niedrigere Vergütung von Verstorbenen mit Verweildauern > 1 Tag (im Vergleich zu den anderen DRGs der Basis-DRG)
- Insbesondere bei Fällen nahe der Verweildauerschwelle sind auch deutlich geringere Vergütungen möglich
- Oft höhere Vergütung für die (verstorbenen oder nicht verstorbenen) Patienten mit längerer Verweildauer in der jeweiligen Basis-DRG

Da es somit weder eine eindeutige Tendenz hinsichtlich der Auswirkungen eigenständiger Todesfall-DRGs auf die Vergütung früh verstorbener Fälle gibt noch diesbezüglich ein festes Regelwerk für die Weiterentwicklung (zur Etablierung weiterer solcher DRGs

oder ggf. ihrer Abschaffung) vorliegt, blieb die Eingruppierung Verstorbener in den zurückliegenden Weiterentwicklungszyklen weitgehend unverändert. Im Einzelnen existierten im G-DRG-System 2015 die folgenden Basis-DRGs mit eigenständiger Abbildung früh verstorbener Patienten:

- **A13** *Beatmung > 95 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764/1656/1656 Aufwandspunkte*
- **B70** *Apoplexie*
- **P01** *Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur*
- **P60** *Neugeborenes, verstorben oder verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur*
- **P61** *Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 750 g*
- **P62** *Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750–999 g*
- **T60** *Sepsis*
- **W60** *Polytrauma, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme*

Für 2016 wurde im Vorschlagsverfahren angeregt, die Abbildung früh verstorbener Fälle systematisch zu untersuchen, insbesondere in DRGs, in denen der „Anteil der Fälle mit Entlassungsgrund Tod an den Fällen mit geringer Verweildauer von 2 bis 5 Tagen bei 10 Prozent oder höher“ liegt. Es wurde in diesem Vorschlag nicht spezifiziert, ob eher eine Problematik hinsichtlich Über- oder Untervergütung bestimmter Patientengruppen gesehen wird – was, wie dargestellt, ja auch nicht typischerweise eine eindeutige Tendenz aufweist.

Für die vom Vorschlag angeregte Prüfung, „ob sich das Merkmal Entlassungsgrund Tod in weiteren DRGs als Splitkriterium eignet“, existiert derzeit kein etablierter datengestützter Entscheidungsmechanismus. Das Maß der erklärten Streuung (R^2) ist an dieser Stelle sicher nicht geeignet, da aufgrund eines sehr starken Verweildauerbezugs bei Schaffung einer neuen „Todesfall-DRG“ immer mit einer daraus resultierenden deutlichen Verbesserung dieses Parameters zu rechnen ist.

Aufgrund der stets uneindeutigen Auswirkungen auf die Vergütung sowie der Grundsätzlichkeit der Thematik ist in Frage zu stellen, ob die Abbildung früh verstorbener Patienten überhaupt unter primär ökonomischen Gesichtspunkten diskutiert werden kann. Denn bei Gesamtwürdigung der Problematik lassen sich selbst bei eindeutigem Ergebnis der Fallkostenanalyse die nachfolgenden gegensätzlichen Fragen wohl nicht einfach und schnell beantworten:

- Eignet sich das Attribut „verstorben“ überhaupt als Definitionsparameter und damit ggf. Auslöser einer im Vergleich zum nicht-verstorbenen Fall geringeren Vergütung?
- Eignet sich das Attribut „verstorben“ überhaupt als Definitionsparameter und damit ggf. Auslöser einer im Vergleich zum nicht-verstorbenen Fall höheren Vergütung?

Daher wurde trotz einer Vielzahl durchgeführter Analysen für 2016 weder eine neue „Todesfall-DRG“ etabliert noch eine der bestehenden gestrichen, da jede Änderung je nach Einzelfall und je nach Sicht der Beteiligten als Vor- oder Nachteil hätte gewertet werden können.

Der Umgang mit den beschriebenen Fällen im G-DRG-Entgeltsystem bedarf der intensiven Reflexion und Diskussion. Entsprechend hat das InEK diesen Punkt der Selbstverwaltung zur Beratung vorgeschlagen. Daraus haben sich noch keine für 2016 umsetzbaren Ergebnisse ergeben.

3.3.2.6 Endokrinologie

Im Bereich Endokrinologie in der MDC 10 ergaben sich sowohl durch interne als auch durch externe Hinweise Änderungen in der Abbildung auffälliger Fälle.

Bei der wie in jedem Jahr durchgeführten systematischen Analyse auf Kostenauffälligkeiten von Patienten im Kindesalter zeigte sich eine relevante Anzahl von Fällen <16 Jahre, die in der DRG K63C *Angeborene Stoffwechselstörungen, 1 Belegungstag* deutlich höhere Kosten aufwiesen. Daher wurde die DRG K63C anhand der Bedingung Alter <16 Jahre gesplittet.

Diabetes mellitus

Die Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus wird vornehmlich in der MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* abgebildet, während Komplikationen und Folgeerkrankungen in Abhängigkeit von der zu behandelnden Morbidität in unterschiedlichen MDCs im G-DRG-System abgebildet werden. Die Zuordnung erfolgt dabei über die Hauptdiagnose.

Eine rein hauptdiagnoseabhängige MDC-Zuweisung wird der Komplexität der klinischen und ökonomischen Verläufe jedoch nicht in jedem Fall gerecht. Dies betrifft vor allem Fälle, deren Verlauf durch die Kombination mehrerer diabetesassoziierter Begleiterkrankungen bestimmt wird. So besteht für die Abbildung von Fällen mit diabetischem Fußsyndrom bereits seit vielen Jahren eine hochdifferenzierte Abbildung.

Bei einem Fall mit der Hauptdiagnose diabetisches Fußsyndrom kann entweder die konservative Behandlung der Grunderkrankung im Vordergrund stehen oder aber die operative oder interventionelle Behandlung einer Gefäßkomplikation. Im ersten Fall bietet die MDC 10, im zweiten Fall die operative Partition der MDC 05 hochdifferenzierte Abbildungsmöglichkeiten. Hierzu wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Umleitungen von der MDC 10 in die MDC 05 erstellt. Des Weiteren wurde innerhalb der MDC 05 die Basis-DRG F27 *Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen* etabliert (vgl. Abb. 8).


Zuordnung über Hauptdiagnose	und bestimmte operative Eingriffe
MDC 10 	MD05: Im Speziellen Basis-DRG F27
MDC 05	

Abbildung 8: Basis-DRG F27

Nach Hinweisen im Vorschlagsverfahren wurden Fällen mit komplexen Hauteingriffen, wie z.B. plastische Rekonstruktionen oder Hauttransplantationen, bei diabetischem Fußsyndrom auf ihre Abbildung im G-DRG-System untersucht. Es zeigte sich, dass auch diese Fälle in der MDC 05 differenzierter abgebildet werden können als in der MDC 10. Daher werden ab dem G-DRG-System 2016 diese Fälle ebenfalls in die Basis-DRG F27 umgeleitet und überwiegend der DRG F27B *Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC oder komplexer Arthrodeese des Fußes oder komplexe Hauteingriffe* zugeordnet.

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens wurde des Weiteren die Abbildung von Kindern bis 18 Jahre mit Diabetes mellitus im Zusammenhang mit der multimodalen Komplexbehandlung thematisiert. Bisher wurden nur Kinder < 16 Jahre der DRG K60A *Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 16 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus* zugeordnet. Laut der Fachgesellschaft verursachen aber auch Kinder < 18 Jahre durch vergleichbare Behandlungen ähnliche Kosten. Die Analyse der Daten bestätigte diesen Sachverhalt. Daher wurde zunächst die DRG K60A um die Bedingung Alter < 18 Jahre erweitert und anschließend nach der Bedingung Alter < 6 Jahre gesplittet, da diese Gruppe nochmals höhere Kosten aufwies als Kinder im Alter von 6–17 Jahren. Kinder zwischen 6 und 17 Jahren, die im G-DRG-System 2015 überwiegend in den DRGs K60A, K60D und K60E abgebildet waren, werden zukünftig in der DRG K60B *Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre und multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus* abgebildet, was für Patienten im Alter von 16 oder 17 Jahren einer Aufwertung aus den DRGs K60D und K60E entspricht.

Radiojodtherapie und -diagnostik

In der DRG K15A *Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, [...] mit hochkomplexer Radiojodtherapie* werden Fälle mit Radiojodablation mit rh-TSH-Gabe – dies betrifft vorwiegend Fälle mit Schilddrüsentumoren – sachgerecht abgebildet. Von der Fachgesellschaft wurde darauf hingewiesen, dass Fälle mit Radiojodablation ohne rh-TSH-Gabe bei bösartigen Schilddrüsentumoren, eine geringere Verweildauer aufweisen als Fälle mit Radiojodablation ohne rh-TSH-Gabe bei gutartigen Schilddrüsenerkrankungen. Beide Fallmengen führten im G-DRG-System 2015 in die DRG K15C *Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, [...] mit mäßig komplexer Radiojodtherapie*. Durch die geringere Verweildauer von Fällen mit bösartiger Neubildung ergaben sich eine Übervergütung dieser Fälle und eine Untervergütung der Radiojodtherapie bei gutartigen Schilddrüsenerkrankungen. Die Auflösung dieser Misch-DRG führt neben der Aufwertung von der Radiojodtherapie bei gutartigen Schilddrüsenerkrankungen auch zu einer Abwertung der Fälle mit bösartiger Neubildung. Dies zeigte sich zum einen anhand der Kalkulationsdaten als sachgerecht, zum anderen sah die Fachgesellschaft in der bisherigen Abbildung einen Fehlreiz für die Therapie von Schilddrüsenkarzinomen ohne rh-TSH-Gabe, sodass ein Split der DRG K15C nach dem Kriterium bösartige Neubildung explizit vorgeschlagen wurde. Tabelle 17 zeigt die Relativgewichte und mittleren Verweildauern der DRGs der Basis-DRG K15 im G-DRG-System 2016 und verdeutlicht nochmals den von der Fachgesellschaft benannten Verweildauerunterschied.

DRG	RG	VWD
K15A	1,158	3,3
K15B	1,199	6,2
K15C	0,901	3,6
K15D	1,028	7,0
K15E	0,669	3,5

Tabelle 17: Relativgewichte und VWD der Basis-DRG K15 im G-DRG-System 2016

Adipositaschirurgie

Interne Prüfungen ergaben, dass die DRG K04B *Große Eingriffe bei Adipositas ohne komplexen Eingriff* zum einen eine sehr geringe Fallzahl aufwies und zum anderen einen geringen Kostenunterschied zur DRG K04A zeigte. Aus diesem Grund wurden beide DRGs zur neuen DRG K04Z *Große Eingriffe bei Adipositas* kondensiert.

3.3.2.7 Epilepsie

Konservativ behandelte Fälle mit einer Epilepsie werden in der Basis-DRG B76 *Anfälle* abgebildet. Diese ist bereits im G-DRG-System 2015 anhand zahlreicher verschiedener Attribute, wie beispielsweise Alter, PCCL oder auch komplizierende Nebendiagnose, sechsfach differenziert. Diese und weitere Splitkriterien werden routinemäßig auf ihre Eignung als Kostentrenner überprüft und ggf. Modifikationen vorgenommen.

Als Ergebnis konnte in diesem Jahr eine neue Kinder-DRG B76D *Anfälle, ein Belegungstag oder [...], Alter < 1 Jahr* etabliert werden. Weiterhin gelang es, Fälle mit organischem Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma innerhalb der Basis-DRG B76 besserzustellen.

3.3.2.8 Extremkosten

Der Gesetzgeber hat die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene mit § 17b Abs. 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) aufgefordert, das InEK mit der systematischen Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern zu beauftragen. Zum 17. März 2015 hat das InEK erstmals den sogenannten Extremkostenbericht vorgelegt, in dem die Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern auf Basis des Datenjahres 2013 aufgearbeitet wurde. In diesem Bericht wird transparent und umfassend die Vorgehensweise zur Ermittlung und Analyse von Extremkostenfällen erläutert sowie auf verbesserte Abbildungen im G-DRG-System 2015 eingegangen. Wie dort dargestellt, können Veränderungen in der G-DRG-Systematik einen erheblichen Beitrag zur verbesserten Abbildung der Extremkostenfälle leisten. Wie bereits im Jahr 2015 ist auch die Weiterentwicklung zur G-DRG-Version 2016 in starkem Maße von den Erkenntnissen aus den Extremkostenanalysen geprägt.

Auch nach Jahren der Weiterentwicklung finden sich im G-DRG-System noch immer 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. In diesem Jahr wurde darüber hinaus das Augenmerk auf Extremkostenausreißer im Sinne des Extremkostenberichts gelegt. Insgesamt handelt es sich häufig um verschiedene, sehr seltene Problematiken, bei deren Identifizierung u.a. Analysen in über die nach § 21 KHEntgG hinausgehenden Fallinformationen wie ergänzende Datenlieferungen notwendig sind.

Neben einer Vielzahl von Detailveränderungen zur Verbesserung der Abbildung spezifischer aufwendiger Leistungen erwiesen sich im Rahmen der diesjährigen klassifikatorischen Weiterentwicklung der G-DRG-Systems vier systematische Ansätze als besonders geeignet, um die Vergütungssituation von Extremkostenfällen zu verbessern:

- eine Modifikation der PCCL-Formel (für technische Details siehe Kap. 3.3.1.4),
- zahlreiche Anpassungen hinsichtlich der Prozeduren der intensivmedizinischen Komplexbehandlung,
- eine verbesserte Abbildung von Fällen mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern (siehe hierzu Kap. 3.3.2.4) sowie
- die systematische Überprüfung von Fällen mit einem Belegungstag (siehe Kap. 3.3.2.9).

Auf die beiden erstgenannten Ansätze wird im Folgenden näher eingegangen, während die letzten beiden Ansätze detailliert in den jeweiligen Kapiteln ausgeführt werden.

Die Modifikation der PCCL-Formel hinsichtlich einer Verbesserung der Abbildbarkeit von Fällen mit schwersten Komplikationen und/oder Komorbiditäten ermöglicht mit den Splitkriterien $PCCL > 4$ bzw. $PCCL > 5$ die Aufwertung von Fällen mit schwersten Begleiterkrankungen. Exemplarisch führen wir dies an den Basis-DRGs F06 *Koronare Bypass-Operation* und A11 *Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764/1656/1656 Aufwandspunkte* aus.

Abbildung 9 zeigt den Zusammenhang von Schweregrad (PCCL), Fallzahl (relativ in Bezug auf die DRG) und Kosten in der DRG F06F vor dem Einbau der Splitbedingung $PCCL > 4$. Die Größe der Blasen zeigt dabei den relativen Anteil der Fälle innerhalb der DRG mit dem jeweiligen Schweregrad an: z.B. haben 83,3% der Fälle einen PCCL von 0 bis 3. Die Lage der Mittelpunkte der Blasen zeigt die mittleren Kosten der jeweiligen Gruppe an. Offensichtlich weist die sehr kleine Gruppe der Fälle mit PCCL = 5 oder PCCL 6 (ca. 1,6% der Gesamtfallzahl) deutlich höhere Kosten auf. Das Kriterium $PCCL > 4$ eignet sich als Splitbedingung, um eine geringe Anzahl von (sehr) teuren Fällen aus der DRG F06F in die DRG F06E *Koronare Bypass-Operation [...] mit [...] schwersten CC [...] aufzuwerten*. Aus den deutlich höheren Kosten der Fälle resultiert für 2016 somit ein deutlicher Erlösunterschied.

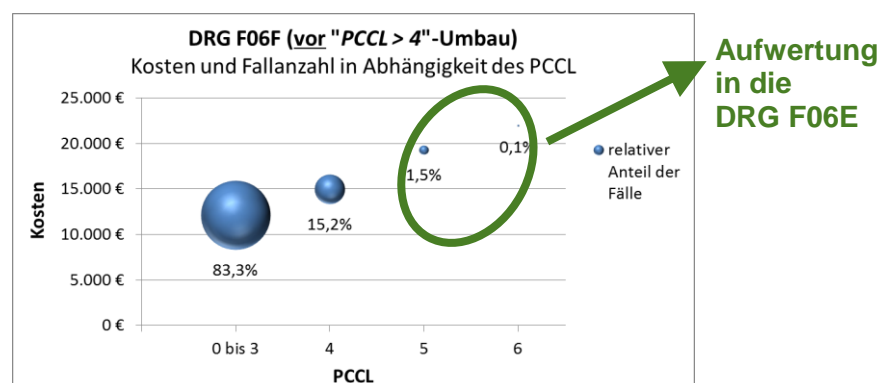


Abbildung 9: Darstellung des Zusammenhangs von Schweregrad, Fallzahl und Kosten in der DRG F06F vor dem Einbau der Splitbedingung PCCL > 4

Entsprechend zeigt Abbildung 10, dass sich das Kriterium PCCL > 5 eignet, um in der Basis-DRG A11 eine sehr geringe Anzahl von (sehr) teuren Fällen aus den DRGs A11H und A11I in die DRG A11G *Beatmung > 249 Stunden [...], Alter > 5 Jahre, mit kompl. Diagnose oder Prozedur oder Alter < 16 J. oder schwerste CC* aufzuwerten. Aus den unterschiedlichen Kosten zwischen Herkunfts-DRGs und Ziel-DRG ergibt sich ein deutlich verbesserter Erlös für die aufgewerteten Fälle. In Bezug auf die DRG A11H verbessert sich zusätzlich die Situation der Langlieger aufgrund der niedrigeren OGV und des höheren Langliegerzuschlags der Ziel-DRG.

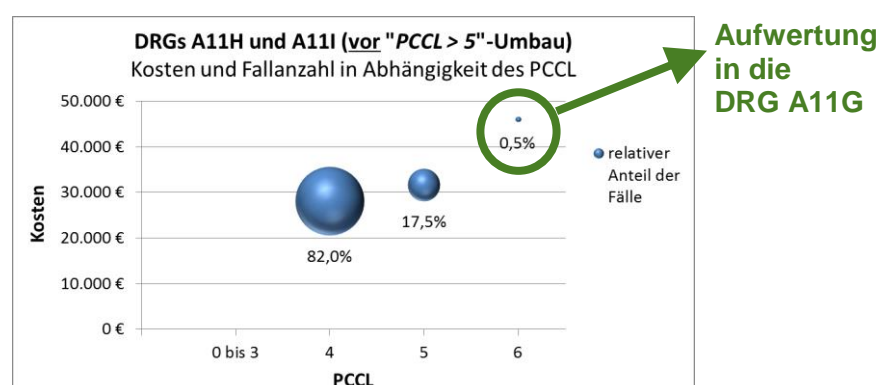


Abbildung 10: Darstellung des Zusammenhangs von Schweregrad, Fallzahl und Kosten in den DRGs A11H und A11I vor dem Einbau der Splitbedingung PCCL > 5

Im G-DRG-System 2016 finden sich derartige PCCL-Splits zunächst an einigen wenigen Stellen, an denen sich dies zur Verbesserung der Vergütungssituation von Extremkostenausreißern besonders eignet: Neben den gerade vorgestellten Basis-DRGs A11 und F06 sind dies die Basis-DRGs A17 *Nierentransplantation*, A42 *Stammzellentnahme bei Eigenspender*, B02 *Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation*, E02 *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen*, R60 *Akute myeloische Leukämie*, R61 *Lymphom und nicht akute Leukämie*, R63 *Andere akute Leukämie* und Y03 *Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen* (alle jeweils mit PCCL > 4).

Die im Rahmen der letzten Kalkulationsphase begonnene Analyse des sogenannten „Super-SAPS“ im G-DRG-System wurde in diesem Jahr fortgesetzt. Für Fälle mit diesen Prozeduren für die „Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung“, die im OPS 2013 zur Abbildung hochaufwendiger Intensivpatienten ohne Langzeitbeatmung,

aber auch zur Differenzierung innerhalb der Beatmungs-DRGs etabliert worden waren, wurden im Vorjahr bereits zahlreiche Anpassungen des G-DRG-Systems vorgenommen. Allerdings wurden diese Änderungen bislang nur bei erheblichen Kostendifferenzen in intensivmedizinischen DRGs umgesetzt. In diesem Jahr wurden diese komplexen Fallkonstellationen nun erneut betrachtet, wobei auch eine Überprüfung aller weiteren bislang zur Gruppierung verwendeten Kriterien (Prozeduren, Diagnosen, Alter, PCCL,...) erfolgte. Neben den Beatmungs-DRGs der Prä-MDC wurden sowohl andere intensivmedizinische DRGs, in denen diese Prozeduren bereits abgebildet waren, als auch Fallpauschalen, in denen die intensivmedizinische Komplexbehandlung bislang keine Berücksichtigung fand, analysiert.

Insgesamt findet die „Intensivmedizinische Komplexbehandlung“ 2016 wesentlich häufiger Berücksichtigung als im Vorjahr. An vielen weiteren Stellen des Algorithmus wurden die Prozeduren für „Intensivmedizinische Komplexbehandlung“ mit individuell an die jeweiligen Fallpauschalen angepassten Punktwerten ins G-DRG-System implementiert. Dieser Prozess wird sich – je nach Datenlage – auch in den kommenden Jahren weiter fortsetzen.

Neben den genannten systematischen Umbauten wurden im Rahmen der klassifikatorischen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems an vielen Stellen Extremkostenanalysen vorgenommen. Die daraus resultierenden zahlreichen Umbauten werden anschließend kurz zusammengefasst und in den einzelnen Kapiteln dieses Berichts dann detailliert beschrieben.

Die MDC 01 beinhaltet Fälle mit *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*. Im Rahmen von Einzelfallanalysen fanden sich jedoch Konstellationen, bei denen aufgrund einer vorliegenden Nebendiagnose – beispielsweise Knochenmetastasen – hochpreisige und für diese Hauptdiagnosegruppe untypische Prothesen implantiert werden mussten. Im G-DRG-System 2016 werden derartige Prozeduren für bestimmte hochaufwendige Implantate in die Bedingung der DRG B36B *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176/1104/1104 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 588/552/552 Punkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder bestimmte hochaufwendige Implantate* abgebildet, wo diese besonderen Einzelfälle sachgerecht abgebildet sind.

Im Rahmen der Extremkostenanalysen rückte innerhalb der MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* vor allem die Basis-DRG E77 *Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane* in den Fokus. Die Abbildung von Fällen mit bestimmten, als besonders kostenintensiv identifizierten Konstellationen konnte durch eine Reihe von Umbauten nachhaltig verbessert werden: z.B. wurden Fälle mit Hauptdiagnose *Pneumonie durch Pseudomonas* in verschiedenen DRGs der Basis-DRG E77 aufgewertet.

In der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* wurde zum einen die Abbildung von Fällen mit Implantation eines Zwei-Kammer-Defibrillators und äußerst schweren CC bzw. mit Implantation eines Defibrillators mit subkutaner Elektrode innerhalb der Basis-DRG F01 *Implantation Kardioverter/Defibrillator (AICD) oder Implantation eines myokardmodulierenden Systems* verbessert. Zum anderen konnten Fälle mit Zweifacheingriff und Ersatz oder Wechsel der Aortenklappe durch ein ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten in die DRG F03A *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie oder bestimmter Zweifacheingriff* aufgewertet werden.

Die perorale endoskopische Ösophagomyotomie (POEM) wurde in der MDC 06 als kostenintensiv identifiziert. Fälle mit dieser Prozedur wurden aus den DRGs G47Z *Gastroskopie [...] ohne äußerst schwere oder schwere CC [...]* und G50Z *Komplexe therapeutische Gastroskopie [...]* in die DRG G46B *Komplexe therapeutische Gastroskopie [...]* verschoben und damit deutlich aufgewertet.

In der MDC 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* ist hier die Basis-DRG H41 *ERCP* zu nennen. Insbesondere durch die Etablierung einer neuen DRG H41B *Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur* konnten Extremkostenfälle bessergestellt werden, z.B. Fälle mit bestimmten transgastralen endoskopischen Eingriffen am Pankreas mit Einlage eines Stents.

Im Jahr 2015 wurden bereits Fälle mit *Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation von extrakorporal expandierbaren Stangen* mit zwei und mehr Implantaten in die DRG I06A *Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit hochkomplexem Korrekturingriff oder bestimmtem mehrzeitigen Eingriff [...]* aufgewertet. Die Analyse der Daten des Datenjahres 2014 zeigte erhöhte Kosten auch für die Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch die Implantation einer extrakorporal expandierbaren Stange. Die Vergütungssituation solcher Fälle konnte durch eine Aufwertung in die I09A *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, mit sehr komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC oder mehrzeitiger komplexer Eingriff oder komplexer Eingriff mit Wirbelkörperersatz oder verschiedene komplexe Eingriffe an mehreren Segmenten* verbessert werden.

In der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* fielen Fälle mit beidseitiger plastischer Rekonstruktion der Mamma mit freiem Haut-/Muskeltransplantat, bzw. freiem lipokutanem Transplantat mit mikrovaskulärer Anastomosierung mit hohen Kosten auf. Für diese Fälle konnte die neue DRG J12Z *Komplexe beidseitige plastische Rekonstruktion der Mamma* etabliert werden, um ihre Vergütungssituation erheblich zu verbessern. Des Weiteren wurde eine verbesserte Abbildung von Extremkostenfällen durch die Aufwertung von Kindern mit Alter < 10 Jahre und der Diagnose *Epidermolysis bullosa* in die DRG J61A *Schwere Erkrankungen der Haut [...], Hautulkus bei Para-/Tetrapl. [...]* erreicht.

Darüber hinaus wurde die bisherige DRG L12Z anhand des Kriteriums „mehr als neun Bestrahlungen“ aufgespalten in die DRGs L12A *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen* und L12B [...], *weniger als 10 Bestrahlungen*. Durch die so erzielte sachgerechtere Vergütung innerhalb der Basis-DRG L12 konnte die Vergütungssituation der Extremkostenfälle erheblich verbessert werden.

Nach Analyse der Fälle der MDC 14 *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* wurden Fälle mit *Tamponade von Uterus und Vagina mit Einführung eines Tamponade-Ballons* innerhalb der MDC in den Basis-DRGs O01 *Sectio caesarea [...]*, O02 *Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur* und O60 *Vaginale Entbindung [...]* aufgewertet, da sie in ihren Ursprungs-DRGs durch deutlich höhere Kosten auffielen.

Diese und zahlreiche weitere Extremkostenumbauten werden in den jeweiligen Kapiteln zu den einzelnen Themengebieten detailliert beschrieben.

Ferner verweisen wir auf den zweiten Extremkostenbericht, der zum 29.02.2016 veröffentlicht wird.

3.3.2.9 Fälle mit einem Belegungstag

Fälle, die am Aufnahmetag wieder entlassen werden, ebenso wie Fälle mit einer Übernachtung im Krankenhaus (Entlassung am Folgetag des Aufnahmetages) werden im G-DRG-System als Fälle mit einem Belegungstag (nachfolgend auch als „Tagesfälle“ bezeichnet) betrachtet. Die zur Abrechnung kommenden effektiven Relativgewichte dieser Fälle kommen dabei auf drei unterschiedlichen Wegen zustande:

Explizite Ein-Belegungstag-DRGs

Diese Fallpauschalen sind im Grouper-Algorithmus explizit mit der Bedingung „Verweildauer = 1 Belegungstag“ definiert. Folglich enthalten diese DRGs ausschließlich Fälle mit einem Belegungstag – alle Fälle sind Inlier. Das Relativgewicht dieser DRGs wird somit direkt aus den mittleren Kosten der zugeordneten Tagesfälle ermittelt.

Abbildung 11 zeigt ein Beispiel für eine solche explizite Ein-Belegungstag-DRG:

DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere VWD
B70I	Apoplexie, ein Belegungstag	0,332	1,0

Abbildung 11: Ausschnitt aus dem Fallpauschalen-Katalog für 2016 für DRG B70I

Enthält eine DRG die Bedingung „Verweildauer = 1 Belegungstag“ als eine von mehreren alternativen Bedingungen (logisches Oder), dann enthält diese DRG nicht ausschließlich Tagesfälle und kann somit keine explizite Ein-Belegungstag-DRG sein. In diesem Fall erfolgt die Vergütung von Tagesfällen über Abschläge bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer (und damit gemäß Punkt 2. oder 3. der nachfolgenden Darstellung).

Abbildung 12 zeigt ein Beispiel aus dem Fallpauschalen-Katalog 2016:

DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere VWD	Erster Tag mit Abschlag
B66D	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre	0,840	5,8	1

Abbildung 12: Ausschnitt aus dem Fallpauschalen-Katalog für 2016 für DRG B66D

Implizite Ein-Belegungstag-DRGs

In DRGs mit einer unteren Grenzverweildauer (UGV) von 2 Tagen (im Katalog als „erster Tag mit Abschlag = 1“ ausgewiesen) ist die einzige Konstellation, bei der ein Abschlag wegen Unterschreitens der unteren Grenzverweildauer in Betracht kommt, ein Fall mit einem Belegungstag. Die Kalkulation des Abschlags muss also nur genau dieser Situation gerecht werden. Sofern in den plausiblen Kalkulationsdaten in einer DRG mit UGV = 2 eine ausreichende Anzahl von Fällen mit einem Belegungstag vorliegt, ist es möglich und sachgerecht, den Abschlag derart zu ermitteln, dass das resultierende

effektive Relativgewicht für Tagesfälle demjenigen entspricht, das bei Etablierung einer expliziten Ein-Belegungstag-DRG ausgewiesen worden wäre.

Somit ergibt sich auch in diesem Fall die Vergütung der Tagesfälle direkt aus den mittleren Kosten der der jeweiligen DRG zugeordneten Fälle mit einem Belegungstag – ohne dass eine eigenständige Tagesfall-DRG in Grouper und Katalog sichtbar wäre. Diese seit Jahren vom InEK angewandte Vorgehensweise bezeichnet man auch als **implizite Ein-Belegungstag-DRG**.

Abbildung 13 zeigt ein Beispiel dafür:

DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere VWD	Erster Tag mit Abschlag	Abschlag bei Unterschreiten UGV
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC	0,660	5,1	1	0,485

Abbildung 13: Ausschnitt aus dem Fallpauschalen-Katalog für 2016 für DRG F70B

Das effektive Relativgewicht eines Tagesfalles in dieser DRG ergibt sich aus:
 $(0,660 - 0,485) = 0,175$. Für eine explizite Ein-Belegungstag-DRG „Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC, ein Belegungstag“ würde sich das identische Relativgewicht ergeben.

DRGs mit normativ ermitteltem Kurzliegerabschlag

Bei einer UGV von mehr als 2 Tagen (oder bei UGV = 2 und einer für die Kalkulation gemäß Abschnitt „Implizite Ein-Belegungstag-DRGs“ nicht ausreichenden Anzahl von Tagesfällen) wird der Abschlag für das Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer normativ berechnet. Dabei spielen die variablen Kosten der Inlier (Fallkosten ohne die sogenannte Hauptleistung) und die mittlere Verweildauer sowie die Höhe der UGV eine Rolle. Im Ergebnis kann sich ein effektives Relativgewicht für Tagesfälle ergeben, das von den mittleren Kosten der Tagesfälle abweicht.

Abbildung 14 zeigt ein Beispiel für eine DRG mit normativ ermitteltem Kurzliegerabschlag:

DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere VWD	Erster Tag mit Abschlag	Abschlag bei Unterschreiten UGV
F70A	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren CC	1,701	10,7	3	0,409

Abbildung 14: Ausschnitt aus dem Fallpauschalen-Katalog für 2016 für DRG F70A

Das effektive Relativgewicht eines Tagesfalles in der DRG F70A ergibt sich aus:
 $(1,701 - 3 * 0,409) = 0,474$.

Im Gegensatz zu expliziten/impliziten Ein-Belegungstag-DRGs ergibt sich der Erlös der Tagesfälle hier **nicht** direkt aus den mittleren Kosten der jeweiligen DRG zugeordneten Fälle mit einem Belegungstag. Inwieweit das im Vergleich zu den Tagesfällen der DRG F70B deutlich höhere effektive Relativgewicht für Tagesfälle der F70A hier auch in entsprechendem Maße höheren Kosten der Fälle (z.B. aufgrund der Begleiterkrankungen) entspricht, kann anhand der Kalkulationsdaten überprüft werden.

Systematische Überprüfung für das G-DRG-System 2016

Im Zuge der Weiterentwicklung zur G-DRG-Version 2016 wurde eine systematische Analyse zur Abbildung von Tagesfällen durchgeführt. Dabei ist als mit Abstand wichtigstes Ergebnis zunächst festzustellen, dass deutlich über 90% aller Tagesfälle im G-DRG-System bereits in expliziten oder impliziten Ein-Belegungstag-DRGs abgebildet sind und somit bereits orientiert an den typischen Ist-Kosten sachgerecht vergütet werden. Bei der Überprüfung der verbleibenden Fälle steht u.a. die Frage im Vordergrund, ob sich Splitkriterien, die typischerweise anhand von Kostenunterschieden bei Inliern etabliert worden sind, in der jeweiligen Basis-DRG gleichermaßen auch für Tagesfälle eignen. So ist beispielsweise zu prüfen:

- a) Wenn innerhalb einer Basis-DRG Tagesfälle deutlich unterschiedliche Erlöse erzielen (z.B. weil eine unterschiedliche Eingruppierung in DRGs mit unterschiedlicher unterer Grenzverweildauer und somit unterschiedlichem Verfahren der Abschlagsermittlung erfolgt), sind die entsprechenden Erlöse im Hinblick auf die Kosten der Tagesfälle sachgerecht? Oder wäre bei ähnlichen Kosten eine einheitliche Abbildung der Tagesfälle geeigneter?
- b) Gibt es innerhalb der Gruppe der Tagesfälle erhebliche Unterschiede in Bezug auf Leistungen und Kosten der Fälle untereinander, die in dieser DRG eine noch differenziertere Abbildung der Tagesfälle nahelegen?

Ein Beispiel für Konstellation a) ist die Weiterentwicklung der Basis-DRG I69 *Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien* [...]. Diese war im G-DRG-System 2015 anhand verschiedener Diagnosebedingungen unterteilt in eine DRG I69A *mit komplexer Diagnose oder [...] bei Para-/Tetraplegie* und eine DRG I69B ohne diese Kriterien. Bei der Analyse der Tagesfälle zeigten sich diese in beiden DRGs mit so ähnlichen Kosten, dass zukünftig eine einheitliche Abbildung in der umgestalteten DRG I69B *Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien ohne komplexe Diagnose oder ein Belegungstag* erfolgt:

DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweildauer
I69A	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien mit komplexer Diagnose oder Muskel- und Sehnenerkrankungen bei Para-/Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag	0,865	8,8
I69B	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien ohne komplexe Diagnose oder ein Belegungstag	0,686	6,7

Abbildung 15: Ausschnitt aus dem Fallpauschalen-Katalog für 2016 für die DRGs I69A und I69B

Somit erfolgt zukünftig eine Abbildung aller Tagesfälle der Basis-DRG I69 als implizite Ein-Belegungstag-DRG, ausgehend von den Ist-Kosten der Tagesfälle, während zuvor die Vergütung in der DRG I69A aufgrund der längeren mittleren Verweildauer mittels normativ ermitteltem Abschlag erfolgte.

Ein Beispiel für Konstellation b) ist die Umgestaltung der DRG L64 *Harnsteine und Harnwegsobstruktion oder Urethrastrikturen, andere leichte bis moderate Erkrankungen der Harnorgane* [...] für das G-DRG-System 2016. Nach detaillierter Analyse der Kosten- und Leistungsparameter werden Tagesfälle in dieser DRG auch weiterhin differenziert abgebildet, jedoch mit leicht von der Einteilung bei den Inliern abweichenden Splitkriterien. Bestimmte Hauptdiagnosen oder ein hoher PCCL, die für Inlier bewährte Kostentrenner darstellen, zeigen bei Tagesfällen keinen Zusammenhang mit den Fallkosten – die Splitkriterien *Alter < 14 Jahre* und *Urethrozystoskopie* hingegen schon. Folglich werden Fälle mit einem Belegungstag innerhalb der Basis-DRG L64 ab dem Jahr 2016 wie folgt eingruppiert:

- Tagesfall mit Urethrozystoskopie L64A
- Tagesfall < 14 Jahre L64B
- Alle anderen Tagesfälle, unabhängig von Hauptdiagnose/PCCL L64C

DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere VWD	Erster Tag mit Abschlag	Abschlag bei Unterschreiten UGV
L64A	Harnsteine und Harnwegsobstruktion mit äußerst schweren oder schweren CC [...] oder andere leichte bis moderate Erkrankung der Harnorgane [...], mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie	0,584	3,8	1,0	0,210
L64B	Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC [...], Alter < 14 Jahre	0,441	2,5	1,0	0,146
L64C	Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC [...], Alter > 13 Jahre	0,348	2,6	1,0	0,147

Abbildung 16: Ausschnitt aus dem Fallpauschalen-Katalog für 2016 für die DRGs L64A, L64B, L64C

Wie der Ausschnitt aus dem Fallpauschalen-Katalog zeigt, weisen alle drei DRGs der Basis-DRG L64 eine UGV von 2 Tagen auf, können also bei ausreichender Fallzahl als implizite Ein-Belegungstag-DRGs kalkuliert werden. Die effektiven Bewertungsrelationen für Tagesfälle fallen jedoch – entsprechend den deutlich unterschiedlichen Kosten der Fallmengen – mit 0,374 / 0,295 / 0,201 erheblich unterschiedlich aus.

Die dargestellte systematische Überprüfung aller Tagesfälle im G-DRG-System führte letztlich für das Jahr 2016 zur Etablierung von vier neuen expliziten Ein-Belegungstag-

DRGs sowie Anpassungen (wie den oben gezeigten) ohne Etablierung neuer DRGs in weiteren 24 Basis-DRGs.

3.3.2.10 Frührehabilitation

Bei der Abbildung frührehabitativer Leistungen im G-DRG-System hat sich im Vergleich zum Vorjahr erneut keine Änderung ergeben. Für den weitaus überwiegenden Anteil der Fallpauschalen müssen weiterhin nach § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG krankenhausspezifische Entgelte vereinbart werden, was der geringen Bereitschaft der entsprechenden Leistungserbringer zur Teilnahme an der Kalkulation geschuldet ist. Die vorliegenden Daten lassen eine Bewertung weiterer DRGs nicht zu, sodass von den 17 DRGs für neurologisch-neurochirurgische bzw. fachübergreifende Frührehabilitation von mehr als 14 Tagen weiterhin lediglich die Basis-DRG B42 *Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage* mit Relativgewichten versehen werden konnte.

3.3.2.11 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren

Die Versorgung von Blutern kann im Einzelfall für die Krankenhäuser ein hohes, unvorhersehbares finanzielles Risiko darstellen, da die Arzneimittelkosten für Gerinnungsfaktoren bis zu mehreren Hunderttausend Euro betragen können und für ein einzelnes Krankenhaus nicht absehbar ist, ob und in welchem Umfang im Budgetjahr solche Patienten behandelt werden. Ein derartiges Risiko ist durch ein pauschaliertes System nicht abbildbar. Aus diesem Grund existiert seit Einführung des G-DRG-Systems ein unbewertetes extrabudgetäres Zusatzentgelt für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren. Die vergütungsrechtliche Sonderstellung des „Bluter-ZEs“ beinhaltete bis 2012 den Umstand, dass laut § 17b Abs. 1 Sätze 12, 13 KHG die Höhe der Entgelte „nach Regionen differenziert festgelegt werden“ konnte. Die genauen Regelungen, welche Fälle dem Zusatzentgelt zuzuordnen waren, unterschieden sich von Bundesland zu Bundesland, beispielsweise auch in Hinblick auf die Berücksichtigung erworbener Gerinnungsstörungen.

Erstmals mit dem G-DRG-System 2013 wurde eine bundeseinheitliche Definition von den Selbstverwaltungspartnern verabschiedet, indem zwei verschiedene Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutgerinnungsstörungen etabliert wurden, die durch Kombinationen bestimmter Prozeduren- und Diagnosekodes definiert sind: das extrabudgetäre unbewertete Zusatzentgelt ZE20XX-97 *Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren* und das intrabudgetäre unbewertete Zusatzentgelt ZE20XX-98 *Gabe von Blutgerinnungsfaktoren*. Das Zusatzentgelt ZE20XX-97 dient der Vergütung von Fällen mit angeborenen und dauerhaft erworbenen Blutgerinnungsstörungen. Für Fälle mit anderen oder temporären Blutgerinnungsstörungen kann dagegen das Zusatzentgelt ZE20XX-98 abgerechnet werden, wenn ein definierter Schwellenwert überschritten wird. Für die Jahre 2014 und 2015 galt ein Schwellenwert von 9.500 € für die Summe der im Rahmen der Behandlung des Patienten für Blutgerinnungsfaktoren angefallenen Beträge. Gemäß dem Entschluss der Selbstverwaltungspartner sollte erstmals ab dem Jahr 2016 dieser Schwellenwert auf Grundlage von Kalkulationsdaten festgelegt werden.

Dementsprechend erfolgte im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung eine umfangreiche Analyse aller Fälle mit Gabe von Gerinnungsfaktoren. Im Datenjahr 2014 lagen erstmals durch Definition differenzierter Dosisklassen für die Gerinnungsfaktoren (neu definiert über den OPS Version 2014) und durch die obligate Verschlüsselung der

zu differenzierenden ICD-Kodes gemäß Tabelle 3, Anlage 7 des Fallpauschalen-Katalogs mit zusätzlichen ICD-Schlüsselnummern (U69.11! für dauerhaft Gerinnungsstörungen und U69.12! für temporäre Gerinnungsstörungen) die notwendigen Informationen in der regulären Datenlieferung vor. Neben den ICD-Kodes zur Fallidentifikation und den OPS-Kodes mit faktorspezifischer Dosisklasse enthielt der DRG-Datensatz gem. § 21 KHEntgG darüber hinaus Angaben zu den abgerechneten Entgelten für die genannten Zusatzentgelte. Allerdings lagen nur für die Fälle aus den Kalkulationskrankenhäusern mittels ergänzender Datenbereitstellung detaillierte Daten zur kumulativen Dosis und zu den genauen Kosten je Gerinnungsfaktor vor, die entscheidend für eine exakte datenbasierte Analyse zum Schwellenwert erforderlich sind. Für Daten aus Krankenhäusern, die nicht an der Kostenkalkulation teilnehmen, liegen dagegen weder Kosten noch genaue Dosisangaben zu Gerinnungsfaktoren vor. Aus diesem Grund erfolgte die Abschätzung der Kosten mittels eines „Erwartungswertes“. Der Erwartungswert für jeden Faktor berechnet sich wie folgt: Dosis gemäß verschlüsselter OPS-Kode multipliziert mit den typischen Kosten pro Einheit (ermittelt aus der ergänzenden Datenbereitstellung aller gelieferten Fälle aus Kalkulationskrankenhäusern). Ungenau wird dieser Erwartungswert im Wesentlichen dadurch, dass der OPS-Kode Intervallangaben enthält, d.h. die genaue verabreichte Menge ist nicht bekannt. Um anhand der verschlüsselten Dosisklasse dennoch eine realistische Abschätzung vornehmen zu können, wurde als Schätzer für die unbekannte Dosis der Klassenmittelwert des Dosisintervalls angenommen.

Ein Beispiel für eine derartige Abschätzung der Kosten ist in Tabelle 18 dargestellt. Für den dargestellten exemplarischen Fall aus einem Kalkulationskrankenhaus mit einer temporären Gerinnungsstörung wurden im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung für insgesamt drei Gerinnungsfaktoren die genaue Dosis und die jeweils entstandenen Kosten übermittelt. Gemäß der ergänzenden Datenbereitstellung entfiel auf die Summe der Gerinnungsfaktoren ein Betrag von 8.820 €. Eine Abschätzung der Kosten mit Hilfe der oben beschriebenen Vorgehensweise anhand der mittleren Dosis der OPS-Klasse und der typischen Kosten pro Dosis führte dagegen zu abgeschätzten Kosten von insgesamt 11.400 €. Damit wäre dieser Fall auf Basis von abgeschätzten Kosten in die (für 2014 und 2015) gültige Definition des ZE20XX-98 (Schwellenwert von 9.500 €) gefallen, die wahren Kosten lagen dagegen unterhalb der Schwelle. Eine Abrechnung über das genannte Zusatzentgelt ist damit nicht möglich gewesen. Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass bei einigen Gerinnungsfaktoren die Unsicherheit der Kostenabschätzung (begründet durch große Klassenbreite) zum Teil bei ± 10.000 € lag.

Gerinnungsfaktor	Kode gemäß §21-Lieferung	Dosisklasse gemäß OPS-Kode	mittlere Dosis gemäß OPS	Erwartungswert der Kosten [€]	Dosis gemäß ED	Kosten gemäß ED
Rekombinanter aktivierter Faktor VII	8-810.68	300 KIE bis unter 400 KIE	350	5.950	300	4.500
Plasmatischer Faktor VIII	8-810.97	3.000 Einh. unter 4.000 Einh.	3.500	3.500	3.000	2.700
Fibrinogenkonzentrat	8-810.j9	6,0 g bis unter 7,0 g	6,5	1.950	6,0	1.620
				11.400		8.820

Tabelle 18: Beispielhafter Vergleich des Erwartungswertes für die Kosten (ermittelt anhand der mittleren Dosis multipliziert mit den typischen Kosten pro Einheit, die aus der ergänzenden Datenbereitstellung aller gelieferten Fälle der Kalkulationskrankenhäuser für den entsprechenden Gerinnungsfaktor ermittelt wurden) mit den tatsächlich entstandenen Kosten eines Falles

Über die dargestellte Unschärfe der Kostenschätzung hinaus fielen bei der Analyse des Zusatzentgelts ZE20xx-98 folgende Abweichungen der abgeschätzten Kosten und abgerechneten Entgelte auf:

- Hohe erwartete Kosten laut Kodierung, aber kein Entgelt oder kein Entgelt in entsprechender Höhe
- Hohes Entgelt, aber kein OPS oder nur geringe (gemäß OPS) erwartete Kosten
- Nicht vereinbartes Entgelt (z.B. 600-€-Entgelt), aber hohe abgeschätzte Kosten
- Abrechnung des alten Entgelts ZE2012-27 (ohne Schwelle)

Des Weiteren zeigte die Analyse der über die OPS-Kodierung abgeschätzten Kosten, dass bei einem Schwellenwert von 9.500 € mehr als zwei Drittel der abgeschätzten Kosten auf nur zwei Gerinnungsfaktoren entfielen (siehe Abbildung 17: Kostenanteil von ca. 70% für den rekombinanten Faktor VIII und Fibrinogenkonzentrat).

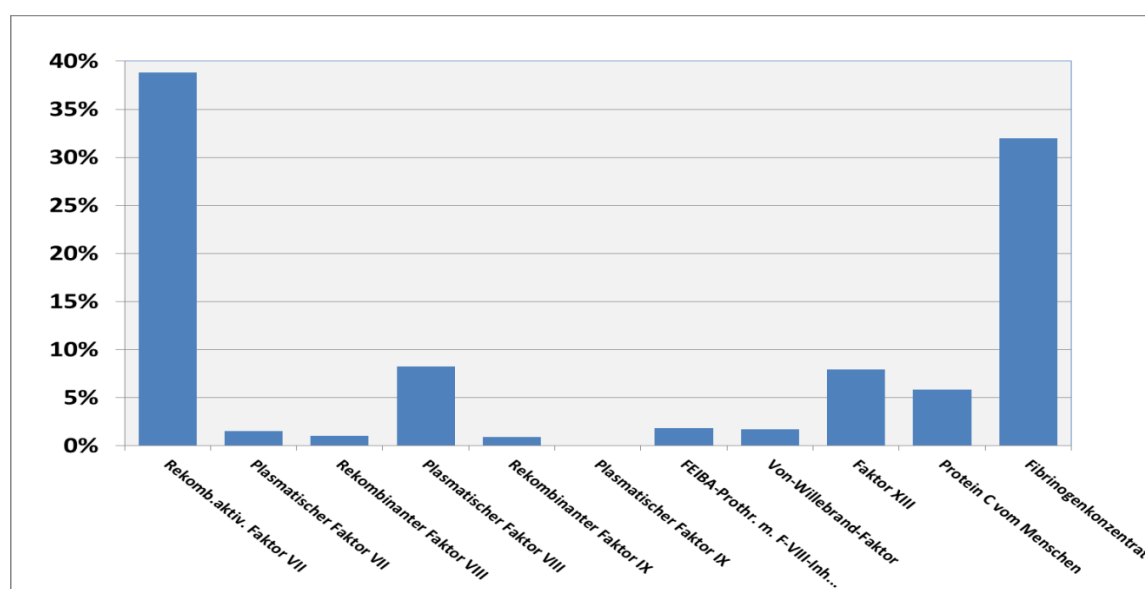


Abbildung 17: Verteilung der Gerinnungsfaktoren auf das Gesamtvolumen der abgeschätzten Kosten (Fälle mit Faktorkosten (Summe) > 9.500 €)

Zusammenfassend war auf Basis der vorliegenden Daten eine sachgerechte Beurteilung zur Änderung des Schwellenwertes für das Zusatzentgelt ZE20XX-98 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren basierend auf der Summe der Kosten für alle verabreichten Gerinnungsfaktoren nicht möglich. Es ist damit zu rechnen, dass sich aufgrund der zunehmend einheitlicheren Abrechnung der genannten Zusatzentgelte die Datengrundlage im nächsten Jahr weiter verbessern wird. Gemäß dem Beschluss der Selbstverwaltung gilt für das Jahr 2016 weiterhin ein Schwellenwert in Höhe von 9.500 €.

Bezüglich der Gabe von Gerinnungsfaktoren wurde im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2016 thematisiert, dass für bestimmte Gerinnungsstörungen bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett die ICD-10-GM ausschließe, dass ein Code aus Kapitel III für Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen („D-Kodes“) verschlüsselt werden könne. Über eine Regelung auf Ebene der ICD-10-GM (Streichung entsprechender Exklusiva) kann ab 2016 bei Gerinnungsstörungen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nun zusätzlich zum Code aus Kapitel XV auch eine Diagnose aus Kapitel III angegeben werden. Damit ist für bestimmte betroffene Fälle

mit Gabe von Gerinnungsfaktoren bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ohne Erweiterung der ICD-Listen in Anlage 7 der FPV eine Abrechnung über die Zusatzentgelte ZE20xx-97 und -98 jetzt eindeutig möglich.

3.3.2.12 Gastroenterologie

Die nichtoperativen Partitionen der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* und der MDC 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* bieten eine hochdifferenzierte Abbildung für Fälle mit interventioneller und konservativer Therapie gastroenterologischer Erkrankungen.

Dazu trägt auch die sehr engagierte Mitarbeit der Fachgesellschaft bei. So gingen in diesem Jahr zahlreiche Hinweise im Rahmen des Vorschlagsverfahrens ein.

Die typischen Fälle mit gastroenterologischen Erkrankungen werden in den Basis-DRGs der sonstigen und konservativen Partition abgebildet, wie beispielsweise:

- G46 *Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie*
- G48 *Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC [...]*
- H41 *ERCP*
- G67 *Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung [...]*
- H61 *Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas*
- H62 *Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung*

Die Anfragen zum Vorschlagsverfahren für das Jahr 2016 betrafen vor allem Fälle mit endoskopischen Eingriffen, d.h. mit einem gastro- oder koloskopischen Verfahren oder einer endoskopischen retrograden Cholangiopankreatikographie (ERCP), darunter auch Fälle mit Eingriffen unter Verwendung teurer Sachmittel.

Problemstellungen aus dem Vorschlagsverfahren bezogen sich schwerpunktmäßig auf unterschiedliche medizinische Konstellationen, die als komplexer und damit kostenaufwendiger eingeschätzt wurden, wie z.B. mehrzeitige/-fache Eingriffe oder Eingriffe bei schwieriger, zum Teil veränderter Anatomie (z.B. Zustand nach operativem Eingriff oder bei malignen Erkrankungen).

Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP)

In der Basis-DRG H41 werden typischerweise die Fälle mit einem Verfahren der endoskopischen retrograden Cholangiopankreatikographie abgebildet.

Zahlreiche Vorschläge, aber auch umfangreiche interne Analysen betrafen die Abbildung von Fällen mit komplexen Konstellationen bei endoskopischen Eingriffen an Gallenwegen oder am Pankreas.

Im G-DRG-System 2015 konnten diese Fälle innerhalb der Basis-DRG H41 über drei verschiedene DRGs differenziert abgebildet werden, beispielsweise Fälle mit photodynamischer Therapie an den Gallengängen oder Fälle mit endoskopischer Stentimplantation in den Gallenwegen und einem PCCL > 3 in der DRG H41A und Fälle mit aufwendigen Stentimplantationen durch transhepatischen Zugang bei PCCL < 3 in der

DRG H41B. Dabei existierte zwischen diesen beiden DRGs ein vergleichsweise großer Erlössprung (RG 2015: H41A = 2,828; H41B = 1,537).

Durch die Analysen konnten verschiedene Fallkonstellationen identifiziert werden, die weniger kostenaufwendig waren als die Fälle der höchstbewerteten DRG H41A, aber deutlich kostenaufwendiger als typische Fälle der DRG H41B. Um eine sachgerechte Abbildung dieser Fälle zu erreichen, wurde für das G-DRG-System 2016 ein komplexer Umbau der Basis-DRG H41 durchgeführt (siehe Abb. 18).

So wurde für die sachgerechte Abbildung der Fälle mit den identifizierten Konstellationen zwischen der bisherigen DRG H41B und der DRG H41A eine neue DRG etabliert. Eine Zuordnung in diese neu etablierte DRG („neue“ DRG H41B *Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur*) erfolgte für Fälle mit:

- bestimmten endoskopischen Eingriffen an Gallenwegen in Kombination mit einem anderen Eingriff an den Gallengängen, der durch transhepatischen Zugang durchgeführt wird,
- perkutan-transhepatischer Einlage von selbstexpandierenden Stents und Stent-Prothesen in die Gallengänge bei schweren CC oder bestimmten weiteren Eingriffen,
- bestimmten transgastralen endoskopischen Eingriffen am Pankreas mit Einlage eines Stents, wie Entfernung von Pankreasnekrosen oder Drainage einer Pankreaszyste,
- photodynamischer Therapie an den Gallenwegen (ohne äußerst schwere CC).

Gleichzeitig erfolgte eine Schärfung der Splitbedingungen der DRG H41A *Bestimmte ERCP mit äußerst schweren CC* für Fälle mit einer photodynamischen Therapie an Gallengängen, die jetzt entsprechend den Kosten der Fälle nur noch bei äußerst schweren CC der DRG H41A zugeordnet werden.

Fälle mit einem Verfahren zur *Radiofrequenzablation an den Gallengängen (RFA)* kombiniert mit einem Verfahren für endoskopisches Einlegen von Stents/Prothesen in die Gallengänge und Fälle mit *perkutaner Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber durch hochfrequenzinduzierte Thermotherapie* wurden aufgewertet und der „neuen“ DRG H41C *Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, [...] mit Radiofrequenzablation und endoskopischer Stentimplantation* zugeordnet.

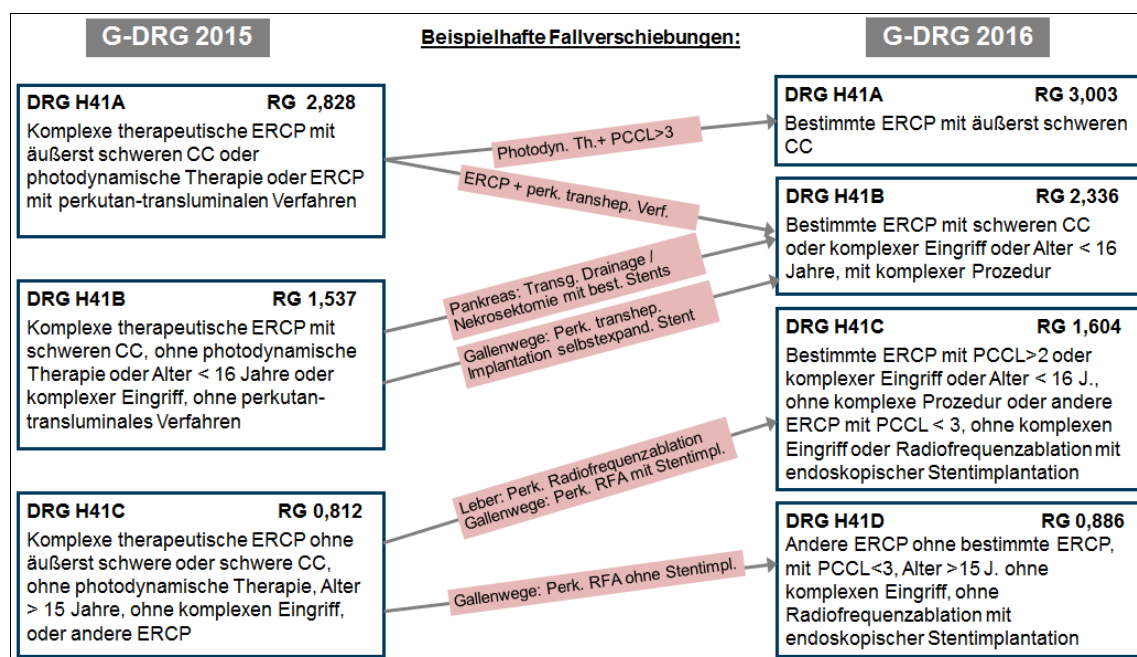


Abbildung 18: Umbau der Basis-DRG H41 ERCP

Mehrzeitigkeit/Mehrfacheingriffe

Im Rahmen der Analysen von Verfahren zur endoskopischen retrograden Cholangiopankreatikographie und auch von Verfahren zur endoskopischen Blutstillung bei gastro-intestinalen Blutungen wurden ausführlich verschiedene Konstellationen für Fälle mit mehrzeitigen/mehrfachen Eingriffen untersucht. Zum Thema „Mehrzeitigkeit“ gingen mehrere Hinweise im Vorschlagsverfahren ein.

Als „mehrzeitig“ wird vom G-DRG-Grouper in der Regel ein Vorgehen gewertet, bei dem die betreffenden Leistungen mehrfach im selben Aufenthalt, aber in unterschiedlichen Sitzungen an unterschiedlichen Tagen durchgeführt wurden.

Bei vorgenommenen Analysen von Fällen mit mehrzeitiger ERCP wurden nach ausführlicher Kommunikation mit der Fachgesellschaft unterschiedliche Kodelisten für v.a. therapeutische ERCP-Eingriffe bei unterschiedlichen Krankheitsbildern (Diagnosen) überprüft. Ebenfalls wurde die Anzahl der Sitzungen (zwei, drei und mehr) variiert. Bei Überprüfung der Abbildung verlegter Fälle wurde zwischen verlegten Fällen bis 24 Stunden und denen nach 24-stündigem Aufenthalt im verlegenden Krankenhaus unterschieden. Es wurden mehrere Diagnosen (Perforation der Gallenwege, sog. technische Schwierigkeiten bei Durchführung einer ERCP, wie z.B. angeborene Fehlbildungen der Gallengänge oder des Pankreas, oder Diagnosen für bestimmte Komplikationen nach Eingriffen) auf Belastbarkeit zur Identifizierung der komplizierten verlegten Fälle geprüft. Die Prüfung der Abbildung von ERCP-Fällen bei schwieriger Anatomie erfolgte anhand des Zusatzkodes für *Zugang durch retrograde Endoskopie*.

Trotz der umfassenden Analysen der Abbildung von Fällen mit mehrzeitiger ERCP ließ sich keine Verbesserung der sachgerechten Darstellung dieser Fälle unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf das Gesamtsystem erzielen.

Die Fälle zeigten zwar erwartungsgemäß eine verlängerte Verweildauer und auch Mehrkosten, aber diese Mehrkosten gingen oft deutlich über die plausiblen Kosten des

zweiten Eingriffs hinaus. Die Mehrkosten ließen sich auch über zusätzliche Kriterien nicht regelhaft bestimmten Konstellationen zuordnen. Hinzu kam, dass für das Kriterium „mehrzeitig“ keine sogenannte „Schieflage“ bestand, d.h. eine mögliche Aufwertung von mehrzeitigen Fällen mit ERCP würde bei der weit überwiegenden Anzahl der Leistungserbringer durch konsekutive Abwertungen anderer Fälle praktisch vollständig kompensiert. Die durch einen Systemumbau erreichbare Case-Mix-Veränderung war für alle Krankenhäuser sehr gering.

Dem minimalen Effekt der verschiedenen Umbauvarianten zur mehrzeitigen ERCP ist andererseits eine mögliche Anreizwirkung durch den Grouper-Umbau gegenüberzustellen. Nach Gesamtwürdigung aller Ergebnisse wurde auf einen solchen Umbau verzichtet.

Mehrzeitige therapeutische Blutstillungen bei akuter Blutung

Die Situation der Mehrzeitigkeit stellte sich bei Fällen mit einem Verfahren zur Blutstillung bei akuter Blutung im oberen oder unteren Gastrointestinaltrakt geringfügig anders dar. In der Basis-DRG G46 und G48 werden im G-DRG-System 2015 lediglich Fälle mit äußerst schweren oder schweren CC und einem endoskopischen Verfahren zur Blutstillung am Gastrointestinaltrakt abgebildet. Fälle mit endoskopischen Blutstillungsverfahren ohne äußerst schwere oder schwere CC ($PCCL < 3$) werden den konservativen Basis-DRGs G67 *Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung [...]* und G73 *Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC [...]* zugeordnet. Die Fachgesellschaft wies im Rahmen des Vorschlagsverfahrens auf eine möglicherweise nicht sachgerechte Abbildung von Fällen mit mehrzeitigen Verfahren zur Blutstillung bei akuter Blutung im oberen oder unteren Gastrointestinaltrakt in den konservativen DRGs hin.

Bei einer differenzierten Analyse der Fälle mit gastrointestinaler Blutung (Blutstillung in oberem/unterem Gastrointestinaltrakt) traf die bereits zur ERCP dargestellte Situation (inkl. Schieflage) bei den Fällen mit mehrzeitigen Eingriffen zur Blutstillung am oberen Gastrointestinaltrakt in gleicher Weise zu.

Hingegen stellten sich die Fälle mit mehrzeitigen endoskopischen Blutstillungen am unteren Gastrointestinaltrakt vor allem in den konservativen DRGs G73Z ($RG=0,854$) oder G67B ($RG=0,573$) nicht nur als erheblich kostenintensiver im Vergleich zu den übrigen Fällen der ihnen zugeordneten DRGs dar, sondern es trafen auch die bei der mehrzeitigen ERCP dargestellten Einschätzungen nicht in gleichem Maße zu. Im Ergebnis wurde die Abbildung von Fällen mit einem mehrzeitigen Verfahren zur Blutstillung am unteren Gastrointestinaltrakt durch eine Aufnahme bestimmter mehrzeitiger Eingriffe in die Basis-DRG G48 für das G-DRG-System 2016 weiter verbessert. Die Fälle werden zukünftig in der DRG G48B ($RG=1,314$) abgebildet, was einer vergleichsweise moderaten Aufwertung in sicher vertretbarem Umfang entspricht.

Endoskopische Eingriffe mit hohem Sachkostenanteil

Eine sachgerechte Abbildung endoskopischer Leistungen mit hohem Sachkostenanteil setzt neben einer ausreichend differenzierten Kodierung und Eingruppierung auch eine geeignete Fallkostenkalkulation in den Kalkulationskrankenhäusern voraus. Nur wenn die Kostenzuordnung weitgehend verursachungsgerecht erfolgt, können vom InEK Kostenunterschiede in realistischer Höhe gefunden werden.

Für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2016 wurden durch die Fachgesellschaft insbesondere folgende Leistungen mit hohen Sachkosten thematisiert:

- Perorale endoskopische Ösophagomyotomie (POEM)
- Kapselendoskopie des Dünndarms
- Endoskopische Radiofrequenzablation an den Gallengängen
- Transgastrale Nekrosektomie am Pankreas

Die perorale endoskopische Ösophagomyotomie (POEM) stellt ein neues Therapieverfahren bei Achalasie dar. Im G-DRG-System 2015 werden Fälle mit einem Verfahren für perorale endoskopische Ösophagomyotomie überwiegend in der DRG G47Z *Gastroskopie [...] ohne äußerst schwere oder schwere CC [...] abgebildet*. Die Analysen von Fällen mit diesem Eingriff konnten im Datenjahr 2014 zwar nur an einer geringen Fallzahl durchgeführt werden, trotzdem wurden die überdurchschnittlichen Kosten, auf die von der Fachgesellschaft hingewiesen worden ist, bestätigt. Daher werden für das Jahr 2016 die Fälle mit peroraler endoskopischer Ösophagomyotomie der DRG G46B *Komplexe therapeutische Gastroskopie [...] zugeordnet*.

Basierend auf weiteren Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren wurde die sachgerechte Abbildung von Fällen mit einer Kapselendoskopie des Dünndarms in mehreren DRGs der MDC 06 untersucht. Im G-DRG-System 2015 wurden Fälle mit einer Kapselendoskopie des Dünndarms typischerweise der DRG G47Z *Andere Gastroskopie bei komplexer Diagnose [...] zugeordnet*. Kostenaufwendigere Fälle mit einem Verfahren der Kapselendoskopie, z.B. bei schwerer oder äußerst schwerer CC oder einem Alter von < 16 Jahren, wurden bereits der höher bewerteten Basis-DRG G48 *Koloskopie [...] zugeordnet*. Die Analysen von Fällen mit Kapselendoskopie zeigten, dass die Mehrkosten nicht ausschließlich auf die entsprechenden Sachkosten zurückzuführen sind, sondern z.B. auch auf die längere Verweildauer der entsprechenden Fälle. Daher werden im G-DRG-System 2016 Fälle gegenüber dem Vorjahr durch Eingruppierung in die Basis-DRG G46 *Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie* in der DRG G46C leicht aufgewertet.

Weitere endoskopische Leistungen mit hohem Sachkostenanteil, wie beispielsweise die Radiofrequenzablation an den Gallengängen, wurden nach umfassenden Analysen im Rahmen des komplexen Umbaus der Basis-DRG H41 (siehe oben) aufgewertet.

Sonstige Umbauten

Darüber hinaus wurden für das G-DRG-System 2016 folgende Änderungen vorgenommen:

- Kostenentsprechende Vereinheitlichung der Abbildung von Fällen mit den Hauptdiagnosen *Chronisches Leberversagen* und *Alkoholisches Leberversagen* in den Basis-DRGs H62 *Erkrankungen des Pankreas außer BNB oder Leberzirrhose [...]* und H60Z *Leberzirrhose*.
- Kostenentsprechende Aufwertung von Fällen im Kindesalter unter 17 Jahren durch Etablieren einer neuen DRG H61B *Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas [...]*.
- Kostenentsprechende Verbesserung der Abbildung von Kindern durch Erweiterung der Splitbedingungen zur DRG H62A für Fälle mit Leberzirrhose und bestimmten nicht infektiösen Hepatitiden im Alter unter 16 Jahren

Im Zuge der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2016 wurden auch die Fälle der fallzahlstärksten DRG G67 *Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung [...]*, insbesondere die kostenaufwendigeren, einer Analyse auf eine sachgerechte Abbildung unterzogen. Im Ergebnis werden bestimmte Fälle mit einer Prozedur für intensivmedizinische Komplexbehandlung mit > 196/185/185 Aufwandspunkten oder Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder Endosonographie durch Erweiterung der Splitbedingung zu den DRGs G67A und G67B aufgewertet.

Die Basis-DRG G48 *Koloskopie mit PCCL > 2 [...]* war im G-DRG-System 2015 dreifach gesplittet. Das Kriterium „bestimmte komplizierende Diagnosen bei Koloskopie“ (z.B. Crohn-Krankheit, Peritonitis, Ulzeröse Kolitis u.a.) zur DRG G48B zeigte in den Daten des Jahres 2014 keinen relevanten Kostenunterschied mehr. Die DRGs G48B und G48C wurden zusammengelegt, sodass im G-DRG-System 2016 die Fälle der Basis-DRG G48 nur in zwei DRGs abgebildet werden.

Für Fälle mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern (siehe Kap. 3.3.2.4) wurde in der MDC 06 die Bedingung der DRG G77Z geschärft, indem die Prozedur für *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern nicht auf spezieller Isoliereinheit mit mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstagen* in dieser DRG nicht mehr gruppierungsrelevant ist. In der MDC 07 wurde eine neue DRG H77Z *Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* etabliert.

3.3.2.13 Geburtshilfe

In diesem Jahr erreichten uns im Vorschlagsverfahren erneut sehr umfangreiche Hinweise der Fachgesellschaft zu zahlreichen Themen der Geburtshilfe, von denen einige im Folgenden näher erläutert werden. Diese bezogen sich sowohl auf Änderungen der DRG-Klassifikation, beispielsweise hinsichtlich der DRGs für präpartale Aufenthalte, als auch auf die Analyse bestimmter komplizierender Diagnosen im Zusammenhang mit Entbindungen sowie auf den Bereich der Geburtshilfe in den Deutschen Kodierrichtlinien.

Im Fokus der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2016 stand in der MDC 14 *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* die Abbildung von präpartalen Fällen mit langer Verweildauer, aber ohne Entbindung, bei denen die Vermeidung einer Früh- oder Fehlgeburt im Vordergrund steht. Diese Fälle werden typischerweise der Basis-DRG O65 *Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme* bzw. der Basis-DRG O05 *Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft [...]* zugeordnet, wenn ein operativer Eingriff erfolgt ist. Problematisch hinsichtlich der Abbildung und Analyse dieser Fälle ist u.a., dass aktuell – über die Verweildauer hinaus – keine spezifischen Leistungsbezeichner zur Detektion dieser Fälle zur Verfügung stehen. Obwohl die Basis-DRG O65 in der Version 2015 bereits dreifach gesplittet ist und viele komplizierende Attribute wie eine geringe Schwangerschaftsdauer, ein hoher PCCL oder bestimmte komplizierende Diagnosen wie z.B. eine Mehrlingsschwangerschaft, vorzeitiger Blasensprung oder präpartale Blutungen bereits als Schweregrad steigernd berücksichtigt werden, besteht die Problematik, dass dies nicht zu einer besseren Vergütung von Langliegern führt. Dies wird durch die folgende Abbildung 19, welche die effektiven Relativgewichte in der Basis-DRG O65 in 2015 darstellt, verdeutlicht:

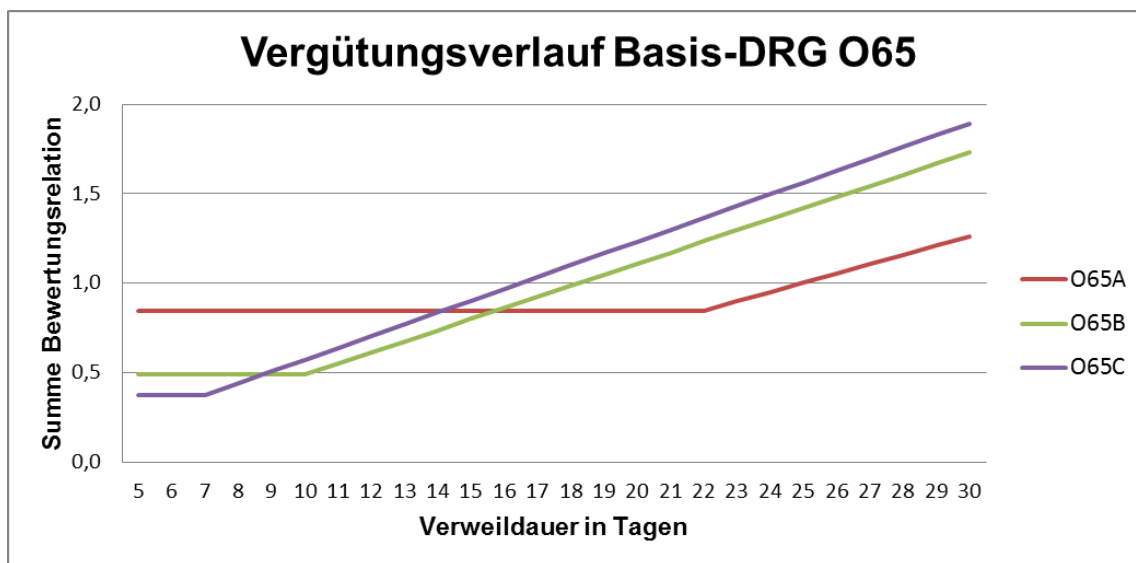


Abbildung 19: Vergütungsverlauf in der Basis-DRG O65 (G-DRG-Version 2015)

Dies zeigt, dass bei zunehmender Verweildauer das Vorliegen von Schweregrad steigernden Faktoren und eine Eingruppierung in die DRG O65A die Vergütung von Langliegern nicht verbessert. Ursächlich dafür ist, dass alle DRGs der Basis-DRG O65 ähnliche Tageskosten aufweisen. Die in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser zur Verfügung stehenden Attribute wurden für 2016 hinsichtlich ihrer Eignung als Kostentrenner untersucht. Dabei zeigte sich u.a., dass z.B. auch bei Diagnosen für die *Schwangerschaftsdauer* (O09.-) keine Unterschiede in den Tageskosten der Fälle bestehen. Für die G-DRG-Version 2016 wurde die Basis-DRG O65 nach umfangreichen Analysen umgestaltet, wobei die Definition der Basis-DRG unverändert belassen und die DRG O65C gestrichen wurde. Für die DRG O65A erwiesen sich zur Lösung der oben beschriebenen Problematik für 2016 folgende Splitkriterien als geeignet:

- PCCL > 2 oder
- Diagnosen für eine schwere oder komplizierende Erkrankungen in der Schwangerschaft oder Mehrlingsschwangerschaft oder
- Prozeduren für bestimmte endoskopische Eingriffe oder Peritoneoskopie oder
- Verweildauer = 1 Tag

Im Ergebnis erzielen die der DRG O65A zugeordneten Fälle gemäß G-DRG-Version 2016 stets ein höheres Relativgewicht als Fälle der DRG O65B. Dies gilt sowohl für Normallieger (Inlier) als auch für Langlieger.

Zusätzlich wurde die Basis-DRG O65 hinsichtlich der Bewertung von Diagnosen in der CCL-Matrix intensiv überprüft, was sowohl zur Auf- als auch zur Abwertung zahlreicher Diagnosen für 2016 geführt hat. Durch die hier beschriebenen Änderungen wird die Vergütung von Fällen mit langer Verweildauer ab 2016 verbessert.

Die Abbildung von präpartalen Aufenthalten mit operativem Eingriff wurde für 2016 dadurch geschärft, dass zum einen die DRG O05A *Cerclage und Muttermundverschluss oder komplexe OR-Prozedur [...]* nur noch bei einer Verweildauer von mehr als einem Belegungstag erreicht werden kann. Zum anderen wurden in diesem Jahr erneut weitere wenig aufwendige Leistungen, die bisher in der Funktion „Bestimmte OR-Prozeduren“ enthalten waren, gestrichen. Dies sind beispielsweise die Inzision der Vagina, bestimmte Exzisionen und Destruktionen von erkranktem Gewebe der Vagina

oder Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste). Die betroffenen Fälle werden nun nicht mehr der Basis-DRG O05, sondern je nach Hauptdiagnose einer konservativen DRG der MDC 14 zugeordnet. Außerdem hat diese Änderung auch Auswirkungen außerhalb der MDC 14 auf die DRGs, die durch die Funktion „Bestimmte OR-Prozeduren“ definiert sind.

Ein weiterer Schwerpunkt in der MDC 14 lag in der Analyse des PCCL als wichtiges Instrument zur Trennung aufwendiger Fälle. Hervorgegangen ist dies auch aus einem Hinweis im Vorschlagsverfahren in Zusammenhang mit den Kodierrichtlinien hinsichtlich der Freigabe einer Doppelkodierung bei Fällen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Dies meint die generell zusätzliche Verschlüsselung eines Organkodes zu Diagnosen aus Kapitel XV (O00–O99) der ICD-10-GM, die oft unspezifisch sind. Problematisch ist hierbei, dass dies über das CCL-System zu einer Höhergruppierung von Fällen führen kann, die im Katalog des jeweiligen Jahres noch nicht kalkuliert werden konnte. Gemäß Kodierrichtlinien ist die zusätzliche Angabe eines Organkodes nur in ausgewählten Situationen explizit erlaubt, wobei eine Doppelkodierung bereits für die G-DRG-Versionen 2014 und 2015 in der DKR 1510 *Komplikationen in der Schwangerschaft* für folgende Bereiche freigegeben wurde:

- O23. *Infektionen des Urogenitaltraktes in der Schwangerschaft*
- O24.- *Diabetes mellitus in der Schwangerschaft*
- O26.6 *Leberkrankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts*

Um Auswirkungen auf den Gesamtschweregrad eines Falles dabei weitestgehend zu vermeiden, wurden vorab erforderliche Anpassungen in der CCL-Matrix bezüglich der CCL-Werte einzelner Diagnosen und der Exklusionslisten vorgenommen. Um diesen Prozess weiter zu unterstützen, wurden von der Fachgesellschaft umfangreiche Vorschläge zur Weiterentwicklung der CCL-Matrix, vorwiegend die Geburtshilfe betreffend, eingereicht. Für 2016 hat dies beispielsweise zur Ergänzung der Exklusionslisten für *Anämie in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* (O99.0) mit spezifischen Diagnosen für Anämie, die Aufnahme von Codes für die Überwachung einer normalen Schwangerschaft/Risikoschwangerschaft (Z34, Z35.-) oder die Aufwertung von Embolien in der Gestationsperiode geführt. Darüber hinaus wurden auch Exklusionslisten von Diagnosen, bei denen die Doppelkodierung schon zulässig ist, sowie die CCL-Werte weiterer Diagnosen angepasst (Auf- und Abwertungen). Zudem hat sich gezeigt, dass sich über die Basis-DRGs O01 *Sectio caesarea [...]* und O65 hinaus der PCCL ab 2016 auch in der Basis-DRG O02 *Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur* als Kostentrenner eignet und demzufolge etabliert wurde.

Aufgrund von externen Hinweisen wurde die Zuordnung von Fällen zu DRGs für vaginale Entbindungen überprüft. Ein Fall wird in der MDC 14 als Entbindung eingestuft und der Basis-DRG O02 *Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur* bzw. O60 *Vaginale Entbindung [...]* zugeordnet, wenn entweder eine Nebendiagnose für das *Resultat der Entbindung* (Z37.-) oder eine Hauptdiagnose für eine komplizierte vaginale Entbindung oder für die Spontangeburt eines Einlings vorliegt. Die letztgenannte Hauptdiagnosenliste enthält allerdings auch Diagnosen, die nicht zwingend damit verbunden sind, dass die Entbindung auch in demselben Aufenthalt stattgefunden hat, was dazu führt, dass eine DRG für vaginale Entbindung auch „ohne Entbindung“ erreicht werden kann. Dies gilt beispielsweise für Diagnosen auf einen *Dammriss unter der Geburt* (O70.-) sowie für bestimmte postpartale Blutungen (O72.0, O72.1). Gemäß G-DRG-Version 2016 werden Fälle mit diesen Diagnosen nur noch bei Vorliegen einer

Diagnose für das *Resultat der Entbindung* (Z37.-) der Basis-DRG O02 bzw. O60 zugeordnet. Anderenfalls erfolgt eine Eingruppierung in die DRG O61Z *Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort* bzw. in die Basis-DRG O04 *Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur*, wenn ein operativer Eingriff erfolgt ist.

Die Definition der Basis-DRG O04 wurde für 2016 zusätzlich noch um bestimmte Inzisionen und Exzisionen an der Mamma erweitert. Dies bedeutet eine Aufwertung von Fällen mit Mastitis und Abszess der Mamma und einer entsprechenden Maßnahme, die bisher in der DRG O61Z abgebildet waren.

Hinsichtlich der Abbildung von geburtshilflichen Komplikationen wurde im Vorschlagsverfahren auch auf die Behandlung von Blutungen mittels *Tamponade von Uterus und Vagina* (5-759.0) hingewiesen. Diese sei mit deutlich höheren Kosten verbunden. Im OPS ist diese Leistung differenziert nach *ohne Einführung eines Tamponade-Ballons* (5-759.00) und *mit Einführung eines Tamponade-Ballons* (5-759.01). In den durchgeführten Analysen zeigten sich insbesondere Fälle mit dem Code 5-759.01 kostenauffällig und wurden dementsprechend in Zusammenhang mit einer Entbindung in den Basis-DRGs O01 *Sectio caesarea [...]*, O02 *Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur* und O60 *Vaginale Entbindung [...]* aufgewertet.

Darüber hinaus erfolgten, ausgehend von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren für 2016, folgende Umbauten in den Basis-DRGs O01, O02 und O60:

- Aufwertung von Diagnosen für infektiöse und parasitäre Krankheiten der Mutter (O98.-) von der DRG O60D in die DRG O60C
- Aufwertung der Diagnosen für eine Schwangerschaftsdauer bis zu 33 vollendeten Wochen in der Basis-DRG O60. Daraus resultiert eine verbesserte Abbildung von Fällen aus der DRG O60C in der DRG O60B und aus der DRG O60D in der DRG O60C.
- Die Gruppierungsrelevanz der Diagnosen für *protrahierte Geburt* (O63.-) sowie für *protrahierte Geburt nach Blasensprengung* (O75.5) wurde an die der Diagnose für *protrahierte Geburt nach spontanem oder nicht näher bezeichnetem Blasensprung* (O75.6) angeglichen. Dadurch sind diese Diagnosen ab 2016 zusätzlich in der Basis-DRG O01 vergütungsrelevant.
- In der Basis-DRG O02 werden Diagnosen für *schwere Präeklampsie* (O14.1), *HELLP-Syndrom* (O14.2) sowie *Uterusruptur während der Geburt* (O71.1) zukünftig als komplizierende Diagnose gewertet und die betroffenen Fälle dadurch in die DRG O02A aufgewertet.

In Kapitel 15 der Kodierrichtlinien wurde in der DKR 1504 *Komplikationen nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft* (O08.-) in Beispiel 1 der Code D65.1 *Disseminierte intravasale Gerinnung [DIG, DIC]* als Nebendiagnose ergänzt. Dies erfolgte aufgrund einer geänderten Kodierung von Blutgerinnungsstörungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ab 2016. In der ICD-10-GM Version 2016 wurden zu diesem Zweck bei folgenden Diagnosen aus Kapitel XV *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* Hinweise eingefügt, welche die zusätzliche Angabe einer Schlüsselnummer aus D65–D69 *Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen* vorsehen, um das Vorliegen einer Blutgerinnungsstörung in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett anzugeben:

- O00-O08 *Schwangerschaft mit abortivem Ausgang*
- O45.0 *Vorzeitige Plazentalösung bei Gerinnungsstörung*
- O46.0 *Präpartale Blutung bei Gerinnungsstörung*
- O67.0 *Intrapartale Blutung bei Gerinnungsstörung*
- O72.3 *Postpartale Gerinnungsstörungen*

Um zu vermeiden, dass die geänderte Kodierung ab 2016 Auswirkungen auf die Eingruppierung hinsichtlich des PCCL eines Falles hat, wurden vorab erforderliche Anpassungen in der CCL-Systematik (Exklusionen) vorgenommen. Damit wurde auch für einen weiteren Bereich die bereits oben beschriebene Doppelkodierung in der Geburtshilfe freigegeben. Die geänderte Verschlüsselung von Blutgerinnungsstörungen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett hat auch unmittelbare Auswirkungen auf die Abrechnung der Zusatzentgelte ZE201x-97 *Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren* und ZE201x-98 *Gabe von Blutgerinnungsfaktoren*, da die Verschlüsselung der in der Definition dieser Zusatzentgelte enthaltenen Diagnosen aus D65–D69 bisher durch Exklusiva in der ICD-10-GM ausgeschlossen und die oben genannten Diagnosen aus Kapitel XV der ICD-10-GM nicht Bestandteil der Definition dieser Zusatzentgelte war. Weiterführende Informationen dazu finden Sie auch in Kapitel 3.3.2.11.

In der DKR 1521 wurde darüber hinaus klargestellt, dass auch mehr als eine Diagnose aus der in der DKR aufgeführten Liste der Diagnosen, die eine protrahierte Geburt kennzeichnen, angegeben werden kann. Dies kann beispielsweise erforderlich sein, wenn bei einer protrahierten Geburt sowohl die Eröffnungs- als auch die Austreibungsperiode protrahiert verlaufen ist.

3.3.2.14 Gefäßchirurgie und -interventionen

Die Abbildung der Behandlung von Erkrankungen nicht koronarer Gefäße bildet neben der Behandlung von Herzerkrankungen einen wichtigen Teilbereich der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*. Auch in diesem Jahr gingen im Vorschlagsverfahren für das G-DRG System 2016 zahlreiche Hinweise zu diesem interdisziplinär betreuten Teilbereich ein. Ein Großteil der Vorschläge wurde von Fachgesellschaften und Verbänden eingereicht.

Basierend auf den eingereichten Vorschlägen und internen Untersuchungen waren inhaltliche Schwerpunkte der diesjährigen Analysen:

- die Abbildung von Fällen mit thorakoabdominalem Aortenaneurysma bzw. Aortendissektion in operativen und konservativen DRGs
- die Abbildung von Fällen mit verschiedenen Verfahren zur Rekanalisation/Revascularisation von peripheren Gefäßen

Im Ergebnis konzentrierte sich ein Großteil der Änderungen für das G-DRG-System 2016 im Bereich Gefäßchirurgie und -interventionen auf die beiden Basis-DRGs F08 *Rekonstruktive Gefäßeingriffe oder thorako-abdominales Aneurysma mit komplexem Aorteneingriff* und F59 *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe*.

Basis-DRG F08: Rekonstruktive Gefäßeingriffe oder thorakoabdominales Aneurysma mit komplexem Aorteneingriff

Die chirurgische oder interventionelle Behandlung von Fällen mit Aortenaneurysma oder Aortendissektion wird in verschiedenen DRGs der operativen Partition der MDC 05 abgebildet. So werden Fälle mit einem chirurgischen Verfahren zur Rekonstruktion großer Gefäße beispielsweise in den Basis-DRGs F07 *Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine* und F08 *Rekonstruktive Gefäßeingriffe* abgebildet, Fälle mit einer endovaskulären Aortenreparatur u.a. in den Basis-DRGs F08, F42 [...] *best. rekonstruktive Gefäßeingriffe oh. Herz-Lungen-Maschine [...]* und F51 *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen*.

Neben der DRG-spezifischen Vergütung können außerdem bei Fällen mit Implantation bestimmter Prothesen/Stents unbewertete Zusatzentgelte zur Abrechnung kommen (siehe Tab. 19):

ZE	Bezeichnung
ZE2016-50	Implantation einer (Hybrid)-Prothese an der Aorta
ZE2016-53	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm
ZE2016-67	Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal

Tabelle 19: Zusatzentgelte für Implantation von Prothesen/Stents an der Aorta

Bei der diesjährigen Analyse zeigte sich, dass bestimmte Konstellationen für Fälle mit einem Eingriff zur offen chirurgischen Resektion im Thorax-Bereich (z.B. Aortenbogen, Aorta ascendens) innerhalb der operativen Partition der MDC 05 in verschiedene DRGs verteilt und zum Teil nicht sachgerecht abgebildet wurden, während aufwandsentsprechende Fälle mit Eingriff im Bereich der abdominalen Aorta sachgerecht in der DRG F08A *Rekonstruktive Gefäßeingriffe mit komplizierenden Konstellationen [...]* oder *komplexer Aorteneingriff* abgebildet wurden. Für das G-DRG-System 2016 erfolgte eine Aufwertung und sachgerechte Neuordnung der entsprechenden Fälle zur Basis-DRG F08 mit Eingruppierung typischerweise in die DRG F08A.

Des Weiteren wurden im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2016 Fälle, die die Bedingungen für die Funktion *Komplexe Vakuumbehandlung* erfüllen, analysiert. Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren betrafen eine möglicherweise nicht sachgerechte Abbildung dieser Fälle innerhalb der MDC 05. Bisher wurden Fälle innerhalb der MDC 05 nicht über die Funktion *Komplexe Vakuumbehandlung* abgebildet.

Die Analyse der fallspezifischen Kosten zeigte, dass Fälle mit *Komplexer Vakuumbehandlung* zwar regelhaft hohe Kosten auswiesen, diese aber in vielen Fällen überwiegend durch lange Liegezeiten begründet waren. Insofern erwies sich eine Vielzahl dieser Fälle in den ihnen zugeordneten DRGs unter Berücksichtigung des DRG-spezifischen Langliegerzuschlags als sachgerecht vergütet. Dennoch konnte die Abbildung einer bestimmten Teilmenge von Fällen über die Funktion *Komplexe Vakuumbehandlung* verbessert werden: Entsprechende Fälle der Basis-DRG F08 wurden der DRG F08A *Rekonstruktive Gefäßeingriffe mit komplizierenden Konstellationen oder komplexe Vakuumbehandlung oder thorakoabdominales Aneurysma oder komplexer Aorteneingriff* zugeordnet.

Einem weiteren Vorschlag folgend wurde außerdem innerhalb der Basis-DRG F08 die Abbildung von Fällen mit distal mündenden Gefäßbypässen an der unteren Extremität (femorocruralen oder femoropedalen und popliteocrural oder popliteopedal) untersucht. Bisher wurden Fälle mit popliteocruralen oder popliteopedalen Bypässen geringer bewerteten DRGs der Basis-DRG F08 zugeordnet als Fälle mit femorocruralen oder femoropedalen Bypässen. Bei den Analysen zeigten sich jedoch vergleichbare hohe Kosten bei den analysierten Verfahren mit distal mündenden Bypässen, sodass durch Aufwertung der Fälle mit popliteocruralen oder popliteopedalen Bypässen und Neuordnung zu den DRGs F08B und F08D diese Eingriffe den anderen Bypässen gleichgestellt und ihre sachgerechte Abbildung verbessert werden konnte (siehe Abb. 20).

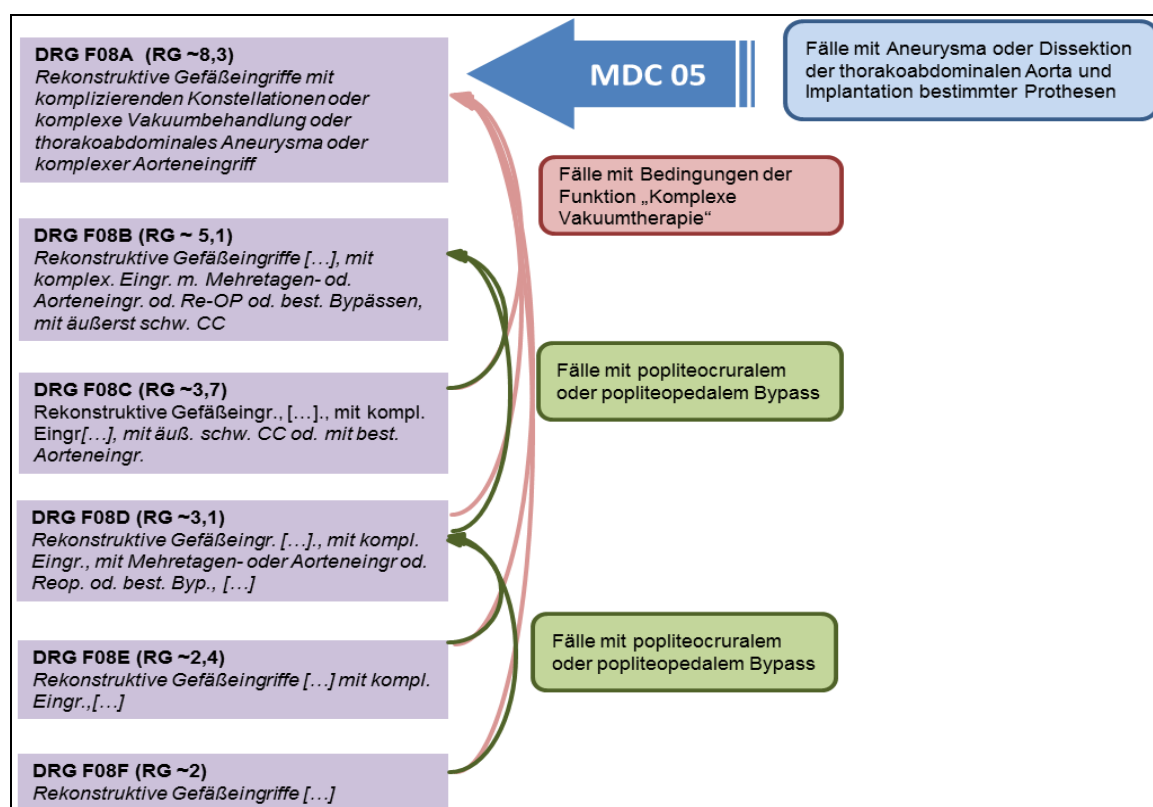


Abbildung 20: Veränderungen der Basis-DRG F08 für das G-DRG-System 2016

Basis-DRG F59: Mäßig komplexe Gefäßeingriffe

Auch in diesem Jahr gingen zahlreiche Vorschläge zur Verbesserung der Abbildung von Fällen mit perkutan-transluminaler Implantation von Stents unterschiedlichsten Typs und verschiedenster peripherer Lokalisationen ein. Diese Fälle werden vor allem in den Basis-DRGs F14 *Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe* und F59 abgebildet.

Nach umfangreicher Analyse der Abbildung von Fällen in diesen DRGs mit unterschiedlichsten Stent-Konstellationen konnte eine verbesserte Abbildung von Fällen mit perkutan transluminaler Implantation von gecoverten Stents innerhalb der Basis-DRG F59 erzielt werden (vgl. auch Abb. 21). Dabei erfolgte eine kostenentsprechende Neuordnung von Fällen bei Implantation **von einem** gecoverten Stent in Abhängigkeit von der Lokalisation in die DRG F59C bzw. DRG F59B und von Fällen mit bestimmten Lokalisationen bei Implantation **von mehr als einem** Stent in die DRG F59B. Im G-DRG-

System 2016 werden Fälle mit Implantation von gecoverten Stents innerhalb der Basis-DRG F59 jetzt mindestens der DRG F59C zugeordnet.

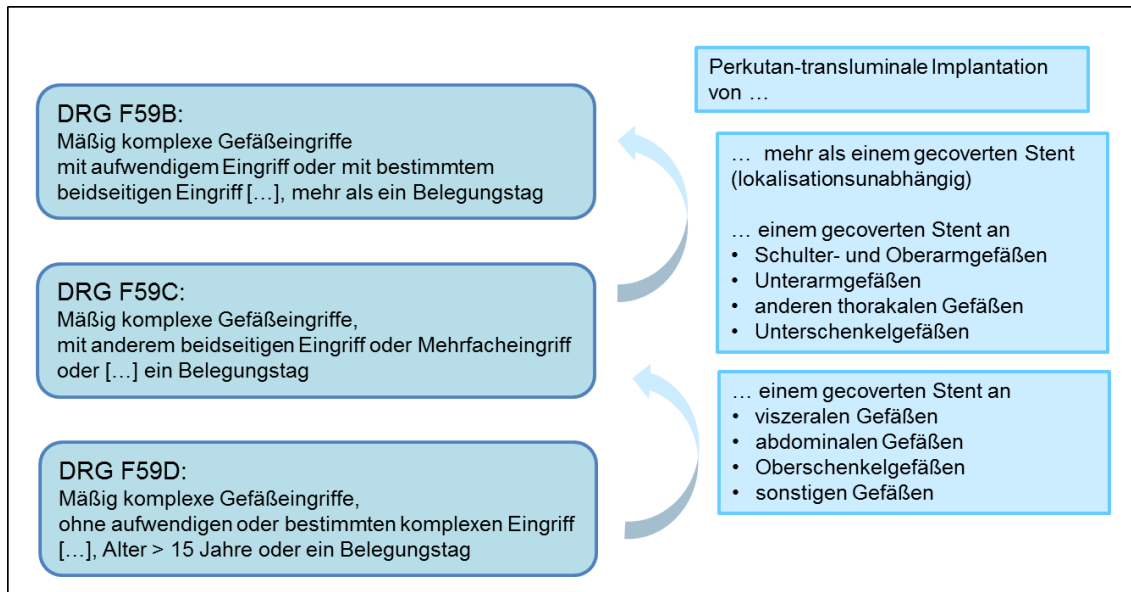


Abbildung 21: Aufwertung von Fällen mit perkutan transluminaler Implantation von gecoverten Stents innerhalb der Basis-DRG F59

Außerdem führten interne Untersuchungen zu einer Verbesserung der Abbildung weiterer Fälle der Basis-DRG F59. Die Analysen resultierten in einer kostenentsprechenden Gleichstellung der Abbildung von Fällen mit perkutan-transluminale Ballon-Angioplastie an künstlichen Gefäßen zu einem entsprechenden Verfahren an Extremitäten-Gefäßen, des Weiteren in einer Schärfung der Zugangsbedingungen zur DRG F59B, sodass nunmehr nur Fälle mit mehr als einem Belegungstag der DRG F59B *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe, mit aufwendigem Eingriff oder [...], mehr als ein Belegungstag* zugeordnet werden.

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens wurde überdies auf eine möglicherweise nicht sachgerechte Abbildung von Fällen mit selektiver Thrombolyse an künstlichen Gefäßen im System hingewiesen. Diese Fälle seien schlechter gestellt als an einigen Lokalisationen nativer Gefäße, speziell an Oberschenkelgefäßen. Nach umfangreichen Analysen erfolgte eine sachgerechte Neuuzuordnung eines Teils der Fälle mit selektiver Thrombolyse an Oberschenkelgefäßen der Basis-DRG F14 *Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe* zur Basis-DRG F59 *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe*, womit im Ergebnis eine Gleichstellung bei ähnlich hohen Kosten umgesetzt wurde.

Weitere Änderungen für 2016:

- Erweiterung der Definition für das bewertete Zusatzentgelt ZE137 *Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen* um das Verfahren zur perkutan-transluminale Ballon-Angioplastie an künstlichen Gefäßen.
- Etablierung einer weiteren „Reste“-DRG F21D *Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff* für Fälle mit weniger kostenintensiven Eingriffen.

- Neuordnung von Fällen mit perkutan-transluminaler Implantation von Stents an thorakalen Gefäßen (z.B. A. subclavia, Truncus brachiocephalicus) und an Schulter- und Oberarmgefäßen mit verschiedenen Hauptdiagnosen als Folge einer Minderperfusion von Hirngewebe (z.B. TIA) aus den Fehler-DRGs, wie z.B. 901D, zur Basis-DRG B04 *Interventionelle oder beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen* (MDC 01).

3.3.2.15 Geriatrie

Die jährliche Analyse von Fällen mit geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung gestaltet sich seit langer Zeit schwierig. Den Wünschen der Fachgesellschaften nach Etablierung weiterer DRGs steht Jahr für Jahr die oft bemängelte, schwache Beteiligung der geriatrischen Fachkrankenhäuser an der Kalkulation des G-DRG-Systems gegenüber. So wurde zwar im Rahmen des Strukturierten Dialogs erneut die Etablierung neuer DRGs in den MDCs 03, 12 und 13 vorgeschlagen, die sehr geringen Fallzahlen machten eine Umsetzung jedoch unmöglich. Darüber hinaus bestätigten die zur Analyse herangezogenen DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG jedoch auch, dass ohnehin bereits mehr als 90% dieser Fälle in den 17 bestehenden spezifischen geriatrischen DRGs sachgerecht abgebildet sind.

Bei der erneuten, auf Wunsch der Fachgesellschaft durchgeführten Untersuchung der Prozedur für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit mindestens 7 Behandlungstagen und 10 Therapieeinheiten erwies sich diese Leistung wiederum nicht als prägend für die Kosten der jeweiligen Fälle, sodass hier kein Handlungsbedarf bestand.

An der wiederholt dargestellten schwachen Beteiligung der auf die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung spezialisierten Häuser an der Kalkulation des G-DRG-Systems hat sich auch in diesem Jahr nichts geändert.

3.3.2.16 Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Bei bereits hochdifferenzierter Abbildung in der MDC 03 *Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses* bezogen sich die Anregungen aus dem Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2016 sowie die internen Analysen in dieser MDC vor allem auf Präzisierung bereits bestehender DRGs und deren Logiken.

So wurde z.B. im Vorschlagsverfahren auf eine mögliche Untervergütung von Fällen mit Implantation von Knochenankern zur Befestigung eines Hörgeräts mit Befestigung einer Kupplung am Knochenanker (einzeitige Versorgung) sowie von Fällen mit Implantation von Knochenankern zur Befestigung eines Hörgeräts ohne Befestigung einer Kupplung am Knochenanker und mit Befestigung einer Kupplung an einem bereits implantierten Knochenanker als selbständiger Eingriff (zweizeitige Versorgung) hingewiesen. Die zweizeitige Versorgung ist hauptsächlich bei Kindern die bevorzugte Vorgehensweise. Die Analyse der Fälle ergab deutliche Kostendifferenzen. Als Ergebnis wurden Fälle mit Implantation von Knochenankern zur Befestigung eines Hörgeräts mit bzw. ohne Befestigung einer Kupplung am Knochenanker in die DRG D12A *Andere aufwendige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals* aufgenommen und dadurch aufgewertet.

Interne Analysen ergaben, dass bestimmte Prozeduren für Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut nicht so kostenintensiv sind wie die anderen Prozeduren der DRG D12A. Betroffene Prozeduren wurden innerhalb der Basis-DRG D12 abgewertet.

Auf internen Analysen basierend wurden des Weiteren weniger komplexe Eingriffe wie *sonstige und nicht näher bezeichnete Gingivaplastik* in mehreren Basis-DRGs der MDC 03 abgewertet. In der Zukunft werden diese in die Basis-DRG D13 *Kleine Eingriffe an Nase, Ohr und Mund* eingruppiert.

3.3.2.17 Hochaufwendige Pflege von Patienten

Die in den OPS Version 2010 aufgenommenen Codebereiche zur Abbildung von Fällen mit hochaufwendiger Pflege (9-20 *Hochaufwendige Pflege von Patienten*) waren seit ihrer Einführung einer stetigen Weiterentwicklung unterworfen. Für den OPS Version 2016 gingen erneut Hinweise und Vorschläge von Fachverbänden und Anwendern zur Revision des Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) beim DIMDI ein. Zusätzlich zu Klarstellungen und Vereinheitlichungen von Begriffsdefinitionen wurden auch umfangreiche Vorschläge zur Etablierung eines PKMS für Früh-/Neugeborene und Säuglinge sowie zur Erweiterung des PKMS um spezifische Bereiche der Pflege wie beispielsweise die Medikation oder Atmung betreffend eingereicht. Letztendlich konnte diesbezüglich kein fachlicher Konsens erreicht werden, sodass das DIMDI von einer Veränderung in diesen Bereichen absah. Erwähnenswert im Bereich des PKMS für Erwachsene ist die Ergänzung von schweren kognitiven Funktionseinschränkungen (ICD-10-GM U51.2-) entsprechend erweitertem Barthel-Index, kognitivem FIM (Functional Independence Measure) oder MMSE (Mini Mental State Examination) als weiterer Grund für hochaufwendige Pflege in den Leistungsbereichen Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung sowie Bewegen/Lagern/Mobilisation/Sicherheit. Diese Diagnosen werden im G-DRG-System bereits seit mehreren Jahren als Attribut zur Abbildung hochaufwendiger Patienten im Zusammenhang mit geriatrischer frührehabitativer Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems (Basis-DRG B44) verwendet. Vor dem Hintergrund, dass die Prozeduren für hochaufwendige Pflege seit 2012 durch die Schaffung der Zusatzentgelte ZE 130 *Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen* und ZE 131 *Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen* erlösrelevant sind, ist es wichtig zu betonen, dass bei Änderung der Prozedurenklassifikation die Überleitbarkeit der Codes gegeben ist und damit die Kongruenz zwischen Kalkulation und Abrechnung gewahrt bleibt. Bereits für den OPS Version 2014 wurde im Codebereich 9-202 *Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern* eine weitere Klasse geschaffen für Fälle mit 37 bis 42 Aufwandspunkten. Diese konnte im Rahmen der diesjährigen Kalkulation des G-DRG-Systems für 2016 hinsichtlich einer möglichen Erweiterung des ZE 131 erstmals analysiert werden. Als Ergebnis konnte der Code für 37 bis 42 Aufwandspunkte bei der hochaufwendigen Pflege von Kleinkindern in das ZE 131 aufgenommen werden. Für 2016 liegt beim Zusatzentgelt ZE 130 die Differenzierung nach Aufwandspunkten unverändert bei „43 bis 129 Aufwandspunkte“ und bei „mehr als 129 Aufwandspunkte“. Beim ZE 131 wurde diese Schwelle um eine Klasse verschoben, sodass hier zukünftig schon mit mehr als 100 Aufwandspunkten das ZE 131.02 erreicht wird.

Seit 2014 steht im OPS der Codebereich 9-984 *Pflegebedürftigkeit* zur Verfügung, mit dem differenziert die Pflegestufe eines Patienten oder die Tatsache, dass diese beantragt wurde, dokumentiert werden kann. Seit 2015 kann zusätzlich eine Pflegebedürftig-

keit nach Pflegestufe 0 verschlüsselt werden, um Patienten mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI zu kennzeichnen. Diese Codes waren zunächst nur für Patienten anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17d KHG behandelt werden. Mit der Version 2016 des OPS wurde der Codebereich 9-984 für alle Patienten geöffnet und wird somit auch bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems weitere Analysen im Bereich der Pflege ermöglichen.

3.3.2.18 Infektiöse und parasitäre Krankheiten

Fälle mit infektiösen und parasitären Krankheiten ohne klaren Bezug zu einem einzelnen Organsystem werden vor allem in den MDCs 18A *HIV* und 18B *Infektiöse und parasitäre Krankheiten* abgebildet.

Aufgrund interner Analysen wurden im G-DRG-System 2016 zahlreiche Detailänderungen in MDC 18B vorgenommen:

Fälle der DRG T01A *OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit komplexer OR-Prozedur, komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation [...] mit aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung (> 368 Aufwandspunkte) oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter (> 392 Aufwandspunkte)* werden in die DRG T36Z *Int. Komplexbeh. > 588/552/552 Aufwandsp. bei infektiösen und parasitären Krankheiten od. OR-Proz. b. inf. u. paras. Krankh. m. komplexer OR-Proz., kompliz. Konst. oder bei Zust. n. Organtranspl. mit int. Komplexbeh. > 392/368/- Aufwandsp. aufgewertet*.

Fälle mit OR-Prozedur und infektiösen und parasitären Krankheiten, jedoch ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung oder einem Aufwandspunktwert < 393/369/553 werden in die Basis-DRG T01 *OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten* eingruppiert. Dabei waren bislang Fälle mit Sepsis uneingeschränkt der DRG T01B zugeordnet. Mit Hilfe einer Ausschlusstabelle für „wenig komplexe Eingriffe bei Sepsis“ wird die Splitbedingung der DRG T01B nun präzisiert und dadurch eine Verbesserung im Sinne einer sachgerechten Vergütung innerhalb der Basis-DRG T01 erreicht.

Auch in diesem Jahr war die Basis-DRG T60 *Sepsis* Gegenstand zahlreicher Analysen hinsichtlich bestehender und möglicher zukünftiger Kostentrenner: Im Ergebnis wird im G-DRG-System 2016 die Splitbedingung der DRG T60A um die Prozeduren für die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter ab 393 Aufwandspunkten und für die aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung ab 369 Aufwandspunkten erweitert. Zudem werden nun Ein-Belegungstag-Fälle der DRG T60E in der neu etablierten DRG T60G *Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ein Belegungstag* abgebildet. Ferner erfolgten in der Basis-DRG T60 geringfügige Anpassungen einzelner Diagnosen (z.B. aus dem Bereich endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten) in der CCL-Matrix.

Im G-DRG-System 2016 ist die bisherige Splitbedingung der DRG T64B nur noch für Fälle mit mehr als einem Belegungstag kostentrennend. Fälle mit nur einem Belegungstag werden nun in die DRG T64C *Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose* eingruppiert.

3.3.2.19 Intensivmedizin

Die Aufwandspunkte nach TISS/SAPS (Therapeutic Intervention Scoring System/ Simplified Acute Physiology Score) sind neben der Anzahl der Beatmungsstunden für die Abbildung intensivmedizinisch behandelter Fälle im G-DRG-System von besonderer Bedeutung. Über den Aufenthalt im Krankenhaus summiert, werden sie als intensivmedizinische Komplexbehandlung im Erwachsenen- (normale SAPS) oder Kindesalter (Kinder-SAPS) neben Attributen wie Operationen, Haupt- und Nebendiagnosen sowie Alter in den intensivmedizinischen DRGs für eine differenzierte Abstufung genutzt und stellen hier insbesondere die sachgerechte Abbildung von Intensivpatienten ohne Langzeitbeatmung sicher.

Mit der Implementierung der neuen Prozeduren für aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung – dem sogenannten „Super-SAPS“ – durch das DIMDI im OPS 2013 wurden die Möglichkeiten der Verschlüsselung intensivmedizinischer Leistungen erheblich erweitert. Neben den bereits existierenden Prozeduren für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung und Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter stellten diese neuen Prozeduren deutlich höhere Anforderungen an die personelle und apparative Ausstattung der Leistungserbringer. In Zusammenarbeit mit den medizinischen Fachgesellschaften wurden schärfere Regelungen bezüglich ärztlicher Qualifikation und Anwesenheit sowie Verfügbarkeit spezialisierter diagnostischer Verfahren (z.B. Labor, Blutbank, Röntgen) und klinischer Konsiliardienste (innerhalb von maximal 30 Minuten) festgelegt.

Die Abbildung dieser eigens für eine hochaufwendige Intensivbehandlung im G-DRG-System entwickelten Leistung gestaltete sich im Vorjahr insofern schwierig, als dass deutlich weniger Universitätskliniken bzw. Krankenhäuser der Maximalversorgung diese Prozedur verschlüsselten, als ursprünglich erwartet worden war. Um trotzdem das Leistungsvolumen für dieses Jahr korrekt einschätzen zu können, wurden die Gründe dieser geringen Kodierquote im Rahmen einer Abfrage bei zahlreichen Krankenhäusern eruiert, bei denen aufgrund ihrer Größe und ihres Leistungsangebots eine umfangreichere Nutzung der neuen Prozeduren für aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung zu erwarten gewesen wäre. Auf Basis der Antworten wurden dann in der Kalkulation den entsprechenden Fällen die fehlenden „Super-SAPS“-Kodes zugefügt sowie eine Abschätzung des Umfangs der Kodierung in den §-21-Daten vorgenommen. So gelang es auch, die neuen Prozeduren bei Vorliegen von erheblichen Kostendifferenzen nicht nur in den Beatmungs-DRGs der Prä-MDC, sondern auch in diversen intensivmedizinischen Fallpauschalen als Kostentrenner einzusetzen und diese aufwendigen Leistungen sachgerecht abzubilden. Dennoch konnten diese Umbauten im Vorjahr nur ein erster Schritt eines jahrelangen Prozesses sein.

Bei den Analysen in diesem Jahr ergaben sich erneut kalkulatorische Probleme, da trotz einer im Vergleich zum Vorjahr deutlichen Verbesserung auch im Jahr 2014 von den Krankenhäusern mit einer großen Anzahl intensivmedizinisch behandelter Patienten, die potentiell über die entsprechenden infrastrukturellen und personellen Gegebenheiten verfügen, keine durchgängige Kodierung des „Super-SAPS“ vorgenommen wurde. Auch stimmten in den Zusatzinformationen zu Aufenthalten auf der Intensivstation stellenweise die Angaben nicht mit der Kodierung überein. Dies hätte zur Folge, dass (teurere) Fälle ohne Kodierung des „Super-SAPS“ den falschen (weniger aufwendigen) DRGs zugeordnet würden und somit eine Fehlallokation zwischen einzelnen DRGs entstünde. Somit musste erneut – wenn auch nicht in einem ähnlich großen Rahmen wie im Vorjahr – eine zusätzliche Abfrage bei Kalkulationskrankenhäusern und Nicht-Kalkulationskrankenhäusern durchgeführt werden. Insbesondere bei Häusern, die

die nachfolgenden Bedingungen erfüllten, war eine Rückfrage zur Kodierung des „Super-SAPS“ angezeigt:

- Maximal- und Schwerpunktversorger oder Fachkliniken
- Mindestens 200 Betten im DRG-Entgeltbereich
- Mindestens 200 Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung
- Anteil der Quote mit „Super-SAPS“ geringer als 75% an allen Fällen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung

Auf Basis der regulären sowie der ergänzend abgefragten Daten wurden nun die entsprechenden Fälle individuell analysiert. Der Fokus lag neben den per definitionem intensivmedizinischen DRGs der Prä-MDC in diesem Jahr auch auf diversen DRGs anderer MDCs. Dabei wurden die SAPS-Grenzen sowohl operativer als auch konservativer Fallpauschalen untersucht.

Die Maxime des Vorjahres, Änderungen in den hochspezifischen intensivmedizinischen DRGs nur bei Vorliegen von erheblichen Kostendifferenzen vorzunehmen, galt auch für dieses Jahr. In der Basis-DRG A05 *Herztransplantation* – bislang gesplittet anhand der Bedingung *Beatmung > 179 Stunden oder Alter < 16 Jahre* – traten diese Kostenunterschiede deutlich zutage. Dagegen erwies sich das Alter anhand der Daten des Jahres 2014 nicht mehr als geeigneter Kostentrenner, sodass die Splitbedingung dementsprechend angepasst wurde (siehe Abb. 22):

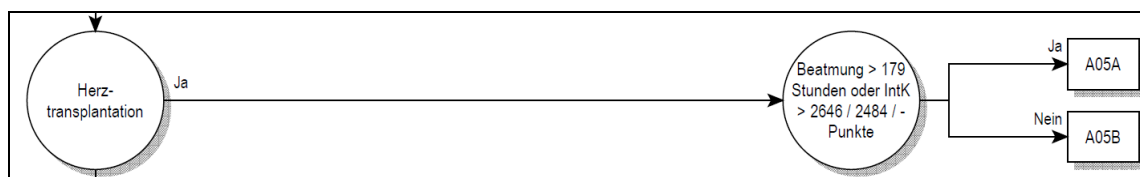


Abbildung 22: Änderung der Splitbedingung der DRG A05A im G-DRG-System 2016

Fälle mit „Kinder-SAPS“ sowie „Super-SAPS“ wurden demnach aufgewertet, während die „normale“ intensivmedizinische Komplexbehandlung in der Basis-DRG A05 nicht höhergruppierend wirkt.

Innerhalb der Basis-DRG A06 *Beatmung > 1799 Stunden* wurden ebenfalls alle verwendeten Splitkriterien daraufhin untersucht, ob ihre Eignung als Kostentrenner auch in den Daten des Jahres 2014 fortbesteht. Dabei zeigten sich gleich in mehrfacher Hinsicht Kostenunterschiede im Vergleich zum Vorjahr, sodass daraus letztlich ein komplexer Umbau resultierte. Zunächst wurde die Bedingung der DRG A06A insofern angepasst, als dass die SAPS-Grenze für die intensivmedizinische Komplexbehandlung von 3680 auf 5520 Aufwandspunkte angehoben wurde. In der DRG A06B waren im G-DRG-System 2015 zwei heterogene Fallkollektive vereint, einerseits Fälle mit einem komplexen Eingriff oder Polytrauma und andererseits Fälle, die neben ihrer Langzeitbeatmung typischerweise keine weiteren komplizierenden Faktoren aufwiesen. Da die zweite Fallgruppe in den aktuellen Kalkulationsdaten mit deutlich geringeren Kosten assoziiert war, wurde die DRG A06B dementsprechend unterteilt (siehe Abb. 23):

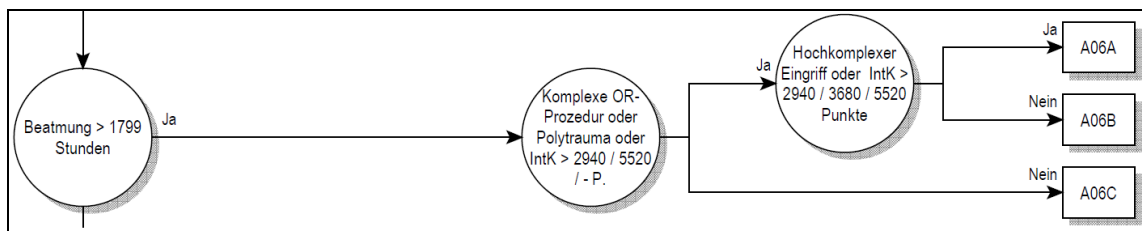


Abbildung 23: Komplexer Umbau der Basis-DRG A06 im G-DRG-System 2016

Analog zum oben beschriebenen Vorgehen wurden die Fälle der Basis-DRG A09 *Beatmung > 499 Stunden* untersucht. Bereits im G-DRG-System 2015 wies die Basis-DRG A09 einen hohen Differenzierungsgrad auf, wobei diverse Attribute Verwendung fanden, wie beispielsweise:

- Intensivmedizinische Komplexbehandlung
- Alter
- Diagnosen (bösartige Neubildungen, Fehlbildungen,...)
- Komplexe Eingriffe
- Polytrauma
- Komplizierende Konstellation

In der DRG A09D wurden zunächst Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung abgefragt, anschließend Fälle mit der Bedingung „Komplexe Diagnose oder komplexe Prozedur“ in der DRG A09E. Die sehr umfangreiche und allgemein gehaltene Tabelle mit Hauptdiagnosen“ enthielt allerdings auch eher weniger schwere Erkrankungen, wie z.B. die *Prellung der Leber* oder *Bronchopneumie, nicht näher bezeichnet*. In der DRG A09F verblieben die restlichen Fälle, die keine höhergruppierende Bedingung erfüllten.

Die Analyse der Kalkulationsdaten des Jahres 2014 hatte schließlich einen mehrstufigen Umbau dieses Teils der Basis-DRG A09 zur Folge. Zunächst wurden die Grenzen für den „normalen SAPS“ für die DRG A09D angehoben, bevor auch Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung in die Bedingung der DRG A09E aufgenommen wurden. Dagegen wurde die oben genannte Hauptdiagnostentabelle aus dieser Bedingung gestrichen, wobei Fälle mit einer komplexen Nebendiagnose wie Zustand nach Organtransplantation oder Darminfektion durch enterohämorrhagische *Escherichia coli* in der DRG A09E verbleiben (siehe Abb. 24).

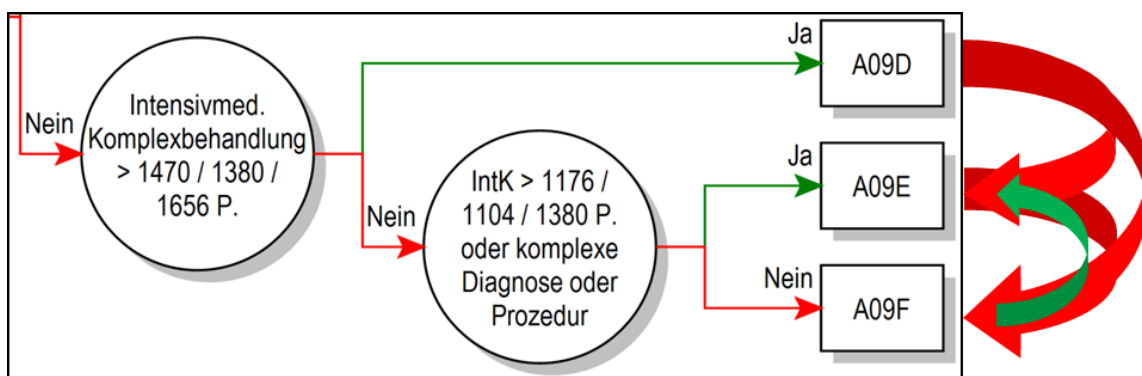


Abbildung 24: Komplexer Umbau der Basis-DRG A09 im G-DRG-System 2016

Neben den geschilderten Umbauten innerhalb der Prä-MDC wurden Änderungen der Abbildung der intensivmedizinischen Komplexbehandlung auch an weiteren Stellen des DRG-Systems vorgenommen. Sowohl für Fallpauschalen, bei denen TISS/SAPS bereits als Kostentrenner genutzt wurde, als auch für DRGs, in denen die Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung bislang keine Gruppierungsrelevanz besaßen, wurden jeweils verschiedene, DRG-individuelle Kombinationen der einzelnen Formen intensivmedizinischer Komplexbehandlung berechnet. So fanden sich z.B. innerhalb der Basis-DRG F65 *Periphere Gefäßkrankheiten* Fälle, die schon bei vergleichsweise niedrigeren SAPS-Werten deutlich höhere Kosten aufwiesen. Somit wurde die Splitbedingung der DRG F65A um die entsprechenden Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung erweitert. Diese Anzahl der zur Gruppierung in die DRG F65A *Periphere Gefäßkrankheiten [...] oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196/184/184 Aufwandspunkte* benötigten Punkte entspricht immerhin einer aufwendigen Behandlung von mindestens drei Tagen auf einer Intensivstation.

Im G-DRG-System 2016 wurde die intensivmedizinische Komplexbehandlung an 23 Stellen im Algorithmus neu eingeführt, u.a. in folgenden Basis-DRGs:

- A04 *Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion [...]*
- A07 *Beatmung > 999 Stunden [...]*
- B02 *Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation [...]*
- F01 *Implantation Kardioverter/Defibrillator [...]*
- F03 *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine [...]*
- G18 *Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm [...]*
- H01 *Eingriffe an Pankreas und Leber [...]*
- I08 *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur [...]*
- I66 *Andere Erkrankungen des Bindegewebes [...]*
- L60 *Niereninsuffizienz [...]*
- R60 *Akute myeloische Leukämie*
- T60 *Sepsis*
- 901 *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose*

Die genannten Prozeduren besitzen nun in insgesamt 37 verschiedenen Basis-DRGs – nicht selten mehrfach – Gruppierungsrelevanz. Dabei finden sie in 12 der 25 Hauptdiagnosegruppen (MDCs) Anwendung (siehe Tab. 20).

MDC	Betroffene Basis-DRGs
Prä-MDC	8
MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	4
MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	2
MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	6
MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	7
MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	1
MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	2
MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	1
MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen	1
MDC 18B Infektiöse und parasitäre Krankheiten	2
MDC 21A Polytrauma	1
MDC 22 Verbrennungen	1
Fehler-DRGs und sonstige DRGs	1

Tabelle 20: Verwendung der Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung auf MDC-Basis

Diese umfassende Überarbeitung im Themenkomplex „Intensivmedizin“ führt zu einer detaillierten Abbildung intensivmedizinisch behandelter Patienten im G-DRG-System. Trotzdem sind diese Umbauten nur ein weiterer Schritt im Rahmen eines längeren Prozesses, bei dem perspektivisch – in Abhängigkeit von der jeweiligen Datenlage – weitere Änderungen vorgesehen sind.

3.3.2.20 Kardiologie und Herzchirurgie

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2016 wurden zum Themengebiet der Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems deutlich weniger Vorschläge als in den vergangenen Jahren eingebracht. Zudem bezogen sich zahlreiche Vorschläge auf neue und vielfach noch nicht kodierbare Verfahren (wie z.B. die CT-Koronarangiographie: mit Bestimmung der fraktionellen myokardialen Flussreserve [FFRmyo]). Die im Folgenden beschriebenen Änderungen im Bereich der Kardiologie innerhalb der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* basieren deshalb im Wesentlichen auf internen Analysen.

Im Rahmen dieser internen Untersuchungen wurden Fälle mit Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken eingehend analysiert. Die entsprechenden Prozeduren waren für das G-DRG-System 2014 in die Bedingung der Basis-DRG F24 *Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention* [...] aufgenommen worden. Die Analysen der Daten aus 2014 verdeutlichten, dass betroffene Fälle dort mittlerweile deutlich übervergütet waren. Aus diesem Grund erfolgte für das G-DRG-System eine Neubewertung und Zuordnung der Prozeduren zur Basis-DRG F52 *Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose [...] oder bestimmte Intervention* und damit Abwertung betroffener Fälle.

Ein weiterer Schwerpunkt der Analysen war die eingehende Untersuchung von Fällen der Basis-DRG F50 *Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie*. Auf Basis der dabei erhaltenen Ergebnisse wurden folgende Änderungen vorgenommen:

- Aufwertung von Kindern durch Eingruppierung in die DRG F50B
- Aufwertung von Fällen mit gekühlter Radiofrequenzablation oder mit Kryoablation am linken Vorhof durch Eingruppierung in die DRG F50C
- Abwertung von Fällen mit dreidimensionalem, elektroanatomischem Mappingverfahren mit und ohne Messung des Anpressdrucks am AV-Knoten durch Eingruppierung in die DRG F50C
- Abwertung von Fällen mit bipolarer phasenverschobener Radiofrequenzablation am linken Vorhof und an den Pulmonalvenen durch Eingruppierung in die DRG F50B
- Abwertung von Fällen mit konventioneller Radiofrequenzablation am linken Ventrikel durch Eingruppierung in die DRG F50C

Im G-DRG-System 2015 führte eine im gleichen Aufenthalt durchgeführte Herzkatheter-Untersuchung innerhalb der Basis-DRGs für Herzklappeneingriffe (F03) bzw. für koronare Bypass-Operation (F06) zur direkten Höhergruppierung. Beispielsweise war eine Rechtsherz-Katheteruntersuchung in Zusammenhang mit einer Bypass-Operation mit einem Erlössprung von 0,827 RG verbunden. Die Analysen auf Basis der Daten des Jahres 2014 verdeutlichten, dass eine Höhergruppierung für Fälle mit Rechtsherz-Katheteruntersuchung oder mit transarterieller Linksherz-Katheteruntersuchung ohne weitere Maßnahmen aufgrund entsprechend höherer Kosten nicht mehr gerechtfertigt ist. Folglich erfolgte eine Streichung der entsprechenden Prozeduren aus der Bedingung der DRG F06E und eine Eingruppierung betroffener Fälle in die DRG F06F. Innerhalb der Basis-DRG F03 zeigten die Analysen im Vergleich dazu ein stärker uneinheitliches Kostenbild. Insofern erfolgte in dieser Basis-DRG keine entsprechende Anpassung.

Innerhalb der Basis-DRG F01 *Implantation Kardioverter/Defibrillator (AICD)* erfolgten neben der zukünftigen Berücksichtigung der intensivmedizinischen Komplexbehandlung im Kindesalter bzw. aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung (siehe dazu auch Kap. 3.3.2.19) für das G-DRG-System 2016 zwei Änderungen. Zum einen wurde die Prozedur für die Implantation eines Defibrillators mit subkutaner Elektrode mit den Prozeduren für die Implantation von 3-Kammer-Systemen gleichgestellt. Zum anderen konnten auf Grundlage der Daten des Jahres 2014 Fälle mit Implantation eines 2-Kammer-Systems und äußerst schweren CC durch Zuordnung zur DRG F01E *Implantation Kardioverter/Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation oder Zwei-Kammer-Stimulation, [...], mit äußerst schweren CC* aufgewertet werden.

Auf Basis der Ergebnisse der internen Analysen konservativer Fälle der MDC05 erfolgten innerhalb der Basis-DRG F62 *Herzinsuffizienz und Schock* die in Abbildung 25 zusammenfassend dargestellten Änderungen für das G-DRG-System 2016: Zukünftig werden innerhalb dieser Basis-DRG Fälle mit komplizierenden Konstellationen der DRG F62A zugeordnet. Durch Neubewertung von Diagnosen innerhalb der CCL-Matrix werden einige Fälle dagegen nicht mehr in diese DRG eingruppiert. Zudem wurde innerhalb der Basis-DRG F62 eine explizite Ein-Belegungstag-DRG etabliert (F62C, siehe dazu auch Kap. 3.3.2.9).

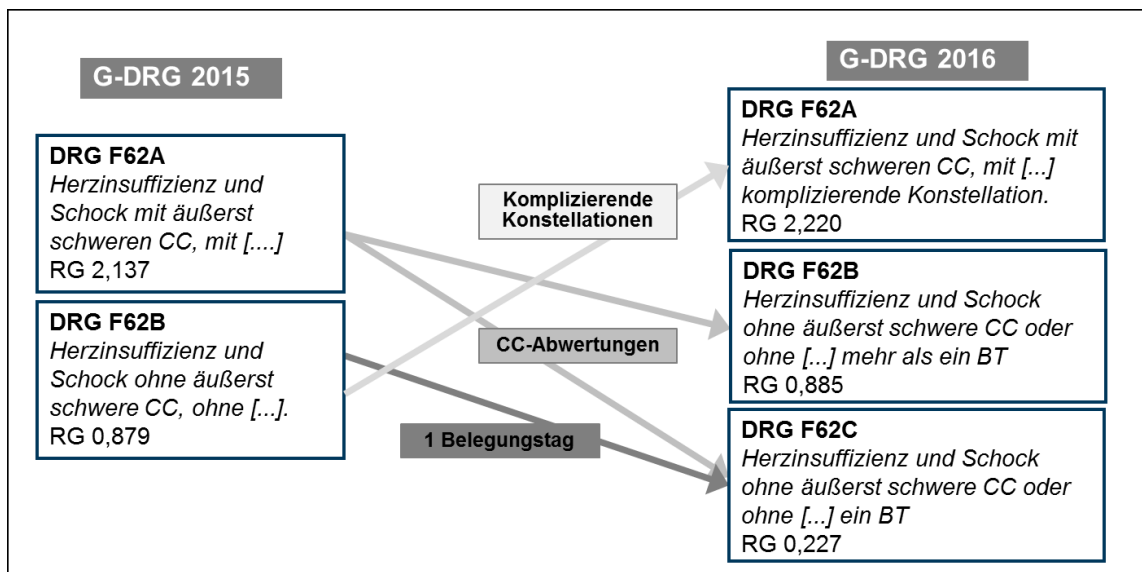


Abbildung 25: Änderung innerhalb der Basis-DRG F62 für das G-DRG-System 2016

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie thematisierte im Rahmen des Vorschlagsverfahrens das Problem, dass bei Patienten mit Myokardinfarkt und zeitnaher bzw. nächtlicher Intervention (diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Kreislauf und/oder perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen) der Anteil kritischer und damit aufwendiger Patienten höher sei, als bei späterer Intervention. Da dieser Umstand im DRG-System bisher keine Berücksichtigung finde (keine spezifische Kodierung möglich) wurde von der Fachgesellschaft vorgeschlagen, den beschriebenen Sachverhalt anhand von „Surrogatparametern“ in den Basis-DRGs F24 und F52 (Infarkt-PTCA) zu untersuchen. Als Surrogatparameter bzw. Marker für aufwendige Fälle wurde vorgeschlagen: Durchführung einer diagnostischen Herzkatheteruntersuchung oder perkutan-transluminale Gefäßintervention, innerhalb von 120 min nach Aufnahmezeitpunkt bzw. zwischen 22:00 Uhr und 6:00 Uhr. Die vorgeschlagenen Parameter konnten zwar anhand der regelhaften Analysemethoden nicht direkt untersucht werden, da in den Kalkulationsdaten die genaue Uhrzeit der Prozedur noch nicht in jedem Fall zuverlässig erfasst wird und zudem auch Artefakte wie die Angabe einer Uhrzeit von „0:00:00“ Uhr zu beachten waren. Jedoch konnten die beschriebenen Konstellationen unter den genannten Einschränkungen auf Basis eines Großteils der Kalkulationsdaten mit verlässlichen Zeitangaben untersucht werden. Im Ergebnis zeigten dabei Fälle mit einer Gefäßintervention innerhalb von 2 Stunden nach Aufnahme ebenso wie Fälle mit nächtlicher Gefäßintervention ein uneinheitliches Bild mit zum Teil höheren, aber auch zum Teil geringeren Kosten als die im Vorschlag beschriebenen weniger aufwendigen Fälle mit späterer Intervention. Dementsprechend ergab sich kein Hinweis, die beschriebenen Attribute in den DRG-Algorithmus zu implementieren.

Im Rahmen des diesjährigen Vorschlagsverfahrens wurde thematisiert, dass Fälle mit Ersatz der Aortenklappe durch ein nahtfreies, selbstexpandierendes Xenotransplantat bzw. Ersatz der Aortenklappe durch ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten in Kombination mit einem weiteren Herzklappen-Eingriff oder einem koronarchirurgischen Eingriff innerhalb der Basis-DRG F03 für Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine trotz schrittweiser Aufwertung in den vergangenen zwei Jahren weiterhin noch nicht sachgerecht abgebildet wären. Eingehende Analysen beider Verfahren verdeutlichten, dass Fälle mit Ersatz durch *selbstexpandierendes Xenotransplantat*, *nahtfrei* sachgerecht abgebildet sind. Fälle mit Ersatz durch *ballonexpandierendes Xe-*

notransplantat mit Fixierungsnähten zeigten dagegen bei Zweifacheingriff deutlich höhere Kosten und werden ab dem G-DRG-System 2016 der DRG F03A *Herzklappen-eingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit [...] oder bestimmter Zweifacheingriff* zugeordnet. Ebenfalls auf Basis von Informationen aus dem Vorschlagsverfahren konnten innerhalb der Basis-DRG F03 Fälle mit Rekonstruktion der Aortenwurzel mit Implantation einer Gefäßprothese nach David durch Eingruppierung in die DRG F03E *Herzklappen-eingriff mit Herz-Lungen-Maschine, [...] mit Zweifacheingr. od. kompl. Eingriff od. bei Endokarditis od. bei angeborenem Herzfehler* aufgewertet werden.

3.3.2.21 Komplizierende Konstellationen

Logische Definitionen, die an mehreren Stellen des DRG-Gruppierungsalgorithmus – auch MDC-übergreifend – vorkommen, lassen sich in Funktionen zusammenfassen. Diese beinhalten Prozeduren, die in unterschiedlichen Behandlungszusammenhängen jeweils einen höheren Ressourcenverbrauch bedingen.

Die in der G-DRG-Klassifikation 2016 verwendeten Funktionen werden in Band 4 des G-DRG-Definitionshandbuchs (bzw. Band 2 der Kompaktversion) definiert. Der Abschnitt „Funktionsübersicht“ in Band 5 (bzw. Band 3 der Kompaktversion) zeigt übersichtlich, an welchen Stellen des Gruppierungsalgorithmus welche Funktionen verwendet werden.

Bestimmte, insbesondere intensivmedizinisch relevante Prozeduren und Diagnosekombinationen, die mit einem höheren Ressourcenbedarf einhergehen, werden im G-DRG-System in den sogenannten „komplizierenden Konstellationen“ abgebildet. Hierfür stehen wie im Vorjahr folgende sechs Funktionen zur Verfügung:

- Komplizierende Konstellationen I (KKI)
- Komplizierende Konstellationen II (KKII; impliziert KKI, d.h. alle Fälle, die KKII erfüllen, erfüllen auch KKI – aber nicht notwendigerweise umgekehrt)
- Komplizierende Konstellationen III (impliziert KKII und damit auch KKI)
- Komplizierende Konstellationen Wirbelsäule (impliziert KKI)
- Komplizierende Konstellationen 901 (impliziert KKI)
- Komplizierende Konstellationen Prä-MDC (keine Implikationen mit anderen Funktionen)

Im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2016 wurden die einzelnen Bestandteile aller Funktionen auf ihre weitere Eignung als Kostentrenner und auf ihren erhöhten Ressourcenbedarf hin untersucht.

Einheitliche Einstiegsschwellen für Pool- und Apherese-Thrombozytenkonzentrate innerhalb der Funktionen für „Komplizierende Konstellationen“ dienen einer sachgerechten Vergütung. Die Angleichung der Einstiegsschwellen erforderte lediglich kleine Anpassungen in den „Komplizierenden Konstellationen Wirbelsäule“.

Im Gruppierungsalgorithmus wurde die Funktion für die „Komplizierenden Konstellationen I“ in die Splitbedingungen der DRGs F62A *Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit [...] komplizierender Konstellation*, H08A *Laparoskopische Cholezystektomie mit [...] komplizierender Konstellation*, I66A *Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, mit [...] komplizierender Konstellation [...] und R13A *Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur,**

ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit [...] komplizierender Konstellation sowie die Funktion für die „Komplizierenden Konstellationen Prä-MDC“ in die DRG A07D *Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1176/1104/2208 und < 2353/1933/2209 Aufwandspunkte, mit [...] komplizierender Konstellation* neu aufgenommen.

3.3.2.22 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane

Innerhalb der MDC 04 werden vor allem Leistungen der beiden medizinischen Teilgebiete Thoraxchirurgie und Pneumologie abgebildet. Sie gehört mit zu den fallzahlstarken Hauptdiagnosegruppen im G-DRG-System, für die auch in diesem Jahr eine Vielzahl von Hinweisen zur Weiterentwicklung für das G-DRG-System eingesandt wurde. Dabei lag die Anzahl der eingegangenen Hinweise geringfügig über der des letzten Jahres.

Themenschwerpunkt der Anfragen waren auch in diesem Jahr verschiedene therapeutische und diagnostische Verfahren bei obstruktiven und onkologischen Lungenerkrankungen und anderen Störungen der Atemfunktion.

Operative und interventionelle Verfahren bei onkologischer Lungenerkrankung

Im Rahmen der Folge- oder Nachbehandlung onkologischer Grunderkrankungen können einzelne Konstellationen zu einer uneinheitlichen Kodiersituation führen. Dies geschieht, wenn für einen Fall eine kostenaufwendige Leistung erbracht wird, die für die ihm aufgrund der Grunderkrankung zugewiesene MDC eher untypisch ist. Innerhalb einer MDC, für die diese Leistung eher typisch wäre, wird diese Leistung im Allgemeinen spezifisch und differenziert Vergütungsgruppen zugeordnet, während Fälle mit dieser Leistung innerhalb der MDC der onkologischen Grunderkrankung eher unspezifisch, d.h. nicht anhand dieser Leistung abgebildet sind und unter Umständen einer sogenannten Fehler-DRG zugeordnet werden.

Für Fälle mit Hauptdiagnose einer bösartigen Neubildung der Atmungsorgane und einer Folge- bzw. Nachbehandlung konnten gleich zwei solche Konstellationen im Rahmen der Weiterentwicklung für das G-DRG-System 2016 identifiziert und einer sachgerechteren Vergütung zugeführt werden:

So wurden einem Hinweis folgend Fälle mit operativer Entfernung einer Hirnmetastase innerhalb des G-DRG-Systems analysiert. Bei Hauptdiagnose einer intrakraniellen bösartigen Neubildung mit Nebendiagnose einer bösartigen Neubildung der Atmungsorgane werden diese Fälle innerhalb der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* vornehmlich in den DRGs B02C *Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, mit bestimmtem komplexen Eingriff [...]* und B20B *Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, [...]* differenziert abgebildet, während sich Fälle mit Hauptdiagnose einer bösartigen Neubildung der Atmungsorgane und Nebendiagnose einer intrakraniellen bösartigen Neubildung u.a. in der DRG E02C *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen [...]* und der DRG 901B *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose [...]* einsortieren. Für das G-DRG-System 2016 erfolgt eine kostenentsprechende Zuordnung dieser Fälle zur Basis-DRG E05 *Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Eingriffe zur Entfernung von intrakraniell Gewebe*.

Interne Untersuchungen identifizierten eine ähnliche Gegebenheit für Fälle mit Diagnose eines Venenkompressionssyndroms und einem Verfahren zur perkutan-transluminale Implantation eines Stents an der Vena cava. Bei Hauptdiagnose eines Venenkompressionssyndroms und Nebendiagnose einer bösartigen Neubildung der Atmungsorgane werden diese Fälle differenziert innerhalb der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* abgebildet, während bei umgekehrter Diagnosen-Zuordnung diese Fälle häufig den DRGs E02C und 901D *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose [...]* zugeordnet werden. Für das G-DRG-System 2016 erfolgt eine kostenentsprechende Zuordnung dieser Fälle zur DRG E02B *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, mit aufwendigem Eingriff oder schwerste CC, Alter > 9 Jahre*.

Schlaflabor

Seit einigen Jahren werden Fälle mit einem Verfahren zur *kardiorespiratorischen Polysomnographie* (1-790) bei weniger als 3 Belegungstagen MDC-übergreifend zusammen mit Fällen der MDC 04 und Hauptdiagnose Schlafapnoesyndrom in der Basis-DRG E63 *Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie [...]* abgebildet. Diese Eingruppierung wurde etabliert, da Fälle mit einem solchen Verfahren ungeachtet ihrer Hauptdiagnose vergleichbare Kostenstrukturen haben (siehe Abb. 26).

Von dieser einheitlichen Abbildung ausgenommen sind Fälle mit Diagnostik im Schlaflabor, aber typischerweise abweichenden Kosten, z.B. bei Operationen.

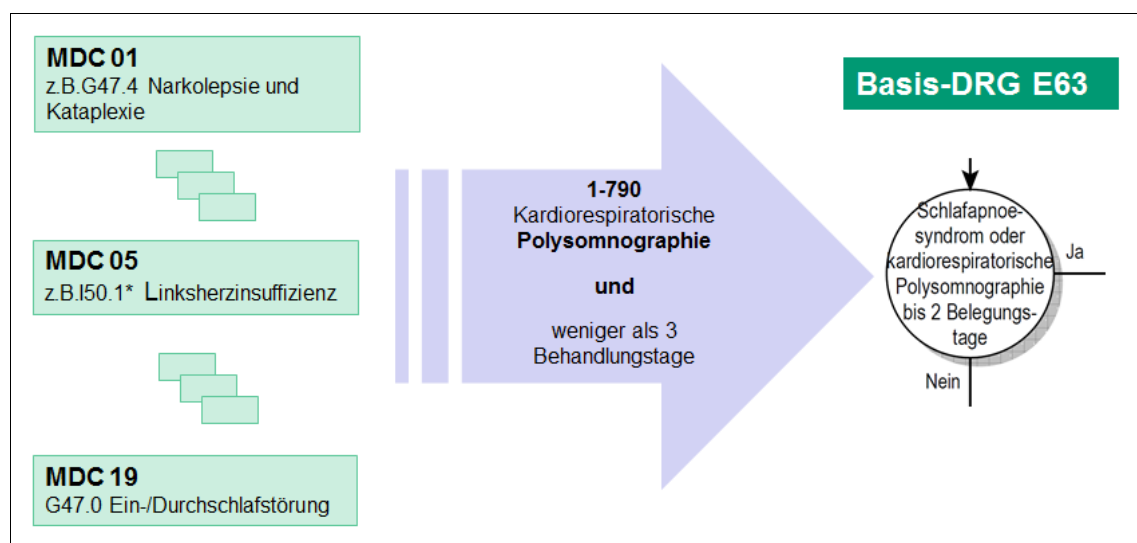


Abbildung 26: Fälle mit Polysomnographie im G-DRG-System 2015

Interne Analysen der Basis-DRG E63 zeigten, dass Fälle mit Kindern, d.h. im Alter unter 16 Jahren, höhere Tageskosten aufwiesen als Fälle mit Erwachsenen (Alter > 15 Jahre). Für das G-DRG-System 2016 erfolgte deshalb eine Aufwertung von Kindern durch getrennte Abbildung von Fällen mit einem Alter von unter 16 Jahren durch Split der DRG E63Z in die DRG E63A *Schlafapnoesyndrom [...], Alter < 16 Jahre* und die DRG E63B *Schlafapnoesyndrom [...], Alter > 15 Jahre*.

Kardiorespiratorische Polygraphie

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens wurden Fälle mit einem dem Verfahren der *kardiorespiratorischen Polysomnographie* verwandten, bisher nicht gruppierungsrelevanten Verfahren untersucht, der *kardiorespiratorischen Polygraphie* (1-971).

Die inhaltliche Definition für den Code für die *kardiorespiratorische Polygraphie* ist inhaltlich weitgehend identisch mit der Definition für den Code für die *kardiorespiratorischen Polysomnographie*. Diese kann man den Hinweistexten im OPS-Katalog (z.B. Version 2016) entnehmen (siehe Abb. 27):

1-790	Kardiorespiratorische Polysomnographie Hinw.: Dauer mindestens 6 Stunden Obligate Verfahren: Videomonitoring, 2 x EEG, 3 x EMG, 2 x EOG, Schnarchgeräusch, Bestimmung von Körperposition, oro-nasalem Atemfluss, thorakalen und abdominalen Atemexkursionen, EKG und Pulsoxymetrie (mindestens 14 Kanäle) Fakultative Verfahren: Ösophagusdruckmessung, Bestimmung des transkutanen Sauerstoff-/Kohlendioxid-Partialdruckes, transkranielle Dopplersonographie, Körpertemperaturmessung, Aktographie, Blutdruckmessung, Tumescenzmessung
1-791	Kardiorespiratorische Polygraphie Hinw.: Dauer mindestens 6 Stunden Obligate Verfahren: Schnarchgeräusch, Bestimmung von Körperposition, oro-nasalem Atemfluss, thorakalen und abdominalen Atemexkursionen, EKG und Pulsoxymetrie (mindestens 7 Kanäle) Fakultative Verfahren: Ösophagusdruckmessung, Bestimmung des transkutanen Sauerstoff-/Kohlendioxid-Partialdruckes, Blutdruckmessung

Abbildung 27: Inhaltliche Verwandtschaft der beiden physiologischen Funktionstests

Bei den Analysen der Daten im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zeigten sich Fälle mit kardiorespiratorischer Polygraphie im G-DRG-System 2015 anhand unterschiedlicher Hauptdiagnosen über verschiedene MDCs bzw. DRGs verteilt. Insbesondere Fälle mit weniger als 3 Behandlungstagen zeigten ungeachtet der Hauptdiagnosen sehr ähnliche, dem Verfahren *kardiorespiratorische Polysomnographie* vergleichbare Kosten.

Aufgrund der inhaltlichen Verwandtschaft und ähnlicher Kostenstruktur erfolgte deshalb eine Gleichstellung von Fällen mit *kardiorespiratorischer Polygraphie* zu Fällen mit *kardiorespiratorischer Polysomnographie*. Für das G-DRG-System 2016 erfolgte eine sachgerechte Neuuzuordnung von Fällen mit *kardiorespiratorischer Polygraphie* und weniger als 3 Behandlungstagen zur Basis-DRG E63 *Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie oder Polygraphie bis 2 Belegungstage*.

Für die Mehrzahl der so zugeordneten Fälle bedeutet diese Änderung eine Abwertung entsprechend ihren geringeren Kosten.

Obstruktive Lungenerkrankungen

Interventionelle Verfahren zur Lungenvolumenreduktion, z.B. bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD), stellen sich häufig als Leistungen mit höheren Sachkosten dar. Sie werden im G-DRG-System ihren Kosten entsprechend differenziert abgebildet:

OPS-Kode	Bezeichnung	DRGs in MDC04 (2015)	Entgelte (2015)
5-339.5	Andere Operationen an Lunge und Bronchien: Implantation oder Wechsel eines endobronchialen Klappensystems, endoskopisch	E02, E08	ZE100
5-339.7	Andere Operationen an Lunge und Bronchien: Einführung von polymerisierendem Hydrogelschaum, bronchoskopisch	E01, E05, E08	NUB-Status 1
5-339.8	Andere Operationen an Lunge und Bronchien: Einlegen von endobronchialen Nitinolspiralen, bronchoskopisch	E01, E05, E08	NUB-Status 1
5-339.21	Andere Operationen an Lunge und Bronchien: Destruktion von erkranktem Lungengewebe: Durch thermische Dampfablation, bronchoskopisch	E02, E08	NUB-Status 2

Tabelle 21: Verfahren zur Lungenreduktion im G-DRG-System 2015 (Vergütungsrelevanz)

Mehreren Hinweisen folgend war ein Schwerpunkt der diesjährigen Analysen in der MDC 04 die Abbildung von Fällen mit bronchoskopischem Einlegen von endobronchialen Nitinolspiralen. Diese Fälle wurden mehrheitlich in der DRG E05C *Andere große Eingriffe am Thorax ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung* abgebildet. Nach Analyse der Kosten unter Berücksichtigung aller relevanten Entgelte (siehe Kap. 3.2.1.1) zeigten sich diese Fälle als weniger aufwendig als die übrigen Fälle der DRG E05C. Für 2016 erfolgte eine aufwandsentsprechende Zuordnung dieser Fälle zur DRG E02B *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, mit aufwendigem Eingriff oder schwerste CC, Alter > 9 Jahre*.

Sonstige Umbauten:

- Aufwertung und Neuordnung von Fällen mit operativer Korrektur einer Trichterbrust nach Nuss aus der DRG E06C in die DRG E06B *Andere Lungenresektionen, [...] mit best. Brustkorbkorrektur*
- Aufwertung von Fällen innerhalb der Basis-DRG E69 durch Erweiterung der Splitbedingungen zu den DRGs E69B und E69C für Fälle mit flexibler Bronchoskopie bei Kindern im Alter unter 16 Jahren
- Aufwertung von Fällen mit Hauptdiagnose *Pneumonie durch Pseudomonas* innerhalb der Basis-DRG E77

3.3.2.23 Mehrfacheingriffe, mehrzeitige Eingriffe, beidseitige Eingriffe

Der höhere Aufwand von Fällen mit mehrzeitigen oder beidseitigen Eingriffen ist im G-DRG-System bereits in einer Vielzahl von DRGs abgebildet. Im Zuge des Vorschlagsverfahrens wurde darauf hingewiesen, dass in bestimmten DRGs Bedarf an weiteren Analysen für Fälle mit mehrzeitigen oder beidseitigen Eingriffen besteht. Auf Grundlage der Kalkulationsdaten wurden an einigen Stellen für das G-DRG-System 2016 mehrzeitige oder beidseitige Eingriffe deutlich aufgewertet.

Beispielsweise in der MDC 02 *Krankheiten und Störungen des Auges* wurde darauf hingewiesen, dass ein erhöhter Aufwand sowohl bei beidseitigem Eingriff an den Augen als auch bei beidseitigem Eingriff an den Tränenwegen besteht. Die Analyse ergab jedoch nur geringe Kostenunterschiede für diese Fälle, aber erhöhte Kosten für Fälle mit beidseitigem Eingriff an den Tränenwegen und einem weiteren beidseitigen Eingriff an den Augen. Dementsprechend wurden die betroffenen Fälle, trotz kleiner Fallmenge, in der DRG 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* aufgewertet.

In der MDC 09 gibt es für beidseitige Eingriffe an der Mamma viele spezifische Abbildungsmöglichkeiten, z.B. in der Basis-DRG J16 *Beidseitige Mastektomie [...]*. Allerdings bestand bisher keine spezifische Abbildung für Fälle mit beidseitigen, besonders aufwendigen Rekonstruktionsverfahren. Es zeigte sich ein deutlicher Kostenunterschied zwischen einseitiger und beidseitiger Rekonstruktion der Mamma. Aufgrund dessen werden diese Fälle zukünftig der neuen DRG J12Z *Komplexe beidseitige plastische Rekonstruktion der Mamma* zugeordnet und dadurch deutlich aufgewertet.

Des Weiteren wurden im Bereich Gastroenterologie Fälle mit bestimmten mehrzeitigen endoskopischen Prozeduren analysiert. Eine detaillierte Erläuterung befindet sich im Kapitel 3.3.2.12.

3.3.2.24 Multiresistente Erreger

Bei multiresistenten Erregern handelt es sich um Keime (Bakterien oder Viren), die gegen mehrere verschiedene Antibiotika bzw. Virostatika unempfindlich sind.

Für das Jahr 2006 wurde ein neuer OPS-Kode 8-987 *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]* geschaffen. An der fünften Stelle bezeichnet der OPS-Kode, ob die Behandlung auf einer speziellen Isoliereinheit (8-987.0-) oder nicht auf einer speziellen Isoliereinheit (8-987.1-) erfolgte. Mit der sechsten Stelle wird die Behandlungsdauer kodiert: bis zu 6 Behandlungstage (8-987.-0), mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage (8-987.-1), mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage (8-987.-2), mindestens 21 Behandlungstage (8-987.-3).

In der G-DRG-Version 2007 konnten damit fünf neue DRGs (F77Z *Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*, G77Z [...] *der Verdauungsorgane*, K25Z [...] *mit OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten*, K77Z [...] *bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* und T77Z [...] *bei infektiösen und parasitären Krankheiten*) für die Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern in unterschiedlichen MDCs etabliert werden. In zwei weiteren Basis-DRGs (E77 *Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane* und L63 *Infektionen der Harnorgane*) wurde die Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern als höhergruppierendes Merkmal aufgenommen. In den Jahren 2008 bis 2014 wurden – auch ausgehend von Vorschlägen aus dem Vorschlagsverfahren – für die Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern eine neue DRG (J77Z [...] *an Haut, Unterhaut und Mamma*) sowie weitere Splits, in denen die MRE-Komplexbehandlung höhergruppierend wirkt, (erneut in den Basis-DRGs E77 und L63) etabliert, sodass die Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bislang ab mindestens sieben Behandlungstagen insgesamt in sieben MDCs (04, 05, 06, 09, 10, 11 und 18b) gruppierungsrelevant war. Die im OPS-Kode vorgesehene Unterscheidung

zwischen der Behandlung auf spezieller Isoliereinheit und der Behandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit war bisher nicht gruppierungsrelevant.

Im diesjährigen Vorschlagsverfahren wurden zwei Vorschläge zur Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern eingereicht: einerseits für eine Aufwertung der Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit gegenüber der Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit und andererseits für die Etablierung eines Zusatzentgelts für die MRE-Komplexbehandlung, differenziert nach der Behandlungsdauer. Entsprechend der Vorgehensweise des InEK, Vorschläge zur Etablierung eines Zusatzentgelts stets auch auf Abbildungsmöglichkeiten innerhalb des DRG-Systems zu prüfen, wurde die Abbildung von Fällen mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern generell überprüft und hinsichtlich der folgenden Fragen untersucht:

- Wo finden sich die Fälle mit MRE-Komplexbehandlung?
- Welche Unterschiede bei (Tages-)Kosten und Verweildauer bestehen im Vergleich zu Fällen ohne MRE-Komplexbehandlung?
- Welchen Einfluss hat die Dauer der MRE-Komplexbehandlung?
- Gibt es bewertungsrelevante Unterschiede zwischen der Behandlung auf spezieller und nicht auf spezieller Isoliereinheit?

Ferner wurde auch Kombinationen dieser Fragen nachgegangen.

Eine hohe Anzahl von Fällen mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern findet sich in den Kalkulationsdaten des Datenjahres 2014 in den MDCs 04, 05, 06, 09, 10, 11 und 18b, in denen die Komplexbehandlung bereits Gruppierungsrelevanz besitzt, sowie in der Prä-MDC und den MDCs 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*, 07 [...] *an hepatobiliärem System und Pankreas*, 08 [...] *an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* und 17 *Hämatologische und solide Neubildungen*. Systemweit ergab sich auf Datengrundlage der Kalkulationsdaten 2014 kein einheitliches Bild im Vergleich zu Fällen ohne MRE-Komplexbehandlung. Ein regelhafter Kostenunterschied zwischen der Komplexbehandlung „auf spezieller Isoliereinheit“ und „nicht auf spezieller Isoliereinheit“ konnte nicht festgestellt werden.

Im Ergebnis erfolgte eine Aufwertung von Fällen, bei denen die Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern zu deutlich höheren (Tages-)Kosten führt. Im G-DRG-System 2016 konnten drei neue DRGs für die Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern geschaffen werden:

- B74Z *Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems*
- H77Z [...] *an hepatobiliärem System und Pankreas*
- I87Z [...] *an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*

Als aufwertendes Splitkriterium wird die MRE-Komplexbehandlung zukünftig in drei weiteren Basis-DRGs verwendet:

- A04 *Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, allogene*
- R60 *Akute myeloische Leukämie*
- R61 *Lymphom und nicht akute Leukämie*

Damit ist die Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern nun zusätzlich gruppierungsrelevant in der Prä-MDC sowie in den MDCs 01, 07, 08 und 17. Auf die Ausweisung eines Zusatzentgelts für die Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern

konnte somit verzichtet werden, zumal ein einheitliches Zusatzentgelt den unterschiedlichen Kostensituationen der verschiedenen MDCs auch kaum hätte gerecht werden können.

Die Mindestdauer der gruppierungsrelevanten MRE-Komplexbehandlung beträgt nicht mehr generell sieben Behandlungstage. Höhere Einstiegsschwellen finden sich in den DRGs A04D, B74Z, F77Z, G77Z, K25Z und K77Z. Eine Besserstellung der Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit gegenüber der Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit liegt im G-DRG-System 2016 in den DRGs B74Z und G77Z vor. Einen genauen Überblick über die Einstiegsschwellen bietet Tabelle 22:

(Basis-) DRG	Einstiegsschwelle (in Behandlungstagen) für die Behandlungsdauer der Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern ...	
	auf spezieller Isoliereinheit	nicht auf spezieller Isoliereinheit
A04	21	21
B74Z	14	21
E77	7	7
F77Z	14	14
G77Z	7	14
H77Z	7	7
I87Z	7	7
J77Z	7	7
K25Z	14	14
K77Z	14	14
L63	7	7
R60	7	7
R61	7	7
T77Z	7	7

Tabelle 22: Einstiegsschwellen für die Behandlungsdauer der Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern auf spezieller Isoliereinheit und nicht auf spezieller Isoliereinheit im G-DRG-System 2016

3.3.2.25 Neurochirurgie und Neurologie

In der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* wurden im Zuge der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems in diesem Jahr einige punktuelle Änderungen vorgenommen. Da im Rahmen des Vorschlagsverfahrens nur sehr wenige Problemstellungen geschildert wurden, waren die Umbauten in erster Linie das Ergebnis eigener Analysen.

Eine Ausnahme stellt hier der externe Hinweis auf seltene Konstellationen dar, bei denen Patienten eine für ihre Hauptdiagnose eher untypische Prothese implantiert wird. So war ein bestrahlter Fall, dem aufgrund von Knochenmetastasen bei bösartiger Neubildung von Gehirn und Hirnhäuten eine Tumorendoprothese eingesetzt wurde, bislang in der DRG B15Z *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems*,

mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen abgebildet. Im G-DRG-System 2016 werden derartige Prozeduren für bestimmte hochaufwendige Implantate nun in der DRG B36B *Intensivmedizinische Komplexbehandlung [...] oder bestimmte hochaufwendige Implantate* abgefragt und diese besonderen Einzelfälle sachgerecht vergütet.

Die DRG B03Z *Operative Eingriffe bei nicht akuter Para-/Tetraplegie [...]* vereinte im G-DRG-System 2015 mehrere verschiedene Fallkollektive. Neben komplexen Eingriffen am Rückenmark bei bösartiger Neubildung wurden auch Fälle mit eher einfachen operativen Prozeduren bei Querschnittlähmung in diese DRG eingruppiert. Letztere wurden bei deutlich geringeren Kosten in die DRG B18Z *Eingriffe an Wirbelsäule [...]* verschoben, wogegen operierte Querschnittgelähmte bei Vorliegen von äußerst schweren CC in der höher bewerteten DRG B03Z verbleiben.

Darüber hinaus wurden bestimmte wenig komplexe Prozeduren, wie z.B. die Entfernung von Osteosynthesematerial an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen, aus der DRG B09Z *Andere Eingriffe am Schädel* gestrichen. Innerhalb der Basis-DRG B20 *Kraniotomie [...]* wurden sowohl die Prozedur für intrakranielle diagnostische Endoskopie als auch Fälle mit vergleichsweise wenig komplexen Diagnosen – wie beispielsweise nicht näher bezeichneter Krankheit des Zentralnervensystems – aufgrund geringerer Kosten abgewertet.

3.3.2.26 Onkologie

Im Rahmen der diesjährigen Revision des G-DRG-Systems wurden in der MDC 17 u.a. wieder Diagnosen untersucht, die schon in den letzten Jahren Ziel detaillierter Umbauten waren. Zu nennen sind hier beispielsweise Diagnosen aus dem Codebereich D70.1- *Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie*. In der Vergangenheit wurden insbesondere Diagnosen für arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie mit kritischer Phase unter 7 Tagen sowie für sonstige Verlaufsformen in den Basis-DRGs R60 *Akute myeloische Leukämie*, R61 *Lymphom und nicht akute Leukämie*, R62 *Andere hämatologische und solide Neubildungen* und R63 *Andere akute Leukämie* abgewertet, da kürzer dauernde Agranulozytosen mit geringeren Kosten verbunden waren als längere Verlaufsformen. Zusätzlich wurden vor allem unspezifische Diagnosen für *Agranulozytose und Neutropenie* (D70.-) als Splitkriterium in den oben genannten Basis-DRGs gestrichen und in der CCL-Matrix abgewertet, da diese nicht mehr mit einem entsprechend höheren Aufwand verbunden waren. Die für die G-DRG-Version 2016 durchgeführten Analysen zeigten, dass auch eine *Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 7 Tage bis unter 10 Tage* (D70.14) nicht mehr generell mit höheren Kosten verbunden ist. Ab 2016 wird dieser Code demnach nur noch in der Basis-DRG R61 als Kostentrenner verwendet.

Untersucht wurden in der medizinischen Partition der MDC 17 noch weitere Attribute, die bereits seit mehreren Jahren als Kostentrenner in diesen DRGs etabliert sind. Dazu zählen auch die Prozeduren für *Komplexe Diagnostik bei Leukämien* (1-941), die danach unterschieden werden, ob eine HLA-Typisierung durchgeführt wird, oder nicht. Diese bewirkten bisher innerhalb der Basis-DRGs R60 (R60C) und R61 (R61B und R61G) eine Aufwertung der betroffenen Fälle. Eine Überprüfung der Abbildung führte für das G-DRG-System 2016 zu einer Erweiterung der Definition der DRGs R61C [...], *mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre* und R61E [...], *mit Agranulozytose oder Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre* um diese

Prozeduren, was zu einer Aufwertung von Fällen der DRGs R61F und R61G geführt hat.

Auf die Abbildung von Fällen der MDC 17 hatten auch einige systemweit durchgeführte Analysen Einfluss. Zu nennen sind hier die Analysen zur Abbildung der intensivmedizinischen Komplexbehandlung, der *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]* (8-987) sowie der Abbildung von Fällen mit einem PCCL von > 4. Weiterführende Informationen dazu finden Sie in den Kapiteln zu Intensivmedizin (Kap. 3.3.2.19), Multiresistenten Erregern (Kap. 3.3.2.24) sowie Überarbeitung der CCL-Matrix (Kap. 3.3.1.4). Im Folgenden sind die dadurch bedingten Änderungen in der MDC 17 aufgeführt:

- Aufwertung der Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter ab 393 und für aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung ab 369 Aufwandspunkten innerhalb der Basis-DRG R60 in die DRG R60B [...] *mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392/368/- Aufwandspunkte oder schwersten CC*
- Berücksichtigung der Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern ab einer Behandlungsdauer von 7 Tagen in bestimmten Fallkonstellationen in den DRGs R60B, R60C [...] *od. KomplBeh. MRE mit Dial. od. äuß. schw. CC od. schwerste CC* und R60E [...], *ohne äußerst schwere CC oder mit lokaler Chemotherapie oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern* sowie in den DRGs R61C [...] *oder Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, Alter < 16 Jahre* und R61E [...] *oder Komplexbeh. bei multiresistenten Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre*
- Berücksichtigung von schwersten CC (PCCL > 4) als kostentrennendes Attribut in den Basis-DRGs R60, R61 und R63. In der Basis-DRG R60 bedeutet dies eine Aufwertung von Fällen in die DRGs R60B und R60C, die zuvor überwiegend der DRG R60E zugeordnet wurden. In der Basis-DRG R61 werden dadurch Fälle der DRG R61B in die DRG R61A [...], *mit hochkompl. Chemotherapie oder schwersten CC* und von der DRG R61D in die DRG R61B [...], *mit kompl. Diagnostik bei Leukämie od. mit schwersten CC* aufgewertet. In der Basis-DRG R63 werden Fälle mit Chemotherapie und weiteren komplizierenden Faktoren wie beispielsweise einer Dialyse oder Sepsis und schwersten CC zukünftig der DRG R63B *Andere akute Leukämie mit Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC* zugeordnet.

Aufgrund eigener Analysen wurden die DRGs R60D [...] *mit intensiver Chemoth. [...] oder mit Dialyse oder äuß. schw. CC, Alter < 16 Jahre ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie* und R60E [...] *mit intensiver Chemoth. [...] oder mit Dialyse oder äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie* der G-DRG-Version 2015 zusammengefasst. Zum einen wies die DRG R60D als reine „Kinder-DRG“ nur noch eine geringe Anzahl von Fällen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser auf. Zum anderen waren der überwiegende Teil der Fälle der DRG R60D Normalliegender mit einer mittleren Verweildauer von ca. 5 Tagen, die ab 2016 in der DRG R60D der Version 2016 mit höherer Bewertungsrelation als die DRG R60D der Version 2015 effektiv besser vergütet werden. Wegen ähnlicher Kosten wurden darüber hinaus die DRGs R63H [...] *mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose,*

ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC und R63I [...] mit lokaler Chemotherapie oder ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC der G-DRG-Version 2015 zusammengefasst.

In Bezug auf die operativen DRGs der MDC 17 führten externe Hinweise zur Analyse von Fällen mit bestimmten Eingriffen an der Wirbelsäule. Als problematisch dargestellt wurden in diesem Zusammenhang Fälle mit einer Hauptdiagnose für eine bösartige Neubildung wie z.B. multiplem Myelom und dadurch bedingter Knochenfraktur der Wirbelsäule. In der MDC 17 erfolgte die Eingruppierung derartiger Fälle bisher überwiegend in die DRG R01C *Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur*. Bei einer Erkrankung der Wirbelsäule als Hauptdiagnose, z.B. einer Kyphose, wurden Fälle mit der identischen Prozedur der DRG I06C *Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit sehr komplexem Eingriff [...] oder bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren CC oder Halotraktion* zugeordnet und waren damit besser vergütet. Aufgrund der durchgeführten Analysen konnten für 2016 Fälle mit Spondylodese sowie mit einer bestimmten Osteosynthese an der Wirbelsäule (durch Schrauben-Platten- und durch Schrauben-Stab-System) innerhalb der Basis-DRG R01 in die DRG R01B *Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, [...] mit aufwendigem Eingriff an der Wirbelsäule* aufgewertet werden. Darüber hinaus wurden in der Basis-DRG R13 *Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur [...] Fälle, welche die Definition der Funktion Komplizierende Konstellationen I oder der Funktion Komplexe OR-Prozeduren erfüllen, in die neu geschaffene DRG R13A aufgewertet.*

Neben den oben aufgeführten spezifischen Änderungen im G-DRG-System 2016 zur Abbildung onkologischer Fälle haben auch die in Kapitel 3.3.2.4 (Erkrankungen an Haut, Unterhaut und Mamma) oder 3.3.2.27 (operative Gynäkologie) beschriebenen Systemumbauten erheblichen Einfluss auf die Eingruppierung onkologischer Fälle im Sinne einer sachgerechteren Abbildung.

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

- Schaffung von drei neuen unbewerteten Zusatzentgelten für Verfahren (ZE2016-115 *Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Molekulargenetische Identifikation und Herstellung von patientenspezifischen Markern*, ZE2016-116 *Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Patientenspezifische molekulargenetische Quantifizierung* sowie ZE2016-117 *Chemosaturations-Therapie mittels perkutaner Leberperfusion*)
- Schaffung von vier neuen unbewerteten Zusatzentgelten für Medikamente (ZE2016-111 *Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral*, ZE2016-112 *Gabe von Abirateronacetat, parenteral*, ZE2016-113 *Gabe von Cabazitaxel, parenteral*, ZE2016-114 *Gabe von Ipilimumab, parenteral*)
- Die im Vorjahr unbewerteten Zusatzentgelte für die parenterale Gabe von Ofatumumab und Decitabine konnten für 2016 bewertet werden (ZE155 bzw. ZE156)
- Für den Bereich der Pädiatrie wurden die bereits bestehenden Dosisklassen für Kinder sowohl für onkologische als auch für nicht onkologische Zusatzentgelte insgesamt überprüft. Daraus resultierte die Schaffung neuer Kinderdosisklassen

bei einem neuen unbewerteten Zusatzentgelt (ZE2016-110 *Gabe von Tocilizumab, subkutan*).

3.3.2.27 Operative Gynäkologie

Zu nicht geburtshilflichen gynäkologischen Operationen erreichten uns im Rahmen des Vorschlagsverfahrens erneut zahlreiche Vorschläge. Im Fokus der Analysen stand dabei u.a. wieder die Abbildung von Fällen in der Basis-DRG N11 *Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen*, mit dem Ziel, den Fehlanreiz, unspezifische Prozeduren zu kodieren, zu minimieren, da diese unter Umständen in diesen sogenannten operativen „Reste“-DRGs besser vergütet werden können als in DRGs mit spezifischen kleinen Eingriffen. Aus diesem Grund werden auch die DRGs der Basis-DRG N11 nicht entsprechend ihren mittleren Inlierkosten einsortiert, sondern – bis auf die DRG N11A [...] *mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose mit äußerst schweren CC* – am Ende der operativen Partition der MDC 13 *Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* abgefragt. Durch diese Situation kann allerdings das Problem der „Mindervergütung bei Mehrleistung“ und die damit verbundenen Kodieranreize entstehen. Daher wurde u.a. untersucht, ob die DRG N11A, die in ihrer Definition relativ spezifisch ist, in der Rangfolge der MDC 13 an einer höheren Position abgefragt werden kann. Letztendlich konnte die DRG N11A für 2016 vor die DRG N05B *Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC* [...] und die DRG N08Z *Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen* sortiert werden, zu denen es kaum inhaltliche Überschneidungen gibt. Bereits für die G-DRG-Version 2015 wurde die Definition von DRGs der Basis-DRG N11 durch die Aufwertung bösartiger Neubildungen in Zusammenhang mit äußerst schweren CC und die Abwertung bestimmter Lymphadenektomien geschärft. Außerdem konnten Prozeduren, die primär nicht dem Fachgebiet der Gynäkologie zuzuordnen sind – wie die Anlage eines doppelläufigen oder endständigen Enterostomas als selbständiger Eingriff –, aus der Basis-DRG N11 ausgegliedert werden. Für 2016 wurde dieser Prozess durch weitere Spezifizierungen fortgeführt:

- Aufwertung der Diagnose für das Fournier-Gangrän bei der Frau in Kombination mit äußerst schweren CC in die DRG N11A
- Fälle mit einer transurethralen Resektion an der Harnblase werden nicht mehr der Basis-DRG N11 zugeordnet. Alle Prozeduren für die *Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase* (OPS 5-573) werden ab 2016 in der Basis-DRG N13 *Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei bösartiger Neubildung [...] oder transurethraler Eingriff an der Harnblase* abgebildet. Dadurch wurden auch Fälle in die MDC 13 überführt, die bisher aufgrund der Tatsache, dass diese Prozeduren in der MDC 13 teilweise nicht zugeordnet waren, in einer der Fehler-DRGs 901 *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose* bzw. 902 *Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose* abgebildet wurden.
- Eine weitere Schärfung der DRG N11A konnte durch die Streichung von Prozeduren für die iliakale offen chirurgische und die paraaortale laparoskopische Exzision einzelner Lymphknoten erreicht werden. Die Abbildung der betroffenen Fälle erfolgt ab 2016 in der DRG N11B.

Intensiv analysiert wurde auch die Abbildung von Fällen mit einer Vulvektomie in der MDC 13. Für die Kodierung stehen hierfür im OPS folgende Codes zur Verfügung:

- 5-714.4 *Vulvektomie: Partiell*
- 5-714.5 *Vulvektomie: Total*
- 5-714.y *Vulvektomie: N.n.bez.*
- 5-715 *Radikale Vulvektomie (Inkl.: Lymphadenektomie)*

Thematisiert wurde dabei in Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren einerseits, dass die Codes für die totale und die radikale Vulvektomie in ihrer Definition nicht klar voneinander abgegrenzt sind und andererseits, dass beide Verfahren in unterschiedliche DRGs der MDC 13 führen. Die radikale Vulvektomie, bei der die Lymphadenektomie im Code enthalten ist, führt im G-DRG-System 2015 in die Basis-DRG N01 *Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie*. Die übrigen Prozeduren für Vulvektomie führen bei bösartiger Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane in die Basis-DRG N02 *Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung [...]* und ansonsten in die Basis-DRG N13. Lediglich in Kombination mit einer regionalen oder radikalen Lymphadenektomie an bestimmten Lokalisationen (paraaortal, iliakal, pelvin ...) führte diese Leistung auch bisher schon in die DRG N01E *Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC*. In der Praxis führt diese Situation aber zu streitbefangenen Konstellationen bei der Abrechnung. Im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden die Prozeduren für Vulvektomie in Kombination mit Lymphadenektomien und rekonstruktiven Maßnahmen hinsichtlich ihrer Abbildung untersucht und folgende Anpassungen vorgenommen:

- Vulvektomien (OPS 5-714) führen bei bösartiger Neubildung in Kombination mit einer regionalen und radikalen Lymphadenektomie ab 2016 in die DRG N02B *Eingriffe an Uterus und Adnexen oder best. Hernien [...]* od. *Vulvektomie mit Lymphadenekt.* Dies bedeutet eine Aufwertung von Fällen der DRG N02C.
- Partielle und totale Vulvektomien mit plastischer Rekonstruktion der Vulva wurden von der DRG N13B in die DRG N23Z *Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukleation aufgewertet*. Fälle mit mikrochirurgischer plastischer Rekonstruktion der Vulva werden – auch ohne Vorliegen einer bösartigen Neubildung – schon der DRG N02B zugeordnet.

Eine vollständige Angleichung der Gruppierungsrelevanz der radikalen und der totalen Vulvektomie mit Lymphadenektomie war aufgrund von unterschiedlichen Kosten für diese Leistungen nicht möglich.

Eine ähnliche Situation hinsichtlich der Abgrenzung von Prozeduren besteht laut Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren bei der *Inzision der Vulva* (OPS 5-710) und bei der Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva (OPS 5-712). Der OPS verweist bei diesen Codes darauf, dass Eingriffe an der Haut der Vulva mit Prozeduren aus Kapitel 5-89 *Operationen an Haut und Unterhaut* zu verschlüsseln sind. Somit bestehen Unsicherheiten hinsichtlich der Auswahl der korrekten Codes mit daraus resultierender uneinheitlicher Kodierung und unterschiedlicher Eingruppierung. Während der Code 5-710 *Inzision der Vulva* als OR-Prozedur 2015 in die DRG N09B *Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva* führt, besitzt der inhaltlich ähnliche Code 5-892.0c *Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Ohne weitere Maßnahmen: Leisten- und Genitalregion* gar keine Gruppierungsrelevanz. Für 2016 wurden die betroffenen Prozeduren detailliert analysiert. Durch Streichung der Gruppierungsrelevanz der Prozedur 5-710 konnte eine erste Angleichung an inhaltlich ähnliche Prozeduren erfolgen.

Ab 2016 werden in der MDC 13 erstmals Prozeduren für den *Verschluss einer Hernia inguinalis* (OPS 5-530) abgebildet. Eingriffe bei Hernien werden typischerweise der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* zugeordnet. Wurde diese Leistung aber bei einer Ovarialhernie (Hauptdiagnose N83.4 *Prolaps oder Hernie des Ovars und der Tuba uterina*) erbracht, so wurden die betroffenen Fälle der DRG 901D zugeordnet, da die Diagnose N83.4 der MDC 13 zugeordnet ist, die entsprechenden Eingriffe dort aber nicht abgebildet waren. Im G-DRG-System 2016 werden diese Fälle überwiegend den DRGs N07Z *Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus* und N25Z *Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose [...]* zugeordnet.

In der G-DRG-Version 2016 enthält die MDC 13 eine DRG weniger als im Vorjahr, da die DRGs N38Z *Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff [...]* und N01A *Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie [...]* oder *komplizierender Konstellation* der Version 2015 aufgrund von ähnlichen Kosten zur DRG N38Z kondensiert wurden.

Aus Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren und aus eigenen Analysen ergaben sich zudem weitere Anpassungen (sowohl Auf- als auch Abwertungen) des Gruppierungsalgorithmus in der MDC 13 hinsichtlich einzelner Prozeduren, die zur Schärfung der operativen DRGs in diesem Bereich beitragen:

- Aufnahme des offen chirurgischen Verschlusses einer vesikovaginalen Fistel (OPS 5-706.40) in die DRG N05A *Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae [...]* oder *Verschluss einer vesikovaginalen Fistel* und damit Aufwertung von Fällen, bei denen dieser Eingriff beispielsweise in Zusammenhang mit einer Infektion oder bei bestimmten Neubildungen durchgeführt wird.
- Abwertung der selektiven Embolisation mit Partikeln und Metallspiralen an viszeralen oder anderen abdominalen Gefäßen von der DRG N04Z *Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, [...]* oder *selektive Embolisation an viszeralen oder anderen abdominalen Gefäßen* in die DRG N14Z *Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung mit Beckenbodenplastik [...]* oder *bestimmte selektive Gefäßembolisation*.
- Abwertung kleiner Eingriffe an Vagina und Douglasraum, wie z.B. Naht an der Vagina, Hymenraffung, Vaginotomie, oder lokale Exzisionen/Destruktionen von erkranktem Gewebe von der Basis-DRG N02 *Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane [...]* in die Basis-DRGs N09 *Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva [...]* bzw. N13. Damit werden diese Leistungen zukünftig nicht mehr als „großer“, sondern als „anderer“ operativer Eingriff an Vagina, Zervix und Vulva gezählt.

3.3.2.28 Polytrauma

Im G-DRG-System erfolgt die Zuordnungslogik der MDC 21A *Polytrauma* nicht allein über eine Hauptdiagnosenliste, sondern über die Kombination schwerer Verletzungen oder Traumadiagnosen, die typischerweise lebensbedrohlich sind. Mit dieser Zuordnung wird zum einen der medizinischen Definition des Polytraumas Rechnung getra-

gen, zum anderen werden Fälle, die vergleichbar hohen Aufwand verursachen, in derselben MDC abgebildet. In diesem Jahr wurden – von Überleitungen der Codes abgesehen (vgl. Kap.3.3.6.2) – die MDC-Definition Polytrauma nicht verändert, aber einige Definitionen und Splitkriterien innerhalb der MDC zum Teil umfangreich überarbeitet.

Ein Beispiel für diese Weiterentwicklung betrifft die Basis-DRG W01 *Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder bestimmten Eingriffen*. Im G-DRG-System 2015 gehörte zur Basis-Bedingung eine Beatmungsdauer von mehr als 24 Stunden. Auf der anderen Seite wurden Aufwandspunkte für intensivmedizinische Komplexbehandlung (sog. „SAPS“) an dieser Stelle bisher nicht berücksichtigt. Diese Konstellation schien ein Missverhältnis in Bezug auf den erwarteten Aufwand der Fälle mit mehr als 24 Stunden Beatmungsdauer einerseits und z.B. 500 SAPS-Punkten andererseits darzustellen, was sich nach Analyse der Kalkulationsdaten bestätigte. Für das G-DRG-System 2016 wurde eine umfangreiche Analyse auf Grundlage der gelieferten Daten und eine Untersuchung auf entsprechende Kostentrenner durchgeführt. Der daraus resultierende komplexe Umbau der Basis-DRG W01 beinhaltet beispielhaft folgende Punkte:

- Anhebung der Beatmungsdauer in der Basis-Bedingung auf mehr als 72 Stunden
- Erweiterung der Basis-Bedingung um Aufwandspunkte für intensivmedizinische Komplexbehandlung für „Kinder-SAPS“ mehr als 392, „Super-SAPS“ mehr als 368 und „Normal-SAPS“ mehr als 552 Aufwandspunkte
- Streichung bestimmter Tracheostomien (die bisher alternativ zur Beatmungszeit direkt gruppierungsrelevant waren) aus der Bedingung der Basis-DRG W01

Im Ergebnis werden sowohl aufwendige Fälle mit SAPS-Punkten in der Basis-DRG W01 abgebildet als auch weniger kostenintensive Fälle mit einer Beatmungsdauer von 24–72 Stunden dort nicht mehr abgebildet. Letztere werden der Basis-DRG W04 *Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren oder Beatmung > 24 Stunden* zugeordnet.

Des Weiteren wurde der Split zur DRG W01B *Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder bestimmten Eingriffen [...] um Aufwandspunkte für intensivmedizinische Komplexbehandlung für „Kinder-SAPS“ mehr als 588 und „Super-SAPS“ mehr als 552 Aufwandspunkte erweitert, sodass entsprechend aufwendige Fälle sachgerecht abgebildet werden.*

3.3.2.29 Querschnittlähmung

Die Basis-DRG B61 *Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks* nimmt eine Sonderstellung im deutschen Fallpauschalensystem ein, was schon durch ihre frühe Abfrageposition im Algorithmus deutlich wird. Bereits die Eingruppierung in die Basis-DRG B61 weist ein sehr komplexes Schema auf:

- Fälle mit Polytrauma, aufwendigem Eingriff oder langer intensivmedizinischer Komplexbehandlung werden per definitionem aus der unbewerteten Basis-DRG B61 ausgeschlossen und überwiegend in den Beatmungs-DRGs der Prä-MDC sowie in der MDC 21A *Polytrauma* abgebildet.
- Ein Fall mit einer akuten Erkrankung oder Verletzung des Rückenmarks wird stets in diese Basis-DRG eingruppiert.

- Bei einer der Para-/Tetraplegie vergesellschafteten Krankheit (z.B. Harnblasenlähmung) wird ein Fall nur mit einer durchgeführten Komplexbehandlung bei Querschnittlähmung hier abgebildet.

Inhaltlich hat sich die Basis-DRG B61 seit dem G-DRG-System 2011 jedoch nicht wesentlich verändert:

- Fälle mit komplexem operativen Eingriff, einer Verweildauer von unter 14 Tagen und dem Entlassgrund „wegverlegt“ werden der bewerteten DRG B61A *Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt* zugeordnet.
- Der überwiegende Teil der Fälle, die konservativ behandelten Para-/Tetraplegiker, wird in die unbewertete DRG B61B *Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt* eingruppiert.

Nach externen Hinweisen im Rahmen des strukturierten Dialogs wurden nun in diesem Jahr insbesondere diejenigen Diagnosen analysiert, die zwingend der Basis-DRG B61 zugeordnet werden. Dabei zeigten Fälle mit der Diagnose *Spinale Spastik der quergestreiften Muskulatur* deutliche Verweildauer- und Kostenunterschiede zu den anderen Fällen in dieser Basis-DRG. Zukünftig werden diese Fälle nur dann der Basis-DRG B61 zugeordnet, wenn eine Komplexbehandlung bei Querschnittlähmung durchgeführt wurde. Andernfalls erfolgt die Zuordnung gemäß der Hauptdiagnose des jeweiligen Falles in der entsprechenden MDC.

Im Rahmen der systemweiten Analyse der Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung wurden auch die SAPS-Werte der Basis-DRG B61 untersucht. Für das G-DRG-System 2016 wurden die Grenzen für die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter sowie die aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung auf nunmehr >980/828/1.104 Aufwandspunkte abgesenkt, was eine Abbildung weiterer Fälle in bewerteten intensivmedizinischen DRGs zur Folge hat.

3.3.2.30 Schlaganfall

Die Abbildung von Schlaganfallpatienten im G-DRG-System wird jährlich untersucht. Dies geschieht auch dann, wenn im Rahmen des Strukturierten Dialogs – wie in diesem Jahr – keine Vorschläge zu diesem Thema eingereicht werden.

Die Analysen bestätigten die sachgerechte Abbildung dieser Fälle innerhalb der Prä-MDC sowie der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*: Je nach Ausmaß und Art des Eingriffs werden operativ behandelte Schlaganfallpatienten in verschiedenen Basis-DRGs abgebildet. Die Beatmungs-DRGs der Prä-MDC, die sogenannten Kraniotomie-DRGs B02 *Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation* und B20 *Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation* sowie die Basis-DRG B39 *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur* bilden diese Fälle differenziert ab.

Auch die spezifische Basis-DRG B70 *Apoplexie* für die konservativ behandelten Fälle weist mit 9 DRGs einen sehr hohen Differenzierungsgrad auf. Darüber hinaus werden die Prozeduren für die neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls innerhalb der MDC 01 noch an weiteren Stellen als Kostentrenner genutzt.

Außerhalb der MDC 01 fanden sich innerhalb der fallzahlstarken Basis-DRG G67 *Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane* Fälle mit der Nebendiagnose „Schlaganfall“. Die Aufnahme der Prozeduren für die Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls ab 24 Stunden in die Bedingung der am höchsten bewerteten DRG G67A ermöglicht im G-DRG-System 2016 nun eine sachgerechte Abbildung dieser aufwendigen Fälle.

3.3.2.31 Schmerztherapie

Die Abbildung der Schmerztherapie im G-DRG-System wird seit Jahren aufgrund von Eingaben aus dem Vorschlagsverfahren, aber auch durch interne Analysen immer wieder umfangreichen Untersuchungen unterzogen. Im G-DRG-System 2015 war die multimodale Schmerztherapie in vier DRGs abgebildet: B47Z [...] *bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems*, I42Z [...] *bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*, U42Z [...] *bei psychischen Krankheiten und Störungen* und Z44Z [...] *bei Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und anderer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens*. Für die Eingruppierung der Fälle anhand der OPS-Kodes aus dem Codebereich 8-918 *Multimodale Schmerztherapie* sind im G-DRG-System 2015 bereits 7 Behandlungstage ausreichend, während andere Komplexkodes (z.B. Geriatrie) im G-DRG-System oft erst ab 14 Tagen gruppirungsrelevant sind.

Im Vorschlagsverfahren wurde u.a. angeregt, die Abbildung der Fälle mit multimodaler Schmerztherapie weiter auszudifferenzieren. Dies sollte beispielsweise anhand der Behandlungsdauer oder der Behandlungsintensität (Therapieeinheiten) geschehen. Insbesondere sollte „eine Mindestbehandlungsdauer von 14 Tagen“ geprüft werden, ggf. auch „ein Mindestniveau an Therapieeinheiten“.

Es wurde eine umfangreiche Analyse der gelieferten Kalkulationsdaten durchgeführt. Dabei zeigte sich die Dauer von mindestens 14 Behandlungstagen als geeignetes Split-Kriterium für die DRGs B47Z und I42Z. Im Ergebnis resultierten daraus vier DRGs: 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* (mindestens 7 Behandlungstage), I42A *Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mind. 14 Tage* und I42B *Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 14 Tage* (mindestens 7 Behandlungstage).

Die umfassenden Untersuchungen der übermittelten Daten wurden auch in Bezug auf die Behandlungsintensität und deren Eigenschaft als Kostentrenner durchgeführt. Dabei ergab sich kein ausreichender Grund dafür, eine Differenzierung nach Behandlungsintensität zu etablieren. Dies betrifft sämtliche DRGs für die Multimodale Schmerztherapie.

Die Untersuchung der DRG Z44Z ergab, dass sie hinsichtlich der Verweildauer- und Kostenstruktur der DRG B47Z sehr ähnlich war und sich lediglich die verschlüsselten Hauptdiagnosen unterschieden. Die DRG Z44Z wurde somit gestrichen und die betroffenen Fälle wurden sachgerecht den neu etablierten DRGs B47A und B47B zugeordnet. Damit ist diese Differenzierung nach Behandlungsdauer für alle bewerteten DRGs zur Multimodalen Schmerztherapie wirksam.

Die Untersuchung der DRG U42Z zeigte, dass weiterhin eine sehr unterschiedliche Zusammensetzung und Kostenstruktur der betroffenen Fälle besteht, sodass sie zunächst als unbewertete DRG bestehen bleibt. Sie wird in den kommenden Jahren weiterhin regelmäßig untersucht werden.

Aufgrund einer insbesondere bei Schmerztherapie mit kurzer Behandlungsdauer geringen Beteiligung fallzahlstarker Leistungserbringer waren die Untersuchungen der Daten zum Teil erschwert. Dies betraf beispielsweise die Basis-DRG I42. Die durch den Split der DRG I42Z neu entstandene DRG I42A müsste gemäß OPS-Definition einen höheren Aufwand und mindestens gleiche, ggf. auch höhere mittlere Tageskosten der abgebildeten Fälle besitzen als die DRG I42B. Die Analyse der gelieferten Kalkulationsdaten ergab jedoch, dass die durchschnittlichen Tageskosten der DRG I42A niedriger waren als die durchschnittlichen Tageskosten der DRG I42B, was letztlich darin begründet war, dass die Fälle der DRG I42B nur aus sehr wenigen Kalkulationskrankenhäusern stammten und keiner der Hauptleistungserbringer dieser kürzeren Schmerztherapie in den Kalkulationsdaten zur DRG I42B vertreten war. Wegen der höheren durchschnittlichen Tageskosten in der DRG I42B „überholte“ die Vergütung der Langlieger in der DRG I42B die Vergütung der Fälle mit identischer Verweildauer in der DRG I42A ab einer Verweildauer von 21 Tagen (siehe Abb. 28).

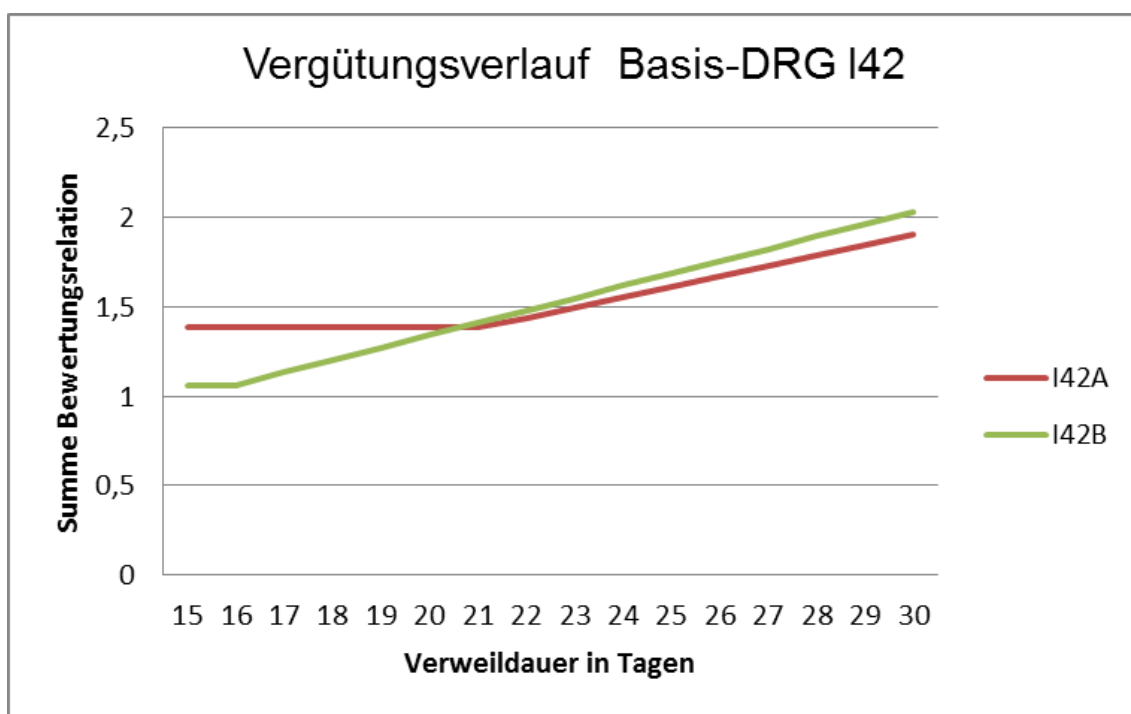


Abbildung 28: Vergütungsverlauf in der Basis-DRG I42 im G-DRG-System 2016 ohne Anpassung des Langliegerzuschlags

Würde eine Abbildung im System auf diese Art erfolgen, würde die Problematik bestehen, die Kodierung der Multimodalen Schmerztherapie bei Langliegern fälschlicherweise so zu gestalten, dass sich zur Abrechnung die DRG I42B ergibt. Nachdem diese Problematik vom InEK dargestellt worden ist, hat sich die Selbstverwaltung für den Fallpauschalen-Katalog 2016 auf eine einheitliche Bewertungsrelation pro Tag (als Zuschlag über die obere Grenzverweildauer hinaus) für beide DRGs der Basis-DRG I42 geeinigt, sodass für einen Langliegerfall in der DRG I42A stets ein höheres Relativgewicht resultiert, als das bei gleicher Verweildauer in der DRG I42B der Fall ist.

3.3.2.32 Transplantation/Transfusion hämatopoetischer Stammzellen

Bei Knochenmarktransplantationen bzw. Stammzelltransfusionen handelt es sich um hochaufwendige und kostenintensive Interventionen, die – je nach Art und Aufbereitung des verwendeten Materials – in zwei spezifischen Basis-DRGs abgebildet werden.

Für die Verwendung von allogenem, also körperfremdem Material existiert die Basis-DRG A04 *Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, allogen*, während bei Nutzung eines körpereigenen Transplantats die Basis-DRG A15 *Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, autogen* angesteuert wird. Beide Basis-DRGs sind mehrfach differenziert, beispielsweise nach einer durchgeführten In-vitro-Aufbereitung. Bei dieser nach der Transplantatentnahme vorgenommenen patientenspezifischen Bearbeitung der Stammzellen unterscheidet man vier Verfahren, die erstmals im Datenjahr 2014 spezifisch verschlüsselbar waren:

- Positivanreicherung
- T- und/oder B-Zell-Depletion
- Erythrozytendepletion
- Sonstige

Im Zuge des Vorschlagsverfahrens wurde von mehreren Seiten darauf hingewiesen, dass je nach Art der In-vitro-Aufbereitung erhebliche Kostenunterschiede auszumachen seien. Analysen bestätigten die deutlich höheren Kosten bei Transplantation mittels Positivanreicherung bzw. T- und/oder B-Zell-Depletion aufbereiteter Stammzellen, so dass diese Verfahren innerhalb der jeweiligen Basis-DRG aufgewertet werden konnten.

Die genannten OPS-Kodes sind von der Klinik zu kodieren, bei der die Aufbereitung durchgeführt wird. Im Falle fremdbezogener Stammzellen kann unter Umständen eine Aufbereitung nicht im Empfängerdatensatz erkennbar sein, obwohl auch hier die Aufbereitung Marker eines aufwendigen Falles sein kann. Diese noch bestehende Informationslücke wurde bei der Weiterentwicklung der OPS-Klassifikation jedoch bereits berücksichtigt. Die im OPS Version 2015 eingeführten Zusatzcodes für die Art der In-vitro-Aufbereitung bei der Gabe der transplantierten oder transfundierten hämatopoetischen Stammzellen (also auf der Empfängerseite) werden Gegenstand der Analysen im Jahr 2016 sein, wenn diese Prozeduren erstmals in den Kalkulationsdaten vorliegen.

Die im Vorjahr begonnene systemweite Überprüfung von Fällen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung wurde in diesem Jahr auch innerhalb der beiden oben genannten Basis-DRGs fortgesetzt. Anhand der festgestellten erheblichen Kostendifferenzen ließen sich individuelle Grenzen von > 1764 / 1932 / 2760 Aufwandspunkten für die DRG A04C festlegen. Innerhalb der Basis-DRG A15 wurden sowohl für die DRG A15B als auch für die DRG A15C die anhand der Kosten ermittelten spezifischen Punktwerte festgesetzt:

- A15B *Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, autogen, [...] oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588/552/552 Aufwandspunkte*
- A15C *Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, autogen, [...] oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392/368/368 Aufwandspunkte*

Im Rahmen der Analysen zu multiresistenten Keimen wurde die DRG A04D um die Prozeduren für Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern von mindestens 21 Behandlungstagen erweitert, sodass auch diese seltenen Konstellationen erheblich aufgewertet wurden.

3.3.2.33 Unfallchirurgie/Orthopädie

Wie schon in den Jahren zuvor war auch in diesem Jahr insgesamt eine rege Beteiligung am Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems im Bereich der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* zu verzeichnen. Neben zahlreichen Vorschlägen von Seiten der Fachgesellschaften erreichten uns diese auch von anderen Beteiligten des Gesundheitssystems. Ein Schwerpunkt der diesjährigen Kalkulation waren umfangreiche Analysen und Weiterentwicklungen innerhalb der Basis-DRG I08 *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule*, aber auch die Basis-DRG I66 *Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals* wurde nach entsprechenden Analysen umfangreich umgebaut. Anders als in den Vorjahren waren in diesem Jahr aus dem Bereich der Gelenkendoprothetik vergleichsweise wenig Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren eingereicht worden. Zahlreiche Analysen und Anpassungen im G-DRG-System in den vergangenen Jahren führten in diesem Bereich zu einer Vielzahl von Weiterentwicklungen. Analysen in diesem Jahr zeigten ganz überwiegend eine sachgerechte Abbildung der Fälle in den entsprechenden DRGs, sodass erneute umfangreiche Umbauten nicht im gleichen Maße notwendig waren. Im Bereich Fuß und Sprunggelenk erreichten uns erneut zahlreiche 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.

Revisionsendoprothetik

Wie bereits in den Vorjahren wurde das Thema Endoprothesenwechsel im Vorschlagsverfahren aufgegriffen. Dabei wurde die Problematik des Wechsels einer Endoprothese bei periprothetischer Fraktur beschrieben und dargestellt, dass dieser in der Regel höhere Kosten verursachen würde als ein Endoprothesenwechsel ohne Fraktur. Hier ist anzumerken, dass eine Kodierunsicherheit in diesem Bereich besteht, da kein spezifischer Code für eine periprothetische Fraktur vorhanden ist. Somit können die betroffenen Fälle in den gelieferten Daten nicht sicher identifiziert werden. Hilfsweise wurden verschiedene Kombinationen von Prozeduren für Endoprothesenwechsel und Frakturen auf der Basis existierender Codes umfangreich analysiert. Im Ergebnis zeigte sich eine weitestgehend sachgerechte Vergütung der betroffenen Fälle. Grundsätzlich ist anzumerken, dass im G-DRG-System ein Fall mit Endoprothesenwechsel bereits gruppierungsrelevant im System abgebildet wird. Damit wird dieser in der Regel höher eingruppiert als ein Fall mit einer primären Endoprothesenimplantation. Da bei den übermittelten Daten auch die Fälle mit Endoprothesenwechsel bei periprothetischer Fraktur enthalten sind, werden deren Kosten bereits jetzt bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems berücksichtigt.

Im Zuge der Analysen fiel auf, dass Fälle mit bestimmtem endoprothetischen Eingriff, die bereits am Femur voroperiert waren, je nach Art der Voroperation höhere Kosten aufwiesen als andere Fälle der entsprechenden DRG. Dazu gehörte beispielsweise die Kombination aus bestimmtem endoprothetischen Eingriff und Entfernung einer dynamischen Kompressionsschraube, eines Marknagels mit Gelenkkomponente oder eines Verriegelungsnagels. Der OPS-Code für die Materialentfernung stellt dabei zumindest für manche Fälle einen „Markercode“ für die problematische Situation nach Fraktur bei Osteosynthese dar, beschreibt also ggf. sehr viel stärker den Aufwand der Gesamtkonstellation als nur die prozedurale Komponente „Materialentfernung“. Entsprechende Fälle werden im G-DRG-System 2016 in der DRG I47A *Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodeese, ohne äußerst schwere CC* [...] abgebildet und damit aufgewertet.

Ein Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren betraf die unterschiedliche Abbildung der Leistung der geschlossenen Reposition eines Hüftgelenks, je nach angegebenem Diagnosekode *Luxation der Hüfte* (S73.0-) oder *Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese* (T84.0). Hier zeigt sich häufig eine Kodierungsunsicherheit bei der Verwendung von „T-Kodes“, da die Kodiervorgabe, dass so spezifisch wie möglich zu verschlüsseln ist, in der Kodierpraxis unterschiedlich angewendet wird. Die Analysen der betroffenen Fälle zeigten, dass jene mit der Diagnose *Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese* in der DRG I73Z *Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes*, in der sie typischerweise abgebildet werden, häufig übervergütet waren. Im G-DRG-System 2016 werden die entsprechenden Fälle, ebenso wie typischerweise diejenigen mit der Diagnose *Luxation der Hüfte*, in der Basis-DRG I71 *Muskel- und Sehnenerkrankungen außer bei Para-/Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung und Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel* abgebildet, sodass die entsprechenden Fälle unabhängig vom verwendeten Diagnosekode *Luxation der Hüfte* oder *Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese* im G-DRG-System gleich eingruppiert werden.

Basis-DRG I08 / Eingriffe an den unteren Extremitäten

Die Basis-DRG I08 *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule* ist eine fallzahlstarke Basis-DRG in der MDC 08. Sie wird regelmäßig analysiert und stellte einen Schwerpunkt in der diesjährigen Weiterentwicklung im Themenbereich Unfallchirurgie/Orthopädie dar. So haben Analysen ergeben, dass bestimmte Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung höhere Kosten aufwiesen als andere Fälle in der jeweiligen DRG. Im G-DRG-System 2016 werden die entsprechenden Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter (ab 393 Aufwandspunkte) und aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung (ab 369 Aufwandspunkte) aus unterschiedlichen DRGs der Basis-DRG I08 in der DRG I08A *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit komplexem Mehrfacheingriff oder äußerst schweren CC bei Zerebralparese und mit Osteotomie* [...] sachgerecht abgebildet.

Weiterhin zeigte sich, dass bestimmte Fälle mit unspezifischen Diagnosen für Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen bzw. nach medizinischen Maßnahmen geringere Kosten aufwiesen als andere Fälle in der jeweiligen DRG. Durch eine Anpassung des Gruppierungsalgorithmus werden die entsprechenden Fälle im System 2016 sachgerecht abgebildet. Betroffene Diagnosen sind beispielsweise die *Nicht näher bezeichnete Komplikation durch orthopädische Endoprothese, Implantat oder Transplantat* (T84.9) und die *Krankheit des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, nicht näher bezeichnet* (M96.9). Vergleichbar war die Situation auch bei bestimm-

ten nicht näher bezeichneten Osteomyelitiden. Für diese Diagnosen fand ebenfalls eine Anpassung der Abbildung im System statt.

Aus dem Vorschlagsverfahren kam der Hinweis, dass bei manchen Operationen, wie beispielsweise einer Großzehenarthrodese, in einigen Fällen Spongiosa vom Beckenkamm verwendet wird und die Füllung der Spongiosaentnahmestelle mit resorbierbarem keramischem Knochenersatz erfolgt. In der Regel wird diese Füllung mit der Prozedur 5-785.3d *Implantation von alloplastischem Knochenersatz, keramischer Knochenersatz, resorbierbar, Becken* verschlüsselt, was typischerweise zu einer Zuordnung des Falls in die Basis-DRG I08 führte. Ohne diese Prozedur wäre der entsprechende Fall beispielsweise in der Basis-DRG I20 *Eingriffe am Fuß* abgebildet worden. Analysen haben ergeben, dass die Abbildung entsprechender Fälle in der Basis-DRG I20 sachgerecht ist. Im G-DRG-System 2016 werden daher Fälle nicht mehr allein aufgrund der Prozedur 5-785.3d oder ähnlicher Prozeduren der Basis-DRG I08 zugeordnet.

Ebenfalls aus dem Vorschlagsverfahren kam der Hinweis, dass bei einer beidseitigen temporären Epiphysiodesen an Becken und Femur höhere Kosten zu erwarten seien als bei anderen Fällen in der jeweiligen DRG. Eine umfangreiche Analyse der verschlüsselbaren Lokalisationen für eine temporäre Epiphyseodese ergab, dass die Kosten für die beidseitige temporäre Epiphyseodese am Schenkelhals und am proximalen Femur höher waren als bei anderen Fällen in der jeweiligen DRG. Entsprechende Fälle werden im System 2016 aufgewertet und in der I08G *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur* [...] abgebildet.

Wie in den Vorjahren fanden sich auch Fälle mit Eingriffen am Kniegelenk in der Basis-DRG I08, typischerweise mit geringeren Kosten. Eine OPS-bezogene Neuordnung dieser Fälle entsprechend den geringeren Kosten war jedoch für 2016 überwiegend nicht möglich, da viele der verwendeten unspezifischen OPS-Kodes sowohl bei Fällen mit geringen Kosten als auch bei teuren Fällen verschlüsselt worden sind. Bei den Untersuchungen konnten jedoch Diagnosekodes identifiziert werden, die als Kostentrenner geeignet sind. Zur sachgerechten Abbildung der entsprechenden Fälle wurden bestimmte Diagnosekodes innerhalb der Basis-DRG I08 neu zugeordnet. Dazu zählen beispielsweise:

- Sonstige Meniskusschädigungen, nicht näher bezeichneter Meniskus
- Krankheit der Patella, nicht näher bezeichnet
- Binnenschädigung des Kniegelenks, nicht näher bezeichnet, nicht näher bezeichnetes Band oder nicht näher bezeichneter Meniskus

Basis-DRG I66

Umfangreiche Analysen und komplexe Umbauten betrafen in diesem Jahr auch die Basis-DRG I66 *Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals*. Bei den Untersuchungen zeigten sich insbesondere in der DRG I66B *Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC oder Frakturen an Becken und Schenkelhals* (Version 2015) bestimmte aufwendige und weniger aufwendige Fälle, die nicht sachgerecht abgebildet waren. Zu den weniger aufwendigen Fällen zählen beispielsweise die Fraktur des Os ischium oder Os pubis sowie bestimmte Schenkelhals- und trochantäre Femurfrakturen. Im G-DRG-System 2016 werden die betroffenen Fälle der DRG I66C *Andere Erkrankungen des Bindegewebes, ein Belegungstag* zugeordnet, sofern die Aufenthaltsdauer einen Belegungstag beträgt. Zu den Fällen mit höherem Aufwand in der DRG I66B zählen bei-

spielsweise diejenigen mit Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter ab 197 Aufwandspunkten sowie für intensivmedizinische und aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten. Entsprechende Fälle werden im G-DRG-System 2016 in der DRG I66A *Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196/184/184 Aufwandspunkte* abgebildet.

Eingriffe an Fuß und Sprunggelenk

Die Basis-DRG I20 *Eingriffe am Fuß* ist bereits anhand einer Vielzahl von Attributen ausdifferenziert. In der diesjährigen umfassenden Analyse wurden verwendete Splitkriterien daraufhin untersucht, ob sie noch mit höheren Kosten verbunden sind. Dabei fanden sich insbesondere in den DRGs I20D *Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe, mit bestimmtem Eingriff an mehr als einem Strahl [...]* und I20F *Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit Arthrodese am Großzehengrundgelenk oder Osteosynthese einer Mehrfragmentfraktur [...]* zahlreiche wenig bis mäßig komplexe Eingriffe, die zu einer Höhergruppierung führten. Angesichts ihrer aktuellen Kostenstruktur wurden die entsprechenden Fälle sachgerecht eingruppiert. Beispiele für die Eingruppierung in die DRGs I20F bzw. I20G *Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne Arthrodese am Großzehengrundgelenk, ohne Osteosynthese einer Mehrfragmentfraktur [...]* werden im Folgenden genannt:

- Verkürzung bzw. Verlängerung von Sehnen an Mittelfuß und Zehen
- Osteotomie Digitus I bzw. Arthrodese eines Kleinzehengelenks
- Osteotomie bzw. Doppelosteotomie Os metatarsale I

Aus dem Vorschlagsverfahren kam der Hinweis, dass Fälle mit Entfernung einer Sprunggelenkendoprothese nicht sachgerecht abgebildet seien. Die Analyse der entsprechenden Fälle in den Kalkulationsdaten zeigte, dass die betroffenen Fälle höhere Kosten aufwiesen als andere Fälle der entsprechenden DRG. Im G-DRG-System 2016 werden diese Fälle in die DRG I20F eingruppiert und damit aufgewertet.

Weitere Änderungen

Außer den o.g. Umbauten gab es noch zahlreiche Vorschläge über das Vorschlagsverfahren und eigene Analysen, die unterschiedlichste Bereiche der MDC 08 betrafen. Teilweise bezogen sich diese auf Themenbereiche innerhalb einer Basis-DRG oder Basis-DRG-übergreifend, teilweise wurden ganz spezifische Konstellationen dargelegt oder analysiert, wobei jeweils alternative Betrachtungsweisen berücksichtigt wurden. Im Folgenden werden beispielhaft Themenbereiche und bestimmte Konstellationen im G-DRG-System dargestellt, die umfangreich analysiert und für das G-DRG-System 2016 entsprechend überarbeitet wurden.

Diesjährige Analysen der Daten zeigten, dass nicht operativ behandelte Fälle mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern ab 7 Behandlungstagen innerhalb der MDC 08 ähnliche Kosten aufwiesen. Des Weiteren waren diese Kosten häufig höher als die der anderen Fälle in der entsprechenden DRG. Im Ergebnis wurde für das G-DRG-System 2016 für die entsprechenden Fälle eine neue DRG etabliert: DRG I87Z *Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*.

Aus dem Vorschlagsverfahren kam der Hinweis, die Abbildung von Fällen mit bösartiger Neubildung der Skapula und langen Knochen der oberen Extremität in der MDC 08 in bestimmten Basis-DRGs zu überprüfen. Auf Grundlage der gelieferten Daten erfolgte eine umfangreiche MDC-übergreifende Analyse mit dem Ergebnis der Aufwertung und Neuordnung der betroffenen Fälle mit bösartiger Neubildung der Skapula und langen Knochen der oberen und unteren Extremität in die DRG I13E *Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula [...] oder BNB bestimmter Knochen*.

Untersuchungen der Basis-DRG I28 *Andere Eingriffe am Bindegewebe* zeigten, dass Fälle mit bestimmten Eingriffen geringere bzw. höhere Kosten aufwiesen als andere Fälle in der jeweiligen DRG. Zur sachgerechten Abbildung der betroffenen Fälle wurden die entsprechenden Prozeduren neu eingruppiert, wie beispielsweise die Neurolyse und Dekompression eines Nervs mit Transposition und die radikale zervikale Lymphadenektomie.

Die in Kapitel 3.3.2.9 detailliert dargestellte systematische Analyse der Fälle mit einem Belegungstag führte auch in der MDC 08 zu zahlreichen Anpassungen. Davon sind beispielsweise folgende Basis-DRGs betroffen:

- I08 *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule*
- I10 *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule*
- I27 *Kleinflächige Gewebetransplantationen ohne schwere CC oder Eingriffe am Weichteilgewebe, oder bestimmte bösartige Neubildungen mit bestimmten Eingriffen am Abdomen oder Thorax*
- I28 *Andere Eingriffe am Bindegewebe*
- I69 *Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien oder Muskel- und Sehnenenerkrankungen bei Para-/Tetraplegie*

Bei den Eingriffen an der Hand besteht bereits eine sehr ausdifferenzierte Abbildung der Fälle, die jährlich weiterentwickelt wird. Zwar war in diesem Themengebiet die Beteiligung im Vorschlagsverfahren in diesem Jahr nicht so hoch wie in anderen Jahren, zusammen mit den internen Analysen konnte jedoch erneut eine Weiterentwicklung erreicht werden, die sich insbesondere auf konkrete Splitparameter bezog. So zeigten Fälle mit bestimmten Eingriffen höhere Kosten als andere Fälle der entsprechenden DRG, was im G-DRG-System 2016 zu einer entsprechenden Höhergruppierung führte. Folgende Prozeduren sind beispielhaft betroffen:

- Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen an fünf oder mehr Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen: Abbildung in der DRG I32C *Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne mehrz. Eingriff [...] mit best. Eingr. od. kompl. Diag.*
- Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen ab drei Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen: Abbildung in der DRG I32D *Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff [...] oder Mehrfacheingriff an 3 Strahlen*
- Plastische Rekonstruktion mit autogenem Material und interligamentärer sowie transossärer Fixation an anderen Bändern der Handwurzelgelenke auch bei einseitigem Eingriff: Abbildung in der DRG I32D

3.3.2.34 Urologie

In der MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane* und in der MDC 12 *Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane* erfolgten diverse Weiterentwicklungen des G-DRG-Systems für 2016 anhand von Vorschlägen aus dem Vorschlagsverfahren und internen Analysen.

Niereninsuffiziente Patienten, die Dialysen erhalten, sind im G-DRG-System 2015 in den Basis-DRGs L60 *Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag*, L61 *Stationäre Aufnahme zur Dialyse*, L71 *Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse* und L90 *Niereninsuffizienz, teilstationär* abgebildet. In diesem Jahr bezog sich ein Vorschlag auf die Streichung der DRG L61Z, die seit Beginn des G-DRG-Systems vorhanden ist. In dieser DRG werden bestimmte Tagesfälle erfasst, die nur zu Dialyse Zwecken stationär aufgenommen werden. Diese Konstellation tritt jedoch in den Daten des Jahres 2014 nur noch bei einer verschwindend geringen Anzahl von Fällen auf und unterscheidet sich von anderen Tagesfällen mit Dialysen lediglich durch die Art der Kodierung. Daher wurde die DRG L61Z gestrichen und die wenigen Fälle dieser DRG in die DRG L71Z, die hinsichtlich Leistungen und Kosten vergleichbare Fälle enthält, eingruppiert.

Bisher waren in der Basis-DRG L06 Fälle mit kleinen Eingriffen an der Harnblase eingruppiert und nach äußerst schweren CC differenziert. Interne Analysen ergaben, dass Fälle mit wenig komplexen Eingriffen wie beispielsweise dem *Verschluss einer Zystostomie, offen chirurgisch* oder mit bestimmten Injektionsbehandlungen an der Harnblase in der DRG L06A *Kleine Eingriffe an der Harnblase mit äußerst schweren CC* zu hoch bewertet sind. Daher werden Fälle mit ausschließlich wenig komplexen Eingriffen nun in der DRG L06B *Kleine Eingriffe an der Harnblase, ohne bestimmte kleine Eingriffe, ohne äußerst schwere CC* abgebildet. Des Weiteren ging ein Vorschlag einer Fachgesellschaft bezüglich der Basis-DRG L06 ein, in dem beschrieben wurde, dass bestimmte dort abgebildete Eingriffe eher DRGs für aufwendigere Eingriffe zugeordnet werden müssten. Nach Analyse dieses Sachverhalts werden Fälle mit den Prozeduren für Vesikokutaneostomie und für supratrigonale Resektion ohne Ureterneointplantation im G-DRG-System 2016 nun aufwandsgerecht in der DRG L04 *Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, [...]* abgebildet und somit aufgewertet.

In der Basis-DRG L63 sind Fälle mit Infektionen der Harnorgane eingruppiert und durch äußerst schwere CC, verschiedene Alterssplits sowie durch Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern differenziert. Interne Analysen zeigten, dass Fälle mit schweren infektiösen Erkrankungen als Hauptdiagnose (A18.1 *Tuberkulose des Urogenitalsystems*, A98.5 *Hämorrhagisches Fieber mit renalem Syndrom*, N15.10 *Nierenabszess*, N15.11 *Perinephritischer Abszess*) nicht sachgerecht in der DRG L63F abgebildet sind, sodass diese nun in die höher bewertete DRG L63D *Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, [...]* oder bestimmte schwere Infektionen eingruppiert werden.

Aufgrund von internen Analysen wurde die Basis-DRG L64 *Harnsteine und Harnwegsobstruktion oder Urethrastrikturen, andere leichte bis moderate Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag oder Beschwerden und Symptome der Harnorgane oder Urethrozystoskopie* in verschiedenen Punkten modifiziert. Zum einen wurden die Zuordnungskriterien zur DRG L64A präzisiert, sodass nun nur noch Fälle in Verbindung mit einem PCCL > 2 oder mit bestimmten aufwendigen Hauptdiagnosen und mehr als einem Belegungstag oder mit Urethrozystoskopie dort abgebildet sind. Zudem wurde ein Kinder-Alterssplit mit der Bedingung Alter < 14 Jahre eingefügt, um Kinder nun sachgerechter in der DRG L64B darzustellen. Außerdem erfolgte eine systematische

Überprüfung der Tagesfälle mit Abbildung der Fälle innerhalb der Basis-DRG L64 entsprechend ihren Kosten. Somit werden Tagesfälle mit Urethrozystoskopie der DRG L64A, Kinder der DRG L64B und alle anderen Tagesfälle unabhängig von der Hauptdiagnose und bei ähnlichen Kosten der DRG L64C zugeordnet.

Auch in der Basis-DRG L68 *Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane* wurde der bestehende Kinder-Alterssplit von Alter < 6 Jahren analysiert. Als Ergebnis wurde die Altersgrenze dieser Splitbedingung auf Alter < 14 Jahre erhöht, da auch diese Altersgruppe in der Basis-DRG L68 erhöhte Tageskosten aufwies.

Zudem wurden Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter ab 393 und für aufwendige medizinische Komplexbehandlung ab 369 Aufwandspunkten in die Definition der DRG L60A aufgenommen.

Im G-DRG-System 2015 fasst die DRG L12Z Fälle mit *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag* zusammen. In dieser MDC ist die Strahlentherapie-DRG nicht wie in anderen MDCs (beispielsweise MDCs 07, 09, 12, 13) anhand der Anzahl durchgeführter Bestrahlungen differenziert. Interne Analysen zeigten, dass auch in dieser MDC eine Abbildung von Fällen in Abhängigkeit von der Anzahl der Bestrahlungen (> 9 Bestrahlungen) zu einer verbesserten Abbildung aufwendiger Fälle beiträgt. Somit werden die Fälle der DRG L12Z nun in den neuen DRGs L12A *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen* und L12B *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen* differenziert abgebildet.

Seitens einer Fachgesellschaft wurde die Angleichung der Prozedurenkodes für *retroperitoneale bzw. pelvine radikale Lymphadenektomien im Rahmen einer anderen Operation* an die der Prozedurenkodes für *radikale paraaortale bzw. pelvine Lymphadenektomie in Kombination mit anderen Operationen an den Harnorganen* angeregt. Begründet war dieser Vorschlag dadurch, dass die spezifischen Codes für Lymphadenektomien in Kombination mit anderen Operationen an den Harnorganen aus dem OPS Version 2016 entfallen sollten, mit dem Ziel, eine einheitliche Klassifikation zu erreichen. Nach detaillierten Analysen konnte für das G-DRG-System 2016 eine weitestgehende Angleichung der Gruppierungsrelevanz beider Codebereiche bei ähnlichen Kosten umgesetzt werden, sodass die für 2016 erfolgte Streichung aus dem OPS allenfalls minimale Auswirkungen auf die Eingruppierung der entsprechenden Fälle haben wird.

Sowohl in der Basis-DRG L02 *Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters oder Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung mit Multiviszeral Eingriff oder Verschluss einer Blasenekstrophie* als auch in der Basis-DRG L09 *Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane oder Anlage eines Dialyseshunt*s sind Fälle eingruppiert, die u.a. durch verschiedene Diagnosen bzw. Hauptdiagnosen aus dem Bereich der chronischen Niereninsuffizienz in Kombination mit der Durchführung von Dialysen und durch weitere Prozeduren gekennzeichnet sind. Im G-DRG-System 2016 wurden einige dieser Diagnosen (chronische Niereninsuffizienz Stadium 1 und 2, sonstige und nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz, hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz, hypertensive Herz-/Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz) aus den Splitbedingungen der DRG L02B und der DRGs L09A und L09B gestrichen, da nicht die gleichen hohen Kosten vorlagen wie bei Fällen mit höhergradiger Niereninsuffizienz und Dialysen.

Als Ergebnis weiterer interner Analysen wurden Fälle mit bestimmten Prozeduren, wie beispielsweise Nephrektomien und partielle Resektionen der Niere, innerhalb der Basis-DRG L13 *Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne äußerst schwere CC* aufgewertet und sind nun in die DRG L13B *Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC, mit bestimmtem Eingriff* abgebildet. Zudem zeigte sich, dass Fälle mit der Hauptdiagnose für Orchitis, Epididymitis und Epididymitis mit Abszess nicht sachgerecht in den DRGs M04D *Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, [...], Alter > 2 Jahre* und M04C *Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, [...], Alter < 3 Jahre* abgebildet sind. Daher wurde die Definition der DRG M04B *Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, [...]* um diese Hauptdiagnose erweitert und vergleichbar aufwendige Fälle somit in diese DRG aufgenommen und dadurch aufgewertet.

3.3.2.35 Verbrennungen

Basierend auf Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren wurde im vergangenen Jahr die streitbefangene Kodierung von Verbänden oder Hauttransplantaten aus künstlichem Material bei Verbrennungen untersucht. Im Ergebnis ergab sich in der MDC 22 eine unterschiedliche Gruppierungsrelevanz der temporären Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen für unterschiedliche Materialien ab dem G-DRG-System 2015. Zudem wurden für 2014 neue OPS-Kodes 5-923.a- und 5-923.b- für die *Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, kleinflächig bzw. großflächig* geschaffen. Fälle mit diesen Codes waren nun im Datenjahr 2014 erstmals in den Kalkulationsdaten vorhanden. Die Codes hatten im G-DRG-System 2015 dieselbe Gruppierungsrelevanz wie die Codes 5-923.2- und 5-923.7- *Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, kleinflächig bzw. großflächig*, wobei ebendiese für das G-DRG-System 2015 abgewertet worden waren.

In diesem Jahr erfolgte eine erneute Überprüfung der Fälle mit temporärer Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen. Hierzu wurden auch drei Vorschläge im Vorschlagsverfahren eingereicht, welche die Gruppierungsrelevanz der temporären Weichteildeckung u.a. in Abhängigkeit von Material und Flächigkeit thematisieren. Im G-DRG-System 2016 resultiert daraus eine vollständige Angleichung der Gruppierungsrelevanz der temporären Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen in der MDC 22. Dort führt nun die temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen allein – unabhängig vom Material – in die Basis-DRGs Y02 *Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation oder anderen Eingriffen mit komplizierenden Konstellationen* und Y03 *Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen*.

Routinemäßig wurden zudem alle Kostentrenner wie Alterssplits und komplizierende Diagnosen/Konstellationen in der MDC 22 daraufhin überprüft, ob sie weiterhin einer sachgerechten Vergütung der Fälle dienen: Auf Grundlage der Kalkulationsdaten des Datenjahres 2014 konnten Fälle der Basis-DRG Y03 mit *Komplizierenden Konstellationen I* oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196/184/552 Aufwandspunkte in die Basis-DRG Y02 aufgewertet werden. Zudem wurden bestimmte komplizierende Diagnosen (z.B. die Diagnosen E40-E46 *Mangelernährung* und E50-E64 *Sonstige alimentäre Mangelzustände*) aus den Splitbedingungen der DRGs Y02A *Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation oder anderen Eingriffen bei Sepsis oder mit kompliz. Konst. [...]* und Y02B *Andere Verbrenn. m. Hauttr. od. and. Eingr. [...], m. äuß. schw. CC, kompliz. Diagn., kompl. Proz., Dialyse od. Beatm. > 24 Std. gestrichen*, da sie nicht

mehr mit höheren Kosten verbunden waren. Schwangere Patientinnen zeigten sich hingegen mit hohen Kosten und wurden entsprechend in die DRGs Y02A und Y02B aufgewertet. Als geeignetes Detektionskriterium zeigten sich hierbei die Diagnosekodes O09.- *Schwangerschaftsdauer*, da die Codes Z34 *Überwachung einer normalen Schwangerschaft* und Z35.- *Überwachung einer Risikoschwangerschaft* in den Kalkulationsdaten des Datenjahres 2014 nicht regelhaft vorhanden waren. Für das G-DRG-System 2016 konnte die Bedingung PCCL > 2 aus der Splitbedingung der DRG Y02B gestrichen werden, da sich diese nicht mehr als kostentrennend erwies. Ein Split der bisherigen DRG Y02C mit dem Kriterium Alter < 18 Jahre in die DRGs Y02C *Andere Verbrenn. m. Hauttr. od. and. Eingr. [...], Alter < 18 J.* und Y02D *Andere Verbrenn. m. Hauttr. od. and. Eingr. [...], Alter > 17 J.* dient einer Aufwertung von Fällen mit Verbrennungen oder Verätzungen im Kindesalter. Schließlich verbessert sich im G-DRG-System 2016 die Vergütungssituation der Fälle der DRG Y03B mit schwersten CC (PCCL > 4); sie werden in die DRG Y03A *Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC* aufgewertet.

3.3.2.36 Versorgung von Kindern

Wie in den vergangenen Jahren wurde im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems erneut die Abbildung von Kindern mit Hilfe spezieller Alterssplits für Kinder untersucht. Dies führte für 2016 zu insgesamt 240 „Kindersplits“ (215 im G-DRG-System 2015). Davon können 79 DRGs als „reine Kindersplits“ bezeichnet werden, was bedeutet, dass in diesen ausschließlich Kinder abgebildet werden. Ein Beispiel für einen neuen Kindersplit ist die Basis-DRG E63. Analysen zeigten höhere Tageskosten für Kinder unter 16 Jahre, sodass die DRG in E63A *Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie [...] Alter < 16 Jahre* und E63B *Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie [...] Alter > 15 Jahre* gesplittet wurde.

In weiteren 161 DRGs führt das Kindesalter ebenfalls zu einer Höhergruppierung, allerdings steht in diesen DRGs das Kindesalter neben weiteren den Schweregrad erhöhenden Attributen wie beispielsweise PCCL oder komplexe Diagnosen/Prozeduren. Grundsätzlich ist anzumerken, dass Splits in allen erdenklichen Konstellationen untersucht und bei positivem Ergebnis (wenn also die Kosten der Behandlung von Kindern sich höher zeigen) stets umgesetzt werden. Eine konkrete Mindestfallzahl gibt es für eine Umsetzung nicht. Kinderpositive Splits werden auch bei geringster Fallzahl umgesetzt. Die Definition eines „Kindersplits“ ist prinzipiell durch zwei Merkmale möglich. Zum einen erfolgt dies regelhaft durch Logikelemente wie z.B. „Alter < 16 Jahre“. Zum anderen kann die Definition auch über Diagnosen oder Prozeduren erfolgen, die ausschließlich im Kindesalter verschlüsselt werden können. Die folgende Auflistung zeigt einige Beispiele hierfür:

- Diagnosen für „Atemnot, sonstige Störungen der Atmung beim Neugeborenen“ in der DRG E69D *Bronchitis und Asthma bronchiale, [...] oder Störungen der Atmung mit Ursache in der Neonatalperiode [...]*
- Prozeduren für *Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psycho-somatische Therapie* (9-403) in den DRGs B46Z und U41Z
- Prozeduren für *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter* (8-98d), z.B. in zahlreichen „Langzeitbeatmungs-DRGs“ der Prä-MDC

In Bezug auf die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter ergaben sich im Rahmen der systemweiten Analysen zur Abbildung von Fällen mit intensivmedizinischer Behandlung zahlreiche Änderungen. So wurde beispielsweise in der Basis-DRG G36 *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176/1104/1104 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* die Schwelle der notwendigen intensivmedizinischen Aufwandspunkte im Kindesalter von > 1176 auf > 392 abgesenkt. Zugleich wurde die Basis-DRG durch einen zusätzlichen Split von zuvor 2 in jetzt 3 DRGs unterteilt (siehe Abb. 29).

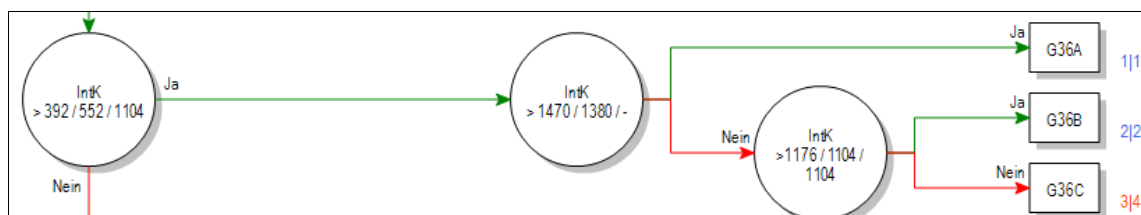


Abbildung 29: Basis-DRG G36 gemäß G-DRG-Version 2016

In der G-DRG-Version 2015 wurden Kinder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung mit mindestens 393 Aufwandspunkten nur in gewissen Konstellationen der DRG G01Z [...] oder *bestimmte Eingriffe an den Verdauungsorganen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung >392/-/- Aufwandspunkte* zugeordnet. Ab 2016 werden diese Fälle somit generell der Basis-DRG G36 zugeordnet und damit deutlich aufgewertet.

Aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren wurde die Abbildung von Fällen mit *Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit* (1-945) erneut untersucht.

Im Ergebnis fanden sich etwas mehr als 100 Fälle pro Kode in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser, die über zahlreiche DRGs streuten und ein uneinheitliches Bild mit gleichermaßen höheren und niedrigeren Kosten je DRG zeigten. Die Verteilung der Fälle scheint stark kodierabhängig zu sein, ebenso konnte eine Vielzahl von Fehlkodierungen nicht ausgeschlossen werden. Die kalkulatorische Ermittlung eines Zusatzentgelts war nicht möglich. Den Selbstverwaltungspartnern wurden Problematik und Analyseergebnisse erneut umfassend vorgestellt, von der Etablierung eines unbewerteten Entgelts für 2016 sahen diese jedoch ab.

Seit letztem Jahr wird die Korrektur einer Wirbelsäulendeformität mit 2 oder mehr extrakoporal expandierbaren Stangen in die DRG I06A *Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit hochkomplexem Korrektoreingriff [...]* eingruppiert. Fälle mit nur einer Stange wurden der DRG I10D *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff [...]* zugeordnet. Diese Fälle wurden entsprechend den Kosten in den Kalkulationsdaten aufgewertet und werden ab 2016 in die DRG I09A *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, mit sehr komplexer Osteosynthese [...]* eingruppiert.

Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren folgend, wurde die Abbildung von Kindern mit *Multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus* (8-984) in der Basis-DRG K60 *Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörung* untersucht. Bei einem Alter unter 16 Jahren erfolgte bisher schon die Eingruppierung in die DRG K60A [...], *Alter < 16 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus*. Als identisch hinsichtlich des Kostenaufwandes und der Behandlung wurden Kinder mit einem Alter

von < 18 Jahren beschrieben, die bei Durchführung einer Komplexbehandlung bisher den DRGs K60D und K60E zugeordnet wurden. In einem mehrstufigen Prozess wurde die Abbildung von Kindern mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus derart geändert, dass für Fälle mit einem Alter von < 6 Jahren eine neue DRG K60A geschaffen und diese Fälle damit aufgewertet wurden. Fälle mit einem Alter von 6 bis 17 Jahren werden zukünftig ihren Kosten entsprechend der DRG K60B zugeordnet, was für 16- und 17-jährige ebenfalls einer Aufwertung entspricht. Die Definition der ehemaligen DRGs K60B und K60D wurde verschärft, sodass Fälle mit nur einem Belegungstag abgewertet wurden. Fälle mit Alter < 16 Jahren und einem Belegungstag aus der ehemaligen DRG K60B werden jetzt in die K60D und alle anderen Fälle mit einem Belegungstag in die DRG K60F eingruppiert (siehe Abb. 30).

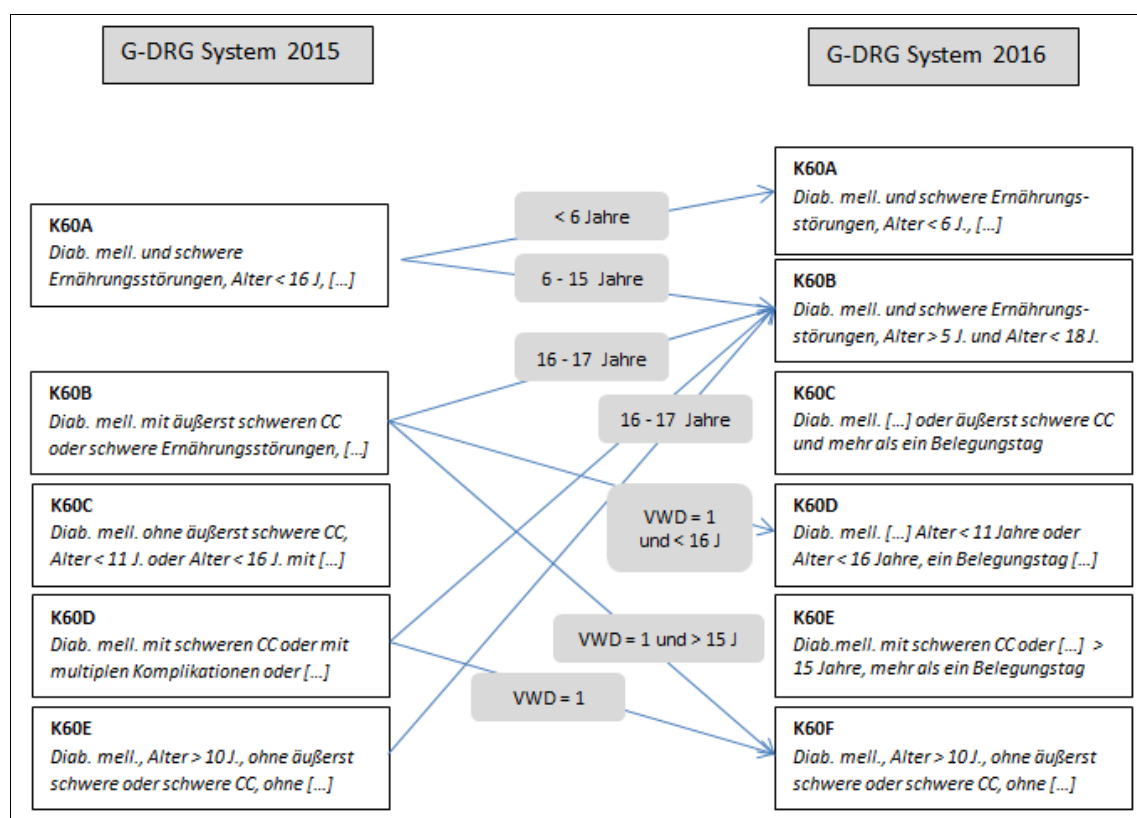


Abbildung 30: Fallwanderung in der Basis-DRG K60 zwischen den G-DRG-Versionen 2015 und 2016. Fälle, die aufgrund der Umbauten wandern, werden mit Pfeilen symbolisiert. Das Textfeld am Pfeil gibt die Attribute der wandernden Fälle an. (VWD = Verweildauer)

Im Bereich der medikamentösen Zusatzentgelte ist die Schaffung einer neuen Kinderdosisklasse bei einem neuen unbewerteten Zusatzentgelt ZE2016-110 Gabe von Tocilizumab, subkutan zu erwähnen. Der OPS Kode 6-005.n0 Tocilizumab, subkutan 162 mg bis unter 324 mg kann nur bei Kindern unter 15 Jahren verschlüsselt werden.

Die Abbildung der Korrektur einer Trichterbrust, die am häufigsten im Jugendlichen- und jungen Erwachsenenalter durchgeführt wird, wurde auf Anregung aus dem Vorschlagsverfahren leicht überarbeitet. Das Verfahren nach Nuss (5-346.a6 Trichterbrust, Korrektur nach D. Nuss) wurde durch Aufnahme in die Splitbedingung für die DRG E06B für die Fälle aufgewertet, die zuvor in die DRG E06C eingruppiert wurden. Hier-

durch werden die Fälle, bei denen eine minimalinvasive Korrektur einer Trichterbrust nach Nuss durchgeführt wird, entsprechend den Kosten sachgerecht abgebildet.

MDC 15 Neugeborene

Mehrere Vorschläge betrafen die Atemhilfe via High-Flow-Nasen-Kanülen (HFNC). In den OPS Version 2011 wurde der Code 8-711.4 und in den OPS Version 2016 die Codes 8-712.1 und 8-713.0 neu aufgenommen. Somit werden im Datenjahr 2015 erstmals Daten über die Kodierung der HFNC bei Säuglingen vorliegen. Für Kinder und Jugendliche wird eine Kodierung nächstes Jahr möglich sein und eine kalkulatorische Bewertung erstmals für das G-DRG-System 2017.

Aufgrund von externen Hinweisen aus dem Anfrageverfahren wurde die Diagnose für *Epidermolysis bullosa* (Q81.) in den MDCs 9 und 15 aufgewertet. In der MDC 15 wurden diese Codes in die Funktionen *Schweres Problem* bzw. *Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen* aufgenommen, die in mehreren Basis-DRGs der MDC 15 zu einer Aufwertung von Fällen führen. In der MDC 9 wurde die Diagnose *Epidermolysis bullosa* bei Kindern < 10 Jahren in die Splitbedingung für die DRG J61A im Sinne einer Höhergruppierung aufgenommen.

3.3.2.37 Wirbelsäulenchirurgie

In den Vorjahren spielten bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems die operativen Eingriffe an der Wirbelsäule eine bedeutende Rolle und führten zu zahlreichen und umfangreichen Umbauten des Systems. In diesem Jahr gab es erneut etliche Anregungen aus dem Vorschlagsverfahren zu dieser Thematik. Zusammen mit umfangreichen internen Analysen dieses komplexen Themenbereichs führten diese zu einer Vielzahl von Weiterentwicklungen.

Beispiele für die Weiterentwicklung des Systems finden sich, wie schon in den Jahren zuvor, in den Umbauten der Basis-DRG I10 *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule*. Hier lag auch in diesem Jahr ein Schwerpunkt auf der Überprüfung und Neuordnung von „unspezifischen“, aber ebenso spezifischen Prozeduren, was nicht zuletzt auch durch Anregungen von extern einen größeren Umfang von Eingriffen beinhaltete. Häufig zeigte sich hier eine nicht sachgerechte Vergütung von weniger kostenintensiven Verfahren in höhergruppierten DRGs, sodass auf Grundlage der Kalkulationsdaten eine Neugruppierung folgender beispielhaft genannter Eingriffe notwendig war:

- Sonstige und nicht näher bezeichnete Inzision von Rückenmark und Rückenmarkshäuten
- Spinale Duraplastik
- Exzision von extraforaminal gelegenem Bandscheibengewebe
- Implantation von Material in einen Wirbelkörper ohne Wirbelkörperaufrichtung (ein und zwei Wirbelkörper)

Aber auch kostenintensivere Verfahren, die einer niedriger gruppierten DRG zugeordnet waren, wurden neu eingruppiert. Hierzu gehörten beispielsweise:

- Verschluss eines Bandscheibendefekts (Anulus) mit Implantat
- Bestimmte Biopsien an der Wirbelsäule

Im Rahmen der umfangreichen internen Analysen der Basis-DRG I10 zeigte sich, dass bestimmte häufige Eingriffe in den DRGs I10D *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit kompl. Eingriff an der Wirbelsäule oder best. Diszitis [...]* und I10E *Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule* ähnliche Kosten verursachten, jedoch in ihrer jeweiligen DRG nicht sachgerecht abgebildet waren. Um eine sachgerechte Abbildung der betroffenen Fälle zu erreichen, wurde eine neue DRG zwischen den DRGs I10D und I10E anhand bestimmter Eingriffe an der Wirbelsäule etabliert. Dadurch wurden die entsprechenden Fälle auf- bzw. abgewertet, je nach ihrer Herkunfts-DRG. Beispiele für betroffene Prozeduren sind:

- Hemilaminektomie an der Lendenwirbelsäule (ein Segment)
- Laminotomie an der Lendenwirbelsäule (zwei Segmente)
- Präparation und Resektion an intraspinalen Blutgefäßen
- Entfernung eines freien Bandscheibensequesters ohne Endoskopie

Zu den regelmäßigen Untersuchungen auf Basis der Kalkulationsdaten gehört auch die Überprüfung von Eingriffen, die im Rahmen des NUB-Verfahrens (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) analysiert wurden, auf ihre Integrierbarkeit in das G-DRG-System. So wurde im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie im OPS Version 2013 ein Codebereich für die *Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation von extrakorporal expandierbaren Stangen (5-838.e*)* etabliert. Damit waren diese Fälle erstmals in der Kalkulationsphase 2014 analysierbar. Für das G-DRG-System 2015 wurde dieser Eingriff mit zwei und mehr Implantaten bei entsprechenden Kosten der Fälle der DRG I06A *Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit hochkomplexem Korrektureingriff oder bestimmtem mehrzeitigen Eingriff [...]* zugeordnet. Zudem stellte dieser Eingriff eine Leistung mit NUB-Status 1 dar. In der aktuellen Kalkulation erfolgte erneut eine Überprüfung dieser Leistung, was auch als externer Vorschlag eingegangen war. Die Analyse der Daten zeigte, dass die Kosten für die Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation einer extrakorporal expandierbaren Stange höher waren als andere Fälle in der entsprechenden DRG. Im Ergebnis wird diese Leistung mit Implantation eines Implantats im G-DRG-System 2016 höher eingruppiert und in der DRG I09A *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, mit sehr komplexer Osteosynthese [...]* abgebildet.

Ausgehend von einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren wurde eine umfangreiche Untersuchung von Fällen mit Bandscheibeninfektion durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass Fälle mit bestimmten Bandscheibeninfektionen häufig höhere Kosten aufwiesen als andere Fälle in den betroffenen DRGs. Für eine sachgerechte Abbildung im System 2016 folgte die Eingruppierung der Fälle mit Diagnose für eine nicht näher bezeichnete oder pyogene Diszitis in die DRG I10D. Aber auch nicht operativ behandelte Fälle wiesen vielfach höhere Kosten auf, sodass jene mit einer bestimmten Diszitis oder infektiösen Spondylopathie ebenfalls höhergruppiert wurden. Sie werden im G-DRG-System 2016 in der DRG I68B *Nicht op. beh. Erkr. und Verl. im WS-Bereich [...], ohne Para-/Tetrapl. bei Diszitis* abgebildet.

Ein weiterer umfangreicher Umbau in diesem Jahr betraf die Basis-DRG I06 *Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals*. Hier kam es im Zuge der Umbauten der letzten Jahre zur Abbildung immer weniger Fälle in der DRG I06D *Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff [...]* (G-DRG-System 2015). Zudem passten deren Kostenstrukturen nicht mehr zur Basis-DRG I06. Im Ergebnis wurde die DRG I06D gestrichen und die entsprechenden Fälle sachgerecht der Basis-DRG I28 *Andere Eingriffe am Bindegewebe* zugeordnet.

Aus dem Vorschlagsverfahren kam der Hinweis, dass bei Fällen mit infantiler Zerebralparese in der Basis-DRG I06 vergleichbare Kosten wie bei Fällen mit anderen chronischen Paresen und Plegien zu erwarten sein müssten. Anhand der aktuellen Daten wurde eine umfangreiche Analyse der verschlüsselbaren Formen der infantilen Zerebralparese durchgeführt. Dabei war festzustellen, dass Fälle mit spastischer tetraplegischer Zerebralparese häufig höhere Kosten aufwiesen als andere Fälle in der entsprechenden DRG. Entsprechend werden diese im G-DRG-System 2016 höhergruppiert und in der DRG I06A *Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit hochkomplexem Korrekturingriff oder bestimmtem mehrzeitigen Eingriff [...]* abgebildet.

Ebenfalls aus dem Vorschlagsverfahren kam der Hinweis, dass Fälle mit den Diagnosen Osteochondrose beim Erwachsenen und nicht näher bezeichnete Osteochondrose in ihrer üblicherweise abgebildeten Basis-DRG I69 *Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien oder Muskel- und Sehnenenerkrankungen bei Para-/Tetraplegie* nicht sachgerecht abgebildet sein könnten. Die durchgeführten Analysen zeigten, dass diese Fälle häufig nicht so teuer waren wie andere Fälle in der entsprechenden DRG. Für das System 2016 folgte eine neue Eingruppierung in die Basis-DRG I68 *Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich oder andere Frakturen am Femur*.

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

In der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2016 ist es erneut gelungen, Leistungen, die in den vergangenen Jahren als noch nicht sachgerecht vergütet identifiziert wurden und u.a. deshalb mit NUB-Status 1 versehen worden waren, in Form von Zusatzentgelten ins G-DRG-System zu integrieren.

NUB-Leistungen, die als Zusatzentgelte abgebildet werden konnten, sind in Tabelle 23 dargestellt.

NUB-Verfahren	Status 2015	ZE 2016	Bezeichnung Zusatzentgelt
Tocilizumab, subkutan	1 bzw. 2	ZE2016-110	Gabe von Tocilizumab, subkutan
Nab-Paclitaxel	1	ZE2016-111	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral
Abirateronacetat	1	ZE2016-112	Gabe von Abirateronacetat, oral
Cabazitaxel	1	ZE2016-113	Gabe von Cabazitaxel, parenteral
Ipilimumab	1	ZE2016-114	Gabe von Ipilimumab, parenteral
Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]:	1	ZE2016-115	Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Molekulargenetische Identifikation und Herstellung von patientenspezifischen Markern
		ZE2016-116	Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Patientenspezifische molekulargenetische Quantifizierung
Chemosaturations-Therapie mittels perkutaner Leberperfusion	4	ZE2015-117	Chemosaturations-Therapie mittels perkutaner Leberperfusion

Tabelle 23: Leistungen mit NUB-Status 1 bzw. 4, die ab G-DRG-Version 2016 als Zusatzentgelt abgebildet werden

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

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

3.3.4 Sortierung

Vorgehensweise

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

- Konsequente Sortierung aller DRGs innerhalb der operativen und der anderen Partitionen absteigend nach Bewertungsrelation
- In der medizinischen Partition hingegen kann in der Regel auf eine Sortierung verzichtet werden, da die DRGs über Hauptdiagnosen definiert und damit disjunkt (überschneidungsfrei) sind.
- Vollständige partitionsübergreifende Sortierung in den MDCs 17, 18A und 18B
- Weitgehend partitionsübergreifende Sortierung in den MDCs 04 und 05
- Sortierung zwischen anderer und medizinischer Partition in den MDCs 06, 07 und 11
- Einsortierung endoskopischer Eingriffe und komplexer therapeutischer ERCPs (DRGs H40Z und H41A) in die operative Partition der MDC 07
- Sortierung 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 aufgeführt, werden die DRGs typischerweise gemäß ihren mittleren Inlierkosten absteigend sortiert. Allerdings wird zur Vermeidung einer unsachgerechten Vergütung in einigen Konstellationen auch die mittlere Verweildauer der Fälle betroffener DRGs berücksichtigt. Exemplarisch soll dies anhand der Sortierung innerhalb der Basis-DRG F19 erläutert werden.

Die DRG F19B *Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen oder Radiofrequenzablation über A. renalis, ohne äußerst schwere CC bei anderen perkutan-transluminale Interventionen an Herz, Aorta und Lungengefäßen, Alter < 16 Jahre* hat mit 1,758 ein niedrigeres Relativgewicht als die danach (innerhalb der MDC05 an Position 83) abgefragte DRG F19C *Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre* (RG: 1,880).

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweil- dauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer	
					Erster Tag mit Abschlag	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag zus. Entgelt	Bewertungs- relation/Tag
F19A	O							
F19B	O	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen [...], Alter < 16 Jahre	1,758	2,7	1	0,447	6	0,163
F19C	O	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre	1,880	4,7	1	0,684	12	0,113
F19D	O							

Abbildung 31: Ausschnitt aus dem Fallpauschalen-Katalog für 2016

Die Abfrage der F19B vor der F19C hat zur Folge, dass Kinder, die in der Regel eine deutlich geringere Verweildauer als Erwachsene haben (mittlere Verweildauer: F19B 2,7 Tage vs. F19C 4,7 Tage), bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer in der DRG F19B besser abgebildet werden können, da der Abschlag der DRG F19B deutlich niedriger ist als in der DRG F19C. Des Weiteren kann in der Kinder-DRG F19B bereits ab dem sechsten Tag ein Zuschlag geltend gemacht werden (siehe Abb. 30). Die bei Betrachtung aller Fälle somit deutlich bessere Vergütung in der DRG F19B begründet in diesem Fall die Definition einer eigenständigen Kinder-DRG trotz geringfügig geringerem Inlier-Relativgewicht. Entsprechend muss auch die Abfrageposition der DRG F19B vor der F19C liegen.

3.3.5 Formale Änderungen im Definitionshandbuch

Um die Klassifikation und die Anwendung des G-DRG-Systems zu beschreiben, stellt das InEK das G-DRG-Definitionshandbuch zur Verfügung. Neben der verbindlichen fünfbändigen Vollversion des Definitionshandbuchs wird seit der G-DRG-Version 2006 ergänzend auch eine Kompaktversion veröffentlicht. Diese umfasst nur drei Bände und unterscheidet sich von der Vollversion u.a. dadurch, dass mehrfach in einer MDC verwendete Diagnosen- und Prozedurentabellen nur noch einmal im Handbuch erscheinen. Eine solche Tabelle wird bei der ersten DRG, die über die Codes dieser Tabelle definiert ist, gedruckt. Bei erneuter Verwendung der Tabelle in nachfolgenden DRGs wird dann mit Seitenangabe auf diese Stelle verwiesen. Zudem ändert sich der Name der Tabelle im Vergleich zur Vollversion.

Um eine eindeutige Zuordnung der Kodetabellen zu gewährleisten und Verwechslungen zwischen den Bezeichnungen in der Voll- bzw. der Kompaktversion zu vermeiden, wurden die Tabellenbezeichnungen erstmals für das G-DRG-Definitionshandbuch 2016 unterschiedlich vergeben mit „V“ für die Vollversion und „K“ für die Kompaktversion des Handbuchs (z.B. F73-V1 bzw. F73-K1).

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 2016 gültige ICD-10-GM Version 2016 enthält insgesamt 13.486 terminale Codes und somit 46 Codes mehr als die ICD-10-GM Version 2015 (13.440). Über 98% dieser Codes (13.259) unterscheiden sich weder hinsichtlich des Codes noch hinsichtlich des zugehörigen Textes gegenüber dem Vorjahr.

Der OPS Version 2016 enthält insgesamt 29.769 terminale Codes. Das sind 566 Codes mehr als im OPS Version 2015 (29.203). Die Mehrzahl der Codes (28.518, 96%) zeigt ebenfalls keinen Unterschied zum Vorjahr in Bezug auf den Code und die inhaltliche Leistungsbeschreibung.

Die Weiterentwicklung der Klassifikationen ICD-10-GM und OPS ist Aufgabe des DIMDI, das in seinem jährlichen Revisionsverfahren auch Änderungsvorschläge annimmt. Die im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2016 beim InEK eingegangenen Vorschläge zur Umformulierung bestehender Codes bzw. zur Etablierung neuer Codes wurden an die zuständigen Stellen beim DIMDI weitergeleitet.

Über die im Vorschlagsverfahren für das Jahr 2016 angeregten Änderungen hinaus wurde im Zuge der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems die Notwendigkeit weiterer neuer Codes deutlich. Dies betrifft beispielsweise die neuen OPS-Codes für *Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen* (8-810). Diese werden im G-DRG-System 2016 durch neue Codes für höhere Dosisklassen ergänzt. So wird z.B. die Transfusion des rekombinanten Faktors VIII statt mit dem Code 8-810.8q *100.000 Einheiten und mehr* in Zukunft mit den neuen Codes (8-810.8.r bis 8-810.z) detaillierter abgebildet.

Darüber hinaus wurden neue Codes zur Abbildung von Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG in den OPS Version 2016 aufgenommen. Dies unterstützt einerseits die Detektion von Fällen für die Abrechnung vereinbarter NUB-Leistungen. Andererseits ermöglicht es in Zukunft Analysen zur Eingliederung dieser Leistungen in das G-DRG-System. Ein Beispiel ist der neue Code in der Kategorie für andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen 8-839.d *Implantation eines strömungsreduzierenden Drahtgeflechts in den Koronarsinus*, der die Abbildung des Drahtgeflechts zur Behandlung der therapierefraktären Angina pectoris ermöglicht.

Weiterhin gibt es neue OPS-Codes zur Abbildung von Medikamenten und Dosisklassen, die ab 2016 im OPS zu finden sind, wie z.B. Codes aus 6-005.m *Applikation von Medikamenten, Liste 5: Tocilizumab, intravenös* zur Definition der Dosisklassen beim Zusatzentgelt ZE157 *Gabe von Tocilizumab, intravenös*.

Entsprechend der Vorgehensweise der Vorjahre wurden auch für 2016 bestehende ICD-Codes differenziert bzw. neue ICD-Codes etabliert, um Unterschiede in Aufwand und Ablauf von Behandlungen darstellbar zu machen. So wurde die Kategorie R19.8 *Sonstige näher bezeichnete Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen*, um neue fünfte Stellen zur Kodierung des Abdominalen Kompartmentsyndroms ergänzt: R19.80 *Abdominales Kompartmentsyndrom* und R.19.88 *Sonstige näher bezeichnete Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen*.

Auf diese Weise wird eine spezifische Verschlüsselung dieser schweren Komplikation gastrointestinaler Erkrankungen und operativer intraabdominaler Eingriffe ermöglicht.

3.3.6.2 Überleitung auf die ab 1. Januar 2016 gültigen Versionen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen

Die Datenbasis, die der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2016 zugrunde liegt, beruht auf medizinischen Daten des Jahres 2014 (Datenjahr 2014). Die Diagnosen wurden dementsprechend mit der ICD-10-GM Version 2014 und die Prozeduren mit dem OPS Version 2014 kodiert.

Nach Abschluss der Weiterentwicklung für das Jahr 2016 stand zunächst die G-DRG-Version 2014/2016 zur Verfügung. Diese Version stellt die erste Übergangsversion dar, die den G-DRG-Algorithmus des Jahres 2016 anhand der im Datenjahr 2014 gültigen Diagnose- und Prozedurenkodes definiert. Zur Nutzung des G-DRG-Systems 2016 für die Gruppierung im Jahr 2016 mit den dann gültigen Leistungsbezeichnern waren zwei weitere Überleitungen des Systems notwendig.

In einem ersten Schritt wurde das G-DRG-System 2014/2016 auf das G-DRG-System 2015/2016 übergeleitet. Die für diesen Zweck notwendige Überleitung der Diagnose- und Prozedurenkodes wurde ausgehend von den Überleitungstabellen, die vom DIMDI zur Verfügung gestellt wurden, durchgeführt. Anhand dieser Informationen konnte jedem der im Jahr 2015 gültigen Diagnosen- oder Prozedurenkodes die Funktion im Gruppierungsalgorithmus zugewiesen werden, die sein „Vorgängerkode“ in der Version 2014 der ICD- bzw. OPS-Klassifikationen im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2016 erhalten hatte. Dabei wurden textliche, inhaltliche und formale Änderungen der Codes sowie Änderungen der Kodierrichtlinien berücksichtigt.

Auf diese Weise entstand die G-DRG-Version 2015/2016. Die umfangreichen Änderungen und Anpassungen, die für diese Version notwendig waren, entsprechen weitestgehend den Änderungen, die bei der Überleitung der Übergangsversion 2014/2015 auf die G-DRG-Version 2015 vorgenommen wurden. Diese sind auch im Abschlussbericht des Jahres 2015 dargestellt. Angeregt auch vom Vorschlagsverfahren, wurden im Vergleich zur Überleitung einige wenige Änderungen vorgenommen. Ein Beispiel ist die Überleitung des in den OPS Version 2015 neu aufgenommenen Codes für *Anatomische (typische) Leberresektion: Trisektorektomie [Resektion der Segmente 1 und 4 bis 8]* (5-502.6) auf den bereits etablierten Code 5-502.3 für *So genannte Trisegmentektomie [Resektion der Segmente 4 bis 8]*. Somit wurde in den G-DRG-Versionen 2015/2016 und 2016 die Gruppierungsrelevanz beider vom Aufwand her vergleichbaren Codes angeglichen.

Im zweiten Schritt wurde, analog zu diesem Vorgehen, die G-DRG-Version 2015/2016 auf die G-DRG-Version 2016 übergeleitet. Erneut dienten die vom DIMDI zur Verfügung gestellten Überleitungstabellen als Basis.

Die beiden Übergangsversionen sollen es den Vertragspartnern auf Ortsebene ermöglichen, Budgetverhandlungen für das Jahr 2016 auf Basis der Leistungsdaten der Jahre 2014 bzw. 2015 zu führen. Zu diesem Zweck wurden sie bereits vor Veröffentlichung der G-DRG-Version 2016 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 DIMDI orientierten klassifikatorischen Überleitung. In Einzelfällen musste von dieser Überleitung abgewichen werden. Damit lassen sich zwei Varianten der Überleitung festhalten:

- Klassifikatorische Überleitung
- Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

Diese Varianten werden im Folgenden anhand von Beispielen erläutert.

Klassifikatorische Überleitung

Im Rahmen der klassifikatorischen Überleitung wird den Codes, die im Jahr 2016 Gültigkeit erhalten, die Funktion zugewiesen, die ihr „Vorgängerkode“ in der Version 2015/2016 hatte. Typischerweise kommt dies bei einer Ausdifferenzierung von Codes vor.

So wird beispielsweise den im Jahr 2016 neu etablierten fünfstelligen Codes aus Q89.0-*Angeborene Fehlbildungen der Milz* und zwar *Splenomegalie*, *Asplenie* oder *sonstige angeborene Fehlbildungen der Milz* die Funktion des im Jahr 2015 gültigen vierstelligen Codes Q89.0 *Angeborene Fehlbildungen der Milz* (siehe Tab. 24) zugewiesen.

Alter Kode (ICD-10-GM Version 2015)	Neue Codes (ICD-10-GM Version 2016)
Q89.0 <i>Angeborene Fehlbildungen der Milz</i>	Q89.00 <i>Angeborene Splenomegalie</i> Q89.01 <i>Asplenie (angeboren)</i> Q89.08 <i>Sonstige angeborene Fehlbildungen der Milz</i>

Tabelle 24: Differenzierung des ICD-Kodes Q89.0 *Angeborene Fehlbildungen der Milz*

Die neuen Codes wurden gemäß der Überleitungstabelle des DIMDI auf den Vorgängerkode Q89.0 übergeleitet. Konkret bedeutet dies für das G-DRG-System 2016:

In jeder Tabelle des G-DRG-Systems 2015/2016, in welcher der alte ICD-10-Kode Q89.0 verzeichnet ist, wurden für das G-DRG-System 2016 jeweils die neuen Codes an dessen Stelle eingetragen. In diesem Fall sind die folgenden Tabellen davon betroffen:

- Tabellen der gültigen Diagnose- und Hauptdiagnosekodes
- Hauptdiagnosentabelle der MDC 16 *Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems*

- Andere schwere Erkrankungen des Neugeborenen der Basis-DRGs P05, P66, der DRGs P65C, P67B und P67C
- Erkrankungen des retikuloendothelialen und des Immunsystems der Basis-DRG Q60
- Komplexe Diagnose bei Erkrankung des Immunsystems ohne Gerinnungsstörung der DRGs Q60A bis C
- Tumordiagnosen und angeborene Fehlbildungen der DRGs A09A, A09B, A11C

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

Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

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

Beispielsweise wurden im Prozedurenkatalog 2016 die Kodes für *Rektumresektionen unter Sphinktererhaltung* weiter ausdifferenziert, wobei bestimmte neue Kodes für unterschiedliche Arten der Rektumresektion für das Umsteigen vom laparoskopischen auf ein offen chirurgisches Verfahren (*Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch*) etabliert wurden. Laut klassifikatorischer Überleitung des DIMDI sollten diese neuen OPS-Kodes auf die für die jeweilige Rektumresektion unspezifischen Kodes („sonstige“) übergeleitet werden. Dies würde in der Gruppierung der entsprechenden Fälle keine Unterscheidung zwischen Fällen, die einen Eingriff mit Anastomose erfordern, und denen mit Enterostoma und Blindverschluss zur Folge haben, wohingegen diese Unterscheidung bei entsprechenden offen chirurgischen Verfahren Auswirkung auf die Gruppierungsrelevanz hat. Um eine vergleichbare differenzierte Gruppierungsrelevanz der neuen OPS-Kodes für *Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Tiefe anteriore Resektion [...]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Anastomose/mit Enterostoma und Blindverschluss* (5-484.*8 und 5-484.*9) mit offen chirurgischen Eingriffen (5-484.*1, 5-484.*2) zu erzielen, wurde von der klassifikatorischen Überleitung des DIMDI abgewichen. Im Ergebnis wurden die neuen Kodes 484.*8 und 5-484.*9 auf die bestehenden dem Verfahren entsprechenden offen chirurgischen Kodes übergeleitet.

Ein anderes Beispiel stellt die Überleitung der neuen Kodes für *Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Portosystemischer Shunt (TIPSS): Perkutanes Anlegen von 2 und mehr ungecoverten/gecoverten Stents* (8-839.89, .8a) dar. Laut klassifikatorischer Überleitung würden diese Kodes auf den nicht gruppierungsrelevanten Code 8-839.8x für *sonstiger portosystemischer Shunt (TIPSS)* übergeleitet. Die Neukodes beschreiben die Implantation von zwei und mehr Stents, bedingen somit regelhaft Implantatkosten. Die Kodes für *Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Portosystemischer Shunt (TIPSS): Perkutanes Anlegen eines ungecoverten/gecoverten Stents* 8-839.87, .88 sind unterschiedlich gruppierungsrelevant (siehe Kap. 3.3.2.1). Eine einheitliche Überleitung der neuen Kodes auf einen nicht gruppierungsrelevanten Code wäre hinsichtlich einer sachgerechten Abbildung nicht korrekt. Darum war ein Abweichen von der reinen klassifikatorischen Überleitung entsprechend der Bauart des Stents (ungecoverd / gecoverd) erforderlich. Die neuen Kodes 8-839.89, .8a wurden auf die Kodes 8-839.87, .88 übergeleitet, sodass die Implantation von zwei Stents zumindest in gleicher Weise gruppierungsrelevant ist wie die Implantation eines Stents.

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.

Ein Beispiel ist die im Sommer für das G-DRG-System 2016 vorgenommene Anpassung der Gruppierungsrelevanz der im OPS Version 2016 nicht mehr gültigen Codes für *Radikale paraaortale oder pelvine Lymphadenektomie in Kombination mit anderen Operationen an den Harnorganen* (5-590.6*, 5-590.7*) an die gruppierungsrelevanten Zusatzcodes für *Radikale (systematische) retroperinale (iliakal, paraaortal, parakaval) oder pelvine Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation* (5-407.2, 5-407.3) (siehe Kap. 3.3.2.34).

Ein weiteres Beispiel mit in diesem Fall nicht vollständig kongruenter Anpassung des Algorithmus nach der Überleitung basiert auf den Änderungen für die Überleitung des ICD-10-GM Version 2014 auf die Version 2015. In der ICD-10-GM Version 2014 wurde der unspezifische Code T79.6 für *Traumatische Muskelischämie* nach Lokalisationen ausdifferenziert (siehe Tab. 24). Dieser Code ist insbesondere für die Funktion „Polytrauma“ relevant. Die Bedingungen der Funktion „Polytrauma“ berücksichtigen die medizinische Definition eines Polytraumas: Die Funktion dient der sachgerechten Abbildung von in der Regel kostenaufwendigen Fällen mit Polytrauma im G-DRG-System. Bei unkritischer Übernahme aller 2015 neu aufgenommenen ICD-Kodes für die *Traumatische Muskelischämie* (T79.6*) in die Tabelle des Vorgängerkodes, d.h. ohne Berücksichtigung ihrer jetzt unterschiedlichen Lokalisationen, gäbe es zum einen sogenannte „falsch-negative“ Fälle (z.B. mit den Diagnosen T79.60 *Traumatische Muskelischämie der oberen Extremität* und T79.62 *Traumatische Muskelischämie des Unterschenkels*), die im medizinischen Sinne – durch Beteiligung von mehr als einer Körperregion – ggf. die Bedingungen für ein Polytrauma erfüllen könnten, aber durch diese unspezifische Gruppierungsrelevanz nicht die Gültigkeitsbedingungen der Funktion „Polytrauma“ erfüllen würden.

Zum anderen wäre durch die Aufnahme der lokalisationsunspezifischen ICD-10-Kodes T79.68 und T79.69 weiterhin ein „falsch-positives“ Ergebnis für die Funktion „Polytrauma“ möglich. Diese bereits beim Vorgängerkode bestehende Problematik würde der durch die Ausdifferenzierung ermöglichten, sachgerechteren Abbildung für Fälle mit Polytrauma widersprechen.

Alter Kode (ICD-10-GM Version 2014)	Neue Kodes (ICD-10-GM Version 2015)
T79.6 <i>Traumatische Muskelischämie</i>	T79.60 <i>Traumatische Muskelischämie der oberen Extremität</i> T79.61 <i>Traumatische Muskelischämie des Oberschenkels und der Hüfte</i> T79.62 <i>Traumatische Muskelischämie des Unterschenkels</i> T79.63 <i>Traumatische Muskelischämie des Fußes</i> T79.68 <i>Traumatische Muskelischämie sonstiger Lokalisation</i> T79.69 <i>Traumatische Muskelischämie nicht näher bezeichneter Lokalisation</i>

Tabelle 25: Differenzierung des ICD-Kodes T79.6 Traumatische Muskelischämie

Daher wurde nach der Überleitung eine dem Inhalt des Kodes entsprechende Anpassung im Gruppierungsalgorithmus vorgenommen. Die Diagnosekodes für *Traumatische Muskelischämie des Oberschenkels und der Hüfte, Unterschenkels bzw. des Fußes* wurden aus der Tabelle für *Schwere Verletzungen der oberen Extremitäten* in die Tabelle für *Schwere Verletzungen der unteren Extremitäten* verschoben. Die Kodes für sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen wurden aus beiden Tabellen gestrichen und nur in der Tabelle für *Verletzung bei Polytrauma* gelassen. Somit erhielten die neuen Kodes entsprechend ihrer Lokalisation und damit inhaltlichen Bedeutung in der Funktion „Polytrauma“ unterschiedliche Gruppierungsrelevanz.

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 DIMDI vorlag, bestanden verschiedene Varianten der Berücksichtigung im G-DRG-System 2016:

- 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 wa-

ren, ist eine Bewertung dieser Leistungen in der Regel nicht möglich. Aktuelles Beispiel sind die in den OPS Version 2016 neu aufgenommenen Codes für die *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern auf einer speziellen oder auf einer nicht speziellen Isoliereinheit* (8-98g.*). Diese Codes sind im G-DRG-System 2016 gültige Prozeduren ohne Gruppierungsrelevanz. Dies betrifft z.B. auch die Codes für die *Pflegebedürftigkeit* (9-984.*), die ab dem Jahr 2016 im DRG-Bereich kodiert werden können.

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

Ein neuer ICD-Code muss jedoch der Systemlogik folgend mindestens einer DRG der medizinischen Partition einer MDC (oder den unzulässigen Hauptdiagnosen und damit einer Fehler-DRG) zugeordnet werden. Ein Beispiel ist der in der ICD-10-GM Version 2016 neue Code für *Rekurrente Infektion mit Clostridium difficile* (U69.40). Dieser neue Code wurde auf den Diagnosekode K93.8 *Krankheiten sonstiger näher bezeichneter Verdauungsorgane bei anderenorts klassifizierten Krankheiten* übergeleitet und wird damit den unzulässigen Hauptdiagnosen der MDC 06 zugeordnet. Dies entspricht auch seiner formalen Funktion in der ICD-10-GM („Sekundärkode“).

Die Codes werden anhand ergänzender Informationen einzelnen DRGs zugeordnet

In den Jahren 2015 oder 2016 neu etablierte ICD-10- und OPS-Codes sind in den regulären Kalkulationsdaten, die dem InEK bei der Entwicklung des G-DRG-Systems 2016 vorliegen, nicht vorhanden. Es ist in bestimmten Fällen jedoch möglich, diese über eine zusätzliche Datenerhebung oder mittels Hilfskonstrukten auf Basis verfügbarer Codes im Rahmen der Kalkulation zu untersuchen und ggf. dennoch eine Zuordnung zu einer DRG zu erreichen. Bei der Entwicklung des Systems 2016 wurde keine dieser zusätzlich erhobenen Informationen in den Gruppierungsalgorithmus integriert.

Die Codes werden inhalts- oder aufwandsähnlichen alten Codes zugeordnet

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

Als Beispiel bietet sich hier die Überleitung der neuen Codes für *Endovaskuläre Implantation, Wechsel oder Entfernung einer parakorporalen pulsatilen Membranpumpe mit integrierter Gegenpulsation zur Kreislaufunterstützung* (8-839.b ff) an. Eine Überleitung gemäß der DIMDI-Liste auf den Code für *Sonstige therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße* (8-839.x) würde die neuen Codes, die sich auf einen kostenaufwendigen Eingriff beziehen, als im System nicht gruppierungsrelevant darstellen. Durch die abweichende Überleitung der entsprechenden Codes des neu etablierten Codebereichs gegenüber den bereits 2015 gültigen Codes aus dem Codebereich *Endovaskuläre Implantation oder Entfernung einer extrakorporalen Zentrifugalpumpe zur Kreislaufunterstützung* (8-839.a ff) können die Fälle, die diese neuen Codes besitzen, bereits im Jahr 2016 entsprechend der Gruppierungsrelevanz der Vorgängerkodes den DRGs der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* zugeordnet und dementsprechend sachgerechter abgebildet werden.

3.3.7 Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien

Im Rahmen der diesjährigen Überarbeitung der Deutschen Kodierrichtlinien wurde eine weitere Konsolidierung im Sinne von Klarstellungen auf Basis umfangreicher Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2016 und an die Selbstverwaltungspartner und das InEK vorgenommen. Zusätzlich zur Klarstellung und redaktionellen Anpassung einzelner Kodierrichtlinien erfolgte generell eine Anpassung an Änderungen der Diagnosen-/Prozeduren-klassifikation sowie der G-DRG-Klassifikation für 2016.

Im Folgenden einige Beispiele für prägnante Änderungen/Klarstellungen:

- DKR P014o: Aus Tabelle 1, die Beispiele für nicht kodierbare Prozeduren enthält, wurde die Echokardiographie gestrichen, da bestimmte Formen wie beispielsweise die *Komplexe differenzialdiagnostische transthorakale Stress-Echokardiographie* (3-031) oder die *Transösophageale Echokardiographie [TEE]* (3-052) kodiert werden können.
- DKR 1504o: In Beispiel 1 wurde die Nebendiagnose D65.1 *Disseminierte intravasale Gerinnung [DIG, DIC]* ergänzt. Dies resultiert aus einer Änderung in der ICD-10-GM Version 2016 bezüglich der Kodierung von Blutgerinnungsstörungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Zukünftig ist hier eine zusätzliche Schlüsselnummer aus D65–D69 zu benutzen, um das Vorliegen einer Blutgerinnungsstörung in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett anzugeben.
- DKR 1521o: In dieser Kodierrichtlinie wurde klargestellt, dass auch mehr als eine Diagnose aus der hier aufgeführten Liste der Diagnosen, die eine protrahierte Geburt kennzeichnen, angegeben werden kann. Dies kann beispielsweise erforderlich sein, wenn bei einer protrahierten Geburt sowohl die Eröffnungs- als auch die Austreibungsperiode protrahiert verlaufen ist.
- DKR 1917o: In der Vergangenheit führte die Frage, ob bei stationärer Aufnahme wegen einer Blutung unter Einnahme von Antikoagulanzen das konkrete Blutungsereignis nach Lokalisation oder beispielsweise eine Diagnose aus D68.3- *Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper* als Hauptdiagnose anzugeben ist, zu Unsicherheiten. Zur Klarstellung dieser Situation wurde eine Ergänzung dieser DKR inklusive zweier erläuternder Beispiele vorgenommen. Dadurch wird zukünftig gewährleistet, dass die betroffenen Fälle nach der Lokalisation der Blutung in die entsprechende organbezogene MDC eingruppiert werden, in denen auch die ggf. durchgeführten Interventionen oder Operationen spezifisch abgebildet sind. Die folgende Abbildung zeigt dies am Beispiel einer Blutung des Magens unter Einnahme eines Cumarinpräparats gemäß Verordnung. Es wird eine endoskopische Blutstillung durch Injektion von Fibrinkleber vorgenommen. Bei Auswahl der Hauptdiagnose D68.33, die zur Zuordnung des Falles in die MDC 16 *Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems* führt, wäre – im Gegensatz zur Kodierung der Blutung nach Lokalisation als Hauptdiagnose – die durchgeführte Prozedur nicht abgebildet:

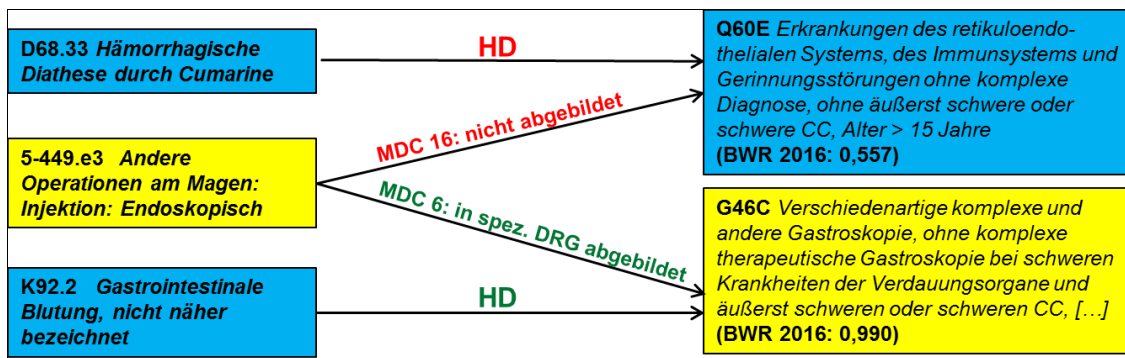


Abbildung 32: Beispiel für die Eingruppierung nach unterschiedlichen Hauptdiagnosen bei Blutung unter Einnahme von Antikoagulanzen

In Anhang B der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2016 sind ausführliche Informationen zu den durchgeführten Änderungen zusammengestellt.

3.4 Statistische Kennzahlen

3.4.1 Wesentliche Ergebnisse und Änderungen zum Vorjahr

3.4.1.1 Erweiterung und Umbau der Fallgruppen

Das G-DRG-System 2016 umfasst insgesamt 1.220 DRGs. Einen Überblick über die Veränderungen im Vergleich zum G-DRG-System 2016 bietet Tabelle 26:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
G-DRG-System 2016	1.220	+ 20
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.173	+ 21
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	42	- 1
davon rein teilstationäre DRGs	5	± 0
davon bewertet (Anlage 1c)	2	± 0
davon explizite Ein-Belegungstag-DRGs	23	+ 4
davon implizite Ein-Belegungstag-DRGs	353	+ 7

Tabelle 26: Überblick über das G-DRG-System 2016

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

Im Zusatzentgelte-Katalog (FPV 2016 Anlage 2) werden 99 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 97) aufgeführt. Die Anzahl der krankenhaushausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (FPV 2016 Anlage 4) liegt bei 80 (Vorjahr: 73).

3.4.1.2 Nicht bewertete DRGs

Im G-DRG-System 2016 ist die Anzahl der als „nicht pauschalierbar“ dargestellten DRGs gegenüber dem G-DRG-System 2015 mit 42 DRGs um eins gesunken (Auflösung der DRG L61Z *Stationäre Aufnahme zur Dialyse*).

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

Die im Vergleich zum Vorjahr unveränderte kritische Gesamtwürdigung kalkulationsrelevanter Aspekte führte im G-DRG-System 2016 dazu, dass sich die 42 in Anlage 3a der FPV 2016 aufgeführten Fallpauschalen aufgrund der Verletzung eines oder mehrerer kalkulationsrelevanter Kriterien als „nicht pauschalierbar“ darstellten.

3.4.1.3 Zusatzentgelte

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

Die Untersuchungsmethodik blieb gegenüber dem Vorjahr unverändert. Die von den Kalkulationskrankenhäusern bereitgestellten Kostendaten und ergänzenden Fallinformationen bildeten die Grundlage für die Definition und Bewertung der Zusatzentgeltleistungen. Gegenüber dem Vorjahr erhöhte sich die Anzahl der mit einem Vergütungsbetrag bewerteten Zusatzentgelte in Anlage 2 der FPV 2016 um 2 auf insgesamt 99.

Tabelle 27 zeigt die Anzahl der Zusatzentgelte des G-DRG-Systems 2016 im Vergleich zum G-DRG-System 2015:

	G-DRG-System 2015	G-DRG-System 2016
Mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte		
Operative und interventionelle Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	37	36
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	56	59
Besondere Behandlungsformen	4	4
Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG		
Operative und interventionelle Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	37	42
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	33	35
Besondere Behandlungsformen	3	3
Gesamt	170	179

Tabelle 27: Vergleich der Anzahl der Zusatzentgelte im G-DRG-System 2015 und 2016

Zu den besonderen Behandlungsformen zählen die *Palliativmedizinische Komplexbehandlung* (ZE60), die *Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen* (ZE130), die *Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen* (ZE131), die *Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung* (ZE145) (jeweils mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte) sowie die *Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung* (ZE2016-26), die *Versorgung von Schwerstbehinderten* (ZE2016-36) und die *Naturheilkundliche Komplexbehandlung* (ZE2016-40) (jeweils Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG).

Dialysen

Für das Zusatzentgelt ZE01.02 *Hämodialyse, intermittierend, Alter < 15 Jahre* entsprach die Datenbasis aufgrund von Datenproblemen bei den jeweils fallzahlstarken Kalkulationskrankenhäusern nicht den Anforderungen des Regelwerks. Zur Vermeidung einer temporären Verschiebung dieser Leistung zwischen Anlage 2 (bewertet) und Anlage 4 (unbewertet) wurde für die Bewertung der Vorjahreswert unverändert übernommen. Demgegenüber konnte das Zusatzentgelt ZE61 *LDL-Apherese* aufgrund der ausreichenden Datenbasis kalkuliert werden. Anlässlich der uneinheitlichen Datenbasis bleibt das ZE2016-109 *Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran* weiterhin unbewertet.

Verfahren

Im Bereich der Zusatzentgelte für operative, interventionelle und diagnostische Verfahren konnten nach Anregungen im Vorschlagsverfahren und eingehender Analyse der Kalkulationsdaten drei Leistungen, die bisher unter NUB-Status 1 eingestuft waren, als bundesweite unbewertete Zusatzentgelte in den Katalog für 2016 aufgenommen werden:

- ZE2016-115 *Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Molekulargenetische Identifikation und Herstellung von patientenspezifischen Markern*
- ZE2016-116 *Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Patientenspezifische molekulargenetische Quantifizierung*
- ZE2016-117 *Chemosaturations-Therapie mittels perkutaner Leberperfusion*

Bei zwei Verfahren, die bisher als bewertete Zusatzentgelte geführt worden waren, war für 2016 die Bewertung mit einem einheitlichen Entgeltbetrag aufgrund der verfügbaren Datenbasis nicht mehr möglich, sodass diese ab 2016 ebenfalls als unbewertete Zusatzentgelte abgebildet sind:

- ZE2016-118 *Neurostimulatoren zur Hirnstimulation, Einkanalsystem*
- ZE2016-119 *Distraktionsmarknagel, nicht motorisiert*

Bei den Neurostimulatoren war maßgeblich, dass nur noch eine sehr kleine Fallzahl in den Kalkulationsdaten vorlag, die eine Bewertung nicht mehr gestattete. Es ist zu beachten, dass die typische Leistung bei der Implantation von Neurostimulatoren zur Hirnstimulation der Einsatz von Mehrkanalsystemen ist, was seit Jahren in der Basis-DRG B21 *Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem* sachgerecht abgebildet ist. Beim Distraktionsmarknagel lagen der nicht mehr möglichen Preisermittlung ebenfalls eine sehr kleine Fallzahl sowie die Dominanz nur zweier Krankenhäuser mit sehr unterschiedlichen Kosten zugrunde.

Das Zusatzentgelt für Vagusnervstimulationssysteme (ZE102) konnte hingegen auf Grundlage solider Fallzahlen und einer verbesserten Kodierung nach dem Kriterium mit/ohne Sondenimplantation weiter differenziert werden, ähnlich den bekannten bewerteten Zusatzentgelten für andere Neurostimulationssysteme (siehe Abb. 33):

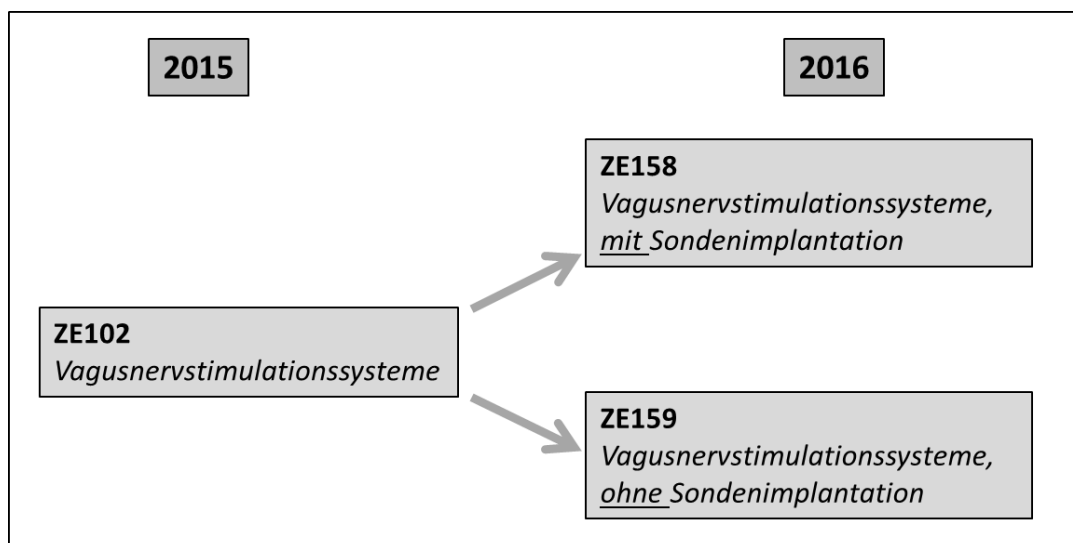


Abbildung 33: Differenzierung des Zusatzentgelts für Vagusnervstimulationssysteme im G-DRG-System 2016

Weiterhin ist anzumerken, dass zwei bestehende Zusatzentgelte um weitere Leistungen ergänzt werden konnten, die nach Analyse von Kosten und Leistungen dieser Fälle über die entsprechenden ZE sachgerecht abbildbar sind:

- Aufnahme der Ballon-Angioplastie an künstlichen Gefäßen (OPS 8-836.0e) in das ZE137 *Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen*
- Aufnahme der hochaufwendigen Pflege von Kleinkindern mit 37–42 Aufwandspunkten (OPS 9-202.00) in das ZE131.01 *Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen* (siehe. Kap. 3.3.2.17)

Alle nicht aufgeführten Zusatzentgelte wurden erforderlichenfalls auf Codes des OPS Version 2016 übergeleitet und auch bei unveränderter Definition auf Grundlage der Kalkulationsdaten des Jahres 2014 neu kalkuliert, sodass sich in jedem Fall veränderte Abrechnungsbeträge ergeben. Auch ohne Veränderungen des Inhalts können Kostenveränderungen im Zeitverlauf sich deutlich auswirken, wie die Entwicklung des Zusatzentgelts 101 seit 2006 besonders eindrucksvoll illustriert (siehe Abb. 34):

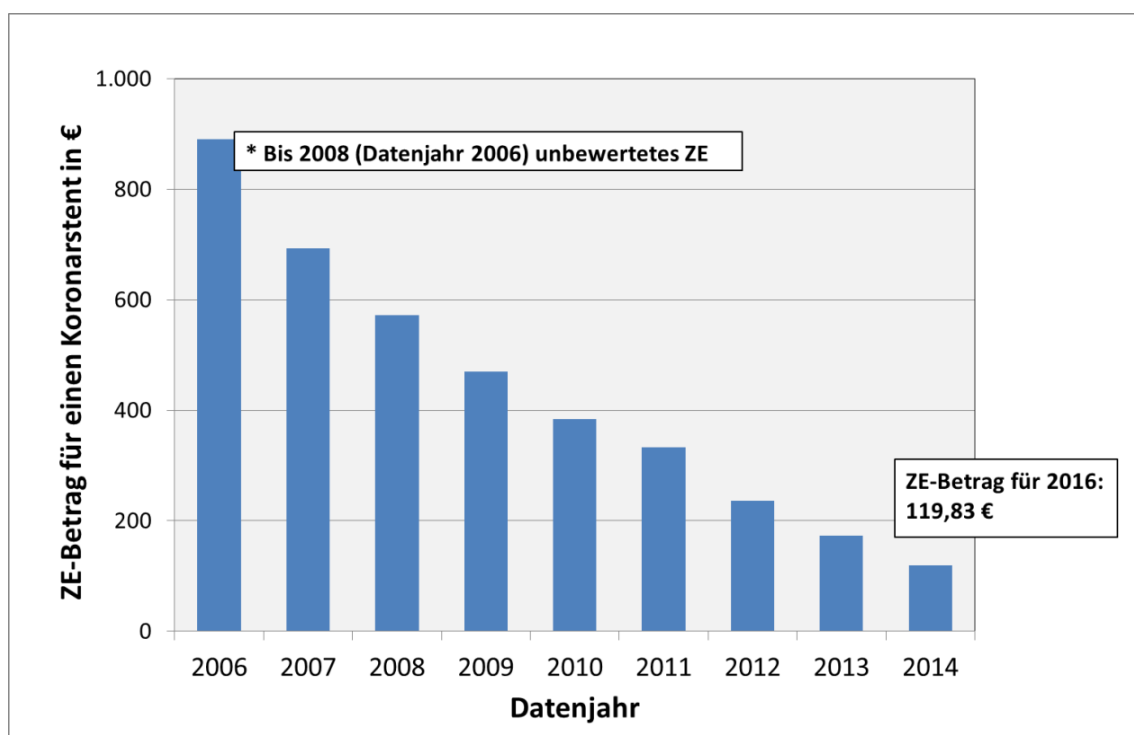


Abbildung 34: Preisentwicklung von ZE101 Medikamente-freisetzende Koronarstents

Medikamente und Blutprodukte

In die Liste der unbewerteten Zusatzentgelte wurden vier neue Zusatzentgelte für Medikamente aufgenommen: ZE2016-111 *Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral*, ZE2016-112 *Gabe von Abirateronacetat, oral*, ZE2016-113 *Gabe von Cabazitaxel, parenteral* und ZE2016-114 *Gabe von Ipilimumab, parenteral*. Diese vier Medikamente hatten für das Jahr 2015 den NUB-Status 1. Die Leistungen erfüllen zwar die Kriterien für eine Zusatzentgeltdefinition, konnten jedoch wie alle in Anlage 4 des Fallpauschalen-Katalogs zusammengefassten Leistungen auf der vorhandenen Datenbasis nicht mit einem Vergütungsbetrag bewertet werden.

Bei den Leistungen für die *Gabe von Topotecan, parenteral; Irinotecan, parenteral; Paclitaxel, parenteral; Docetaxel, parenteral* und *Temozolomid, oral* setzte sich der schon in den vergangenen Jahren beobachtete Preisverfall weiter fort. Basierend auf den ergänzenden Daten des Datenjahres 2014 konnten diese Zusatzentgelte aber weiterhin bewertet werden. Die in den letzten Jahren zum Teil geänderten Dosisklassen zur Absicherung der Vergütung teurer Fälle, z.B. teilstationärer Chemotherapien über sehr lange Zeiträume, wurden beibehalten.

Drei Zusatzentgelte für Medikamente, die in den vergangenen Jahren noch unbewertet waren, konnten auf Grundlage des Datenjahres 2014 nun erstmals bewertet werden: ZE154 *Gabe von Eculizumab, parenteral*, ZE155 *Gabe von Ofatumumab, parenteral* und ZE156 *Gabe von Decitabin, parenteral*.

Auf Basis der Anfragen aus dem Verfahren gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG für 2015 (NUB-Verfahren) war bekannt, dass für die Gabe von Tocilizumab (G-DRG-System 2015: ZE129 *Gabe von Tocilizumab, parenteral*) eine subkutane Darreichungsform als Einmal-Fertigspritze im Markt eingeführt worden war. Da die Abrechnung beider Applikationsformen über das bestehende Zusatzentgelt im Widerspruch zu einer sachgerechten Vergütung steht, wurden sowohl der OPS-Code als auch das Zusatzentgelt differenziert

(siehe Tab. 28). Basierend auf den Daten des Jahres 2014 wird die intravenöse Gabe von Tocilizumab zukünftig über das bewertete Zusatzentgelt ZE 157 *Gabe von Tocilizumab, intravenös* abgebildet. Die subkutane Gabe von Tocilizumab wurde dagegen in die Liste der unbewerteten Zusatzentgelte aufgenommen – ZE2016-110 *Gabe von Tocilizumab, subkutan*, da weder entsprechende Leistungs- noch Kostendaten vorlagen.

Applikationsform	ZE (2016)	ZE-Text	neuer Kode (ab 2016)
intravenös	ZE157	Gabe von Tocilizumab, intravenös	6-005.m*
subkutan	ZE2016-110	Gabe von Tocilizumab, subkutan	6-005.n*

Tabelle 28: Im G-DRG-System 2016 nach Applikationsform differenzierte Zusatzentgelte für Medikamente

Seit Beginn der Etablierung von Zusatzentgelten sind die Gaben von Thrombozytenkonzentraten und die Gaben von Apherese-Thrombozytenkonzentraten als gesonderte bewertete Zusatzentgelte im Fallpauschalen-Katalog aufgelistet. Spezifische OPS-Kodes für die jeweiligen pathogeninaktivierten Konzentrate wurden für den OPS Version 2014 neu etabliert. Damit lagen bei der diesjährigen Weiterentwicklung erstmals reguläre Daten für die Gabe dieser nach Angaben im Vorschlagsverfahren deutlich teureren Konzentrate vor. Aufgrund einer unerwartet geringen Anzahl betroffener Fälle und einer uneinheitlichen Datenlage war eine Kalkulation gesonderter Zusatzentgelte jedoch nicht möglich. Dementsprechend werden die Gaben von pathogeninaktivierten Konzentraten im G-DRG-System 2016 weiterhin über die Zusatzentgelte ZE146 *Gabe von Thrombozytenkonzentraten* bzw. ZE147 *Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten* abgebildet.

3.4.2 Analyse des Pauschalierungsgrades

Die Gesamtzahl der DRGs ist in den letzten drei Jahren (G-DRG-Systeme 2014, 2015 und 2016) von 1.196 auf 1.200 und nun auf 1.220 angestiegen. Parallel dazu verläuft die Entwicklung der Anzahl bewerteter DRGs von 1.148 über 1.152 auf 1.173.

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 2014, dass die Anzahl der Krankenhäuser, die während eines gesamten Jahres z.B. mehr als 400 verschiedene DRG-Fallpauschalen abrechnen, im Vergleich der G-DRG-Systeme nahezu unverändert ist. Rund 62% der dem KHEntgG unterliegenden Krankenhäuser rechnen höchstens 400 verschiedene DRG-Fallpauschalen ab (siehe Abb. 35).

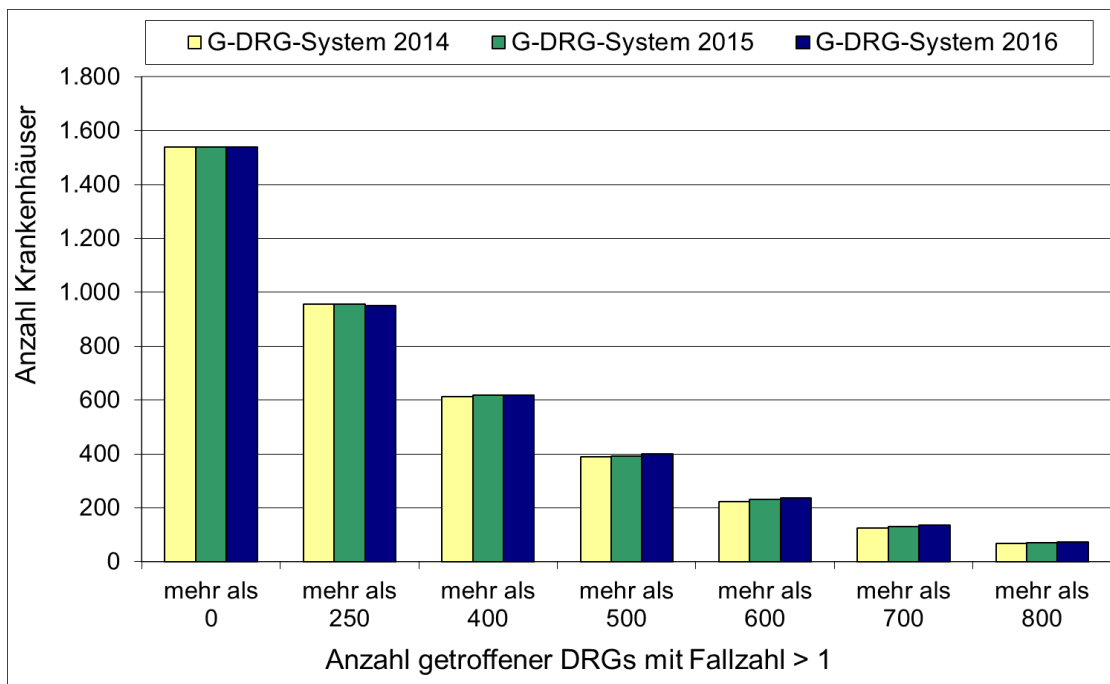


Abbildung 35: Anzahl getroffener DRGs pro Krankenhaus (Fallzahl > 1) für die drei G-DRG-Systeme 2014, 2015 und 2016, Basis: Vollstationäre Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2014

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 76% aller abrechenbaren vollstationären Fälle ab. Der Grad der Pauschalierung ist im Vergleich der drei untersuchten G-DRG-Systeme in etwa gleich (siehe Abb. 36).

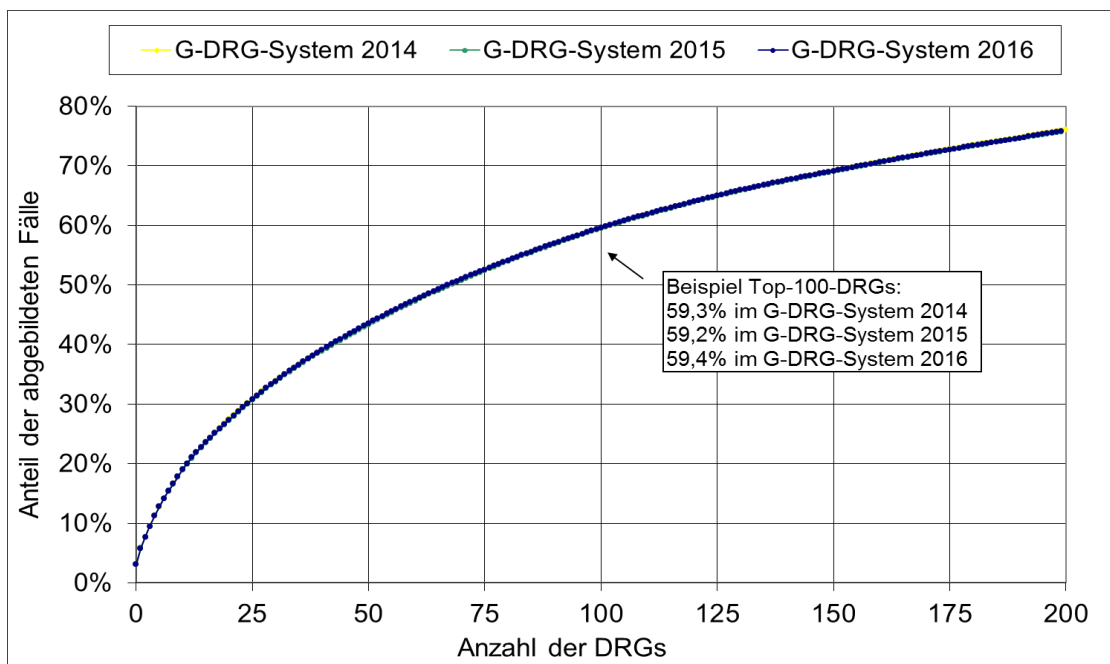


Abbildung 36: Anteil der vollstationären Fälle in den 200 fallzahlstärksten DRGs, G-DRG-Systeme 2014, 2015 und 2016, Basis: Vollstationäre Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2014

In der folgenden Darstellung (siehe Abb. 37) 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 79% aller abrechenbaren Fälle in belegärztlicher Versorgung abgebildet werden. Für einen identischen Abbildungsgrad bei Versorgung in Hauptabteilungen sind etwas mehr als 200 DRGs erforderlich.

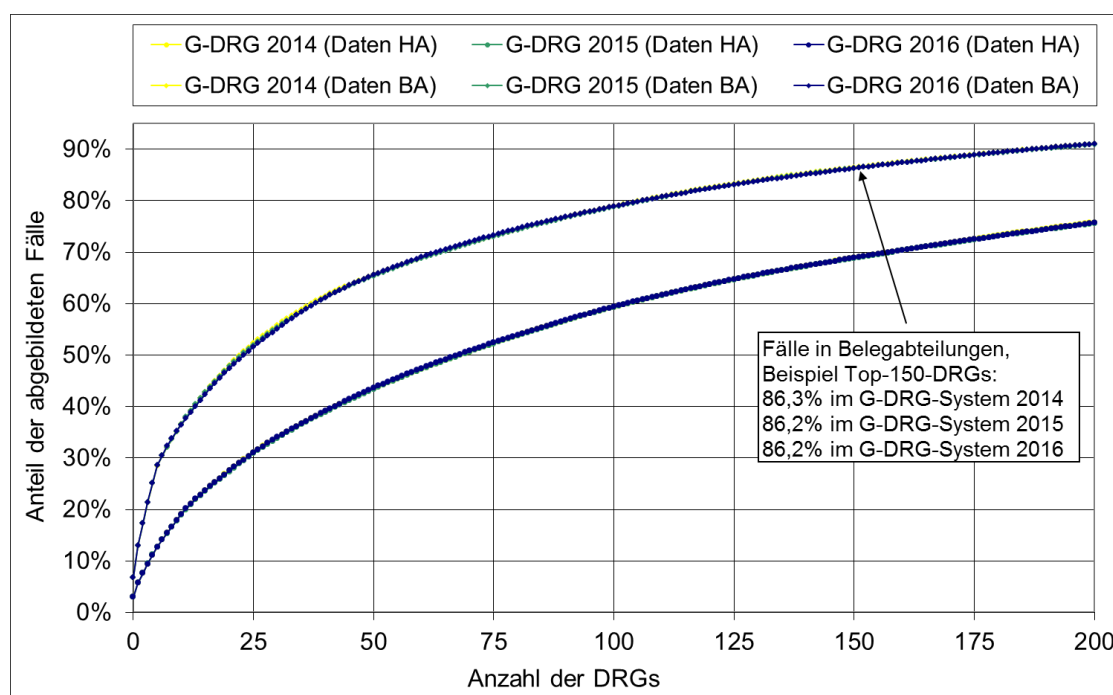


Abbildung 37: Anteil der Fälle in Haupt- und Belegabteilungen in den 200 fallzahlstärksten DRGs, G-DRG-Systeme 2014, 2015 und 2016, Basis: Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2014

Dieses Ergebnis konnte erwartet werden, nachdem die 63 eigenständig kalkulierten Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung insgesamt 62% der abrechenbaren Fälle in belegärztlicher Versorgung darstellen (siehe Kap. 3.3.1.2 und Anhang A-2).

3.4.3 Statistische Güte der Klassifikation

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

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

Der Analyse lag die nach Prüfungen und Bereinigungen vorliegende Fallmenge der in Hauptabteilungen versorgten Fälle zugrunde (siehe Kap. 3.2.1.1). Diese wurden sowohl nach dem G-DRG-System 2015 als auch nach dem G-DRG-System 2016 gruppiert.

Analysiert wurden die in beiden Fallpauschalen-Katalogen für Hauptabteilungen mit einer Bewertungsrelation versehenen DRGs. Die Fehler-DRGs 960Z *Nicht gruppierbar*, 961Z *Unzulässige Hauptdiagnose* und 962Z *Unzulässige Kodierung einer Sectio caesarea* sowie die nicht bewerteten DRGs (Anlage 3a) blieben unberücksichtigt. Außerdem wurden die expliziten Ein-Belegungstag-DRGs der beiden G-DRG-Systeme aus der Analyse ausgeschlossen, da ihre Festlegung nicht ausschließlich aus Gründen der Kostenhomogenität erfolgte.

Entsprechend wurden 1.130 DRGs im G-DRG-System 2015 bzw. 1.147 DRGs im G-DRG-System 2016 für die Analyse verwendet.

Analyse der Varianzreduktion

Zur Bewertung des G-DRG-Systems 2016 im Vergleich zum G-DRG-System 2015 wurde der R^2 -Wert als Maß für die Varianzreduktion herangezogen. Dieses statistische Maß zeigt den durch die Klassifikation erklärten Anteil der Kostenstreuung an. Je geringer der Anteil der erklärten Streuung in den Klassen im Vergleich zur Streuung zwischen den Klassen ist, desto höher ist die Güte des Systems.

In beiden Versionen wurden die R^2 -Werte auf Basis der Daten des Jahres 2014 – für alle Fälle und für Inlier – berechnet und einander gegenübergestellt (siehe Tab. 29):

	G-DRG-System 2015	G-DRG-System 2016	Verbesserung (in %)
R ² -Wert auf Basis aller Fälle	0,7784	0,7835	0,7
R ² -Wert auf Basis der Inlier	0,8590	0,8628	0,4

*Tabelle 29: Vergleich der Varianzreduktion R^2 in den G-DRG-Systemen 2015 und 2016
Basis: Datenjahr 2014*

Bezogen auf alle Fälle konnte die Varianzreduktion um 0,7% verbessert werden. Für Inlier wurde ein R^2 -Wert von 0,8628 erreicht. Somit konnte der R^2 -Wert als Maß für die Varianzreduktion auf Basis der Inlier im G-DRG-System 2016 im Vergleich zur Version 2015 um 0,4% gesteigert werden.

Neben der Betrachtung des gesamten G-DRG-Systems kann die Varianzreduktion auch für jede einzelne MDC berechnet werden. In Abbildung 38 sind die R^2 -Werte je MDC auf Basis der Inlier dargestellt. Die Sortierung der MDCs erfolgt absteigend nach dem R^2 -Wert für das G-DRG-System 2016 (linke Skala). Der Index gibt das Verhältnis zwischen der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das G-DRG-System 2016 und der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das G-DRG-System 2015 wieder. Eine Referenzlinie für den Indexwert 100 (rechte Skala) erleichtert den Vergleich.

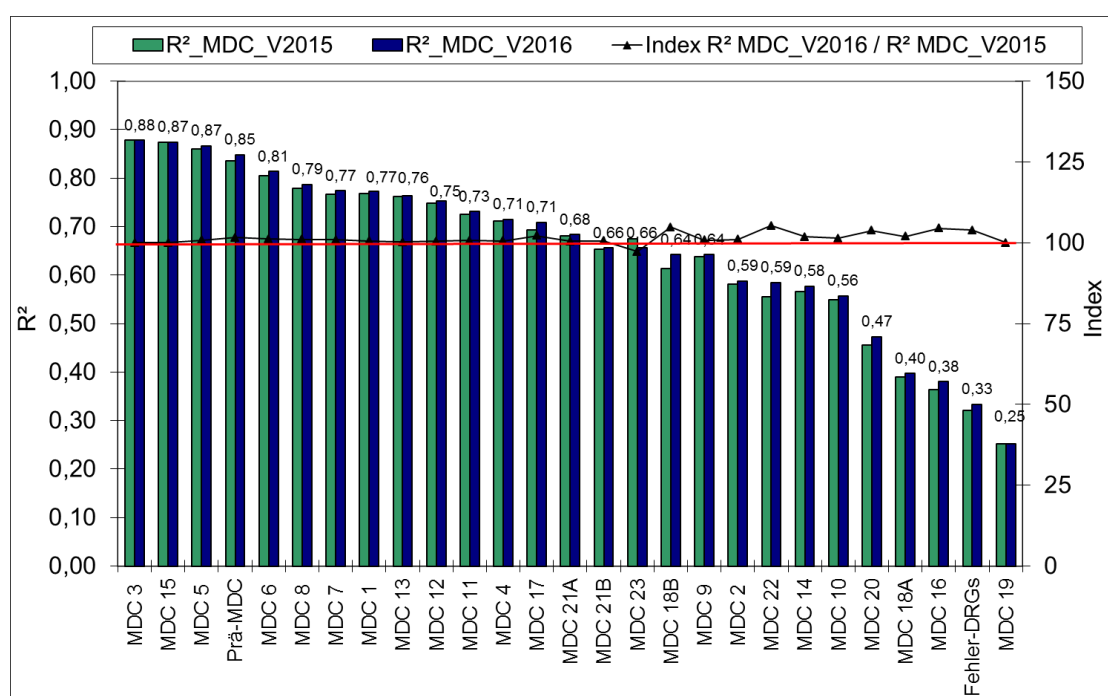


Abbildung 38: R²-Wert je MDC für die G-DRG-Systeme 2015 und 2016, Basis: Inlier (Sortierung nach R²-Wert für G-DRG-System 2016), Datenjahr 2014

Die Darstellung zeigt die Unterschiede in der Varianzreduktion zwischen den MDCs. Lässt man in der Betrachtung die MDC *Fehler-DRGs* und *sonstige DRGs* unberücksichtigt, so ist in 25 von 27 MDCs eine gleichbleibende oder verbesserte Varianzreduktion im Vergleich des G-DRG-Systems 2016 gegenüber dem G-DRG-System 2015 zu verzeichnen.

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

- MDC 22 *Verbrennungen* (Index 105,3)
- MDC 18B *Infektiöse und parasitäre Krankheiten* (Index 104,8)
- MDC 16 *Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems* (Index 104,5)
- MDC 20 *Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen* (Index 103,8)

Die Varianzreduktion in den MDCs, die in beiden Versionen des G-DRG-Systems knapp die Hälfte der analysierten Fälle stellen (48,7%), hat sich wie folgt verändert:

- MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*: von 0,7682 auf 0,77730 (Index 100,6)
- MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*: von 0,8600 auf 0,8666 (Index 100,8)
- MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*: von 0,8046 auf 0,8138 (Index 101,1)
- MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*: von 0,7794 auf 0,7872 (Index 101,0)

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 2014) für die analysierten DRGs – folgende Situation (siehe Tab. 30):

Homogenitäts- koeffizient Kosten	G-DRG-System 2015		G-DRG-System 2016		Veränderung des Anteils
	Anzahl	Anteil (in %)	Anzahl	Anteil (in %)	Veränderung (in %)
<i>Bereich</i>					
unter 60%	18	1,6	19	1,7	+ 4,0
60 bis unter 65%	84	7,4	77	6,7	- 9,7
65 bis unter 70%	373	33,0	362	31,6	- 4,4
70 bis unter 75%	338	29,9	355	31,0	+ 3,5
75% und mehr	317	28,1	334	29,1	+ 3,8
Gesamt	1.130		1.147		

Tabelle 30: Vergleich Homogenitätskoeffizient Kosten für die G-DRG-Systeme 2015 und 2016, Basis: Inlier, Datenjahr 2014

In den beiden Klassen mit den höchsten Homogenitäten („70 bis unter 75%“ bzw. „75% und mehr“) ist ein Anstieg des DRG-Anteils von + 3,5% bzw. + 3,8% 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 39 zeigt den DRG-Anteil in den verschiedenen Klassen für die G-DRG-Systeme 2015 und 2016.

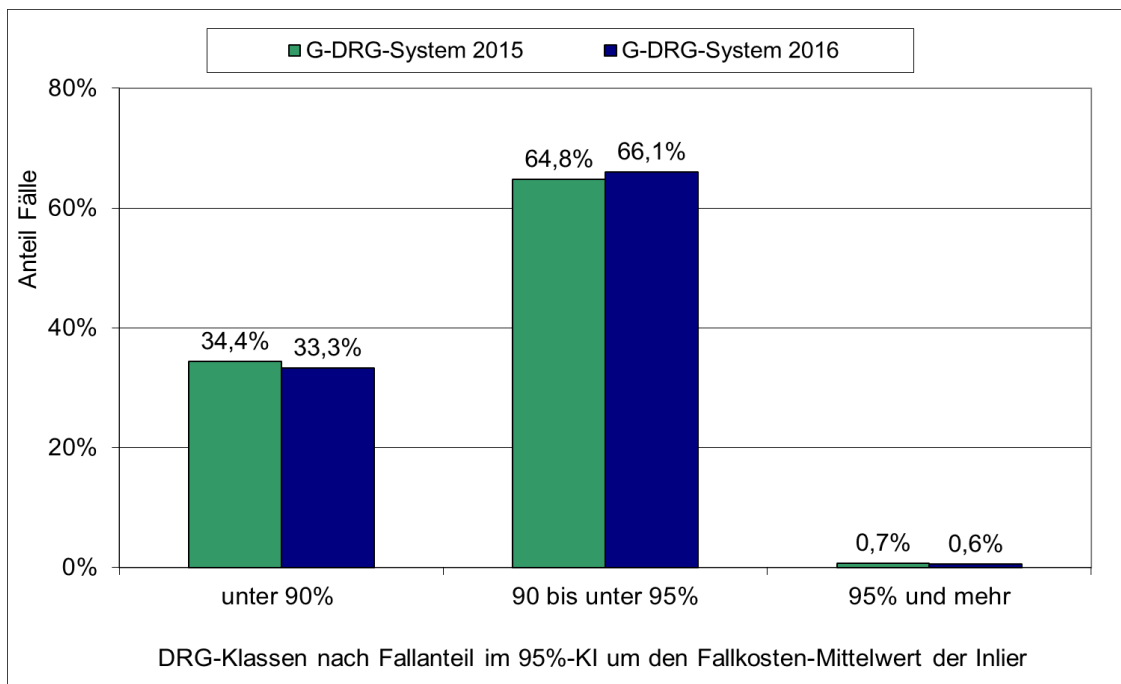


Abbildung 39: Vergleich der DRG-Klassen im 95%-Konfidenzintervall um den Fallkosten-Mittelwert der Inlier für die G-DRG-Systeme 2015 und 2016 bezüglich Fallanteil, Basis: Datenjahr 2014

Beim Vergleich des G-DRG-Systems 2016 mit dem G-DRG-System 2015 ist eine Verschiebung des Fallanteils von der Klasse „unter 90%“ hin zur Klasse „90% bis unter 95%“ festzustellen.

Diese Resultate unterstreichen insgesamt die Kostenhomogenität des G-DRG-Systems 2016.

3.4.4 Analyse der Verweildauer

3.4.4.1 Verweildauervergleich der Datenjahre 2012, 2013 und 2014

Vor der Analyse auf Repräsentativität der Verweildauer wurde die Verweildauer in den Daten gem. § 21 KHEntgG untersucht. Als Analysebasis dienten die aus den Datenjahren 2012, 2013 und 2014 jeweils gemäß G-DRG-Version 2014 gruppierten Fälle in Hauptabteilungen ohne Fälle in nicht bewerteten DRGs (Anlage 3a). Der Analyse lagen rund 17,2 bzw. 17,4 bzw. 17,8 Mio. Fälle zugrunde.

Im Durchschnitt ergab sich in den Daten gem. § 21 KHEntgG ein Verweildauerrückgang von 1,5% vom Datenjahr 2012 zum Datenjahr 2013 sowie ein weiterer Rückgang von 2,2% vom Datenjahr 2013 zum Datenjahr 2014 (siehe Tab. 31).

Daten gem. § 21 KHEntgG Hauptabteilung	Verweildauer- Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)
Datenjahr 2012	6,57		
Datenjahr 2013	6,47	- 0,10	- 1,5
Datenjahr 2014	6,33	- 0,14	- 2,2

Tabelle 31: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gem. § 21 KHEntgG, Basis: Datenjahre 2012 bis 2014, Hauptabteilungen, gruppiert nach G-DRG-Version 2014

Betrachtet man nur die Datenjahre 2013 und 2014, ergibt sich bei den 20 häufigsten DRGs, die 26,7% der Fälle in den Daten gem. § 21 KHEntgG des Jahres 2014 repräsentieren, ein Rückgang des Verweildauer-Mittelwerts von 0,16 Tagen bzw. 3,5%.

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 32 dargestellt.

Nach dieser DRG-Filterung ist ein Verweildauerrückgang vom Datenjahr 2013 zum Datenjahr 2014 von 4,2% für Fälle in Hauptabteilungen bzw. 3,4% für Fälle in belegärztlicher Versorgung zu verzeichnen.

Daten gem. § 21 KHEntgG	VWD Mittel- wert	Diffe- renz (in Tagen)	Diffe- renz (in %)	VWD Mittel- wert	Diffe- renz (in Tagen)	Diffe- renz (in %)
	Hauptabteilung			Belegabteilung		
Datenjahr 2012	5,80			4,20		
Datenjahr 2013	5,68	- 0,12	- 2,1	4,09	- 0,11	- 2,6
Datenjahr 2014	5,44	- 0,24	- 4,2	3,95	- 0,14	- 3,4

Tabelle 32: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gem. § 21 KHEntgG, Basis: Datenjahre 2012 bis 2014, DRGs mit Fallzahl > 20 in Haupt- und Belegabteilung

Im Vergleich zur Gesamtbetrachtung (siehe Tab. 31) beträgt der Mittelwert der Verweildauer für das aktuell vorliegende Datenjahr 2014 für Fälle in Hauptabteilungen nun statt 6,33 nur noch 5,44 Tage. Der Verweildauerrückgang zeigt sich mit nun 4,2% im Vergleich zu 2,2% noch deutlicher.

Der Rückgang der Verweildauer im Laufe der letzten Datenjahre kann auch durch die Entwicklung des Anteils der vollstationären Fälle mit einem Belegungstag an allen vollstationären Fällen (siehe Abb. 40) verdeutlicht werden.

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

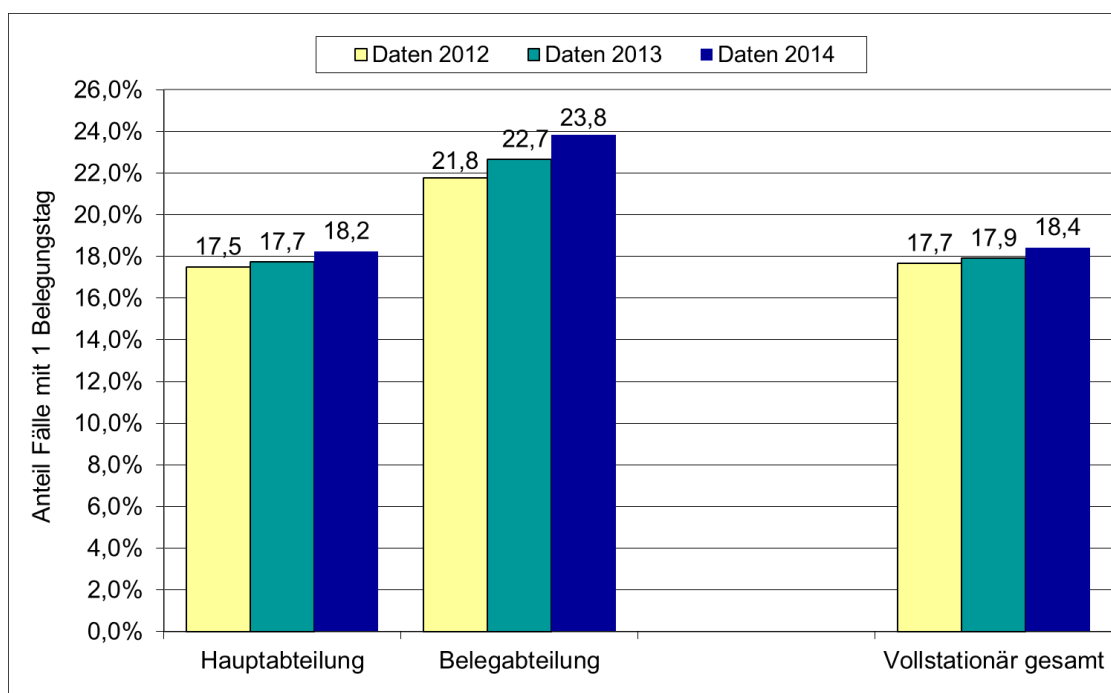


Abbildung 40: Entwicklung des Anteils der vollstationären Fälle mit einem Belegungstag an allen vollstationären Fällen, Basis: Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahre 2012 bis 2014

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 2016 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 22,0 Mio. Datensätze gem. § 21 KHEntgG wurden Fallzusammenführungen und medizinische Plausibilitätsprüfungen durchgeführt (vgl. dazu auch Kap. 2.1 und 2.2).

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

Überblick über das analytische Vorgehen

- Eine Analyse der Differenz der Verweildauer-Mittelwerte zeigt auf, ob strukturelle Unterschiede zwischen den Verweildauern der Stichprobe (Daten der Kalkulationskrankenhäuser) und der Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) vorliegen.

- Die Analyse des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer fokussiert auf das Streuungsverhalten und bietet damit eine weitere Möglichkeit zur Analyse der Verweildauerverteilung.

Nicht einbezogen in die Analyse der Verweildauer wurden folgende DRGs:

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

Diese Einschränkungen schlossen insgesamt 71 DRGs aus der Analyse aus. Der Analyse lagen somit 1.149 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. 41): Für 908 der 1.149 analysierten DRGs (79%) ist diese geringer als $\pm 0,5$ Tage, 1.067 DRGs (93%) unterscheiden sich um höchstens ± 1 Tag und für 1.130 DRGs (98%) beträgt diese gerundet höchstens ± 2 Tage.

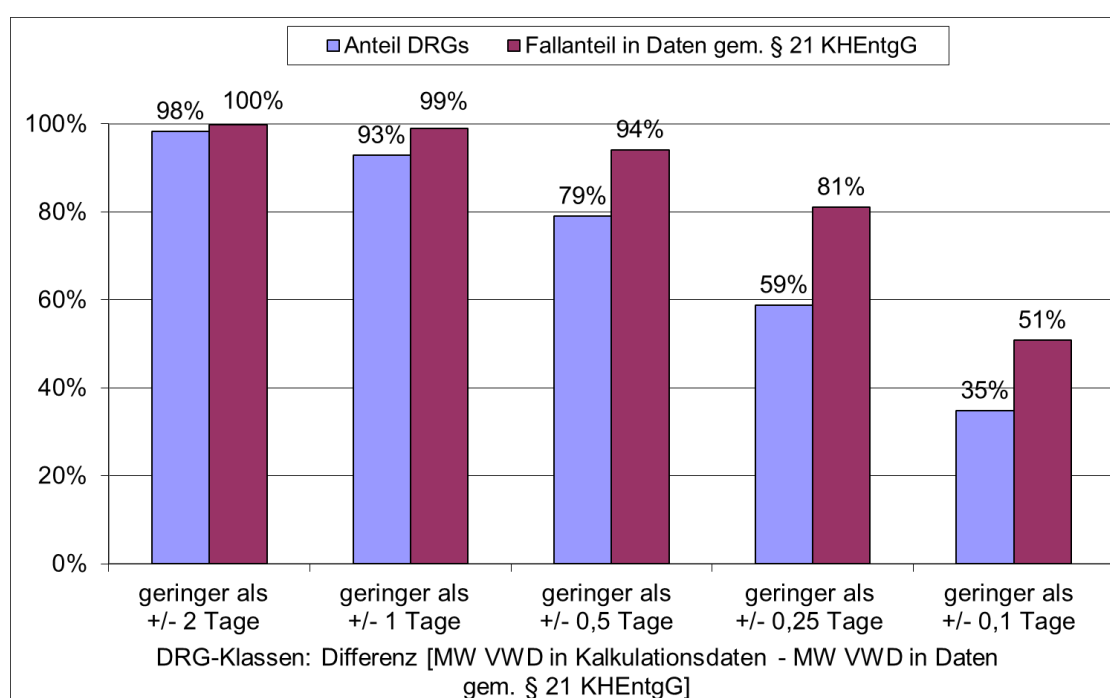


Abbildung 41: Häufigkeitsverteilung Differenzen der Verweildauer-Mittelwerte (Daten der Kalkulationskrankenhäuser – Daten gem. § 21 KHEntgG), getrennt nach DRG- und Fallanteil, Basis: Inlier, Datenjahr 2014

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 $\pm 0,5$ Tagen sind dies bereits 94% 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 42 dargestellte empirische Häufigkeitsverteilung der Homogenitätsklassen. Die Häufigkeitsverteilungen der Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und der Daten gem. § 21 KHEntgG unterscheiden sich nur geringfügig.

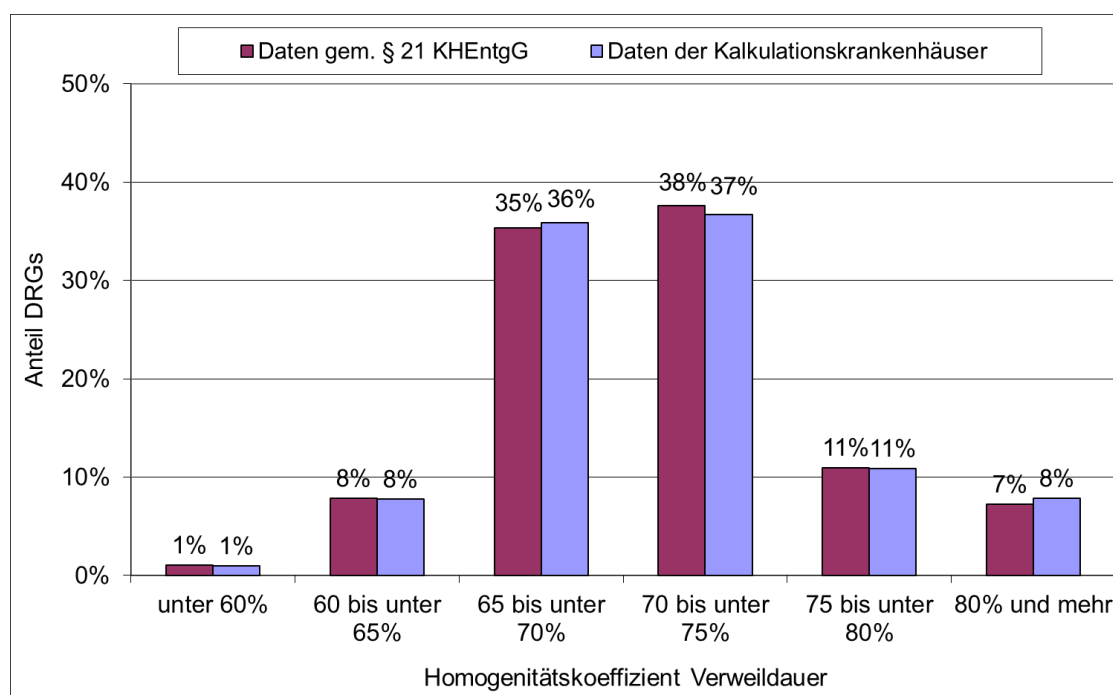


Abbildung 42: Häufigkeitsverteilung der Verweildauer-Homogenitätskoeffizientenklassen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 KHEntgG, Basis: Inlier, Datenjahr 2014

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

Für 1.133 von 1.149 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 1.057 DRGs (92% von 1.149 DRGs) vor.

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

Fazit

1. Die Analyse der Verweildauer, die hilfsweise als Parameter für die Repräsentativitätsprüfung der Kostenhomogenität herangezogen wurde, ergab für den überwiegenden Teil der analysierten 1.149 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 G-DRG-System 2016 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 G-DRG-Systems im Abrechnungsverkehr zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen wird im Sinne eines lernenden Systems konstruktiv für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems eingesetzt. Bereits jetzt bekannte Anhaltspunkte für die zukünftige Weiterentwicklung des G-DRG-Systems werden im Folgenden kurz angesprochen.

Datenerhebung/Plausibilitätsprüfungen

Die Weiterentwicklung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen reflektiert einerseits die Kalkulationsanforderungen und andererseits die Verbesserungen der Kostenrechnung in den Krankenhäusern. Die Ergebnisse der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen der diesjährigen Kalkulationsrunde zeigen noch Verbesserungspotential in der Datenqualität auf. Dieses Potential aufgreifend, werden die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen in der kommenden Kalkulationsrunde kontinuierlich weiterentwickelt. Zur weiteren Verbesserung der Datenqualität wurden in diesem Jahr zahlreiche Nachfragen an die Kalkulationskrankenhäuser gestellt. Damit konnten Kalkulationsfehler identifiziert und beseitigt werden, die sich einfachen Plausibilitätsprüfungen entziehen. Um die Bearbeitung der Nachfragen des InEK in den kommenden Jahren besser zu strukturieren und die Belastung in den Kalkulationskrankenhäusern deutlich zu verringern, werden die Prozesse im InEK weiter verfeinert. Damit sollen beispielsweise mehrere Anfragen zu einem bestimmten Behandlungsfall kanalisiert und wiederholte Anfragen weitestgehend vermieden werden. Durch Vereinheitlichung der Nachfragestruktur lassen sich Synergieeffekte in der Bearbeitung z.B. durch die Möglichkeit der elektronischen Verarbeitbarkeit der Dokumente erzielen.

Weiterentwicklung der Kalkulationsmethodik

Der eingeschlagene Weg des schrittweisen Ausbaus der Kalkulationsmethodik wird auch zukünftig konsequent weiterverfolgt werden. Die Rückkoppelungen zwischen InEK und den Kalkulationskrankenhäusern im Laufe der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen finden ihren Niederschlag auch darin, dass wiederkehrende Fragestellungen durch eine standardisierte Vorgabe ersetzt werden, um die Datenqualität der Kalkulationsergebnisse nochmals zu erhöhen. Vorgesehen ist zukünftig die Aufspaltung der Kostenstellengruppe 11 (Übrige Diagnostik und Therapie) in mehrere Kostenstellen Gruppen, sodass bestimmte Sachverhalte kostenmäßig besser innerhalb der Kostenmatrix dargestellt werden können. Mit der Aufspaltung der Kostenstellengruppe 11 ginge eine Überarbeitung der entsprechenden Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen einher.

Bereits im Juli 2015 hat das InEK eine Überarbeitung des Kalkulationshandbuchs im Bereich der Kostenstellengruppe 8 (endoskopische Diagnostik und Therapie) angekündigt. Damit haben die Kalkulationskrankenhäuser ausreichend Gelegenheit, sich auf die neuen Anforderungen einzustellen und die internen Kalkulationsprozesse anzupassen. Die Kostenzurechnung der Gemeinkosten für endoskopische Diagnostik und Therapie auf Basis veralteter Leistungskataloge wird mit der Überarbeitung des Handbuchs abgeschafft. Ab dem Datenjahr 2017 ist insbesondere für Leistungen der gastroenterologischen Endoskopie nur noch eine Kostenzurechnung nach der Eingriffszeit (unter Berücksichtigung individueller, ggf. anteiliger Tätigkeitszeiten bei Eingriffen durch mehrere Personen) möglich. In der Übergangsphase wird den Kalkulationskrankenhäusern na-

hegelegt, für die Kostenzurechnung den von der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) bereitgestellten aktuellen Leistungskatalog zu verwenden.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben sich im Rahmen der Beratungen zum G-DRG-System 2016 erneut darauf geeinigt, den Schwellenwert für die Abrechnungsfähigkeit des intrabudgetären Zusatzentgelts ZE20xx-98 für die Gabe von Blutgerinnungsfaktoren für das G-DRG-System 2017 durch das InEK überprüfen zu lassen. Dazu wird die Selbstverwaltung auf Bundesebene eine Methodik zur Bestimmung eines Schwellenwerts konsentieren. Der Übermittlung plausibler Angaben für die Gabe von Blutgerinnungsfaktoren insbesondere im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung kommt damit eine besondere Bedeutung zu.

Abbildung der Fallschwere

Neben der umfangreichen Überprüfung und Anpassung aller bestehenden Komponenten des PCCL-Schweregradsystems, die schon für sich in erheblichem Maße zu einer erheblich präziseren Identifikation von schweren Fällen beitrug, wurden mit einer Ausdifferenzierung des PCCL-Systems „nach oben“ auch neue Abbildungsmöglichkeiten geschaffen: Die Berechnung des PCCL wurde dahingehend angepasst, dass zukünftig der maximale PCCL nicht mehr 4 beträgt, sondern auch PCCL-Werte von 5 oder 6 erreicht werden können. Die Gruppierungsrelevanz höherer PCCL-Werte (5 bzw. 6) stellt im aktuellen G-DRG-System lediglich einen ersten Einstieg dar. Zukünftig ist zu prüfen, ob auch in weiteren Basis-DRGs eine Gruppierungsrelevanz höherer PCCL-Werte zielführend für die Systemverbesserung ist, was nach den ersten Erfahrungen mit dem Instrument der „schwersten CC“ als sehr wahrscheinlich einzuschätzen ist.

Anhang

Übersicht

Tabelle A-1:

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

Tabelle A-2:

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

Tabelle A-3:

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

Tabelle A-4-1:

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

Tabelle A-4-2:

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

Tabelle A-4-3:

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

Tabelle A-5:

Gegenüberstellung der DRGs je MDC (siehe Kap. 3.4.1.1)

Tabelle A-1:

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

DRG	DRG-Text
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation
A01B	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 Stunden oder mit Transplantatabstoßung oder mit kombinierter Nierentransplantation oder Alter < 6 Jahre
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation, Alter > 5 Jahre
A02Z	Transplantation von Niere und Pankreas
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden
A04B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom oder mit Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, mit Gabe bestimmter Stammzellen oder Alter < 16 Jahre, mit bestimmter Entnahme oder Stammzellboost
A04C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, < 16 J., od. GVHD Grad III/IV od. auß. b. Plasmozytom, mit Gabe best. Stammz. od. GVHD III/IV od. HLA-versch., mit best. Entn. od. SZ-Boost, od. m. intensivm. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / 2760 P.
A04D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, oder außer bei Plasmozytom, HLA-verschieden oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
A04E	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom
A04F	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, bei Plasmozytom, ohne Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, Alter > 15 Jahre
A05A	Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2646 / 2484 / - Aufwandspunkte
A05B	Herztransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2646 / 2484 / - Aufwandspunkte
A06A	Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2940 / 3680 / 5520 Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff

DRG	DRG-Text
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 3680 / 5520 Aufwandspunkte
A06C	Beatmung > 1799 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / - Aufwandspunkte
A07A	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und int. Komplexbeh. > 3920 / 3680 / 3680 P. oder mit hochkompl. oder dreizeitigem Eingr.
A07B	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit kompl. OR-Proz. und kompliz. Konst. od. mit Polytrauma oder Alter < 16 J. oder intensivmed. Komplexbeh. > - / 3220 / - Punkte
A07C	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2352 / 1932 / 2484 Punkte
A09A	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352/1932/2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder kompl. OR-Proz. und Alter < 16 Jahre, mit int. Komplexbeh. > 1764/1932/- P. oder mit sehr kompl. Eingr. und int. Komplexbeh. > -/2208/- P.
A09B	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 P., mit angeb. Fehlbild. od. Tumorerkr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / - P. und Alter < 16 Jahre
A09C	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 P., mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder int. Komplexbeh. > 1754 / 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
A11B	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit hochkomplexem Eingriff oder Alter < 2 Jahre bei angeborener Fehlbildung
A11C	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 Punkte., mit kompl. OR-Proz. und Alter < 16 J. oder kompliz. Konst., od. bei Tumor od. angeb. Fehlbild., Alt. < 3 J. od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / - P.
A11D	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit komplizierender Konstellation und bestimmter OR-Prozedur, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
A13A	Beatmung > 95 Std. mit hochkompl. Eingr. od. mit kompl. OR-Proz. u. int. Komplexbeh. > 1176 / 1380 / 1656 P. od. mit kompl. OR-Proz. u. int. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 P. od. b. Lymphom und Leukämie, m. kompliz. Konst. u. best. OR-Proz., Alter < 16 J.
A13B	Beatmung > 95 Stunden mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., Alter < 16 Jahre od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte und kompliz. Konst.
A13C	Beatmung > 95 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Konstellation, Alter > 15 J. oder mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte od. Alter < 16 J., außer bei Lymphom und Leukämie, ohne kompliz. Konstellation
A15B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter < 16 Jahre oder bestimmte Entnahme oder Stammzellboost oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte
A15C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte Entnahme, ohne Stammzellboost oder bei Plasmozytom, mit bestimmter Entnahme oder Stammzellboost oder IntK > 392 / 368 / 368 Punkte
A15D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom, ohne bestimmte Entnahme, ohne Stammzellboost
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre oder AB0-inkompatible Transplantation oder schwerste CC
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre oder ohne AB0-inkompatible Transplantation, ohne schwerste CC
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion
A36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 1104 / 1656 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 P. bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 und < 981 / 1105 / 1657 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder komplizierende Konstellation bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A42A	Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie oder mit schwersten CC, Alter > 15 Jahre
A42B	Stammzellentnahme bei Eigenspender, Alter < 16 Jahre
A42C	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC

DRG	DRG-Text
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit Entfernung eines Organtransplantates oder komplexer OR-Prozedur oder äußerst schweren CC
A60B	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag
A61A	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, mit äußerst schweren CC
A61B	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, ohne äußerst schwere CC
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
B01Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, mehr als 8 Bestrahlungen, bei bestimmter Neubildung oder mit schwersten CC, oder mit bestimmtem kompl. Eingriff bei Neubildung oder int. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P., Alter < 6 J. oder mit schwersten CC
B02B	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, mehr als 8 Bestrahlungen oder mit bestimmtem komplexen Eingriff bei Neubildung oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
B02C	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, mit bestimmtem komplexen Eingriff außer bei Neubildung oder Alter < 6 Jahre oder mit bestimmtem Eingriff, Alter < 18 Jahre oder mit bestimmten komplizierenden Faktoren
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte komplizierende Faktoren

DRG	DRG-Text
B03Z	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit schweren CC oder mit intraoperativem Monitoring od. Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie oder nicht akuter Para- / Tetraplegie mit auß. schw. CC
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen
B16Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, weniger als 11 Bestrahlungen
B17C	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neurop., oh. kompl. Diagn., oh. Impl. Ereign.-Rek., ohne kompl. Eingr., Alt. < 19 J. od. m. schw. CC, Alt. > 15 J.
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 16 Jahre
B20B	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre oder ohne bestimmte komplexe Prozedur, mit intraoperativem neurophysiologischen Monitoring oder komplexer Diagnose
B20C	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter < 3 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff
B20D	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre oder ohne bestimmte komplexe Prozedur, ohne intraoperatives neurophysiologisches Monitoring, ohne komplexe Diagnose
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigeminusneuralgie
B20F	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigeminusneuralgie
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 588 / 552 / 552 Punkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder bestimmte hochaufwendige Implantate
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
B72A	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter < 16 Jahre
C02A	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE), Amnionmembrantransplantation oder Alter < 16 Jahre
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, Alter > 15 Jahre
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D04Z	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen
D20Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder Strahlentherapie mit operativem Eingriff
D25B	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen
D33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
D35Z	Eingriffe an Nase und Nasennebenhöhlen bei bösartiger Neubildung
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, mit starrer Endoskopie

DRG	DRG-Text
E08A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 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
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie oder bestimmter Zweifacheingriff
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, mit Dreifacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie oder intensmed. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompl. Konstellation, Alter > 0 Jahre, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, ohne intensmed. Kompl. > 392 / 368 / - Punkte, mit Zweifacheingriff oder bei angeb. Herzfehler, mit komplexem Eingriff
F03D	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 0 J., ohne Eingr. in tiefer Hypothermie, ohne IntK > 392 / 368 / - P., mit Zweifacheingr. od. kompl. Eingr. od. bei Endokarditis od. bei angeb. Herzfehler, Alter < 16 J.
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, ohne IntK > 392 / 368 / - P., Alter > 15 J., mit Zweifacheingr. od. kompl. Eingriff od. bei Endokarditis od. bei angeb. Herzfehler
F03F	Herzklappeneingr. mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompl. Konst., ohne Eingr. in tiefer Hypoth., ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne Dreifach- / Zweifacheingr., außer bei angeb. Herzfehler, ohne kompl. Eingr., außer bei Endokarditis, Alter > 15 J.
F05Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder intraoperativer Ablation, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bestimmte Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie

DRG	DRG-Text
F06A	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
F06B	Koronare Bypass-Operation mit 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 / - P. oder Karotiseingriff oder bei Infarkt oder mit Reoperation oder mit invasiv. kardiolog. Diagnostik, mit intraoperativer Ablation
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne kompl. Konstellation, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne Karotiseingriff, mit invasiv. kardiolog. Diagnostik, bei Infarkt oder mit Reoperation, ohne intraoperative Ablation
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Konstellation oder komplexer Operation
F07B	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Operation
F30Z	Operation bei komplexem angeborenem Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte
F36B	Intensivmedizinische Komplexbeh. bei Krankh. u. Störungen des Kreislaufsystems m. kompliz. Faktoren, > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. mit best. OR-Proz. od. > - / - / 552 P. mit best. Ao.stent, od. minimalinv. Eingr. an mehr. Herzklappen
F36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > - / - / 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
G01Z	Eviszeration des kleinen Beckens
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff

DRG	DRG-Text
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, mit äußerst schweren CC
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, ohne äußerst schwere CC
G29Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren 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
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, mit komplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, ohne komplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
H16Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H36A	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mit intensivmed. Komplexbehandlung > 980 / 828 / - Aufwandspunkte
H36B	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 und < 981 / 829 / - Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
H38Z	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
H78Z	Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
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
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe- / Hauttransplantation
I32A	Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Eingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwendigem rekonstruktiven Eingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochentx. bei Pseudarthrose der Hand
I37Z	Resezierender Eingriff am Becken bei bösartiger Neubildung des Beckens oder Mehretageeingriffe an der unteren Extremität
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 8 Bestrahlungen
I54Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 9 Bestrahlungen bei bösartiger Neubildung
I65A	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit hochkomplexer Chemotherapie
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie
I95Z	Implantation einer Tumorendoprothese oder Knochentotalersatz am Femur
I97Z	Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
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, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen

DRG	DRG-Text
J18Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre oder mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Hautulkus bei Para- / Tetraplegie oder hochkomplexe Diagnose oder Epidermolysis bullosa, Alter > 10 Jahre
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
K15A	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Radiojodtherapie
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, außer hochkomplexe Radiojodtherapie
K15C	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie, bei bösartiger Neubildung
K15D	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie, außer bei bösartiger Neubildung
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
K64A	Endokrinopathien, mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
K64B	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre
L03Z	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm
L12A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
L12B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane

DRG	DRG-Text
L36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder Hämolytisch-urämisches Syndrom
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
M10B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen oder interstitielle Brachytherapie
M38Z	Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane
N01A	Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraleneingriff
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
N16Z	Strahlentherapie, weniger als 10 Bestrahlungen oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag
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	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen (SSW) oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Mehrlingschwangerschaft
O01C	Sectio caesarea mit mehreren kompliz. Diag., Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 SSW, oh. best. kompliz. Faktoren od. mit kompliz. Diag., bis 25 SSW od. mit Tamponade einer Blutung od. Thromboembolie in Gestationsperiode m. OR-Proz., oh. äuß. schw. CC
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Konstellation

DRG	DRG-Text
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 480 Stunden
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 143 und < 481 Stunden oder Eingriff bei univentrikulärem Herzen
P02C	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Beatmung > 143 Stunden, ohne Eingriffe bei univentrikulärem Herzen
P03A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 479 Stunden
P03B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 und < 480 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 479 Stunden
P03C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne Beatmung > 120 Stunden oder ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P04A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Stunden
P04B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 240 Stunden
P04C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P05A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren
P05B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P05C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren

DRG	DRG-Text
P06A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren
P06B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P06C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden
P60C	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt, ohne Beatmung > 24 Stunden (Mindestverweildauer 24 Stunden für das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfindet)
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61E	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P62A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur
P62B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P63Z	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden
P64Z	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden

DRG	DRG-Text
P65A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen
P65B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem
P66A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., mit mehreren schweren Problemen od. Ng., Aufnahmegew. > 2499 g oh. OR-Proz., oh. Beatmung > 95 Std., m. mehreren schw. Probl., mit Hypothermiebehandlung
P66B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit schwerem Problem, mit Hypothermiebehandlung
P67B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., mit schwerem Problem, ohne Hypothermiebehandlung oder mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Proz., mit kompliz. Diagn.
Q60B	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytenstörung, Alter < 1 Jahr
Q60D	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 16 Jahre
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
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R03Z	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC, oder mit bestimmter OR-Prozedur mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R13A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation
R13B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R60A	Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder schwersten CC
R60C	Akute myeloische Leukämie mit int. Chemoth., äuß. schw. CC od. kompl. Diagnostik b. Leuk. od. mit mäß. kompl. Chemoth. mit best. kompliz. Faktoren od. mit äuß. schw. CC mit kompl. Diagnostik od. KomplBeh. MRE mit Dial. od. äuß. schw. CC od. schwerste CC
R60D	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth., ohne kompliz. Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimpl., oh. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - AufwP., oh. äuß. schwere CC, oh. kompl. Diagnostik b. Leukämie od. mit Dialyse od. äußerst schweren CC
R60E	Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC oder mit lokaler Chemotherapie oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern

DRG	DRG-Text
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Sepsis oder 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 Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimpl., mit äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, od. mit äuß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, mit kompl. Diagnostik bei Leukämie od. mit schwersten CC
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation oder Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, Alter < 16 Jahre
R61D	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äuß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie, ohne schwerste CC
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplant. oder Komplexbeh. bei multiresistenten Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne kompliz. Konstellation, ohne Agranul., ohne Portimpl., ohne Komplexbeh. MRE, ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie, ohne äuß. schw. CC, mit kompl. Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter < 16 Jahre
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne kompliz. Konstellation, ohne Agranul., ohne Portimpl., ohne Komplexbeh. MRE, ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie, ohne äuß. schw. CC, mit kompl. Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter > 15 Jahre
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr, mit komplexer Diagnose
R63A	Andere akute Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie
R63B	Andere akute Leukämie mit Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC
R63C	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC
R63D	Andere akute Leukämie mit intensiver oder mäßig kompl. Chemoth., mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit lokaler Chemoth., mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranulozytose od. Portimplantation oder mit äuß. schw. CC

DRG	DRG-Text
R63E	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit intensiver oder mäßig komplexer Chemotherapie, mit äußerst schweren CC oder mit lokaler Chemotherapie, mit schwersten CC
R63F	Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren 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
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit
S63A	Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit mit Herzinfarkt oder bei chronisch ischämischer Herzkrankheit oder äußerst schweren CC
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, außer bei chronisch ischämischer Herzkrankheit, ohne äußerst schwere CC
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit komplexer OR-Prozedur, komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte
T36Z	Int. Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandsp. bei infektiösen und parasitären Krankheiten od. OR-Proz. b. inf. u. paras. Krankh. m. komplexer OR-Proz., kompliz. Konst. oder bei Zust. N. Organtranspl. mit int. Komplexbeh. > 392 / 368 / - Aufwandsp.
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
T60B	Sepsis mit kompliz. Konst. od. b. Z. n. Organtranspl., oh. äuß. schw. CC, oh. int. Komplexbeh. > 392 / 368 / - Aufwandsp. od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z. n. Organtranspl., m. kompl. Diagn. od. äuß. schw. CC, Alter < 16 J. od. m. Para- / Tetraplegie
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation

DRG	DRG-Text
T64A	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter < 16 Jahre
W01B	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder bestimmten Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552, ohne Frührehabilitation, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung oder mit IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte
W01C	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder bestimmten Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552, ohne Frührehabilitation, ohne Beatmung > 263 Stunden, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten
Y02A	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation oder anderen Eingriffen bei Sepsis oder mit kompliz. Konst., hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte
Y03A	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC

Tabelle A-2:

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

DRG	DRG-Text
C03B	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE) oder bei bösartiger Neubildung des Auges, ohne bestimmten Eingriff an der Retina
C03C	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), außer bei bösartiger Neubildung des Auges, mit bestimmtem Eingriff an der Retina
C03D	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), außer bei bösartiger Neubildung des Auges, ohne bestimmten Eingriff an der Retina
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, Alter > 15 Jahre
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom
C07B	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE)
C08B	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre, ohne beidseitige Eingriffe an Augen und Tränenwegen
D06B	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder Alter > 15 Jahre, mit komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D13B	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr und Mund ohne komplizierende Diagnose
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsephithesen

DRG	DRG-Text
D30A	Tonsillektomie außer bei bösart. Neubildung oder versch. Eingr. an Ohr, Nase, Mund u. Hals ohne äuß. schw. CC, mit aufw. Eingr. od. Eingr. an Mundhöhle u. Mund außer bei bösart. Neub. oh. Mundboden- od. Vestib.plastik, Alter < 3 J. od. mit kompl. Diagn.
D30B	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff, ohne komplexe Diagnose
D37B	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre, außer bei Gaumenspalte oder Spaltnase, ohne Septorhinoplastik mit Rippenknorpeltransplantation
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung
D61A	Komplexe Gleichgewichtsstörung, Hörverlust oder Tinnitus
D61B	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) außer komplexe Gleichgewichtsstörungen, Hörverlust, Tinnitus
D62Z	Blutung aus Nase und Rachen oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre
D66Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC
I10E	Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule
I10F	Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule
I16Z	Andere Eingriffe am Schultergelenk oder an der Klavikula, oder offene Repositionen bei einer Klavikulafraktur
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk
I20C	Eingr. am Fuß oh. mehr. kompl. Eingr., m. kompl. Eingr. od. schw. Weichteilsch. od. Osteomyelitis / Arthritis od. Eingr. Großz. m. kompl. Eingr. an mehr. Strah., m. Knochentx, m. Impl. Zehengel. od. bei Kalka., od. Einz. Mehrf. > 3 Mittelf.- / Zehenstr.
I20G	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne Arthrodesse am Großzehengrundgelenk, ohne Osteosynthese einer Mehrfragmentfraktur, ohne bestimmte Knochentransplantation, ohne wenig komplexen Eingriff an mehr als einem Strahl

DRG	DRG-Text
I27D	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen ohne best. Diagnose und best. Eingriff, ohne äußerst schweren CC, ohne schwere CC, außer bei BNB, ohne best. Eingriff am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, ohne komplizierende Diagnose oder ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen
I30Z	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk oder arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk
I44B	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, ohne äußerst schweren CC oder ohne Korrektur einer Brustkorbdeformität
I44C	Verschiedene Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur
L06B	Kleine Eingriffe an der Harnblase, ohne bestimmte kleine Eingriffe, ohne äußerst schwere CC
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter > 15 Jahre
L20B	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und kompl. Ureterorenoskopien ohne ESWL, mit kompl. Eingriff od. fluoreszenzgestützter TUR der Harnbl. od. andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC od. Alter > 89 J.
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und kompl. Ureterorenoskopien ohne ESWL, ohne kompl. Eingr., ohne fluoreszenzgestützte TUR der Harnbl. od. and. Eingr. an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schw. CC, Alter < 90 Jahre
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, ohne bestimmte schwere Infektionen, Alter > 5 und < 90 Jahre
L64A	Harnsteine und Harnwegsobstruktion mit äußerst schweren oder schweren CC oder Urethrastriktor, andere leichte bis moderate Erkrankung der Harnorgane, bestimmte Beschwerden und Symptome der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie
L64C	Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Urethrastriktor, andere leichte bis moderate Erkrankung der Harnorgane, bestimmte Beschwerden und Symptome der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 13 Jahre
M02B	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
M04D	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte Eingriffe an der Prostata, ohne bestimmten Eingriff am Hoden, ohne Orchitis mit Abszess, Alter > 2 Jahre
N05B	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne Verschluss einer vesikovaginalen Fistel
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
N07Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus
N14Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung mit Beckenbodenplastik oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weibl. Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder bestimmte selektive Gefäßembolisation
N21Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder komplexe Myomenukleation
O01E	Sekundäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose
O01F	Primäre Sectio caesarea ohne äuß. schwere CC, mit komplizierender oder komplexer Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen (SSW) oder sekundäre Sectio caesarea, ohne komplizierende oder komplexe Diagnose, SSW > 33 vollendete Wochen
O01G	Primäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose
O01H	Primäre Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33. vollendete Wochen
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff, mehr als ein Belegungstag
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)

DRG	DRG-Text
P66D	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder neugeborener Mehrling, Aufnahmege­wicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder ein Belegungstag
P67C	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Prozedur, ohne komplizierende Diagnose
P67D	Neugeborener Einling, Aufnahmege­wicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag

Tabelle A-3:

Übersicht über die im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems in der CCL-Matrix veränderten Diagnosen (siehe Kap. 3.3.1.4). Aus Formatgründen werden die Kategorien: „Abwertung in < 3 Basis-DRGs“, „Abwertung in 3-9 Basis-DRGs“, „Abwertung in 10-29 Basis-DRGs“ und „Abwertung in mindestens 30 Basis-DRGs“ kurz als „Abwertung“ bezeichnet, obgleich es sich nicht um eine generelle Abwertung handelt. Ebenso wird sowohl die Kategorie „Auf- und Abwertung je nach Basis-DRG“ kurz als „Auf- und Abwertung“ bezeichnet, als auch die Kategorie „global aus der CCL-Matrix gestrichen“ mit „Streichung“ abgekürzt. Die ausführlichen Kategorien sind in der veröffentlichte „Übersicht CCL-Matrix-Änderungen“ auf der Internetseite des InEK (www.g-drq.de) zu finden.

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
A02.0	Salmonellenenteritis	Abwertung
A02.1	Salmonellensepsis	Abwertung
A04.3	Darminfektion durch enterohämorrhagische Escherichia coli	Abwertung
A04.7	Enterokolitis durch Clostridium difficile	Auf- und Abwertung
A04.9	Bakterielle Darminfektion, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A08.0	Enteritis durch Rotaviren	Abwertung
A08.1	Akute Gastroenteritis durch Norovirus [Norwalk-Virus]	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
A16.8	Sonstige Tuberkulose der Atmungsorgane 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
A32.7	Listeriensepsis	Abwertung
A39.2	Akute Meningokokkensepsis	Abwertung
A39.4	Meningokokkensepsis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A39.8	Sonstige Meningokokkeninfektionen	Abwertung
A39.9	Meningokokkeninfektion, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A40.0	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe A	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
A40.1	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe B	Abwertung
A40.2	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe D	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
A41.3	Sepsis durch Haemophilus influenzae	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
A42.7	Aktinomykotische Sepsis	Abwertung
A48.0	Gasbrand [Gasödem]	Abwertung
A49.0	Staphylokokkeninfektion nicht näher bestimmter Lokalisation	Abwertung
A49.1	Streptokokkeninfektion nicht näher bestimmter Lokalisation	Abwertung
A49.2	Infektion durch Haemophilus influenzae nicht näher bestimmter Lokalisation	Abwertung
A81.1	Subakute sklerosierende Panenzephalitis	Abwertung
A81.2	Progressive multifokale Leukenzephalopathie	Abwertung
A84.1	Mitteleuropäische Enzephalitis, durch Zecken übertragen	Abwertung
A85.8	Sonstige näher bezeichnete Virusezephalitis	Abwertung
A86	Virusezephalitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
B00.1	Dermatitis vesicularis durch Herpesviren	Abwertung
B00.5	Augenkrankheit durch Herpesviren	Abwertung
B00.7	Disseminierte Herpesvirus-Krankheit	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
B00.8	Sonstige Infektionsformen durch Herpesviren	Abwertung
B02.2	Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems	Abwertung
B02.8	Zoster mit sonstigen Komplikationen	Abwertung
B15.0	Virushepatitis A mit Coma hepaticum	Aufwertung
B15.9	Virushepatitis A ohne Coma hepaticum	Aufwertung
B16.0	Akute Virushepatitis B mit Delta-Virus (Begleitinfektion) und mit Coma hepaticum	Abwertung
B16.1	Akute Virushepatitis B mit Delta-Virus (Begleitinfektion) ohne Coma hepaticum	Abwertung
B16.2	Akute Virushepatitis B ohne Delta-Virus mit Coma hepaticum	Abwertung
B16.9	Akute Virushepatitis B ohne Delta-Virus und ohne Coma hepaticum	Abwertung
B17.0	Akute Delta-Virus- (Super-) Infektion eines Hepatitis-B- (Virus-) Trägers	Abwertung
B17.1	Akute Virushepatitis C	Abwertung
B17.2	Akute Virushepatitis E	Abwertung
B17.8	Sonstige näher bezeichnete akute Virushepatitis	Abwertung
B17.9	Akute Virushepatitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
B18.0	Chronische Virushepatitis B mit Delta-Virus	Abwertung
B18.1	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus	Abwertung
B18.2	Chronische Virushepatitis C	Abwertung
B18.8	Sonstige chronische Virushepatitis	Abwertung
B18.9	Chronische Virushepatitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
B19.0	Nicht näher bezeichnete Virushepatitis mit hepatischem Koma	Abwertung
B19.9	Nicht näher bezeichnete Virushepatitis ohne hepatisches Koma	Abwertung
B21	Bösartige Neubildungen infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	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
B25.1	Hepatitis durch Zytomegalieviren	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
B25.2	Pankreatitis 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
B37.81	Candida-Ösophagitis	Abwertung
B37.88	Kandidose an sonstigen Lokalisationen	Abwertung
B44.0	Invasive Aspergillose der Lunge	Abwertung
B44.1	Sonstige Aspergillose der Lunge	Abwertung
B44.8	Sonstige Formen der Aspergillose	Abwertung
B44.9	Aspergillose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
B47.1	Aktinomyzeton	Abwertung
B48.2	Allescheriose	Abwertung
B48.7	Mykosen durch opportunistisch-pathogene Pilze	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, 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

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
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
C15.2	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
C16.2	Bösartige Neubildung: Corpus ventriculi	Abwertung
C16.3	Bösartige Neubildung: Antrum pyloricum	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
C16.8	Bösartige Neubildung: Magen, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung
C16.9	Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C17.0	Bösartige Neubildung: Duodenum	Abwertung
C17.2	Bösartige Neubildung: Ileum	Abwertung
C17.3	Bösartige Neubildung: Meckel-Divertikel	Abwertung
C17.9	Bösartige Neubildung: Dünndarm, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	Abwertung
C18.1	Bösartige Neubildung: Appendix vermiformis	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
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
C18.8	Bösartige Neubildung: Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend	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	Auf- und Abwertung
C22.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom	Abwertung
C22.7	Sonstige näher bezeichnete Karzinome der Leber	Abwertung
C22.9	Bösartige Neubildung: Leber, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C24.0	Bösartige Neubildung: Extrahepatischer Gallengang	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
C25.7	Bösartige Neubildung: Sonstige Teile des Pankreas	Abwertung
C25.9	Bösartige Neubildung: Pankreas, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	Abwertung
C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	Abwertung
C34.2	Bösartige Neubildung: Mittellappen (-Bronchus)	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
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
C38.1	Bösartige Neubildung: Vorderes Mediastinum	Abwertung
C38.3	Bösartige Neubildung: Mediastinum, Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
C38.4	Bösartige Neubildung: Pleura	Abwertung
C50.0	Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof	Streichung
C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	Abwertung
C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens	Abwertung
C70.0	Bösartige Neubildung: Hirnhäute	Abwertung
C70.9	Bösartige Neubildung: Meningen, nicht näher bez.	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
C71.8	Bösartige Neubildung: Gehirn, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung
C71.9	Bösartige Neubildung: Gehirn, nicht näher bez.	Abwertung
C72.1	Bösartige Neubildung: Cauda equina	Abwertung
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

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
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
C78.5	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
C79.88	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

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
C81.7	Sonstige Typen des (klassischen) Hodgkin-Lymphoms	Abwertung
C81.9	Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C82.0	Follikuläres Lymphom Grad I	Abwertung
C82.1	Follikuläres Lymphom Grad II	Abwertung
C82.4	Follikuläres Lymphom Grad IIIb	Abwertung
C82.7	Sonstige Typen des follikulären Lymphoms	Abwertung
C82.9	Follikuläres Lymphom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C83.0	Kleinzelliges B-Zell-Lymphom	Abwertung
C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	Abwertung
C83.8	Sonstige nicht follikuläre Lymphome	Abwertung
C83.9	Nicht follikuläres 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
C86.2	T-Zell-Lymphom vom Enteropathie-Typ	Abwertung
C88.00	Makroglobulinämie Waldenström: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C90.00	Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C90.01	Multiples Myelom: In kompletter Remission	Abwertung
C90.30	Solitäres Plasmozytom: Ohne Angabe einer kompletten 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
C91.70	Sonstige lymphatische Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
C91.71	Sonstige lymphatische Leukämie: 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
C93.00	Akute Monoblasten-/Monozytenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C93.10	Chronische myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C93.90	Monozytenleukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C94.20	Akute Megakaryoblastenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C94.21	Akute Megakaryoblastenleukämie: In kompletter Remission	Abwertung
C94.70	Sonstige näher bezeichnete Leukämien: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C94.71	Sonstige näher bezeichnete Leukämien: 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
C95.70	Sonstige Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C95.71	Sonstige Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission	Abwertung
C95.90	Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
C95.91	Leukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission	Abwertung
C97	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen	Abwertung
D46.2	Refraktäre Anämie mit Blastenüberschuss	Abwertung
D50.0	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)	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
D53.8	Sonstige näher bezeichnete alimentäre Anämien	Abwertung
D53.9	Alimentäre Anämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D56.1	Beta-Thalassämie	Abwertung
D56.8	Sonstige Thalassämien	Abwertung
D56.9	Thalassämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D57.0	Sichelzellenanämie mit Krisen	Abwertung
D57.1	Sichelzellenanämie ohne Krisen	Abwertung
D58.9	Hereditäre hämolytische Anämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D59.1	Sonstige autoimmunhämolytische Anämien	Abwertung
D59.2	Arzneimittelinduzierte nicht-autoimmunhämolytische Anämie	Abwertung
D59.3	Hämolytisch-urämisches Syndrom	Auf- und Abwertung
D59.4	Sonstige nicht-autoimmunhämolytische Anämien	Abwertung
D59.5	Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie [Marchiafava-Micheli]	Abwertung
D59.8	Sonstige erworbene hämolytische Anämien	Abwertung
D59.9	Erworbene hämolytische Anämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D60.0	Chronische erworbene isolierte aplastische Anämie	Auf- und Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
D60.1	Transitorische erworbene isolierte aplastische Anämie	Auf- und Abwertung
D60.8	Sonstige erworbene isolierte aplastische Anämien	Auf- und Abwertung
D60.9	Erworbene isolierte aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet	Auf- und Abwertung
D61.0	Angeborene aplastische Anämie	Auf- und Abwertung
D61.10	Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie	Auf- und Abwertung
D61.18	Sonstige arzneimittelinduzierte aplastische Anämie	Auf- und Abwertung
D61.19	Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet	Auf- und Abwertung
D61.2	Aplastische Anämie infolge sonstiger äußerer Ursachen	Auf- und Abwertung
D61.3	Idiopathische aplastische Anämie	Auf- und Abwertung
D61.8	Sonstige näher bezeichnete aplastische Anämien	Auf- und Abwertung
D61.9	Aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet	Auf- und Abwertung
D62	Akute Blutungsanämie	Abwertung
D63.0	Anämie bei Neubildungen	Abwertung
D65.1	Disseminierte intravasale Gerinnung [DIG, DIC]	Abwertung
D65.9	Defibrinationssyndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D68.22	Hereditärer Faktor-V-Mangel	Abwertung
D68.23	Hereditärer Faktor-VII-Mangel	Abwertung
D68.28	Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren	Abwertung
D68.30	Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen	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
D69.1	Qualitative Thrombozytendefekte	Abwertung
D69.2	Sonstige nichtthrombozytopenische Purpura	Abwertung
D69.3	Idiopathische thrombozytopenische Purpura	Abwertung
D69.40	Sonstige primäre Thrombozytopenie: Als transfusionsrefraktär bezeichnet	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
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
D69.8	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 Agranulozytose und Neutropenie	Abwertung
D70.19	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D70.3	Sonstige Agranulozytose	Abwertung
D70.6	Sonstige Neutropenie	Abwertung
D70.7	Neutropenie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D73.1	Hypersplenismus	Abwertung
D73.3	Abszess der Milz	Abwertung
D73.5	Infarzierung der Milz	Abwertung
D80.4	Selektiver Immunglobulin-M-Mangel [IgM-Mangel]	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
D80.8	Sonstige Immundefekte mit vorherrschendem Antikörpermangel	Abwertung
D80.9	Immundefekt mit vorherrschendem Antikörpermangel, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D82.1	Di-George-Syndrom	Abwertung
D83.8	Sonstige variable Immundefekte	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
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	Auf- und Abwertung
E05.2	Hyperthyreose mit toxischer mehrknotiger Struma	Auf- und Abwertung
E05.3	Hyperthyreose durch ektopisches Schilddrüsengewebe	Abwertung
E05.4	Hyperthyreosis factitia	Abwertung
E05.5	Thyreotoxische Krise	Auf- und Abwertung
E10.20	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Nierenkomplikationen: Nicht 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
E10.41	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit neurologischen Komplikationen: 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

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
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	Aufwertung
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
E10.90	Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.91	Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
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

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
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
E11.90	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Auf- und Abwertung
E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E12.50	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E12.51	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.20	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.21	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
E13.40	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.41	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.50	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.51	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.60	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
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
E13.74	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht 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
E14.01	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet	Aufwertung
E14.11	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet	Aufwertung
E14.20	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Aufwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
E14.21	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	Aufwertung
E14.40	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Aufwertung
E14.41	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Aufwertung
E14.50	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Aufwertung
E14.51	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Aufwertung
E14.60	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.72	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.74	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.80	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Aufwertung
E14.81	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Aufwertung
E14.90	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Auf- und Abwertung
E14.91	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Aufwertung
E15	Hypoglykämisches Koma, nichtdiabetisch	Abwertung
E20.0	Idiopathischer Hypoparathyreoidismus	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

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
E21.2	Sonstiger Hyperparathyreoidismus	Abwertung
E21.3	Hyperparathyreoidismus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
E23.0	Hypopituitarismus	Abwertung
E23.2	Diabetes insipidus	Abwertung
E24.8	Sonstiges Cushing-Syndrom	Abwertung
E24.9	Cushing-Syndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
E27.1	Primäre Nebennierenrindeninsuffizienz	Abwertung
E27.2	Addison-Krise	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
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	Auf- und 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
E64.1	Folgen des Vitamin-A-Mangels	Abwertung
E64.2	Folgen des Vitamin-C-Mangels	Abwertung
E64.8	Folgen sonstiger alimentärer Mangelzustände	Abwertung
E64.9	Folgen eines nicht näher bezeichneten alimentären Mangelzustandes	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
E66.02	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr	Abwertung
E66.12	Arzneimittelinduzierte Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr	Abwertung
E66.22	Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr	Abwertung
E66.82	Sonstige Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr	Abwertung
E66.92	Adipositas, nicht näher bezeichnet: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr	Abwertung
E84.0	Zystische Fibrose mit Lungenmanifestationen	Abwertung
E84.1	Zystische Fibrose mit Darmmanifestationen	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
E87.0	Hyperosmolalität und Hybernatriämie	Abwertung
E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	Abwertung
E87.4	Gemischte Störung des Säure-Basen-Gleichgewichts	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
F01.0	Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn	Abwertung
F01.1	Multiinfarkt-Demenz	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
F01.2	Subkortikale vaskuläre Demenz	Abwertung
F01.3	Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz	Abwertung
F01.8	Sonstige vaskuläre Demenz	Abwertung
F01.9	Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F02.0	Demenz bei Pick-Krankheit	Abwertung
F02.1	Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	Abwertung
F02.2	Demenz bei Chorea Huntington	Abwertung
F02.3	Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom	Abwertung
F02.4	Demenz bei HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	Abwertung
F04	Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	Abwertung
F05.1	Delir bei Demenz	Abwertung
F05.8	Sonstige Formen des Delirs	Abwertung
F05.9	Delir, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F06.0	Organische Halluzinose	Abwertung
F06.1	Organische katatone Störung	Abwertung
F06.2	Organische wahnhafte [schizophreniforme] Störung	Abwertung
F06.3	Organische affektive Störungen	Abwertung
F06.4	Organische Angststörung	Abwertung
F06.5	Organische dissoziative Störung	Abwertung
F06.6	Organische emotional labile [asthenische] 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

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
F10.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom	Abwertung
F10.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	Abwertung
F10.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen	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
F11.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Entzugssyndrom mit Delir	Abwertung
F11.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen	Abwertung
F11.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	Abwertung
F12.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Entzugssyndrom	Abwertung
F12.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen	Abwertung
F12.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	Abwertung
F13.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	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 2014	ICD-Text 2014	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
F14.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Koka-in: Schädlicher Gebrauch	Abwertung
F14.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Koka-in: Abhängigkeitssyndrom	Abwertung
F14.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Koka-in: 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
F15.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	Abwertung
F16.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Schädlicher Gebrauch	Abwertung
F19.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	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

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
F19.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Entzugssyndrom mit Delir	Abwertung
F19.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen	Abwertung
F19.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	Abwertung
F20.0	Paranoide Schizophrenie	Abwertung
F20.1	Hebephrene Schizophrenie	Abwertung
F20.2	Katatone Schizophrenie	Abwertung
F20.5	Schizophrenes Residuum	Abwertung
F20.6	Schizophrenia simplex	Abwertung
F20.8	Sonstige Schizophrenie	Abwertung
F20.9	Schizophrenie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F23.0	Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie	Abwertung
F23.8	Sonstige akute vorübergehende psychotische Störungen	Abwertung
F23.9	Akute vorübergehende psychotische Störung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F25.0	Schizoaffective Störung, gegenwärtig manisch	Abwertung
F25.1	Schizoaffective Störung, gegenwärtig depressiv	Abwertung
F25.2	Gemischte schizoaffective Störung	Abwertung
F25.8	Sonstige schizoaffective Störungen	Abwertung
F25.9	Schizoaffective Störung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F29	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose	Abwertung
F30.0	Hypomanie	Abwertung
F30.1	Manie ohne psychotische Symptome	Abwertung
F30.2	Manie mit psychotischen Symptomen	Abwertung
F30.8	Sonstige manische Episoden	Abwertung
F30.9	Manische Episode, nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
F31.0	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomane Episode	Abwertung
F31.1	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome	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 Psychose, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	Abwertung
F31.6	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig gemischte Episode	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
F50.0	Anorexia nervosa	Abwertung
F50.2	Bulimia nervosa	Abwertung
F50.8	Sonstige Essstörungen	Abwertung
F50.9	Essstörung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F84.4	Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien	Abwertung
F84.5	Asperger-Syndrom	Abwertung
F84.8	Sonstige tief greifende Entwicklungsstörungen	Abwertung
F84.9	Tief greifende Entwicklungsstörung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G00.0	Meningitis durch Haemophilus influenzae	Abwertung
G00.8	Sonstige bakterielle Meningitis	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
G00.9	Bakterielle Meningitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G01	Meningitis bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten	Abwertung
G02.0	Meningitis bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten	Abwertung
G03.8	Meningitis durch sonstige näher bezeichnete Ursachen	Abwertung
G03.9	Meningitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G04.0	Akute disseminierte Enzephalitis	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
G05.1	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten	Abwertung
G06.0	Intrakranieller Abszess und intrakranielles Granulom	Abwertung
G06.1	Intraspinaler Abszess und intraspinale Granulom	Abwertung
G06.2	Extraduraler und subduraler Abszess, nicht näher bezeichnet	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

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
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
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
G35.21	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	Abwertung
G35.30	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	Abwertung
G35.31	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	Abwertung
G35.9	Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	Auf- und Abwertung
G40.6	Grand-mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit mal)	Auf- und Abwertung
G41.0	Grand-mal-Status	Aufwertung
G41.1	Petit-mal-Status	Aufwertung
G41.2	Status epilepticus mit komplexfokalen Anfällen	Auf- und Abwertung
G41.8	Sonstiger Status epilepticus	Auf- und Abwertung
G41.9	Status epilepticus, nicht näher bezeichnet	Auf- und Abwertung
G46.3	Hirnstammsyndrom	Abwertung
G61.0	Guillain-Barré-Syndrom	Abwertung
G70.0	Myasthenia gravis	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
G71.0	Muskeldystrophie	Abwertung
G71.2	Angeborene Myopathien	Abwertung
G71.3	Mitochondriale Myopathie, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
G71.8	Sonstige primäre Myopathien	Abwertung
G71.9	Primäre Myopathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G72.1	Alkoholmyopathie	Abwertung
G72.4	Entzündliche Myopathie, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
G73.0	Myastheniesyndrome bei endokrinen Krankheiten	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 bez.	Abwertung
G82.00	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese	Abwertung
G82.01	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese	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
G82.10	Spastische Paraparese und Paraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
G82.11	Spastische Paraparese und Paraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese	Abwertung
G82.12	Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.13	Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.19	Spastische Paraparese und Paraplegie: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.20	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese	Abwertung
G82.21	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese	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
G82.30	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese	Abwertung
G82.31	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese	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
G82.40	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese	Abwertung
G82.41	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese	Abwertung
G82.42	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
G82.43	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.49	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.50	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute komplette Querschnittlähmung nicht-traumatischer Genese	Abwertung
G82.51	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute inkomplette Querschnittlähmung nicht-traumatischer Genese	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
G83.0	Diparese und Diplegie der oberen Extremitäten	Abwertung
G83.40	Komplettes Cauda- (equina-) Syndrom	Abwertung
G83.41	Inkomplettes Cauda- (equina-) Syndrom	Abwertung
G83.49	Cauda- (equina-) Syndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G83.80	Locked-in-Syndrom	Abwertung
G83.88	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
G94.2	Hydrozephalus bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
G96.0	Austritt von Liquor cerebrospinalis	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
G97.1	Sonstige Reaktion auf Spinal- und Lumbalpunktion	Abwertung
G97.80	Postoperative Liquorfistel	Abwertung
H47.1	Stauungspapille, nicht näher bezeichnet	Abwertung
H60.1	Phlegmone des äußeren Ohres	Abwertung
H95.8	Sonstige Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes nach medizinischen Maßnahmen	Abwertung
I05.0	Mitralklappenstenose	Abwertung
I05.1	Rheumatische Mitralklappeninsuffizienz	Abwertung
I05.2	Mitralklappenstenose mit Insuffizienz	Abwertung
I05.8	Sonstige Mitralklappenkrankheiten	Abwertung
I06.0	Rheumatische Aortenklappenstenose	Abwertung
I06.1	Rheumatische Aortenklappeninsuffizienz	Abwertung
I06.2	Rheumatische Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	Abwertung
I06.8	Sonstige rheumatische Aortenklappenkrankheiten	Abwertung
I07.0	Trikuspidalklappenstenose	Abwertung
I07.1	Trikuspidalklappeninsuffizienz	Abwertung
I07.2	Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz	Abwertung
I07.8	Sonstige Trikuspidalklappenkrankheiten	Abwertung
I08.0	Krankheiten der Mitrал- und Aortenklappe, kombiniert	Abwertung
I08.1	Krankheiten der Mitrал- und Trikuspidalklappe, kombiniert	Abwertung
I08.2	Krankheiten der Aorten- und Trikuspidalklappe, kombiniert	Abwertung
I08.3	Krankheiten der Mitrал-, Aorten- und Trikuspidalklappe, kombiniert	Abwertung
I08.8	Sonstige Krankheiten mehrerer Herzklappen	Abwertung
I08.9	Krankheit mehrerer Herzklappen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I09.1	Rheumatische Krankheiten des Endokards, Herzklappe nicht näher bezeichnet	Abwertung
I09.8	Sonstige näher bezeichnete rheumatische Herzkrankheiten	Abwertung
I11.00	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
I11.01	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung
I13.00	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung
I13.01	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit 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
I23.5	Papillarmuskelruptur als akute Komplikation 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

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	Abwertung
I27.0	Primäre pulmonale Hypertonie	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
I33.0	Akute und subakute infektiöse Endokarditis	Abwertung
I33.9	Akute Endokarditis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I34.1	Mitralklappenprolaps	Abwertung
I34.2	Nichtrheumatische Mitralklappenstenose	Abwertung
I34.80	Nichtrheumatische Mitralklappenstenose mit Mitralklappeninsuffizienz	Abwertung
I35.0	Aortenklappenstenose	Abwertung
I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	Abwertung
I36.0	Nichtrheumatische Trikuspidalklappenstenose	Abwertung
I36.1	Nichtrheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz	Abwertung
I36.2	Nichtrheumatische Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz	Abwertung
I36.8	Sonstige nichtrheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten	Abwertung
I37.0	Pulmonalklappenstenose	Abwertung
I37.1	Pulmonalklappeninsuffizienz	Abwertung
I37.2	Pulmonalklappenstenose mit Insuffizienz	Abwertung
I37.8	Sonstige Pulmonalklappenkrankheiten	Abwertung
I40.0	Infektiöse Myokarditis	Abwertung
I40.9	Akute Myokarditis, nicht näher bezeichnet	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
I42.4	Endokardfibroelastose	Abwertung
I42.5	Sonstige restriktive Kardiomyopathie	Abwertung
I42.6	Alkoholische Kardiomyopathie	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
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
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
I45.6	Präexzitations-Syndrom	Abwertung
I45.8	Sonstige näher bezeichnete kardiale Erregungsleitungsstörungen	Streichung
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
I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	Abwertung
I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichter Belastung	Abwertung
I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	Abwertung
I50.19	Linksherzinsuffizienz: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
I50.9	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I51.0	Herzseptumdefekt, erworben	Abwertung
I51.2	Papillarmuskeleruptur, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
I51.3	Intrakardiale Thrombose, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
I60.7	Subarachnoidalblutung, von nicht näher bezeichneter intrakranieller Arterie ausgehend	Abwertung
I60.8	Sonstige Subarachnoidalblutung	Abwertung
I60.9	Subarachnoidalblutung, nicht näher bezeichnet	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	Subdurale Blutung (nichttraumatisch): Akut	Abwertung
I62.01	Subdurale Blutung (nichttraumatisch): Subakut	Abwertung
I62.02	Subdurale Blutung (nichttraumatisch): Chronisch	Abwertung
I62.09	Subdurale Blutung (nichttraumatisch): Nicht näher bezeichnet	Abwertung
I62.1	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

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
I65.1	Verschluss und Stenose der A. basilaris	Abwertung
I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	Abwertung
I65.3	Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien	Abwertung
I66.0	Verschluss und Stenose der A. cerebri media	Abwertung
I66.1	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
I67.6	Nichteitrige Thrombose des intrakraniellen Venensystems	Abwertung
I67.7	Zerebrale Arteriitis, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
I68.1	Zerebrale Arteriitis bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten	Abwertung
I68.2	Zerebrale Arteriitis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	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
I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	Abwertung
I70.24	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

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
I71.03	Dissektion der Aorta, thorakoabdominal, ohne Angabe einer Ruptur	Abwertung
I71.07	Dissektion der Aorta, thorakoabdominal, 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
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
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
I82.0	Budd-Chiari-Syndrom	Abwertung
I82.2	Embolie und Thrombose der V. cava	Abwertung
I82.88	Embolie und Thrombose sonstiger näher bezeichneter Venen	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
I82.9	Embolie und Thrombose nicht näher bezeichneter Vene	Abwertung
I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration	Abwertung
I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	Abwertung
I85.0	Ösophagusvarizen mit Blutung	Abwertung
I97.1	Sonstige Funktionsstörungen nach kardiochirurgischem Eingriff	Abwertung
I97.8	Sonstige Kreislaukomplikationen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
I97.9	Kreislaukomplikation nach medizinischer Maßnahme, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I98.2	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, ohne Angabe einer Blutung	Abwertung
J01.0	Akute Sinusitis maxillaris	Abwertung
J01.1	Akute Sinusitis frontalis	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
J09	Grippe durch bestimmte nachgewiesene Influenzaviren	Abwertung
J10.1	Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, sonstige 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

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
J15.5	Pneumonie durch Escherichia coli	Abwertung
J15.6	Pneumonie durch andere aerobe 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
J16.8	Pneumonie durch sonstige näher bezeichnete Infektionserreger	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
J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	Abwertung
J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J20.0	Akute Bronchitis durch Mycoplasma pneumoniae	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
J38.03	Lähmung der Stimmlippen und des Kehlkopfes: Beidseitig, partiell	Abwertung
J38.4	Larynxödem	Abwertung
J41.1	Schleimig-eitrige chronische Bronchitis	Abwertung
J41.8	Mischformen von einfacher und schleimig-eitriger chronischer 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

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
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 >= 35 % und < 50 % des Sollwertes	Abwertung
J44.02	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 >= 50 % und < 70 % des Sollwertes	Abwertung
J44.03	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 >= 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 >= 35 % und < 50 % des Sollwertes	Abwertung
J44.12	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 >= 50 % und < 70 % des Sollwertes	Abwertung
J44.13	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 >= 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 >= 35 % und < 50 % des Sollwertes	Abwertung
J47	Bronchiektasen	Abwertung
J67.0	Farmerlunge	Abwertung
J67.2	Vogelzüchterlunge	Abwertung
J67.8	Allergische Alveolitis durch organische Stäube	Abwertung
J67.9	Allergische Alveolitis durch nicht näher bezeichneten organischen Staub	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
J68.1	Lungenödem durch chemische Substanzen, Gase, Rauch und Dämpfe	Abwertung
J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	Abwertung
J69.8	Pneumonie durch sonstige feste und flüssige Substanzen	Abwertung
J70.4	Arzneimittelinduzierte interstitielle Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J80	Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]	Abwertung
J81	Lungenödem	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
J85.2	Abszess der Lunge ohne Pneumonie	Abwertung
J86.0	Pyothorax mit Fistel	Abwertung
J86.9	Pyothorax ohne Fistel	Abwertung
J90	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
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
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

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
J95.80	Iatrogener 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
J99.1	Krankheiten der Atemwege bei sonstigen diffusen Bindegewebskrankheiten	Abwertung
J99.8	Krankheiten der Atemwege bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
K11.3	Speicheldrüsenabszess	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
K25.0	Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung	Abwertung
K25.1	Ulcus ventriculi: Akut, mit Perforation	Abwertung
K25.4	Ulcus ventriculi: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
K25.6	Ulcus ventriculi: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung und Perforation	Abwertung
K26.0	Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung	Abwertung
K26.1	Ulcus duodeni: Akut, mit Perforation	Abwertung
K26.2	Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung und Perforation	Abwertung
K26.4	Ulcus duodeni: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung	Abwertung
K28.0	Ulcus pepticum jejuni: Akut, mit Blutung	Abwertung
K28.4	Ulcus pepticum jejuni: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung	Abwertung
K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	Abwertung
K31.1	Hypertrophische Pylorusstenose beim Erwachsenen	Abwertung
K31.82	Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung	Abwertung
K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	Abwertung
K40.40	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	Abwertung
K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne 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

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
K55.22	Angiodysplasie des Kolons: 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
K57.00	Divertikulose des Dünndarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	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
K57.13	Divertikulitis 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
K57.51	Divertikulose sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	Abwertung
K57.81	Divertikulose des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, mit Perforation, Abszess und 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
K61.2	Anorektalabszess	Abwertung
K62.5	Hämorrhagie des Anus und des Rektums	Abwertung
K63.0	Darmabszess	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
K63.1	Perforation des Darmes (nichttraumatisch)	Abwertung
K65.8	Sonstige Peritonitis	Abwertung
K65.9	Peritonitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K66.1	Hämoperitoneum	Abwertung
K67.8	Sonstige Krankheiten des Peritoneums bei anderenorts klassifizierten Infektionskrankheiten	Abwertung
K70.0	Alkoholische Fettleber	Aufwertung
K70.1	Alkoholische Hepatitis	Aufwertung
K70.2	Alkoholische Fibrose und Sklerose der Leber	Abwertung
K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	Abwertung
K70.4	Alkoholisches Leberversagen	Abwertung
K70.9	Alkoholische Leberkrankheit, nicht näher bez.	Aufwertung
K71.0	Toxische Leberkrankheit mit Cholestase	Abwertung
K71.1	Toxische Leberkrankheit mit Lebernekrose	Abwertung
K71.2	Toxische Leberkrankheit mit akuter Hepatitis	Abwertung
K71.3	Toxische Leberkrankheit mit chronisch-persistierender Hepatitis	Abwertung
K71.4	Toxische Leberkrankheit mit chronischer lobulärer Hepatitis	Abwertung
K71.5	Toxische Leberkrankheit mit chronisch-aktiver Hepatitis	Abwertung
K71.6	Toxische Leberkrankheit mit Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
K71.7	Toxische Leberkrankheit mit Fibrose und Zirrhose der Leber	Abwertung
K71.8	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

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
K72.9	Leberversagen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K73.0	Chronische persistierende Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert	Aufwertung
K73.1	Chronische lobuläre Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
K73.2	Chronische aktive Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
K73.8	Sonstige chronische Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
K73.9	Chronische Hepatitis, nicht näher bezeichnet	Aufwertung
K74.0	Leberfibrose	Abwertung
K74.1	Lebersklerose	Aufwertung
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
K75.0	Leberabszess	Abwertung
K75.1	Phlebitis der Pfortader	Abwertung
K75.2	Unspezifische reaktive Hepatitis	Abwertung
K75.3	Granulomatöse Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
K75.4	Autoimmune Hepatitis	Abwertung
K75.8	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Leberkrankheiten	Abwertung
K75.9	Entzündliche Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K76.0	Fettleber [fettige Degeneration], anderenorts nicht klassifiziert	Aufwertung
K76.1	Chronische Stauungsleber	Aufwertung
K76.2	Zentrale hämorrhagische Lebernekrose	Abwertung
K76.3	Leberinfarkt	Abwertung
K76.4	Peliosis hepatis	Abwertung
K76.5	Venöse okklusive Leberkrankheit [Stuart-Bras-Syndrom]	Abwertung
K76.6	Portale Hypertonie	Aufwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
K76.7	Hepatorenales Syndrom	Abwertung
K76.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leber	Aufwertung
K76.9	Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet	Aufwertung
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

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
K80.80	Sonstige Cholelithiasis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.81	Sonstige Cholelithiasis: Mit Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K81.0	Akute Cholezystitis	Abwertung
K82.0	Verschluss der Gallenblase	Abwertung
K82.1	Hydrops der Gallenblase	Abwertung
K82.3	Gallenblasenfistel	Abwertung
K83.0	Cholangitis	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
K85.20	Alkoholinduzierte akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation	Abwertung
K85.21	Alkoholinduzierte akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation	Abwertung
K85.80	Sonstige akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation	Abwertung
K85.81	Sonstige akute Pankreatitis: Mit 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
K91.81	Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen an Gallenblase und Gallenwegen	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
K91.82	Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen am Pankreas	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
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
L03.9	Phlegmone, nicht näher bezeichnet	Abwertung
L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	Abwertung
L10.0	Pemphigus vulgaris	Abwertung
L10.8	Sonstige Pemphiguskrankheiten	Abwertung
L10.9	Pemphiguskrankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
L12.0	Bullöses Pemphigoid	Abwertung
L12.1	Vernarbendes Pemphigoid	Abwertung
L12.8	Sonstige Pemphigoidkrankheiten	Abwertung
L12.9	Pemphigoidkrankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
L40.5	Psoriasis-Arthropathie	Abwertung
L44.4	Infantile papulöse Akrodermatitis [Gianotti-Crosti-Syndrom]	Abwertung
L53.0	Erythema toxicum	Abwertung
L53.3	Sonstiges figuriertes chronisches Erythem	Abwertung
L89.10	Dekubitus 2. Grades: Kopf	Abwertung
L89.11	Dekubitus 2. Grades: Obere Extremität	Abwertung
L89.12	Dekubitus 2. Grades: Dornfortsätze	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
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
L89.30	Dekubitus 4. Grades: Kopf	Abwertung
L89.31	Dekubitus 4. Grades: Obere Extremität	Abwertung
L89.32	Dekubitus 4. Grades: Dornfortsätze	Abwertung
L89.33	Dekubitus 4. Grades: Beckenkamm	Abwertung
L89.34	Dekubitus 4. Grades: Kreuzbein	Abwertung
L89.35	Dekubitus 4. Grades: Sitzbein	Abwertung
L89.36	Dekubitus 4. Grades: Trochanter	Abwertung
L89.37	Dekubitus 4. Grades: Ferse	Abwertung
L89.38	Dekubitus 4. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	Abwertung
L89.39	Dekubitus 4. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
M00.94	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
M00.96	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M05.09	Felty-Syndrom: Nicht näher bez. Lokalisation	Abwertung
M05.39	Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M07.10	Arthritis mutilans: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M07.30	Sonstige psoriatische Arthritiden: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M07.38	Sonstige psoriatische Arthritiden: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M07.39	Sonstige psoriatische Arthritiden: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M07.45	Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M07.48	Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M07.49	Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M07.55	Arthritis bei Colitis ulcerosa: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M07.58	Arthritis bei Colitis ulcerosa: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M07.59	Arthritis bei Colitis ulcerosa: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M08.09	Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M08.88	Sonstige juvenile Arthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M08.89	Sonstige juvenile Arthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M08.98	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M08.99	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M09.20	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Mehrere Lokalisationen	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
M09.28	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M09.29	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M30.8	Sonstige mit Panarteriitis nodosa verwandte Zustände	Abwertung
M31.0	Hypersensitivitätsangiitis	Abwertung
M31.3	Wegener-Granulomatose	Abwertung
M31.4	Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom]	Abwertung
M31.6	Sonstige Riesenzellarteriitis	Abwertung
M31.7	Mikroskopische Polyangiitis	Abwertung
M31.8	Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien	Abwertung
M31.9	Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
M32.1	Systemischer Lupus erythematodes mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen	Abwertung
M32.9	Systemischer Lupus erythematodes, 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
M48.41	Ermüdungsbruch eines Wirbels: Okzipito-Atlanto-Axialbereich	Abwertung
M48.42	Ermüdungsbruch eines Wirbels: Zervikalbereich	Abwertung
M48.43	Ermüdungsbruch eines Wirbels: Zervikothorakalbereich	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
M48.44	Ermüdungsbruch eines Wirbels: Thorakalbereich	Abwertung
M48.45	Ermüdungsbruch eines Wirbels: Thorakolumbalbereich	Abwertung
M48.46	Ermüdungsbruch eines Wirbels: Lumbalbereich	Abwertung
M48.47	Ermüdungsbruch eines Wirbels: Lumbosakralbereich	Abwertung
M48.48	Ermüdungsbruch eines Wirbels: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	Abwertung
M48.49	Ermüdungsbruch eines Wirbels: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M48.50	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	Abwertung
M48.51	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Okzipito-Atlanto-Axialbereich	Abwertung
M48.52	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Zervikalbereich	Abwertung
M48.53	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Zervikothorakalbereich	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
M48.57	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Lumbosakralbereich	Abwertung
M48.58	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	Abwertung
M48.59	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M49.50	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	Abwertung
M49.54	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Thorakalbereich	Abwertung
M49.55	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Thorakolumbalbereich	Abwertung
M49.56	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Lumbalbereich	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
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
M60.05	Infektiöse Myositis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M60.08	Infektiöse Myositis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M60.09	Infektiöse Myositis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M62.00	Muskeldiastase: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M62.01	Muskeldiastase: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M62.02	Muskeldiastase: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M62.03	Muskeldiastase: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M62.04	Muskeldiastase: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M62.05	Muskeldiastase: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M62.06	Muskeldiastase: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M62.07	Muskeldiastase: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M62.08	Muskeldiastase: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M62.09	Muskeldiastase: Nicht näher bez. Lokalisation	Abwertung
M62.10	Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M62.11	Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
M62.12	Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M62.13	Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M62.14	Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M62.15	Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M62.16	Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M62.17	Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M62.18	Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M62.19	Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M62.20	Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M62.21	Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M62.22	Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	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

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
M62.28	Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M62.29	Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M62.30	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M62.31	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M62.32	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M62.33	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M62.34	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M62.35	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M62.36	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M62.37	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M62.38	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M62.39	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M62.40	Muskelkontraktur: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M62.41	Muskelkontraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M62.42	Muskelkontraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M62.43	Muskelkontraktur: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M62.44	Muskelkontraktur: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
M62.45	Muskelkontraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M62.46	Muskelkontraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M62.47	Muskelkontraktur: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M62.48	Muskelkontraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M62.49	Muskelkontraktur: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M62.50	Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M62.51	Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M62.52	Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M62.53	Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M62.54	Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M62.55	Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M62.56	Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M62.57	Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M62.58	Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M62.59	Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
M62.80	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
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
M63.80	Sonstige Muskelkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M63.88	Sonstige Muskelkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M63.89	Sonstige Muskelkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M84.02	Frakturheilung in Fehlstellung: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M84.08	Frakturheilung in Fehlstellung: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M84.09	Frakturheilung in Fehlstellung: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M84.11	Nichtvereinigung der Fraktarenden [Pseudarthrose]: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
M84.12	Nichtvereinigung der Frakturenden [Pseudarthrose]: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M84.18	Nichtvereinigung der Frakturenden [Pseudarthrose]: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M84.19	Nichtvereinigung der Frakturenden [Pseudarthrose]: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	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
M90.76	Knochenfraktur bei Neubildungen: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M90.78	Knochenfraktur bei Neubildungen: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M90.79	Knochenfraktur bei Neubildungen: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M96.6	Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte	Streichung
M96.88	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-System nach medizinischen Maßnahmen	Abwertung
M96.9	Krankheit des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
N01.9	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet	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
N04.1	Nephrotisches Syndrom: Fokale und segmentale glomeruläre Läsionen	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
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
N11.0	Nichtobstruktive, mit Reflux verbundene chronische Pyelonephritis	Aufwertung
N11.1	Chronische obstruktive Pyelonephritis	Aufwertung
N11.8	Sonstige chronische tubulointerstitielle Nephritis	Aufwertung
N11.9	Chronische tubulointerstitielle Nephritis, nicht näher bezeichnet	Aufwertung
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
N13.4	Hydroureter	Abwertung
N13.6	Pyonephrose	Abwertung
N13.9	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
N16.0	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten	Aufwertung
N17.0	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose	Abwertung
N17.1	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose	Abwertung
N17.2	Akutes Nierenversagen mit Marknekrose	Abwertung
N17.8	Sonstiges akutes Nierenversagen	Abwertung
N17.9	Akutes Nierenversagen, 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

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
N18.80	Einseitige chronische Nierenfunktionsstörung	Abwertung
N20.1	Ureterstein	Abwertung
N30.0	Akute Zystitis	Abwertung
N30.1	Interstitielle Zystitis (chronisch)	Abwertung
N30.2	Sonstige chronische Zystitis	Aufwertung
N30.3	Trigonumzystitis	Aufwertung
N30.8	Sonstige Zystitis	Auf- und Abwertung
N30.9	Zystitis, nicht näher bezeichnet	Auf- und Abwertung
N31.2	Schlaffe neurogene Harnblase, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
N32.0	Blasenhalsobstruktion	Abwertung
N32.2	Harnblasenfistel, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
N33.8	Krankheiten der Harnblase bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
N34.0	Harnröhrenabszess	Abwertung
N34.1	Unspezifische Urethritis	Aufwertung
N34.2	Sonstige Urethritis	Aufwertung
N34.3	Urethrales Syndrom, nicht näher bezeichnet	Aufwertung
N35.0	Posttraumatische Harnröhrenstriktur	Abwertung
N37.0	Urethritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	Auf- und Abwertung
N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	Auf- und Abwertung
N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	Abwertung
N39.40	Reflexinkontinenz	Abwertung
N39.41	Überlaufinkontinenz	Abwertung
N39.42	Dranginkontinenz	Abwertung
N39.43	Extraurethrale Harninkontinenz	Abwertung
N39.47	Rezidivinkontinenz	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

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
N43.1	Infizierte Hydrozele	Abwertung
N45.0	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis mit Abszess	Abwertung
N63	Nicht näher bezeichnete Knoten in der Mamma [Brustdrüse]	Streichung
N70.0	Akute Salpingitis und Oophoritis	Abwertung
N70.1	Chronische Salpingitis und Oophoritis	Aufwertung
N70.9	Salpingitis und Oophoritis, nicht näher bezeichnet	Aufwertung
N71.1	Chronische entzündliche Krankheit des Uterus, ausgenommen der Zervix	Aufwertung
N71.9	Entzündliche Krankheit des Uterus, ausgenommen der Zervix, nicht näher bezeichnet	Aufwertung
N72	Entzündliche Krankheit der Cervix uteri	Aufwertung
N73.1	Chronische Parametritis und Entzündung des Beckenbindegewebes	Aufwertung
N73.2	Nicht näher bezeichnete Parametritis und Entzündung des Beckenbindegewebes	Aufwertung
N73.4	Chronische Pelveoperitonitis bei der Frau	Aufwertung
N73.6	Peritoneale Adhäsionen im weiblichen Becken	Aufwertung
N73.8	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Krankheiten im weiblichen Becken	Aufwertung
N73.9	Entzündliche Krankheit im weiblichen Becken, nicht näher bezeichnet	Aufwertung
N74.2	Syphilitische Entzündung im weiblichen Becken	Aufwertung
N74.3	Entzündung im weiblichen Becken durch Gonokokken	Aufwertung
N74.4	Entzündung im weiblichen Becken durch Chlamydien	Aufwertung
N74.8	Entzündung im weiblichen Becken bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Aufwertung
N76.0	Akute Kolpitis	Aufwertung
N76.1	Subakute und chronische Kolpitis	Aufwertung
N76.2	Akute Vulvitis	Aufwertung
N76.3	Subakute und chronische Vulvitis	Aufwertung
N76.4	Abszess der Vulva	Abwertung
N76.5	Ulzeration der Vagina	Aufwertung
N76.6	Ulzeration der Vulva	Aufwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
N76.80	Fournier-Gangrän bei der Frau	Neuaufnahme
N76.88	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	Aufwertung
N77.1	Vaginitis, Vulvitis oder Vulvovaginitis bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten	Aufwertung
N82.0	Vesikovaginalfistel	Abwertung
N82.1	Sonstige Fisteln zwischen weiblichem Harn- und Genitaltrakt	Abwertung
N82.3	Fistel zwischen Vagina und Dickdarm	Abwertung
N82.4	Sonstige Fisteln zwischen weiblichem Genital- und Darmtrakt	Abwertung
N98.1	Hyperstimulation der Ovarien	Neuaufnahme
N98.8	Sonstige Komplikationen im Zusammenhang mit künstlicher Befruchtung	Streichung
N98.9	Komplikation im Zusammenhang mit künstlicher Befruchtung, nicht näher bezeichnet	Streichung
O13	Gestationshypertonie [schwangerschaftsinduzierte Hypertonie]	Abwertung
O14.1	Schwere Präeklampsie	Aufwertung
O14.2	HELLP-Syndrom	Aufwertung
O14.9	Präeklampsie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
O15.0	Eklampsie während der Schwangerschaft	Aufwertung
O15.1	Eklampsie unter der Geburt	Aufwertung
O15.2	Eklampsie im Wochenbett	Aufwertung
O15.9	Eklampsie, bei der der zeitliche Bezug nicht angegeben ist	Aufwertung
O22.2	Oberflächliche Thrombophlebitis in der Schwangerschaft	Abwertung
O22.5	Hirnvenenthrombose in der Schwangerschaft	Aufwertung
O23.0	Infektionen der Niere in der Schwangerschaft	Abwertung
O23.3	Infektionen von sonstigen Teilen der Harnwege in der Schwangerschaft	Abwertung
O23.4	Nicht näher bezeichnete Infektion der Harnwege in der Schwangerschaft	Abwertung
O23.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektion des Urogenitaltraktes in der Schwangerschaft	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
O24.1	Diabetes mellitus in der Schwangerschaft: Vorher bestehender Diabetes mellitus, Typ 2	Abwertung
O24.3	Diabetes mellitus in der Schwangerschaft: Vorher bestehender Diabetes mellitus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
O24.4	Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend	Abwertung
O24.9	Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, nicht näher bezeichnet	Abwertung
O29.2	Komplikationen des Zentralnervensystems bei Anästhesie in der Schwangerschaft	Abwertung
O29.4	Kopfschmerzen nach Spinal- oder Periduralanästhesie in der Schwangerschaft	Abwertung
O29.5	Sonstige Komplikationen nach Spinal- oder Periduralanästhesie in der Schwangerschaft	Abwertung
O29.6	Misslingen oder Schwierigkeiten bei der Intubation in der Schwangerschaft	Abwertung
O29.8	Sonstige Komplikationen bei Anästhesie in der Schwangerschaft	Abwertung
O29.9	Komplikation bei Anästhesie in der Schwangerschaft, nicht näher bezeichnet	Abwertung
O44.00	Tiefer Sitz der Plazenta ohne (aktuelle) Blutung	Abwertung
O44.01	Placenta praevia ohne (aktuelle) Blutung	Abwertung
O44.10	Tiefer Sitz der Plazenta mit aktueller Blutung	Aufwertung
O44.11	Placenta praevia mit aktueller Blutung	Aufwertung
O47.0	Frustrane Kontraktionen vor 37 vollendeten Schwangerschaftswochen	Abwertung
O67.8	Sonstige intrapartale Blutung	Abwertung
O67.9	Intrapartale Blutung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
O71.0	Uterusruptur vor Wehenbeginn	Aufwertung
O71.1	Uterusruptur während der Geburt	Aufwertung
O74.1	Sonstige pulmonale Komplikationen bei Anästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung	Abwertung
O74.5	Kopfschmerzen nach Spinal- oder Periduralanästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
O74.6	Sonstige Komplikationen bei Spinal- oder Periduralanästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung	Abwertung
O74.8	Sonstige Komplikationen bei Anästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung	Abwertung
O74.9	Komplikation bei Anästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung, nicht näher bez.	Abwertung
O75.3	Sonstige Infektion unter der Geburt	Abwertung
O85	Puerperalfieber	Abwertung
O86.1	Sonstige Infektion des Genitaltraktes nach Entbindung	Abwertung
O86.3	Sonstige Infektionen des Urogenitaltraktes nach Entbindung	Abwertung
O86.8	Sonstige näher bezeichnete Wochenbettinfektionen	Abwertung
O87.0	Oberflächliche Thrombophlebitis im Wochenbett	Abwertung
O87.3	Hirnvenenthrombose im Wochenbett	Aufwertung
O88.0	Luftembolie während der Gestationsperiode	Aufwertung
O88.1	Fruchtwasserembolie	Aufwertung
O88.20	Lungenembolie während der Gestationsperiode	Aufwertung
O88.3	Pyämische und septische Embolie während der Gestationsperiode	Aufwertung
O89.0	Pulmonale Komplikationen bei Anästhesie im Wochenbett	Abwertung
O89.4	Kopfschmerzen nach Spinal- oder Periduralanästhesie im Wochenbett	Abwertung
O89.8	Sonstige Komplikationen bei Anästhesie im Wochenbett	Abwertung
O89.9	Komplikation bei Anästhesie im Wochenbett, nicht näher bezeichnet	Abwertung
O90.3	Kardiomyopathie im Wochenbett	Aufwertung
O90.4	Postpartales akutes Nierenversagen	Aufwertung
O98.0	Tuberkulose, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert	Aufwertung
O99.0	Anämie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert	Abwertung
O99.4	Krankheiten des Kreislaufsystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
P27.1	Bronchopulmonale Dysplasie mit Ursprung in der Perinatalperiode	Abwertung
P27.8	Sonstige chronische Atemwegserkrankungen mit Ursprung in der Perinatalperiode	Abwertung
P27.9	Nicht näher bezeichnete chronische Atemwegserkrankung mit Ursprung in der Perinatalperiode	Abwertung
P35.1	Angeborene Zytomegalie	Abwertung
P35.9	Angeborene Viruserkrankung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
P90	Krämpfe beim Neugeborenen	Abwertung
P92.1	Regurgitation und Rumination beim Neugeborenen	Abwertung
P92.2	Trinkunlust beim Neugeborenen	Abwertung
P92.5	Schwierigkeit beim Neugeborenen bei Brusternährung	Abwertung
Q02	Mikrozephalie	Abwertung
Q03.0	Fehlbildungen des Aquaeductus cerebri	Abwertung
Q03.9	Angeborener Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
Q04.3	Sonstige Reduktionsdeformitäten des Gehirns	Abwertung
Q04.4	Septo-optische Dysplasie	Abwertung
Q04.6	Angeborene Gehirnzysten	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
Q05.5	Zervikale Spina bifida ohne Hydrozephalus	Abwertung
Q05.6	Thorakale Spina bifida ohne 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
Q07.0	Arnold-Chiari-Syndrom	Abwertung
Q07.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Nervensystems	Abwertung
Q20.1	Rechter Doppelausstromventrikel [Double outlet right ventricle]	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
Q20.2	Linker Doppelausstromventrikel [Double outlet left ventricle]	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
Q21.88	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	Abwertung
Q22.1	Angeborene Pulmonalklappenstenose	Abwertung
Q22.5	Ebstein-Anomalie	Abwertung
Q22.6	Hypoplastisches Rechtsherzsyndrom	Abwertung
Q22.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Trikuspidalklappe	Abwertung
Q22.9	Angeborene Fehlbildung der Trikuspidalklappe, nicht näher bezeichnet	Abwertung
Q23.1	Angeborene Aortenklappeninsuffizienz	Abwertung
Q23.2	Angeborene Mitralklappenstenose	Abwertung
Q23.9	Angeborene Fehlbildung der Aorten- und Mitralklappe, nicht näher bezeichnet	Abwertung
Q24.4	Angeborene subvalvuläre Aortenstenose	Abwertung
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
Q27.0	Angeborenes Fehlen oder Hypoplasie der A. umbilicalis	Abwertung
Q28.28	Sonstige angeborene arteriovenöse Fehlbildungen der zerebralen Gefäße	Abwertung
Q28.30	Angeborenes Aneurysma der zerebralen Gefäße	Abwertung
Q31.1	Angeborene subglottische Stenose	Abwertung
Q31.5	Angeborene Laryngomalazie	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
Q31.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Kehlkopfes	Abwertung
Q32.0	Angeborene Tracheomalazie	Abwertung
Q32.1	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Trachea	Abwertung
Q32.4	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Bronchien	Abwertung
Q33.1	Akzessorischer Lungenlappen	Abwertung
Q33.2	Lungensequestration (angeboren)	Abwertung
Q33.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Lunge	Abwertung
Q35.1	Spalte des harten Gaumens	Abwertung
Q35.5	Spalte des harten und des weichen Gaumens	Abwertung
Q37.5	Spalte des harten und des weichen Gaumens mit einseitiger Lippenspalte	Abwertung
Q39.0	Ösophagusatresie ohne 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
Q42.9	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Dickdarmes, Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
Q44.0	Agenesie, Aplasie und Hypoplasie der Gallenblase	Abwertung
Q44.5	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Gallengänge	Abwertung
Q44.6	Zystische Leberkrankheit [Zystenleber]	Abwertung
Q52.1	Vagina duplex	Abwertung
Q54.0	Glanduläre Hypospadie	Abwertung
Q54.1	Penile Hypospadie	Abwertung
Q54.2	Penoskrotale Hypospadie	Abwertung
Q55.1	Hypoplasie des Hodens und des Skrotums	Abwertung
Q61.1	Polyzystische Niere, autosomal-rezessiv	Abwertung
Q61.2	Polyzystische Niere, autosomal-dominant	Abwertung
Q62.2	Angeborener Megaureter	Abwertung
Q62.3	Sonstige (angeborene) obstruktive Defekte des Nierenbeckens und des Ureters	Abwertung
Q64.4	Fehlbildung des Urachus	Abwertung
Q71.4	Longitudinaler Reduktionsdefekt des Radius	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
Q71.8	Sonstige Reduktionsdefekte der oberen Extremität(en)	Abwertung
Q75.0	Kraniosynostose	Abwertung
Q75.3	Makrozephalie	Abwertung
Q75.8	Sonstige näher bez. angeborene Fehlbildungen der Schädel- und Gesichtsschädelknochen	Abwertung
Q76.3	Angeborene Skoliose durch angeborene Knochenfehlbildung	Abwertung
Q78.0	Osteogenesis imperfecta	Abwertung
Q78.8	Sonstige näher bezeichnete Osteochondrodysplasien	Abwertung
Q79.6	Ehlers-Danlos-Syndrom	Abwertung
Q85.0	Neurofibromatose (nicht bösartig)	Abwertung
Q85.8	Sonstige Phakomatosen, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
Q86.0	Alkohol-Embryopathie (mit Dysmorphien)	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
Q87.4	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
Q90.2	Trisomie 21, Translokation	Abwertung
Q90.9	Down-Syndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
Q91.7	Patau-Syndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
Q93.3	Deletion des kurzen Armes des Chromosoms 4	Abwertung
Q95.0	Balancierte Translokation und Insertion beim normalen Individuum	Abwertung
Q99.8	Sonstige näher bezeichnete Chromosomenanomalien	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	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
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
R56.0	Fieberkrämpfe	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

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
R65.9	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS], nicht näher bezeichnet	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
S02.61	Unterkieferfraktur: Processus condylaris	Abwertung
S02.8	Frakturen sonstiger Schädel- und Gesichtsschädelknochen	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
S05.8	Sonstige Verletzungen des Auges und der Orbita	Abwertung
S06.1	Traumatisches Hirnödem	Abwertung
S06.21	Diffuse Hirnkontusionen	Abwertung
S06.28	Sonstige diffuse Hirn- und Kleinhirnverletzungen	Abwertung
S06.31	Umschriebene Hirnkontusion	Abwertung
S06.33	Umschriebenes zerebrales Hämatom	Abwertung
S06.5	Traumatische subdurale Blutung	Abwertung
S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung	Abwertung
S06.71	Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma: 30 Minuten bis 24 Stunden	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
S12.8	Fraktur sonstiger Teile im Bereich des Halses	Abwertung
S12.9	Fraktur im Bereich des Halses, Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
S13.10	Luxation eines Halswirbels: Höhe nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
S13.11	Luxation von Halswirbeln: C1/C2	Abwertung
S13.18	Luxation von Halswirbeln: Sonstige	Abwertung
S13.2	Luxation sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile im Bereich des Halses	Abwertung
S13.3	Multiple Luxationen im Bereich des Halses	Abwertung
S22.00	Fraktur eines Brustwirbels: Höhe nicht näher bezeichnet	Abwertung
S22.01	Fraktur eines Brustwirbels: T1 und T2	Abwertung
S22.03	Fraktur eines Brustwirbels: T5 und T6	Abwertung
S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	Abwertung
S22.1	Multiple Frakturen der Brustwirbelsäule	Abwertung
S22.2	Fraktur des Sternums	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
S27.0	Traumatischer Pneumothorax	Abwertung
S27.1	Traumatischer Hämatothorax	Abwertung
S27.2	Traumatischer Hämato-pneumothorax	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

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
S32.82	Fraktur: Lendenwirbelsäule und Kreuzbein, Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
S32.83	Fraktur: Becken, Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
S36.08	Sonstige Verletzungen der Milz	Abwertung
S37.00	Verletzung der Niere, nicht näher bezeichnet	Abwertung
S37.01	Prellung und Hämatom der Niere	Abwertung
S37.22	Ruptur der Harnblase	Abwertung
S37.30	Verletzung der Harnröhre: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
S37.38	Verletzung der Harnröhre: Sonstige Teile	Abwertung
S42.22	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Col- lum chirurgicum	Abwertung
S72.00	Schenkelhalsfraktur: Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	Abwertung
S72.04	Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal	Abwertung
S72.05	Schenkelhalsfraktur: Basis	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
S72.43	Distale Fraktur des Femurs: Suprakondylär	Abwertung
S72.8	Frakturen sonstiger Teile des Femurs	Abwertung
S72.9	Fraktur des Femurs, Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
T08.0	Fraktur der Wirbelsäule, Höhe nicht näher be- zeichnet: geschlossen oder o.n.A.	Abwertung
T27.1	Verbrennung des Kehlkopfes und der Trachea mit Beteiligung der Lunge	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
T80.3	AB0-Unverträglichkeitsreaktion	Abwertung
T80.5	Anaphylaktischer Schock durch Serum	Abwertung
T80.6	Sonstige Serumreaktionen	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T81.1	Schock während oder als Folge eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T81.2	Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T81.3	Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T81.5	Fremdkörper, der versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist	Abwertung
T81.7	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
T82.3	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
T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	Abwertung
T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	Abwertung
T83.2	Mechanische Komplikation durch ein Harnorgantransplantat	Abwertung
T83.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Harntrakt	Abwertung
T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	Abwertung
T84.1	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	Abwertung
T84.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]	Abwertung
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
T85.2	Mechanische Komplikation durch eine intraokulare Linse	Abwertung
T85.4	Mechanische Komplikation durch Mammaprothese oder -implantat	Abwertung
T85.5	Mechanische Komplikation durch gastrointestinale Prothesen, Implantate oder Transplantate	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
T85.73	Infektion und entzündliche Reaktion durch Mammaprothese oder -implantat	Abwertung
T85.78	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	Abwertung
T85.82	Kapselfibrose der Mamma durch Mammaprothese oder -implantat	Abwertung
T85.88	Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T86.01	Akute Graft-versus-host-Krankheit, Grad I und II	Abwertung
T86.03	Chronische Graft-versus-host-Krankheit, begrenzte Form	Abwertung

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
T86.11	Chronische Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates	Abwertung
T86.12	Verzögerte Aufnahme der Transplantatfunktion	Abwertung
T86.19	Sonstige und nicht näher bezeichnete Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Nierentransplantates	Abwertung
T86.2	Versagen und Abstoßung eines Herztransplantats	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
T86.9	Versagen und Abstoßung eines nicht näher bezeichneten transplantierten Organes und Gewebes	Abwertung
T87.4	Infektion des Amputationsstumpfes	Abwertung
T87.5	Nekrose des Amputationsstumpfes	Abwertung
T88.0	Infektion nach Impfung [Immunisierung]	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
U60.1	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit: Kateg. A	Abwertung
U60.2	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit: Kateg. B	Abwertung
U60.3	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit: Kateg. 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

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
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
U80.4	Escherichia, Klebsiella und Proteus mit Resistenz gegen Chinolone, Carbapeneme, Amikacin, oder mit nachgewiesener Resistenz gegen alle Beta-Laktam-Antibiotika [ESBL-Resistenz]	Abwertung
U80.5	Enterobacter, Citrobacter und Serratia mit Resistenz gegen Carbapeneme, Chinolone oder Amikacin	Abwertung
U80.6	Pseudomonas aeruginosa und andere Nonfermenter mit Resistenz gegen Carbapeneme, Chinolone, Amikacin, Ceftazidim oder Piperacillin/Tazobactam	Abwertung
U80.7	Burkholderia und Stenotrophomonas mit Resistenz gegen Chinolone, Amikacin, Ceftazidim, Piperacillin/Tazobactam oder Cotrimoxazol	Abwertung
U81	Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika	Abwertung
U83	Candida mit Resistenz gegen Fluconazol oder Voriconazol	Abwertung
U84	Herpesviren mit Resistenz gegen Virustatika	Abwertung
Z34	Überwachung einer normalen Schwangerschaft	Neuaufnahme
Z35.0	Überwachung einer Schwangerschaft bei Infertilitätsanamnese	Neuaufnahme
Z35.1	Überwachung einer Schwangerschaft bei Abortanamnese	Neuaufnahme
Z35.2	Überwachung einer Schwangerschaft bei sonstiger ungünstiger geburtshilflicher oder Reproduktionsanamnese	Neuaufnahme

ICD 2014	ICD-Text 2014	Kategorie
Z35.3	Überwachung einer Schwangerschaft mit ungenügender pränataler Betreuung in der Anamnese	Neuaufnahme
Z35.4	Überwachung einer Schwangerschaft bei ausgeprägter Multiparität	Neuaufnahme
Z35.5	Überwachung einer älteren Erstschwangeren	Neuaufnahme
Z35.6	Überwachung einer sehr jungen Erstschwangeren	Neuaufnahme
Z35.8	Überwachung sonstiger Risikoschwangerschaften	Neuaufnahme
Z35.9	Überwachung einer Risikoschwangerschaft, nicht näher bezeichnet	Neuaufnahme
Z43.0	Versorgung eines Tracheostomas	Abwertung
Z93.0	Vorhandensein eines Tracheostomas	Abwertung
Z94.0	Zustand nach Nierentransplantation	Abwertung
Z94.1	Zustand nach Herztransplantation	Abwertung
Z94.4	Zustand nach Lebertransplantation	Abwertung
Z94.88	Zustand nach sonstiger Organ- oder Gewebeatransplantation	Abwertung
Z95.80	Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems	Aufwertung

Tabelle A-4-1:

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

DRG	DRG-Text
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation
A04C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, < 16 J., od. GVHD Grad III/IV od. auß. b. Plasmazytom, 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.
A04E	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmazytom
A05B	Herztransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2646 / 2484 / - Aufwandspunkte
A07A	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und int. Komplexbeh. > 3920 / 3680 / 3680 P. oder mit hochkompl. oder dreizeitigem Eingr.
A07B	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit kompl. OR-Proz. und kompliz. Konst. od. mit Polytrauma oder Alter < 16 J. oder intensivmed. Komplexbeh. > - / 3220 / - Punkte
A11A	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre
A15C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogene, außer bei Plasmazytom, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte Entnahme, ohne Stammzellboost oder bei Plasmazytom, mit bestimmter Entnahme oder Stammzellboost oder IntK > 392 / 368 / 368 Punkte
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre oder ohne ABO-inkompatible Transplantation, ohne schwerste CC
A36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / - / 552 und < - / - / 829 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen
A42B	Stammzellentnahme bei Eigenspender, Alter < 16 Jahre
A42C	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC
A60B	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
A61A	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
A61B	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, ohne äußerst schwere CC
A64Z	Evaluiierungsaufenthalt vor Leber-, Dünndarm oder Nieren-Pankreas-Transplantation
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, mehr als 8 Bestrahlungen, bei bestimmter Neubildung oder mit schwersten CC, oder mit bestimmtem kompl. Eingriff bei Neubildung oder int. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P., Alter < 6 J. oder mit schwersten CC
B04A	Interventionelle oder beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 16 Jahre
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
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen
B64Z	Delirium
B66A	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder mit komplizierender Konstellation
B66B	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre, ohne komplizierende Konstellation
B77Z	Kopfschmerzen
B85A	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit hochkomplexer Diagnose oder mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose
B85B	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, ohne hochkomplexe Diagnose
C01A	Komplexe Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen
C02A	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom
C07A	Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE)
C08A	Beidseitige extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) oder extrakapsuläre Extraktion der Linse bei angeborener Fehlbildung der Linse
C08B	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse

DRG	DRG-Text
C12Z	Andere Rekonstruktionen der Augenlider
C13Z	Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen
C61Z	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges
D01B	Kochleaimplantation, unilateral
D15B	Tracheostomie ohne äußerst schwere CC
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
D36Z	Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen
D37B	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre, außer bei Gaumenspalte oder Spaltnase, ohne Septorhinoplastik mit Rippenknorpeltransplantation
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen
D39Z	Andere Eingriffe an der Nase
D61B	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) außer komplexe Gleichgewichtsstörungen, Hörverlust, Tinnitus
D63Z	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter < 3 Jahre
E03Z	Brachytherapie oder Therapie mit offenen Nukliden bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag
E06B	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre, mit offen chirurg. Pleurolyse od. mit best. atypischen Lungenresektionen od. mit best. Brustkorbborrektur
E69C	Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 1 Jahr oder flexible Bronchoskopie, Alter < 16 Jahre, ohne RS-Virus-Infektion
E75A	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 10 Jahre
E76B	Tuberkulose bis 14 Belegungstage mit äußerst schweren oder schweren CC
E77C	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter komplexer Infektion und äußerst schweren CC
E77D	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder angeborenem Fehlbildungssyndrom

DRG	DRG-Text
E77E	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter komplexer Infektion und schweren CC oder bei Zustand nach Organtransplantation
E77F	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie oder bestimmter Zweifacheingriff
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompl. Konstellation, Alter > 0 Jahre, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, ohne intensmed. Kompl. > 392 / 368 / - Punkte, mit Zweifacheingriff oder bei angeb. Herzfehler, mit komplexem Eingriff
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, ohne IntK > 392 / 368 / - P., Alter > 15 J., mit Zweifacheingr. od. kompl. Eingriff od. bei Endokarditis od. bei angeb. Herzfehler
F12A	Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem mit äußerst schweren CC oder mit ablativen Maßnahmen oder PTCA oder Implantation mit Revision mit komplexem Eingriff, mit äuß. schw. CC oder mit Sondenentf. mit Excimer-Laser od. Alter < 16 Jahre
F12F	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen oder Alter < 16 Jahre
F13B	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC, ohne mehrzeitige Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe
F27C	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodesen des Fußes, ohne komplexe Hauteingriffe
F59B	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe, mit aufwendigem Eingriff oder mit bestimmtem beidseitigen Eingriff oder mit bestimmter Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag
F68B	Angeborene Herzkrankheit, Alter > 5 Jahre
F72A	Angina pectoris mit äußerst schweren CC
F74Z	Thoraxschmerz und sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schweren CC bei mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre
F75C	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schweren CC bei mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre und Alter < 18 Jahre
F75D	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schweren CC bei mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre

DRG	DRG-Text
G04A	Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre oder mit schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder bestimmte PTAs an abdominalen Gefäßen mit äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre oder Implantation eines Antireflux-Stimulationssystems
G08A	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, mit äußerst schweren CC
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff
G19C	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, ohne IntK > - / 368 / - Punkte, ohne komplexen Eingriff
G22C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung
G23A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung
G23C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 13 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung
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
G60A	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
G70B	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
H06B	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas, ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation, mit selektiver Embolisation
H09C	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff am Pankreas, außer bei bösartiger Neubildung
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H41B	Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur

DRG	DRG-Text
H63B	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 0 Jahre
H64Z	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen
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
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula, Alter < 16 Jahre
I20D	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe, mit bestimmtem Eingriff an mehr als einem Strahl oder chronischer Polyarthritits oder bestimmtem Diabetes mellitus
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
I23B	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule ohne komplizierenden Eingriff am Knochen
I32C	Eingr. an Handg. und Hand oh. mehrz. Eingr., oh. Komplexb. Hand, mit kompl. Eingr. od. bei angeb. Anomalie d. Hand od. Pseudarthr., Alter > 5 J. od. oh. kompl. Eingr. b. angeb. Fehlb. d. Hand und Alter < 16 J., mit best. Eingr. od. kompl. Diag.
I42A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mind. 14 Tage
I43A	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, mit äußerst schweren CC
I45A	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, mehr als ein Segment
I75B	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne CC oder Entzündungen von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln ohne äußerst schwere oder schwere CC
I79Z	Fibromyalgie
J08B	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexe Prozedur, mit bestimmtem Eingriff an Haut, Unterhaut und Mamma, mit äußerst schweren CC
J24B	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, ohne Prothesenimplantation, ohne bestimmte Mammareduktionsplastik

DRG	DRG-Text
J67Z	Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte bis moderate Hauterkrankungen
K04Z	Große Eingriffe bei Adipositas
K06A	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder Parathyreoidektomie oder äußerst schwere oder schwere CC mit Thyreoidektomie durch Sternotomie
K09B	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff, mit komplexem Eingriff
K25Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 6 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K60B	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre und multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K60D	Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder Alter < 16 Jahre, ein Belegungstag oder mit schweren CC oder multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K60F	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne multiple Komplikationen, ohne Ketoazidose, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, ein Belegungstag
K64B	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre
L02B	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz, oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse
L05B	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC
L08B	Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter > 5 Jahre
L09B	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane mit Anlage eines Dialyseshunt bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse oder außer Anlage e. Dialyseshunts, m. Kalziphyllaxie, Alter > 1 Jahr, ohne äußerst schwere CC
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
L18B	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale u. and. retroperitoneale Eingr. oh. ESWL, oder best. Eingr. Niere, ohne äuß. schw. CC od. transurethr. Eingr. außer Prostatares. u. kompl. Ureterorenoskopien, b. Para- / Tetrapl., m. äuß. schw. CC
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und kompl. Ureterorenoskopien ohne ESWL, ohne kompl. Eingr., ohne fluoreszenzgestützte TUR der Harnbl. od. and. Eingr. an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schw. CC, Alter < 90 Jahre
L36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L42A	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen mit auxiliären Maßnahmen oder bei Para- / Tetraplegie
L62A	Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC
L63B	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre
L63E	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, ohne bestimmte schwere Infektionen, Alter > 2 und < 6 Jahre
L64B	Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Urethrastraktur, andere leichte bis moderate Erkrankung der Harnorgane, bestimmte Beschwerden und Symptome der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter < 14 Jahre
L69B	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
L70B	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder Hämolytisch-urämisches Syndrom
M03C	Eingriffe am Penis, Alter > 17 Jahre
M06Z	Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen
M11Z	Transurethrale Laserdestruktion und -resektion der Prostata
M60C	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hoch- und mittelgradig komplexe Chemotherapie
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane
N02A	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder best. Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung oder best. Eingriffe am Darm oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva, mit äußerst schweren CC
N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff

DRG	DRG-Text
N25Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose, oder diagnostische Laparoskopie, oder best. Eingriff an den Parametrien
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
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 kompl. OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollend. Wochen oder mit intrauteriner Therapie oder kompliz. Konstellation oder bestimmtem Eingriff oder komplizierender Diagnose oder mit äußerst schweren CC
O03Z	Eingriffe bei Extrauterin gravidität
O05A	Cerclage und Muttermundverschluss oder komplexe OR-Prozedur oder bestimmte intrauterine Operation am Feten, mehr als ein Belegungstag
O05C	Intrauterine Therapie des Feten
O40Z	Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterektomie oder bestimmte Amnionpunktion
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 143 und < 481 Stunden oder Eingriff bei univentrikulärem Herzen
P03B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 und < 480 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 479 Stunden
P04B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 240 Stunden
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur
P61B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61E	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P62B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur

DRG	DRG-Text
P65D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem
P66C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem
P66D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder neugeborener Mehrling, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder ein Belegungstag
P67C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Prozedur, ohne komplizierende Diagnose
Q02B	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter < 6 Jahre
Q03A	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter < 10 Jahre
Q60D	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 16 Jahre
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
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder schwersten CC
R60C	Akute myeloische Leukämie mit int. Chemoth., äuß. schw. CC od. kompl. Diagnostik b. Leuk. od. mit mäß. kompl. Chemoth. mit best. kompliz. Faktoren od. mit äuß. schw. CC mit kompl. Diagnostik od. KomplBeh. MRE mit Dial. od. äuß. schw. CC od. schwerste CC
R60D	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth., ohne kompliz. Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimpl., oh. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - AufwP., oh. äuß. schwere CC, oh. kompl. Diagnostik b. Leukämie od. mit Dialyse od. äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
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
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation oder Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, Alter < 16 Jahre
R62B	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr, ohne komplexe Diagnose
R63C	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC
R63D	Andere akute Leukämie mit intensiver oder mäßig kompl. Chemoth., mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit lokaler Chemoth., mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranulozytose od. Portimplantation oder mit äuß. schw. CC
R63G	Andere akute Leukämie 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
R65A	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
T60F	Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme
T62B	Fieber unbekannter Ursache ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 6 Jahre
T63C	Andere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation
U60A	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
U61Z	Schizophrenie, wahnhaft und akut psychotische Störungen
U63Z	Schwere affektive Störungen
Y02C	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 < 18 J.

DRG	DRG-Text
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.

Tabelle A-4-2:

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

DRG	DRG-Text
A06C	Beatmung > 1799 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / - Aufwandspunkte
A07E	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 2208 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation
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
A11F	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation oder intensivmed. Komplexbehandlung > - / - / 1104 P. oder Alter < 6 Jahre
A13B	Beatmung > 95 Stunden mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., Alter < 16 Jahre od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte und kompliz. Konst.
A15D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom, ohne bestimmte Entnahme, ohne Stammzellboost
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte komplizierende Faktoren
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
B17A	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplizierender Diagnose oder Implantation Ereignis-Rekorder
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation

DRG	DRG-Text
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 588 / 552 / 552 Punkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder bestimmte hochaufwendige Implantate
B39C	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, bis 72 Stunden, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
B69B	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, mit äußerst schweren CC
B69C	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurol. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Std., ohne äuß. schw. CC oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls oder mit äuß. schw. CC
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
C03B	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE) oder bei bösartiger Neubildung des Auges, ohne bestimmten Eingriff an der Retina
C03C	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), außer bei bösartiger Neubildung des Auges, mit bestimmtem Eingriff an der Retina
C03D	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), außer bei bösartiger Neubildung des Auges, ohne bestimmten Eingriff an der Retina
C05Z	Dakryozystorhinostomie
C07B	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE)
C14Z	Andere Eingriffe am Auge
C66Z	Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D04Z	Bigotomie Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen
D05A	Komplexe Parotidektomie
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien

DRG	DRG-Text
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik
D25C	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, mit starrer Endoskopie
D61A	Komplexe Gleichgewichtsstörung, Hörverlust oder Tinnitus
E02B	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, mit aufwendigem Eingriff oder schwerste CC, Alter > 9 Jahre
E02C	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwendigen Eingriff, ohne schwerste CC, Alter > 9 Jahre, mehr als ein Belegungstag
E05B	Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Eingriffe zur Entfernung von intrakraniell Gewebe, ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC
E71A	Neubildungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC
E77A	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 368 / - Aufwandspunkte
E77H	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter < 1 Jahr, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
F03D	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 0 J., ohne Eingr. in tiefer Hypothermie, ohne IntK > 392 / 368 / - P., mit Zweifacheingr. od. kompl. Eingr. od. bei Endokarditis od. bei angeb. Herzfehler, Alter < 16 J.
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne kompl. Konstellation, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne Karotiseingriff, mit invasiv. kardiolog. Diagnostik, bei Infarkt oder mit Reoperation, ohne intraoperative Ablation
F09C	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
F12E	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne kompl. Eingr., Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC oder isolierter offen chirurgischer Sondenimplantation oder Sondenentfernung mit intraluminal expandierbarer Extraktionshilfe
F12G	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne Sondenentfernung mit Excimer-Laser, ohne äußerst schwere CC oder isolierte offen chirurgische Sondenimplantation
F12H	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, mit Implantation eines Ereignisrekorders
F12I	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders
F36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > - / - / 552 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne bestimmten Aortenstent, oder bestimmter mehrzeitiger komplexer Eingriff
F41A	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt mit äußerst schweren CC
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei mehr als einem Belegungstag, mit komplexer Diagnose
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei mehr als einem Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, mit bestimmtem Eingriff
F49G	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei mehr als einem Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC
F59C	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe, mit anderem beidseitigen Eingriff oder Mehrfacheingriff oder mit bestimmtem komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag
F60A	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC
F63A	Venenthrombose mit äußerst schweren CC
F72B	Angina pectoris ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
G02A	Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte
G03B	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte, mit komplexem Eingriff
G07B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, mit laparoskopischer Adhäsioolyse od. Alter > 2 Jahre und Alter < 10 Jahre
G08B	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, ohne äußerst schwere CC
G12A	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur
G21A	Komplexe Adhäsioolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre und < 16 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm und Enterostoma, ohne äußerst schwere CC
G21B	Komplexe Adhäsioolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder bestimmte andere Eingriffe an Darm und Enterostoma oder bestimmte lokale Exzision am Darm, mit äußerst schweren CC
G29Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G37Z	Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G72B	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane, Alter > 2 Jahre oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 2 Jahre und Alter < 56 Jahre oder ohne CC
G73Z	Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
H02A	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen bei bösartiger Neubildung
H09A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC, mit bestimmtem Eingriff an Leber, Pankreas und Gallengängen
H12B	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff

DRG	DRG-Text
H36A	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mit intensivmed. Komplexbehandlung > 980 / 828 / - Aufwandspunkte
H36B	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 und < 981 / 829 / - Aufwandspunkte
H40A	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung mit äußerst schweren CC
H61B	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose, Alter < 17 Jahre
I01Z	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose
I02C	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kompliz. Konst., Eingriff an mehreren Lokalisationen oder schw. Weichteilschaden, ohne äuß. schw. CC, ohne komplexe OR-Prozedur od. mit komplexer plast. Rekonstruktion od. kompl. OR-Prozedur
I03B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrodesen od. Alter < 16 Jahre oder beidseitige od. mehrere gr. Eingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, ohne äuß. schw. CC, ohne mehrzeit. Wechsel, ohne Eingr. an mehr. Lok.
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen
I06A	Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit hochkomplexem Korrektur-eingriff oder bestimmtem mehrzeitigen Eingriff oder mit Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit komplizierender Konstellation oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC
I06B	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals mit hochkomplexem Eingriff an der Wirbelsäule oder komplexem Eingriff an Kopf und Hals, Alter < 19 Jahre oder mit sehr komplexem Eingriff bei schwerer entzündlicher Erkrankung
I06C	Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Wirbelsäule ohne schwere entzündliche Erkrankung oder ohne bestimmten Eingriff an Wirbelsäule
I08C	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit bestimmtem Eingriff bei Beckenfraktur ohne äußerst schwere CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit anderem Eingriff an oberer Extremität und Wirbelsäule
I09A	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, mit sehr komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC oder mehrzeitiger komplexer Eingriff oder komplexer Eingriff mit Wirbelkörperersatz oder verschiedene komplexe Eingriffe an mehreren Segmenten
I09C	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne kompl. Eingr., ohne WK-Ersatz, ohne versch. kompl. Eingr. an mehreren Seg., mit best. aufw. WS-Eingr., mit best. Kyphopl., m. best. Eingr. am Schädel, Gehirn, Rückenm. od. WS

DRG	DRG-Text
I09D	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne kompl. Eingr., ohne WK-Ersatz, ohne versch. kompl. Eingr. an mehreren Seg., mit best. aufw. WS-Eingr., mit best. Kyphopl., ohne best. Eingr. an Schädel, Gehirn, Rückenm. od. WS
I09E	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne best. aufw. WS-Eingr., mit best. WS-Osteosynthesen, od. bei Para- / Tetraplegie od. bei HWS-Fraktur, od. m. intervertebralen Cages > 2 Seg.
I10A	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Rückenmark, Spinalkanal, Wirbelsäule, Rumpf mit äußerst schweren CC
I10G	Andere wenig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule, mehr als ein Belegungstag
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
I13A	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff oder aufwendiger Osteosynthese mit komplizierenden Eingriffen am Humerus
I16Z	Andere Eingriffe am Schultergelenk oder an der Klavikula, oder offene Repositionen bei einer Klavikulafraktur
I17Z	Operationen am Gesichtsschädel
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit Arthrodeese am Großzehengrundgelenk oder Osteosynthese einer Mehrfragmentfraktur oder bestimmter Knochentransplantation oder wenig komplexem Eingriff an mehr als einem Strahl
I28A	Komplexe Eingriffe am Bindegewebe
I32D	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder ohne sehr komplexen Eingriff, oder mit komplexer Diagnose oder mit bestimmtem oder beidseitigem Eingriff oder Mehrfacheingriff an 3 Strahlen
I32F	Mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter > 5 Jahre
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 8 Bestrahlungen
I44A	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, mit äußerst schweren CC oder Korrektur einer Brustkorbdeformität
I44B	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, ohne äußerst schweren CC oder ohne Korrektur einer Brustkorbdeformität

DRG	DRG-Text
I44C	Verschiedene Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff
I59Z	Andere Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk oder mäßig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm
I66C	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, ein Belegungstag
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag
I72Z	Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit äußerst schweren oder schweren CC oder Frakturen am Femurschaft, Alter > 2 Jahre
I78Z	Leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk
J08C	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexe Prozedur, mit komplexer Diagnose oder mit Eingriff an Kopf und Hals, ohne bestimmten Eingriff an Haut, Unterhaut und Mamma oder ohne äußerst schwere CC
J11C	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne komplizierende Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisation bei Hämangiom, ohne mäßig komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose
J16B	Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung
J25Z	Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC
J26Z	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit komplexer Hauttransplantation oder große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung mit komplexem Eingriff oder bestimmtem Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung
J68A	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose
J77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
K06B	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus bei bösartiger Neubildung oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder Parathyreoidektomie, ohne Thyreoidektomie durch Sternotomie

DRG	DRG-Text
K09C	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexen Eingriff
K63D	Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
K77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
L02C	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre, ohne akute Niereninsuffizienz, ohne chronische Niereninsuffizienz mit Dialyse
L09A	Andere Eingriffe bei Erkr. der Harnorgane mit Anlage Dialyseshunt bei akuter Niereninsuff. od. bei chron. Niereninsuff. mit Dialyse od. auß. Anl. Dialyseshunt, m. Kalziphyllaxie, od. mit kompl. OR-Proz. od. kompl. Eingr., Alter < 2 J. od. auß. schw. CC
L10Z	Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung ohne Multiviszeraler Eingriff oder Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, mit großem Eingriff am Darm
L12A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
L13C	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC, ohne bestimmten Eingriff
L20A	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien, außer bei Para- / Tetraplegie oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie, mit äußerst schweren CC
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, ohne bestimmte schwere Infektionen, Alter > 5 und < 90 Jahre
L64C	Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Urethrastriktor, andere leichte bis moderate Erkrankung der Harnorgane, bestimmte Beschwerden und Symptome der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 13 Jahre
L73Z	Harnblasenlähmung, mehr als ein Belegungstag
L74Z	Bestimmte Krankheiten und Störungen der Harnorgane bei Para- / Tetraplegie
M01B	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC
M04A	Eingriffe am Hoden oder bestimmte Eingriffe an der Prostata, mit äußerst schweren CC oder bei Fournier-Gangrän

DRG	DRG-Text
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, mit hoch- und mittelgradig komplexer Chemotherapie
M64Z	Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane und Sterilisation beim Mann
N02B	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder best. Hernien und große operat. Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung, mit CC oder best. Eingriffe am Darm oder Rekonstr. von Vagina u. Vulva od. Vulvektomie mit Lymphadenekt.
N05B	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne Verschluss einer vesikovaginalen Fistel
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
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
N61Z	Infektion und Entzündung der weiblichen Geschlechtsorgane
O01B	Sectio caesarea m. mehr. kompliz. Diag., Schwangerschaftsd. > 25 vollend. W. (SSW), oh. intraut. Ther., oh. kompliz. Konstell., oh. Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., m. od. oh. kompliz. Diag. m. best. Eingriff b. Sectio od. äuß. schw. CC
O01F	Primäre Sectio caesarea ohne äuß. schwere CC, mit komplizierender oder komplexer Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen (SSW) oder sekundäre Sectio caesarea, ohne komplizierende oder komplexe Diagnose, SSW > 33 vollendete Wochen
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
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
P06B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren

DRG	DRG-Text
P66A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., mit mehreren schweren Problemen od. Ng., Aufnahmegeg. > 2499 g oh. OR-Proz., oh. Beatmung > 95 Std., m. mehreren schw. Probl., mit Hypothermiebehandlung
P67D	Neugeborener Einling, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag
Q01Z	Eingriffe an der Milz
Q02C	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur
R13B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne kompliz. Konstellation, ohne Agranul., ohne Portimpl., ohne Komplexbeh. MRE, ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie, ohne äuß. schw. CC, mit kompl. Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter < 16 Jahre
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 mit Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC
R63F	Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC
T63B	Bestimmte virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation
V63Z	Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit
W01B	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder bestimmten Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552, ohne Frührehabilitation, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung oder mit IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte
W02A	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen

DRG	DRG-Text
W04A	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren oder Beatmung > 24 Stunden, mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen
W04B	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren oder Beatmung > 24 Stunden, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen
W61B	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe, ohne komplizierende Diagnose
X01C	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, ohne komplexer Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schw. CC oder 1 BT
X05A	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, mit komplexem Eingriff
X06C	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 66 Jahre, ohne komplexen Eingriff
X64Z	Andere Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung
Y62A	Andere Verbrennungen, Alter < 6 Jahre
Z64B	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung mit bestimmter Radiojoddiagnostik

Tabelle A-4-3:

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

DRG	DRG-Text
901A	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter komplizierender Konstellation oder Strahlentherapie oder endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
901B	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne Strahlentherapie, ohne endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, ohne IntK > 392 / 368 / - Aufwandsp., mit hochkomplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation
901C	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit komplexer OR-Prozedur oder anderem Eingriff an Kopf und Wirbelsäule oder Alter < 1 Jahr oder bei Para- / Tetraplegie
901D	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne Strahlentherapie, ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, ohne hochkomplexe oder komplexe OR-Prozedur, Alter > 0 Jahre, außer bei Para- / Tetraplegie
902Z	Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose
963Z	Neonatale Diagnose unvereinbar mit Alter oder Gewicht
A01B	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 Stunden oder mit Transplantatabstoßung oder mit kombinierter Nierentransplantation oder Alter < 6 Jahre
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation, Alter > 5 Jahre
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A03B	Lungentransplantation ohne 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
A05A	Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2646 / 2484 / - Aufwandspunkte
A06A	Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2940 / 3680 / 5520 Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 3680 / 5520 Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
A07D	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 2208 und < 2353 / 1933 / 2209 Aufwandspunkte, mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation
A09B	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 P., mit angeb. Fehlbild. od. Tumorerkr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / - P. und Alter < 16 Jahre
A09C	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 P., mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder int. Komplexbeh. > 1754 / 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
A11D	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit komplizierender Konstellation und bestimmter OR-Prozedur, Alter > 15 Jahre
A11E	Beatmung > 249 Stunden, mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 P., ohne kompliz. Konstellation, Alter > 15 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 828 / - Aufwandspunkte
A11G	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 5 Jahre, mit kompl. Diagnose oder Prozedur oder Alter < 16 J. oder schwerste CC
A11I	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 schwerste CC, ohne äußerst schwere CC
A13A	Beatmung > 95 Std. mit hochkompl. Eingr. od. mit kompl. OR-Proz. u. int. Komplexbeh. > 1176 / 1380 / 1656 P. od. mit kompl. OR-Proz. u. int. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 P. od. b. Lymphom und Leukämie, m. kompliz. Konst. u. best. OR-Proz., Alter < 16 J.
A13C	Beatmung > 95 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Konstellation, Alter > 15 J. oder mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte od. Alter < 16 J., außer bei Lymphom und Leukämie, ohne kompliz. Konstellation

DRG	DRG-Text
A13E	Beatmung > 95 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte und < 1177 / 829 / 1105 Aufwandspunkte od. Alter < 16 Jahre
A13F	Beatmung > 95 Stunden, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose oder Prozedur od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 368 / - Punkte
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 äuß. 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 äuß. schw. CC
A15B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter < 16 Jahre oder bestimmte Entnahme oder Stammzellboost oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte
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
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit Entfernung eines Organtransplantates oder komplexer OR-Prozedur oder äußerst schweren CC
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag
A63Z	Evaluiierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation
A69Z	Evaluiierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste

DRG	DRG-Text
B01Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B02C	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, mit bestimmtem komplexen Eingriff außer bei Neubildung oder Alter < 6 Jahre oder mit bestimmtem Eingriff, Alter < 18 Jahre oder mit bestimmten komplizierenden Faktoren
B03Z	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit schweren CC oder mit intraoperativem Monitoring od. Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie oder nicht akuter Para- / Tetraplegie mit auß. schw. CC
B04C	Interventionelle Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, ohne mehrzeitige Eingriffe, ohne beidseitige Eingriffe, ohne äußerst schwere CC
B04D	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC
B05Z	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom
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, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen
B16Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, weniger als 11 Bestrahlungen
B17B	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Implantation Ereignis-Rekorder, mit komplexem Eingriff
B17C	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neurop., oh. kompl. Diagn., oh. Impl. Ereign.-Rek., ohne kompl. Eingr., Alt. < 19 J. od. m. schw. CC, Alt. > 15 J.
B17D	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, ohne kompl. Diagnose, ohne Impl. Ereign.-Rek., ohne 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.
B18Z	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Revision eines Ventrikelschuntes oder operative Eingriffe bei nicht akuter Para- / Tetraplegie

DRG	DRG-Text
B20B	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre oder ohne bestimmte komplexe Prozedur, mit intraoperativem neurophysiologischen Monitoring oder komplexer Diagnose
B20C	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter < 3 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff
B20D	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre oder ohne bestimmte komplexe Prozedur, ohne intraoperatives neurophysiologisches Monitoring, ohne komplexe Diagnose
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigeminusneuralgie
B20F	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigeminusneuralgie
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B39B	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, bis 72 Stunden mit komplexem Eingriff, oder mehr als 72 Stunden, ohne kompl. Eingr., ohne kompliz. Konst., ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Punkte
B42A	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder fachübergreifende u. andere Frührehabilitation mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B42B	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B44A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B44B	Geriatrische frührehab. Komplexbehandlung bei Krankh. u. Stör. d. Nervensyst. m. schw. mot. Funktionseinschr., mit and. neurolog. Komplexbeh. d. akuten Schlaganfalls od. oh. schw. mot. Funktionseinschr., m. neurolog. Komplexbeh. d. akuten Schlaganfalls

DRG	DRG-Text
B44C	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung oder ohne schwere mot. Funktionseinschränkung, mit anderer neurolog. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls
B44D	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, ohne Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B47B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, weniger als 14 Behandlungstage
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
B68A	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
B68C	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose
B68D	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B69A	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden
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
B70A	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden oder IntK > 392 / 368 / - Punkte, mit komplizierender Diagnose oder IntK > 392 / 368 / - Punkte
B70B	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierende Diagnose oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus

DRG	DRG-Text
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 zerebrovask. Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose oder systemische Thrombolyse, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std. oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std.
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
B71B	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, mit schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie oder mit Komplexbehandlung der Hand oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC, bei Para- / Tetraplegie
B71C	Erkrankungen an Hirnnerven u. periph. Nerven ohne Komplexb. d. Hand od. m. kompl. Diagnose, ohne schw. CC od. außer b. Para- / Tetraplegie od. ohne kompl. Diagn., m. äuß. schw. od. schw. CC, auß. b. Para- / Tetrapl. od. ohne schw. CC, b. Para- / Tetrapl.
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie
B72A	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter < 16 Jahre
B72B	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, mehr als ein Belegungstag
B73Z	Virusmeningitis oder Infektion des Nervensystems, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag
B74Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B75Z	Fieberkrämpfe
B76B	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schweren CC, Alter < 3 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder mit äußerst schweren CC oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit EEG, mit komplexer Diagnose
B76C	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit äuß. schweren CC, ohne kompl. Diagnose oder mit schweren CC, Alter > 2 Jahre oder ohne schwere CC, mit EEG oder best. Diagnose, ohne kompl. Diagnose, mit angeb. Fehlbildung
B76E	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schw. CC, Alter > 2 Jahre, ohne kompl. Diagn. oder ohne äuß. schw. oder schwere CC, mit EEG oder best. Diagnose, ohne kompl. Diagn., ohne angeb. Fehlbild., Alter > 0 Jahre

DRG	DRG-Text
B76F	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, ohne bestimmte Diagnose, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose
B76G	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, ohne bestimmte Diagnose, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B78A	Intrakranielle Verletzung, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Diagnose
B78B	Intrakranielle Verletzung, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Diagnose
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor
B80Z	Andere Kopfverletzungen
B81A	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose
B84Z	Vaskuläre Myelopathien
B85C	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder zerebrale Lähmungen
B85D	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose
B86Z	Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet und Krankheit des Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet
C01B	Andere Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen oder Amnionmembrantransplantation oder Biopsien an kraniellen Gefäßen
C02B	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita außer bei bösartiger Neubildung
C03A	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE) oder bei bösartiger Neubildung des Auges, mit best. Eingriff an der Retina oder Entfernung des Augapfels mit gleichzeitiger Einführung eines Implantates
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE), Amnionmembrantransplantation oder Alter < 16 Jahre
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
C60Z	Akute und schwere Augeninfektionen
C62Z	Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen
C63Z	Andere Erkrankungen des Auges

DRG	DRG-Text
C64Z	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides
C65Z	Bösartige Neubildungen des Auges
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC
D12A	Andere aufwendige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D13B	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr und Mund ohne komplizierende Diagnose
D15A	Tracheostomie mit äußerst schweren CC oder Implantation einer Kiefergelenkendoprothese
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen
D20Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag
D24A	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC oder mit Kombinationseingriff ohne äußerst schwere CC
D24B	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder Strahlentherapie mit operativem Eingriff
D25B	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen
D29Z	Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung
D30A	Tonsillektomie außer bei bösart. Neubildung oder versch. Eingr. an Ohr, Nase, Mund u. Hals ohne äuß. schw. CC, mit aufw. Eingr. od. Eingr. an Mundhöhle u. Mund außer bei bösart. Neub. oh. Mundboden- od. Vestib.plastik, Alter < 3 J. od. mit kompl. Diagn.
D60B	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne starre Endoskopie

DRG	DRG-Text
D62Z	Blutung aus Nase und Rachen oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre
D64Z	Laryngotracheitis, Laryngospasmus und Epiglottitis
D65Z	Verletzung und Deformität der Nase
D66Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals
D67Z	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle
E01A	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose
E01B	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose
E02A	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter < 10 Jahre
E02D	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwendigen Eingriff, ohne schwerste CC, Alter > 9 Jahre, ein Belegungstag
E05A	Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Eingriffe zur Entfernung von intrakraniellm Gewebe, mit bestimmten Eingriffen bei Brustkorbdeformität oder mit äußerst schweren CC
E05C	Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Eingriffe zur Entfernung von intrakraniellm Gewebe, ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung
E06C	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne offen chirurg. Pleurolyse, ohne best. atypische Lungenresektionen, ohne best. Brustkorbbkorrektur
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E40A	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Std., mehr als 2 Belegungstage, mit kompl. Prozedur oder int. Komplexbehandlung > 196 / 368 / - P. oder komplizierender Diagnose oder Alter < 16 J., mit äuß. schw. CC oder ARDS

DRG	DRG-Text
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
E63A	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie oder Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter < 16 Jahre
E64A	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder Lungenembolie
E64C	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre
E64D	Respiratorische Insuffizienz, ein Belegungstag
E65A	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung mit äuß. schw. CC oder starrer Bronchoskopie oder mit komplizierender Diagnose oder Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äuß. schw. oder schw. CC, Alter < 1 J., mit RS-Virus-Infektion
E65B	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, ohne komplizierende Diagnose, mit FEV1 < 35%, mehr als ein Belegungstag oder Alter < 1 Jahr
E65C	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, ohne komplizierende Diagnose, ohne FEV1 < 35% oder ein Belegungstag, Alter > 0 Jahre
E66A	Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose
E66B	Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose
E69A	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 1 Jahr ohne RS-Virus-Infektion oder bei Para- / Tetraplegie
E69B	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als 1 BT u. Alter > 55 J. od. mit äußerst schw. od. schw. CC, Alt. > 0 J. od. 1 BT od. oh. äußerst schw. od. schw. CC, Alt. < 1 J. od. flex. Bronchoskopie, Alt. < 16 J., m. RS-Virus-Infekt.
E69D	Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter > 0 Jahre und Alter < 6 Jahre und ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Störungen der Atmung mit Ursache in der Neonatalperiode oder Alter < 16 Jahre außer bei Hyperventilation

DRG	DRG-Text
E69E	Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag oder Alter > 5 Jahre und Alter < 56 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Beschwerden und Symptome d. Atmung ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre oder bei Hyperventilation
E70A	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter < 3 Jahre
E70B	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter > 2 Jahre
E71B	Neubildungen der Atmungsorgane, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, mit Bronchoskopie oder bestimmter Lungenbiopsie
E71C	Neubildungen der Atmungsorgane, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne Bronchoskopie, ohne bestimmte Lungenbiopsie
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 > 9 Jahre
E75C	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose
E76C	Tuberkulose bis 14 Belegungstage ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Pneumothorax
E77B	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, mit komplizierender Konstellation oder hochkomplexer Diagnose oder komplexer Diagnose bei Zustand nach Organtransplantation
E77G	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, bei Para- / Tetraplegie oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
E77I	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 0 Jahre, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
E78Z	Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung, bis 2 Belegungstage
F01A	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder intensmed. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, oder myokardmodulierendes System
F01B	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder intensmed. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
F01C	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff
F01D	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder intens-med. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
F01E	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein- oder Zwei-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, ohne intensmed. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, mit äußerst schweren CC
F01F	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, ohne intens-med. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, ohne äußerst schweren CC
F01G	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, ohne intens-med. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, ohne äußerst schweren CC
F02A	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Drei-Kammer-Stimulation
F02B	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Ein-Kammer-Stimulation
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, mit Dreifacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie oder intensmed. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
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
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit kompl. Konstellation oder IntK > 392 / 368 / - P. oder Karotiseingriff oder bei Infarkt oder mit Reoperation oder mit invasiv. kardiolog. Diagnostik, mit intraoperativer Ablation
F06E	Koronare Bypass-Operation ohne mehrz. kompl. OR-Proz., ohne kompl. Konstellation, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne Karotiseingr., mit invasiv. kardiolog. Diagnostik od. mit intraoperativer Ablation od. schwersten CC, außer bei Infarkt, ohne Reop.
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Konstellation oder komplexer Operation
F08A	Rekonstruktive Gefäßeingriffe mit komplizierenden Konstellationen oder komplexe Vakuumbehandlung oder thorakoabdominales Aneurysma oder komplexer Aorteneingriff

DRG	DRG-Text
F08B	Rekonstruktive Gefäßeingriffe, ohne kompliz. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabdominales Aneurysma ohne komplexen Aorteneingriff, mit komplex. Eingr. m. Mehretagen- od. Aorteneingr. od. Re-OP od. best. Bypässen, mit äußerst schw. CC
F08C	Rekonstruktive Gefäßeingr., ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabd. Aneurysma ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr. ohne Mehretagen- od. Aorteneingr., ohne Reop., ohne best. Byp., mit äuß. schw. CC od. mit best. Aorteneingr.
F08D	Rekonstruktive Gefäßeingr., ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabdominales Aneurysma ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr. mit Mehretagen- od. Aorteneingr. od. Reop. od. best. Byp., ohne äuß. schw. CC, ohne best. Aorteneingr.
F08E	Rekonstr. Gefäßeingr., ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabd. Aneurysma ohne kompl. Aorteneingr., mit komplex. Eingr., ohne Mehretagen- oder Aorteneingr., ohne Reop., ohne best. Byp., ohne äuß. schw. CC, ohne best. Aorteneingr.
F08F	Rekonstruktive Gefäßeingriffe, ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabdominales Aneurysma ohne komplexen Aorteneingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Aorteneingriff
F12B	Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem ohne äuß. schw. CC, oh. ablative Maßnahme, oh. PTCA oder Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, oh. kompl. Eingriff, Alter > 15 J., m. Sondenentfernung m. Excimer-Laser
F12C	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, Alter < 16 Jahre
F12D	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff
F13A	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen
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
F15Z	Perkutane Koronarangioplastie m. komplizierender Konstellation od. m. komplexer Diagn. u. hochkompl. Intervention od. m. perkut. Angioplastie, Alt. < 16 J. od. inv. kardiolog. Diagnostik, mehr als 2 Belegtage, m. kompliz. Konstellation od. Endokarditis
F17A	Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem oder Alter < 16 Jahre
F17B	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammersystem, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
F18A	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder mit Sondenentfernung mit Excimer-Laser, mit komplexem Eingriff
F18B	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder mit Sondenentfernung mit Excimer-Laser, ohne komplexen Eingriff
F18C	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne Sondenentfernung mit Excimer-Laser, mit komplexem Eingriff
F18D	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne Sondenentfernung mit Excimer-Laser, ohne komplexen Eingriff
F19A	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC
F19B	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen oder Radiofrequenzablation über A. renalis, ohne äußerst schwere CC bei anderen perkutan-transluminale Interventionen an Herz, Aorta und Lungengefäßen, Alter < 16 Jahre
F19C	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
F21A	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, mit hochkomplexem Eingriff
F21C	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexen Eingriff mit bestimmtem Eingriff
F21D	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff
F24A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit perkutaner Angioplastie, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC
F27A	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Gefäßeingriff
F27B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC oder komplexer Arthrodesse des Fußes oder komplexe Hauteingriffe
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
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
F36B	Intensivmedizinische Komplexbeh. bei Krankh. u. Störungen des Kreislaufsystems m. kompliz. Faktoren, > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. mit best. OR-Proz. od. > - / - / 552 P. mit best. Ao.stent, od. minimalinv. Eingr. an mehr. Herzklappen
F39A	Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC
F39B	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC
F42Z	Operation b. kompl. angeb. Herzfehler, Hybridchirurgie, best. Herzklappeneingriffe od. and. Eingriffe m. Herz-Lungen-Maschine m. invas. kardiolog. Diagnostik bei Kindern od. best. rekonstruktive Gefäßeingriffe oh. Herz-Lungen-Maschine m. kompl. Eingriff
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte
F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, ohne IntK > 392 / 552 / 552 P., mit komplizierender Konstellation oder bestimmter OR-Prozedur oder IntK > - / 368 / - P. bei Beatmung > 24 Stunden
F43C	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, ohne IntK > 392 / 552 / 552 P., ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne IntK > - / 368 / - P. bei Beatmung > 24 Stunden
F48Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
F49A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter < 15 Jahre
F49D	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, mit kardialen Mapping oder schweren CC bei mehr als einem Belegungstag
F50B	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation oder Alter < 16 Jahre, ohne komplexe Ablation im linken Vorhof, ohne hochkomplexe Ablation, ohne Implantation eines Ereignisrekorders

DRG	DRG-Text
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
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention, ohne äußerst schwere CC, oder Kryoplastie
F58A	Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC
F58B	Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC
F59A	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit äußerst schweren CC oder Rotationsthrombektomie
F59D	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe, ohne aufwendigen oder bestimmten komplexen Eingriff, ohne bestimmte oder andere beidseitige Eingriffe oder Mehrfacheingriffe, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag
F62A	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder komplizierender Diagnose oder komplizierende Konstellation
F62B	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, mehr als ein Belegungstag
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ein Belegungstag
F63B	Venenthrombose ohne äußerst schwere CC
F64Z	Hautulkus bei Kreislauferkrankungen
F65A	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte
F65B	Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte
F66A	Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC
F66B	Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC
F67A	Hypertonie mit äußerst schweren CC
F67B	Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder schweren CC
F67C	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 16 Jahre
F67D	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre
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 bei mehr als ein Belegungstag oder kathetergestützter elektrophysiologischer Untersuchung des Herzens
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schweren CC bei mehr als ein Belegungstag, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens
F73Z	Synkope und Kollaps
F75A	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC bei mehr als ein Belegungstag
F77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
F95A	Interventioneller Septumverschluss, Alter < 19 Jahre oder Vorhofohrverschluss
F98A	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre
F98B	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre, mit sehr komplexem Eingriff
F98C	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre, ohne sehr komplexen Eingriff
G02B	Komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter > 1 Jahr, ohne bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne komplizierende Diagnose, ohne IntK > 392 / - / - Aufwandspunkte
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte
G03C	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte, ohne komplexen Eingriff

DRG	DRG-Text
G04B	Adhäsionolyse am Peritoneum mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre, ohne best. PTAs an abdominalen Gefäßen, ohne Implantation eines Antireflux-Stimulationssystems
G07A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsionolyse bei Peritonitis mit äuß. schw. oder schweren CC oder kleine Eingr. an Dünn- und Dickdarm od. a. abd. Gef. ohne äußerst schwere CC, Alter < 3 Jahre oder mit best. perkutan-translumin. Eingr. an abdom. Gefäßen
G07C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsionolyse bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre
G09Z	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis
G10Z	Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz
G12B	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag
G12C	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe OR-Prozedur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexe OR-Prozedur
G14Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G16A	Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose, mit komplizierender Konstellation oder plastischer Rekonstruktion mit myokutanem Lappen oder IntK > - / 368 / - Aufwandspunkte
G16B	Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne plastische Rekonstruktion mit myokutanem Lappen, ohne IntK > - / 368 / - Aufwandspunkte
G17A	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, bei bösartiger Neubildung
G17B	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, außer bei bösartiger Neubildung
G18A	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder and. Eingr. am Darm mit äuß. schw. CC, mit hochkompl. Eingr. oder kompliz. Diagn. oder mit sehr kompl. Eingr. oder and. Eingr. mit äuß. schw. CC, mit IntK > - / 368 / - Punkte
G18B	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder anderer Eingriff am Darm mit äußerst schweren CC, mit sehr komplexem Eingriff oder anderer Eingriff mit äußerst schweren CC, ohne IntK > - / 368 / - Punkte

DRG	DRG-Text
G18C	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, mit komplexem Eingriff
G18D	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose
G19A	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, mit komplizierender Konstellation oder bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre oder IntK > - / 368 / - Aufwandspunkte
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, ohne IntK > - / 368 / - Aufwandspunkte, mit komplexem Eingriff
G21C	Bestimmte lokale Exzision am Darm, ohne äußerst schwere CC
G22B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolektomie bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 9 Jahre, mit laparoskopischer Adhäsiolektomie oder Alter < 16 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung
G23B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolektomie außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre, mit laparoskopischer Adhäsiolektomie oder Alter < 14 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung
G24B	Eingriffe bei Hernien, ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand
G26A	Andere Eingriffe am Anus, Alter < 14 Jahre oder bei bestimmter bösartiger Neubildung
G26B	Andere Eingriffe am Anus, Alter > 13 Jahre oder außer bei bestimmter bösartiger Neubildung
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, mit äußerst schweren CC
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, ohne äußerst schwere CC
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
G38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane oder mehrzeitiger komplexer Eingriff am Gastrointestinaltrakt und anderem Organsystem
G40Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane

DRG	DRG-Text
G46A	Komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC und Alter < 15 Jahre oder andere Gastroskopie bei schw. Krankh. der Verd.organe, mit äußerst schweren CC, Alter < 15 Jahre
G46B	Komplexe therapeutische Gastroskopie mit schweren CC oder andere Gastroskopie bei äußerst schweren CC, bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, Alter > 14 Jahre, oder bestimmte Gastroskopie, Alter < 15 Jahre oder mit komplizierenden Faktoren
G46C	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane und äußerst schweren oder schweren CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit komplizierenden Faktoren
G47Z	Andere Gastroskopie bei komplexer Diagnose od. bestimmte and. Gastroskopie bei schw. KH der Verd.organe oder kompl. Gastroskopie bei nicht schw. KH der Verd., ohne äuß. schw. od. schw. CC, Alter < 15 Jahre od. best. kompl. Gastroskopie, ein Belegungstag
G48A	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, mit schwerer Darminfektion oder bei Zustand nach Organtransplantation
G48B	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, ohne schwere Darminfektion, außer bei Zustand nach Organtransplantation
G50Z	Komplexe therapeutische Gastroskopie und bestimmte andere Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 14 Jahre
G52Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC
G64A	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC
G64B	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere CC
G65Z	Obstruktion des Verdauungstraktes
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit bestimmten komplizierenden Faktoren
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane
G74Z	Hämorrhoiden
G77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, mit komplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, ohne komplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
H02B	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen außer bei bösartiger Neubildung
H05Z	Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen
H06A	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, ohne selektive Embolisation
H07A	Cholezystektomie mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation
H07B	Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation
H08A	Laparoskopische Cholezystektomie mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation
H12A	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
H16Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
H38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H40B	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung ohne äußerst schwere CC
H41A	Bestimmte ERCP mit äußerst schweren CC
H41C	Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, ohne komplexe Prozedur oder andere ERCP, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit Radiofrequenzablation und endoskopischer Stentimplantation
H41D	Andere 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
H62C	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, ohne akute Pankreatitis, ohne Leberzirrhose, ohne bestimmte nichtinfektiöse Hepatitis
H63A	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und best. nichtinfekt. Hepatitiden, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose und äußerst schw. oder schw. CC oder mit kompl. Diagnose oder äußerst schw. oder schw. CC, Alter < 1 J.
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 multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H78Z	Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I02B	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, auß. an d. Hand, m. kompliz. Konst., Ingr. an mehr. Lokal. od. schw. Weichteilschaden, m. auß. schwer. CC od. kompl. OR-Proz. oder mit hochkompl. Gewebetransplantation oder bei bösart. Neub. und kompl. OR-Prozedur
I02D	Kleinflächige oder großflächige Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
I03A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrodese od. Alter < 16 Jahre oder beidseitige od. mehrere gr. Eingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, mit äuß. schw. CC oder mehrzeitigem Wechsel oder Eingr. an mehr. Lok.
I05A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC
I05B	Anderer großer Gelenkersatz
I07Z	Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I08A	Andere Eingr. an Hüftgel. und Femur, mit kompl. Mehrfacheingriff oder äuß. schw. CC bei Zerebralpar. und mit Osteotomie oder Muskel- / Gelenkplastik bei Zerebralpar. oder Kontraktur oder mit best. Eingr. bei Beckenfraktur oder IntK > 392 / 368 / - P.
I08B	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit komplexem Mehrfacheingriff oder komplexen Diagnosen oder mit bestimmtem Eingriff bei Beckenfraktur mit äußerst schweren CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit best. Eingriff an oberer Extremität und Wirbelsäule
I08D	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit Mehrfacheingriff oder mit komplexer Diagnose oder mit komplexer Prozedur oder mit äußerst schweren CC
I08E	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne äußerst schwere CC, mit mäßig komplexem Eingriff, mit bestimmter Osteotomie oder Muskel- und Gelenkplastik oder großer Eingriff untere Extremität oder bestimmte Knocheninfektion
I08F	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne äußerst schwere CC, mit mäßig komplexem Eingriff, ohne bestimmte Osteotomie, ohne Muskel- und Gelenkplastik, mehr als ein Belegungstag
I08G	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmter Knochentransplantation oder Pseudarthrose oder Revision einer Endoprothese am Hüftgelenk ohne Wechsel, mehr als ein Belegungstag
I08H	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmte Knochentransplantation oder Pseudarthrose oder Revision einer Endoprothese am Hüftgelenk ohne Wechsel oder ein Belegungstag
I09B	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne sehr komplexe Osteosynthese, ohne mehrzeitigen komplexen Eingriff, mit komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC
I09F	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne best. aufw. WS-Eingr., ohne best. WS-Osteosynthesen, ohne Para- / Tetraplegie ohne HWS-Fraktur, ohne intervertebrale Cages > 2 Seg.

DRG	DRG-Text
I10B	Andere Eingr. an der WS mit best. kompl. Eingr. od. Halotraktion od. Para- / Tetrapl., od. Wirbelfraktur mit best. Eingr. an WS, Spinalkanal und Bandscheibe ohne äuß. schw. CC od. best. and. Operationen an der WS mit äuß. schw. CC und > 1 BT
I10C	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit kompl. Eingriff an der Wirbelsäule oder best. Diszitis, mit intervertebralem Cage 1 Segment oder bei best. Spinalkanalstenose oder best. Bandscheibenschäden oder Verschluss eines Bandscheibendefekts mit Implantat
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit kompl. Eingriff an der Wirbelsäule oder best. Diszitis, ohne intervertebralen Cage 1 Segment, ohne best. Spinalkanalstenose, ohne best. Bandscheibenschäden, ohne Verschluss eines Bandscheibendefekts mit Implantat
I10E	Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule
I10F	Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule
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
I13B	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff oder aufwendiger Osteosynthese ohne komplizierenden Eingriff am Humerus
I13C	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit best. Mehrfacheingr. od. kompl. Diagn. od. best. kompl. Osteotomie bei kompl. Eingriff od. schw. Weichteilschaden, oder bestimmte Eingriffe bei Endoprothese der oberen Extremität
I13D	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Eingriff oder schwerem Weichteilschaden oder komplexer Osteotomie oder bestimmter Epiphyseodese bei mäßig komplexem Eingriff oder Pseudarthrose oder BNB bestimmter Knochen
I13E	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit mäßig komplexem Eingriff oder bei Pseudarthrose oder Revision einer Endoprothese am Kniegelenk ohne Wechsel oder BNB bestimmter Knochen
I13F	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, ohne aufw. Osteosynthese, ohne Mehrfacheingriff, ohne kompl. Diagn., ohne kompl. Proz., ohne schweren Weichteilschaden, ohne mäßig kompl. Eingr., ohne Pseudarthrose, ohne BNB best. Knochen
I14Z	Revision eines Amputationsstumpfes

DRG	DRG-Text
I15B	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, ohne bestimmten intra-kraniellen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an der Mandibula oder Alter > 15 Jahre
I20A	Eingriffe am Fuß, mit mehreren hochkomplexen Eingriffen, mit hochkomplexem Eingriff und komplexer Diagnose, mit Teilwechsel Endoprothese des unteren Sprunggelenks oder mit bestimmter Arthrodese
I20B	Eingriffe am Fuß, mit mehreren komplexen Eingriffen, mit hochkomplexem Eingriff, bei Zerebralparese, mit Teilwechsel Endoprothese d. unteren Sprunggelenks, mit komplexem Eingriff bei komplexer Diagnose, mit Eingriff an Sehnen des Rückfußes
I20C	Eingr. am Fuß oh. mehr. kompl. Eingr., m. kompl. Eingr. od. schw. Weichteilsch. od. Osteomyelitis / Arthritis od. Eingr. Großz. m. kompl. Eingr. an mehr. Strah., m. Knochentx, m. Impl. Zehengel. od. bei Kalka., od. Einz. Mehrf. > 3 Mittelf.- / Zehenstr.
I20G	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne Arthrodese am Großzehengrundgelenk, ohne Osteosynthese einer Mehrfragmentfraktur, ohne bestimmte Knochentransplantation, ohne wenig komplexen Eingriff an mehr als einem Strahl
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
I23A	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule mit komplizierendem Eingriff am Knochen
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe- / Hauttransplantation
I27A	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen mit bestimmter Diagnose und bestimmtem Eingriff, oder mit äußerst schweren CC oder BNB und schweren CC und bestimmter Diagnose und komplexem Eingriff
I27B	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen ohne bestimmte Diagnose und bestimmten Eingriff, mit äußerst schweren CC oder bei BNB und schweren CC, ohne bestimmte Diagnose und komplexen Eingriff
I27C	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen ohne best. Diagnose und best. Eingriff, ohne äußerst schwere CC, mit schweren CC oder bei BNB oder mit best. Eingriff am Weichteilgewebe, mehr als einem Belegungstag
I27D	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen ohne best. Diagnose und best. Eingriff, ohne äußerst schweren CC, ohne schwere CC, außer bei BNB, ohne best. Eingriff am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag
I28B	Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe, mehr als ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
I28C	Andere Eingriffe am Bindegewebe oder ein Belegungstag
I29A	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, bei komplizierender Diagnose oder Eingriff an mehreren Lokalisationen
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, ohne komplizierende Diagnose oder ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen
I30Z	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk oder arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk
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
I32A	Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Eingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwendigem rekonstruktiven Eingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochentx. bei Pseudarthrose der Hand
I32G	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I36Z	Beidseitige Implantation oder Wechsel einer Endoprothese an Hüft- und/oder Kniegelenk
I41Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I42B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 14 Tage
I43B	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, ohne äußerst schwere CC
I46A	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC oder Eingriff an mehreren Lokalisationen
I46B	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen
I47A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff oder Implantation / Wechsel einer Radiuskopfprothese oder Inlaywechsel Hüfte

DRG	DRG-Text
I50Z	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne schweren Weichteilschaden, ohne äußerst schwere oder schwere CC
I54Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 9 Bestrahlungen bei bösartiger Neubildung
I64B	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC
I64C	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie
I65C	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter > 16 Jahre, ohne äußerst schwere CC
I66A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte
I66B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte
I68C	Nicht operativ behandelte Erkr. und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein BT, oder and. Femurfraktur, bei Para- / Tetraplegie oder mit äußerst schw. CC oder mit schw. CC und Alter > 65 Jahre, ohne kompl. Diagn. oder Kreuzbeinfraktur
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur
I69A	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien mit komplexer Diagnose oder Muskel- und Sehnenerkrankungen bei Para- / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag
I69B	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien ohne komplexe Diagnose oder ein Belegungstag
I71B	Muskel- und Sehnenerkrankungen 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 mit äußerst schweren oder schweren CC oder unspezifische Arthropathien

DRG	DRG-Text
I74C	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre
I75A	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit CC
I76B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder septische Arthritis ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
I77Z	Mäßig schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk
I87Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I95Z	Implantation einer Tumorendoprothese oder Knochentotalersatz am Femur
I97Z	Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J02B	Hauttranspl. od. Lappenpl. an d. unt. Extr. b. Ulkus/Infekt./Entz. od. ausged. Lymphad. od. Gewebetranspl. m. mikrovask. Anastomos., m. äuß. schw. CC auß. b. Para- / Tetrapl., oh. kompl. Eingr. od. oh. äuß. schw. CC, m. kompl. Eingr.
J02C	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung oder ausgedehnte Lymphadenektomie, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
J03Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung
J04Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion / Entzündung
J09B	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre
J10A	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma bei bösartiger Neubildung
J11A	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit bestimmtem Eingriff bei komplizierender Diagnose oder bei Para- / Tetraplegie oder selektive Embolisation bei Hämangiom
J11B	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne bestimmten Eingriff bei komplizierender Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisation bei Hämangiom, mit mäßig komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
J18Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
J21Z	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit Lymphknotenexzision oder schweren CC
J22B	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne Weichteildeckung, ohne Mehrfachtumoren der Haut
J24D	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre oder mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Hautulkus bei Para- / Tetraplegie oder hochkomplexe Diagnose oder Epidermolysis bullosa, Alter > 10 Jahre
J61B	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Diagnose
J61C	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter < 18 Jahre, ohne hochkomplexe Diagnose oder mäßig schwere Hauterkrankungen, mehr als ein Belegungstag
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
J64A	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus mit äußerst schweren CC
J64B	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC
J65Z	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma
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
K07Z	Andere Eingriffe bei Adipositas
K09A	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit hochkomplexem Eingriff oder mit bestimmtem Eingriff und Alter < 7 Jahre oder äußerst schwere CC
K14Z	Eingriffe an der Nebenniere außer bei bösartiger Neubildung und ausgedehnte Lymphadenektomie

DRG	DRG-Text
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, außer hochkomplexe Radiojodtherapie
K15E	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie
K44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K60C	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 17 Jahre ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, schwere Ernährungsstörungen oder äußerst schwere CC und mehr als ein Belegungstag
K60E	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag
K62A	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetraplegie oder mit komplizierender Diagnose oder endoskopischer Einlage eines Magenballons oder äußerst schweren CC und mehr als ein Belegungstag
K62B	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie, ohne komplizierende Diagnose, ohne endoskopische Einlage eines Magenballons, ohne äußerst schwere CC, ein Belegungstag
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose
K63B	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose
K64A	Endokrinopathien, mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
K64C	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre oder mit bestimmter Diagnose oder mit invasiver endokrinologischer Diagnostik
K64D	Endokrinopathien ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne invasive endokrinologische Diagnostik
L03Z	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm
L04B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, oder bestimmte Eingriffe an der Harnblase, Alter > 15 Jahre
L05A	Transurethrale Prostataresektion mit äußerst schweren CC
L06A	Bestimmte kleine Eingriffe an der Harnblase mit äußerst schweren CC
L09C	Andere Eingr. b. Erkrankungen der Harnorgane auß. Anlage Dialyseshunt, oh. Kalziphyllaxie, oh. Eingr. am Präputium, Alter < 2 Jahre od. auß. schw. CC, oh. kompl. OR-Proz., oh. kompl. Eingr., od. Alter > 1 Jahr, oh. auß. schw. CC, mit Schilddrüsenresektion

DRG	DRG-Text
L09D	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunt bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne Schilddrüsenresektion
L12B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen
L13A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, mit CC
L13B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC, mit bestimmtem Eingriff
L18A	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit äußerst schweren CC
L19Z	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC oder perkutane Thermoablation der Niere
L20B	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und kompl. Ureterorenoskopien ohne ESWL, mit kompl. Eingriff od. fluoreszenzgestützter TUR der Harnbl. od. andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC od. Alter > 89 J.
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L37Z	Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L40Z	Diagnostische Ureterorenoskopie
L44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L60A	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, oder mit Dialyse und akutem Nierenversagen und äußerst schweren CC oder mit Dialyse und komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre
L60B	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse und komplizierenden Faktoren, Alter > 15 Jahre
L60C	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC
L60D	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC
L62C	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
L63C	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
L64A	Harnsteine und Harnwegsobstruktion mit äußerst schweren oder schweren CC oder Urethrastriktor, andere leichte bis moderate Erkrankung der Harnorgane, bestimmte Beschwerden und Symptome der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie
L68A	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 14 Jahre
L68B	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 13 Jahre
L69A	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
L71Z	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse
M01A	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC
M02A	Transurethrale Prostataresektion mit äußerst schweren CC
M02B	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC
M04B	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte Eingriffe an der Prostata, mit bestimmtem Eingriff am Hoden, oder Orchitis mit Abszess
M04D	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte Eingriffe an der Prostata, ohne bestimmten Eingriff am Hoden, ohne Orchitis mit Abszess, Alter > 2 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
M09B	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
M10B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen 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
M60A	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC
N01A	Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraler Eingriff

DRG	DRG-Text
N01B	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszeraleingriff
N01C	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit schweren CC
N02C	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder best. Hernien und große operat. Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung, ohne CC, ohne best. Eingriffe am Darm, ohne Rekonstr. von Vagina u. Vulva, ohne Vulvektomie mit Lymphadenekt.
N07Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus
N08Z	Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation
N13A	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei bösartiger Neubildung oder kleine Eingriffe an Vagina und Douglasraum oder transurethraler Eingriff an der Harnblase, Alter > 80 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC
N14Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung mit Beckenbodenplastik oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weibl. Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder bestimmte selektive Gefäßembolisation
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
N16Z	Strahlentherapie, weniger als 10 Bestrahlungen oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag
N21Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder komplexe Myomenukulation
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
N60A	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC
N60B	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
N62A	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose
N62B	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne komplexe Diagnose
O04A	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma mit komplexem Eingriff
O05B	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, ein Belegungstag oder ohne Cerclage, ohne Muttermundverschluss, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte intrauterine Operation am Feten, mit anderer intrauteriner Therapie des Feten
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen
O65A	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexer Diagnose oder komplizierendem Eingriff oder ein Belegungstag
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff, mehr als ein Belegungstag
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 480 Stunden
P04A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Stunden
P05A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren
P05B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P06C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden
P60C	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt, ohne Beatmung > 24 Stunden (Mindestverweildauer 24 Stunden für das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfindet)
P62A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur

DRG	DRG-Text
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit schwerem Problem, mit Hypothermiebehandlung
P67B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., mit schwerem Problem, ohne Hypothermiebehandlung oder mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Proz., mit kompliz. Diagn.
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 komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytenstörung, Alter < 1 Jahr
Q60C	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytenstörung oder Alter > 15 Jahre
Q60E	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre
Q61A	Andere Erkrankungen der Erythrozyten mit äußerst schweren CC
Q61B	Andere Erkrankungen der Erythrozyten, ohne äußerst schwere CC
Q62Z	Andere Anämie
R01B	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur oder ohne äußerst schwere CC, mit aufwendigem Eingriff an der Wirbelsäule
R01C	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur, ohne aufwendigen Eingriff an der Wirbelsäule
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R03Z	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC, oder mit bestimmter OR-Prozedur mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
R04A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC
R04B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderer OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R11A	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
R11B	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit schweren CC
R11C	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Sepsis oder 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 Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimpl., mit äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, od. mit äuß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, mit kompl. Diagnostik bei Leukämie od. mit schwersten CC
R61D	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äuß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie, ohne schwerste CC
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplant. oder Komplexbeh. bei multiresistenten Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne kompliz. Konstellation, ohne Agranul., ohne Portimpl., ohne Komplexbeh. MRE, ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie, ohne äuß. schw. CC, mit kompl. Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter > 15 Jahre
R61H	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne kompliz. Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne Komplexbeh. MRE, ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie, ohne äuß. schw. CC, ohne kompl. Diagnose, ohne Knochenaffektionen

DRG	DRG-Text
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr, mit komplexer Diagnose
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
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, außer bei chronisch ischämischer Herzkrankheit, ohne äußerst schwere CC
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit komplexer OR-Prozedur, komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte
T01B	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, mit bestimmtem Eingriff bei Sepsis
T01C	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne bestimmten Eingriff oder außer bei Sepsis
T36Z	Int. Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandsp. bei infektiösen und parasitären Krankheiten od. OR-Proz. b. inf. u. paras. Krankh. m. komplexer OR-Proz., kompliz. Konst. oder bei Zust. N. Organtranspl. mit int. Komplexbeh. > 392 / 368 / - Aufwandsp.
T44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei infektiösen und parasitären Krankheiten
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
T60B	Sepsis mit kompliz. Konst. od. b. Z. n. Organtranspl., oh. äuß. schw. CC, oh. int. Komplexbeh. > 392 / 368 / - Aufwandsp. od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z. n. Organtranspl., m. kompl. Diagn. od. äuß. schw. CC, Alter < 16 J. od. m. Para- / Tetraplegie
T60C	Sepsis mit kompliz. Konst. od. b. Z. n. Organtranspl., oh. äuß. schw. CC, oh. int. Komplexbeh. > 392 / 368 / - Aufwandsp. od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z. n. Organtranspl., m. kompl. Diagn. od. äuß. schw. CC, Alter > 15 J., oh. Para- / Tetraplegie

DRG	DRG-Text
T60D	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre
T60E	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, mehr als ein Belegungstag
T60G	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ein Belegungstag
T61Z	Postoperative und posttraumatische Infektionen
T62A	Fieber unbekannter Ursache mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre
T64B	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag
T64C	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose
T77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme 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
V61Z	Drogenintoxikation und -entzug
V64Z	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit
W02B	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen
W61A	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender Diagnose
X01A	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, freier Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder komplizierender Diagnose oder komplexer Prozedur, mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
X01B	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, mit komplexer Diagnose oder Prozedur oder äußerst schw. CC, mehr als 1 BT
X04Z	Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität
X05B	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff
X06A	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerst schweren CC
X06B	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, Alter > 65 Jahre oder mit schweren CC oder mit komplexem Eingriff
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers
X07B	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation eines Fingers oder einer Zehe
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. Hauttr. od. and. Eingr. auß. b. Sep., oh. kompliz. Konst., oh. hochkompl. Eingr., oh. vierz. best. OR-Proz., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., m. auß. schw. CC, kompliz. Diagn., kompl. Proz., Dialyse od. Beatm. > 24 Std.
Y03A	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC
Y03B	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC
Y62B	Andere Verbrennungen, Alter > 5 Jahre
Z64D	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, ohne bestimmten Kontaktanlass
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 2015	Anzahl DRGs 2016	Veränderung (in %)
00	Prä-MDC	71	75	+ 5,6
01	MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	105	108	+ 2,9
02	MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges	33	33	0
03	MDC 03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	56	56	0
04	MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	64	66	+ 3,1
05	MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	149	151	+ 1,3
06	MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	82	83	+ 1,2
07	MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	41	44	+ 7,3
08	MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	143	145	+ 1,4
09	MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	49	50	+ 2,0
10	MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	37	39	+ 5,4
11	MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	66	68	+ 3,0
12	MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	27	27	0
13	MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	35	34	- 2,9
14	MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	26	25	- 3,8
15	MDC 15 Neugeborene	42	42	0
16	MDC 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	16	16	0
17	MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen	51	50	- 2,0
18A	MDC 18A HIV	7	7	0

MDC	Bezeichnung	Anzahl DRGs 2015	Anzahl DRGs 2016	Verän- derung (in %)
18B	MDC 18B Infektiöse und parasitäre Erkrankungen	21	22	+ 4,8
19	MDC 19 Psychische Krankheiten und Störungen	11	11	0
20	MDC 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	6	6	0
21A	MDC 21A Polytrauma	13	13	0
21B	MDC 21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	15	15	0
22	MDC 22 Verbrennungen	10	11	+ 10,0
23	MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	15	14	- 6,7
-1	Fehler-DRGs und sonstige DRGs	9	9	0
Gesamt		1.200	1.220	+ 1,7