

# InEK

## Abschlussbericht

### Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2017

#### Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen

#### Teil I: Projektbericht

Siegburg, den 19. Dezember 2016

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
<b>1 EINFÜHRUNG</b>	<b>1</b>
<b>2 METHODIK DER WEITERENTWICKLUNG</b>	<b>2</b>
2.1 Datenerhebung und Datenprüfung	2
2.2 Datenaufbereitung	2
2.3 Versionsüberleitung der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	3
<b>3 G-DRG-SYSTEM 2017</b>	<b>4</b>
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	12
3.2.2 Vorschlagsverfahren	14
3.2.2.1 Grundzüge des Verfahrens	14
3.2.2.2 Beteiligung	15
3.2.2.3 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge	15
3.2.3 Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG)	17
3.2.3.1 Sachkostenkorrektur	17
3.2.3.2 Gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen	20
3.3 Schwerpunkte der Weiterentwicklung	23
3.3.1 Anpassung der Methodik	23
3.3.1.1 Aktualisierung der Plausibilitätsprüfungen	23
3.3.1.2 Berechnung der Bewertungsrelationen für Belegversorgung	27
3.3.1.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen	29
3.3.1.4 Überarbeitung der CCL-Matrix	31
3.3.1.5 Einbeziehung von verlegten Fällen und Überliegern	39
3.3.1.6 Berechnung der Bezugsgröße	41
3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation	41
3.3.2.1 Abbildung der Pflege	41
3.3.2.2 Abdominalchirurgie	43
3.3.2.3 Allergologische Provokationstestung	48
3.3.2.4 Aufwendige Behandlungen	50
3.3.2.5 Augenheilkunde	51
3.3.2.6 Eingriffe an der Mamma	52
3.3.2.7 Eingriffe an der Schilddrüse	53
3.3.2.8 Eingriffe an Haut und Unterhaut	54
3.3.2.9 Endokrinologie	55
3.3.2.10 Extremkosten	57
3.3.2.11 Fälle mit einem Belegungstag	63
3.3.2.12 Frührehabilitation	64

3.3.2.13	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren	64
3.3.2.14	Gastroenterologie	66
3.3.2.15	Geburtshilfe	73
3.3.2.16	Gefäßchirurgie und -interventionen	76
3.3.2.17	Geriatrie	80
3.3.2.18	Globale Funktionen und Komplizierende Konstellationen	81
3.3.2.19	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	83
3.3.2.20	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	84
3.3.2.21	Intensivmedizin	85
3.3.2.22	Kardiologie und Herzchirurgie	88
3.3.2.23	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	91
3.3.2.24	Multiresistente Erreger	97
3.3.2.25	Neue MDC 24 Sonstige DRGs	99
3.3.2.26	Neurochirurgie und Neurologie	102
3.3.2.27	Onkologie	104
3.3.2.28	Operative Gynäkologie	105
3.3.2.29	Palliativmedizin	109
3.3.2.30	Schlaganfall	109
3.3.2.31	Schmerztherapie	110
3.3.2.32	Strahlentherapie	112
3.3.2.33	Transplantation/Transfusion hämatopoetischer Stammzellen	114
3.3.2.34	Unfallchirurgie/Orthopädie	114
3.3.2.35	Urologie	122
3.3.2.36	Verbrennungen	125
3.3.2.37	Versorgung von Kindern	125
3.3.2.38	Wirbelsäulenchirurgie	130
3.3.3	Integration neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in das G-DRG-System	130
3.3.4	Sortierung	131
3.3.5	Erstellung der G-DRG-Versionen aufgrund von ICD- und OPS-Anpassungen	133
3.3.5.1	Anpassungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	133
3.3.5.2	Überleitung auf die ab 1. Januar 2017 gültigen Versionen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen	134
3.3.5.3	Behandlung nicht identischer Codes mit „Vorgängerkode“	135
3.3.5.4	Behandlung nicht identischer Codes ohne „Vorgängerkode“ (neue Codes)	138
3.3.6	Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien	139
<b>3.4</b>	<b>Statistische Kennzahlen</b>	<b>141</b>
3.4.1	Wesentliche Ergebnisse und Änderungen zum Vorjahr	141
3.4.1.1	Erweiterung und Umbau der Fallgruppen	141
3.4.1.2	Nicht bewertete DRGs	141
3.4.1.3	Zusatzentgelte	142
3.4.2	Analyse des Pauschalierungsgrades	145
3.4.3	Statistische Güte der Klassifikation	147
3.4.4	Analyse der Verweildauer	151
3.4.4.1	Verweildauervergleich der Datenjahre 2013, 2014 und 2015	151
3.4.4.2	Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer	153
<b>4</b>	<b>PERSPEKTIVEN DER WEITERENTWICKLUNG</b>	<b>157</b>
<b>ANHANG</b>		<b>159</b>

## Abkürzungen

Abs.	Absatz
AICD	Automatic Implantable Cardioverter Defibrillator; Automatischer implantierbarer Kardioverter/Defibrillator
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BA	Belegabteilung
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
BR	Bewertungsrelation
bzw.	beziehungsweise
CC	Complication or Comorbidity; Komplikation oder Komorbidität
CCL	Complication or Comorbidity Level; Schweregrad einer Komplikation oder Komorbidität
CT	Computertomographie
d.h.	das heißt
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien
DRG	Diagnosis Related Group; Diagnosebezogene Fallgruppe
ECCE	Extrakapsuläre Extraktion der Linse
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EEG	Elektroenzephalographie
EHEC	Enterohämorrhagische Escherichia coli
EKG	Elektrokardiogramm
ERCP	Endoskopisch retrograde Cholangio-Pankreatikographie
etc.	et cetera
FAB	Fachabteilungssegment
FEV <sub>1</sub>	Forced Expiratory Volume (Einsekundenausatem-Kapazität)
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
IntK	Intensivmedizinische Komplexbehandlung
ISS	Injury Severity Score
i.V.m.	in Verbindung mit
Kap.	Kapitel
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KI	Konfidenzintervall
KMT	Knochenmarktransplantation
KVM	Klinisches Verteilungsmodell
LDL	Low-Density-Lipoprotein
MDC	Major Diagnostic Category; Hauptdiagnosegruppe
med.	medizinisch
med.-techn.	medizinisch-technisch
Mio.	Millionen
MS	Multiple Sklerose
mVWD	mittlere Verweildauer
MW	Mittelwert
n	Anzahl der Fälle
Nr.	Nummer
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
o.g.	oben genannte
OGV	Obere Grenzverweildauer
OP	Operation
OPS	Operationenschlüssel nach § 301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
OR	Operating Room; operativ
PCCL	Patient Clinical Complexity Level; Patientenbezogener Gesamtschweregrad

PKMS	Pflegekomplexmaßnahmen-Score
PPR	Pflegepersonalregelung
Prä-MDC	den MDCs vorgeschaltete Hauptdiagnosegruppe
PTCA	Perkutane Koronarangioplastie
Qu.	Quantil
R <sup>2</sup>	Varianzreduktion
RG	Relativgewicht
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 2017 vor. Im methodischen Teil werden insbesondere die Auswirkungen der die Berechnung der Bewertungsrelationen betreffenden Regelungen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) vorgestellt. Dies betrifft die Korrektur der Sachkostenanteile in den Bewertungsrelationen (§ 17b Abs. 1 Satz 6 Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG) und die gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen (§ 17b Abs. 1 Satz 5 KHG i.V.m. § 9 Abs. 1c Krankenhausentgeltgesetz, KHEntgG). Im Report-Browser werden die aufbereiteten detaillierten Kalkulationsergebnisse je DRG-Fallpauschale in gewohnter Weise 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 Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2017 (Vorschlagsverfahren 2017)“ sind Erfahrungen der klinischen Praxis und medizinisches Expertenwissen in die Weiterentwicklung eingeflossen. Allen, die sich im Jahr 2016 durch engagierte Teilnahme an der Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems beteiligt haben, sei an dieser Stelle nochmals herzlich gedankt.

Wir bedanken uns an dieser Stelle ebenfalls sehr herzlich bei den 245 Krankenhäusern, die durch ihre aktive Teilnahme an der Kostenkalkulation und das unvermindert große Engagement auch in diesem Jahr an der Bereitstellung einer soliden Datenbasis gearbeitet haben. Ohne dieses Engagement der Kalkulationskrankenhäuser wäre die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems in der vorliegenden Form nicht möglich.

Das InEK legte den Selbstverwaltungspartnern (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) am 26. August 2016 den Entwurf des G-DRG-Systems für 2017 vor. Nach ausführlicher Beratung der Fach- und Entscheidungsgremien konnten der G-DRG-Fallpauschalen-Katalog für 2017 und die dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen am 23. September 2016 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 2016

## 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 2017 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](http://www.g-drg.de)) im Archiv zum Herunterladen zur Verfügung.

### 2.1 Datenerhebung und Datenprüfung

#### *Datenerhebung*

Alle dem Krankenhausentgeltgesetz 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 freiwillig an der Kostenerhebung teilnehmenden Krankenhäuser neben fallbezogenen Kostendaten die nachfolgend aufgeführten ergänzenden Fallinformationen bereit:

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

#### *Datenprüfung*

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

### 2.2 Datenaufbereitung

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

- Bereinigung bei fehlender DRG-Relevanz

Das DRG-System gilt nicht für die Leistungen der in § 17d KHG genannten Einrichtungen (Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung – PEPP-Entgelt-

system). 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 2015 aufgenommen, aber erst 2015 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 G-DRG-Systems ein Versionswechsel bei den anzuwendenden ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen eingetreten ist. Aufgrund der seit Einführung des G-DRG-Systems stets jährlichen Weiterentwicklung von ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen ist dies somit für jede neue DRG-Version erforderlich.

Für identische Codes ergibt sich keine Notwendigkeit einer Überleitung.

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

- Klassifikatorische Überleitung
- Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

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

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

Eine detaillierte Erläuterung des Verfahrens findet sich in Kapitel 3.3.5.

### 3 G-DRG-System 2017

#### 3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Das G-DRG-System 2017 umfasst insgesamt 1.255 DRGs. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Veränderungen zur Vorjahresversion:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
G-DRG-System 2017	1.255	+ 35
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.208	+ 35
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	42	± 0
davon rein teilstationäre DRGs	5	± 0
davon bewertet (Anlage 1c)	2	± 0

Tabelle 1: Überblick über das G-DRG-System 2017

Im Zusatzentgelte-Katalog (Anlage 2 Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2017) befinden sich 95 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 99). Die Anzahl der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 FPV 2017) liegt bei 96 (Vorjahr: 80).

Für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG Angaben zu ca. 22,1 Mio. Fällen (Entgeltbereich „DRG“) aus 1.517 Krankenhäusern übermittelt.

Die Anzahl der Kalkulationskrankenhäuser liegt mit 242 um zwei niedriger als im Vorjahr. Die auswertbare Fallmenge (nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen) aus den Kalkulationskrankenhäusern betrug ca. 3,7 Mio. Fälle. Im vollstationären Bereich ist die auswertbare Fallmenge aus den Kalkulationskrankenhäusern (ca. 3,6 Mio. Fälle) im Vergleich zum Vorjahr um 1,6% gesunken.

Die Schwerpunkte der klassifikatorischen Überarbeitung für 2017 bezogen sich vor allem auf folgende Themengebiete:

#### ■ Aufwendige Behandlungen

Fälle mit auffällig hohen Kosten sind besonders innerhalb konservativer DRGs oftmals schwierig einzuordnen. Diese Kostenauffälligkeiten werden dabei von verschiedenen Parametern mit unterschiedlich hoher Fallzahl bestimmt, was die individuelle Abbildung erschwert. In vielen DRGs der medizinischen Partition waren dabei z.B. auffällig: intensivmedizinische Komplexbehandlung (SAPS) auch niedriger Punktwerte, Palliativbehandlung und PKMS, parenterale Ernährung, Komplexbehandlungen verschiedener Erkrankungen, Dialyseverfahren und viele weitere mehr. Diese Prozeduren dienen zukünftig in drei verschiedenen Aufwandskategorien in 11 konservativen Basis-DRGs als direktes Splitterkriterium.

## ■ Abbildung der Pflege

Alle verfügbaren Attribute, die hoch pflegeaufwendige Patienten beschreiben, wurden im Zuge der diesjährigen Weiterentwicklung geprüft und konnten auch überwiegend genutzt werden. Attribute, die die Pflegebedürftigkeit von Patienten quantifizieren, sind u.a. die Diagnosen für motorische und kognitive Funktionseinschränkungen. Als messbare Instrumente zur differenzierten Darstellung der Funktionseinschränkungen dienen dabei standardisierte Testverfahren wie der Barthel-Index, erweiterter Barthel-Index, motorischer / kognitiver FIM (Functional Independence Measure) und MMSE (Mini Mental State Examination). Die Diagnosen für schwere und sehr schwere Funktionseinschränkungen (ICD-10-GM-Kodes: U50.4-, U50.5-, U51.2-) konnten in diesem Jahr durch die Aufnahme mit einem Wert von 1 in die CCL-Matrix aufgewertet werden und wirken somit in 22 Basis-DRGs als schweregradsteigernde Diagnosen. Erstmals ist es zudem für das G-DRG-System 2017 ebenso gelungen, die Prozeduren für die hochaufwendige Pflege (PKMS), die neben dem Pflegebedarf auch den Pflegeaufwand dokumentieren, direkt gruppierungsrelevant zu machen. Im Zusammenhang mit den „aufwendigen Behandlungen“ ist der PKMS in Abhängigkeit von den Aufwandspunkten in 11 Basis-DRGs direkt gruppierungsrelevant.

## ■ Abbildung der Erkrankungsschwere/Umbau CCL-Matrix

Ein Kernpunkt der Weiterentwicklung war auch in diesem Jahr das CCL-System zur Abbildung von Komplikationen und Komorbiditäten. Die Überarbeitung der PCCL-Formel im Jahr 2015 dahingehend, dass eine Verbesserung der Abbildung von Fällen mit äußerst schweren CC erreicht wird, wird erst im nächsten Kalkulationsjahr analysiert werden können, sodass in diesem Jahr auf weitere Formeländerungen verzichtet wurde. In zwei Basis-DRGs, nämlich in den DRGs E77B und E77C in der Basis-DRG E77 *Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane* sowie der DRG T60B *Sepsis mit kompliz. Konst. od. b. Z.n. Organ-Tx [...]* od. *schwerste CC*, wurde die Bedingung PCCL > 4 als Splitkriterium integriert.

Allerdings wurden zahlreiche Diagnosen auf ihre CCL-Werte hin untersucht. Insgesamt wurden die CCL-Werte von 1.521 Diagnosen geändert. Dabei wurden drei Diagnosen aufgewertet, wobei, als vermutlich bedeutendster Einzelumbau, die Diagnose für Enterokolitis durch *Clostridium difficile* (A04.7) in insgesamt 77 DRGs aufgewertet wurde, und 32 neu in die CCL-Matrix aufgenommen, 935 Diagnosen wurden in ein bis zwei Basis-DRGs abgewertet, 432 in drei bis neun Basis-DRGs und zwei in 10–29 Basis-DRGs.

## ■ 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. Durch die Identifizierung bestimmter Prozeduren („aufwendige Behandlungen“) bei vielen Extremkostenfällen in konservativen DRGs konnten diese Fälle höhergruppiert und sachgerecht abgebildet werden. Eine Vielzahl von Detailumbauten zur sachgerechten Abbildung hochaufwendiger Konstellationen, wie z.B. die standardmäßige Überprüfung des

SAPS, trägt ebenfalls zur klassifikatorischen Eingruppierung von Extremkostenfällen bei.

#### ■ Intensivmedizin

Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung werden mittlerweile standardmäßig im gesamten G-DRG-System umfassend untersucht. Dabei wurden systemweit die SAPS-Grenzen in operativen und konservativen DRGs betrachtet, sowohl nach oben als auch nach unten. In insgesamt 15 DRGs aus sieben MDCs konnten die Prozeduren für die intensivmedizinische Komplexbehandlung ab dem G-DRG-System 2017 berücksichtigt werden, was zu einer deutlichen Aufwertung führt. Ein Beispiel sind die konservativen Basis-DRGs der MDC 10, K60 *Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen [...]*, K63 *Angeborene Stoffwechselstörungen* und K64 *Endokrinopathien*, in denen die intensivmedizinische Komplexbehandlung erstmals gruppierungsrelevant ist. Die Prozeduren für die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter ab 197 Aufwandspunkten und aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten führen jeweils in die höchstbewertete DRG. Bei jeder Analyse wurden Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter besonders geprüft.

#### ■ Schmerztherapie

Nach der Überarbeitung der Basis-DRGs B47 und I42 für das G-DRG-System 2016 erfolgte für das G-DRG-System 2017 eine Ausdifferenzierung der DRG U42Z *Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen*. Die DRG U42Z wurde dabei in drei DRGs geteilt und zum einen nach Alter < 19 Jahre und zum anderen nach Behandlungsdauer mindestens 14 BT gesplittet. Somit konnte auch in diesem Jahr eine deutlich differenzierte Abbildung von Fällen mit multimodaler Schmerztherapie erreicht werden und es besteht die Möglichkeit der Kalkulation von Relativgewichten für zwei von drei DRGs.

#### ■ Kinder

Die Abbildung von Kindern war, wie in jedem Jahr, ein wichtiger Bestandteil der Weiterentwicklung für das G-DRG-System 2017. Systemweit wurden Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter analysiert und an vielen Stellen aufgewertet. Erneut erfolgten umfangreiche Analysen für die Etablierung weiterer Kindersplits. Dabei konnten zum einen vier neue „reine“ Kinder-DRGs durch einen Alterssplit etabliert und zum anderen 10 DRGs durch eine Altersbedingung erweitert werden. Insgesamt gibt es jetzt 273 (im Vorjahr 240) „reine“ Kinder-DRGs und DRGs, in denen das Kindesalter höhergruppierend wirkt (ohne MDC 15).

#### ■ Strahlentherapie

Ein Schwerpunkt in der Weiterentwicklung für das G-DRG-System 2017 waren Fälle mit besonders aufwendigen Strahlentherapien. Im gesamten System wurden die betroffenen DRGs individuell analysiert. In vielen DRGs wurden die Bedingungen von „Anzahl OPS-Kodes“ auf „Anzahl der Bestrahlungstage“ geändert, sodass je nach Fall eine Auf- oder Abwertung erfolgte. Je nach Fallzahl und Kostensituation in den betroffenen MDCs werden diese Fälle in zwei- oder dreifach gesplitteten DRGs abgebildet.

## ■ Gastroenterologie

Mit einer Vielzahl von Eingaben im Vorschlagsverfahren und vielfältigen daraus resultierenden Veränderungen für das G-DRG-System 2017 unterstreicht das Fachgebiet der Gastroenterologie deutlich, dass das G-DRG-System auch nach fast 15 Jahren der Weiterentwicklung noch als „lernendes System“ funktioniert. Ebenso verdeutlichen die in Kapitel 3.3.2.14 erläuterten Umbauten, dass sich Veränderungsprozesse bei der DRG-Entwicklung oft über mehrere Jahre ziehen. Die weiter verbesserte Abbildung sachkostenlastiger Leistungen in der Gastroenterologie, die erst durch die parallele Verbesserung von Klassifikation und Kostenkalkulation ermöglicht wurde, ist daher ein gutes Beispiel. Auf diese Weise konnten beispielsweise hochkomplexe ERCP-Verfahren durch Zuordnung der Prozeduren zur Basis-DRG G46 *Komplexe therapeutische Gastroskopie [...]* auch innerhalb der MDC 06 deutlich aufgewertet werden.

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).

	<b>G-DRG-System 2016</b>	<b>G-DRG-System 2017</b>	<b>Verbesserung (in %)</b>
R <sup>2</sup> -Wert auf Basis aller Fälle	0,7875	0,7905	0,4
R <sup>2</sup> -Wert auf Basis der Inlier	0,8647	0,8691	0,5

Tabelle 2: Vergleich der Varianzreduktion  $R^2$  im G-DRG-System 2016 und 2017 (Datenbasis: Datenjahr 2015)

## 3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung

### 3.2.1 Datenbasis

#### 3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung

Für das Datenjahr 2015 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 2015 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	1.517	245
Anzahl Betten	431.293	97.173
Anzahl Fälle	22.080.459	4.337.640

Tabelle 3: Umfang der Datenlieferung, Entgeltbereich „DRG“, Datenjahr 2015 (Stand: 31. Mai 2016)

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 1.517 Krankenhäusern bzw. 245 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.



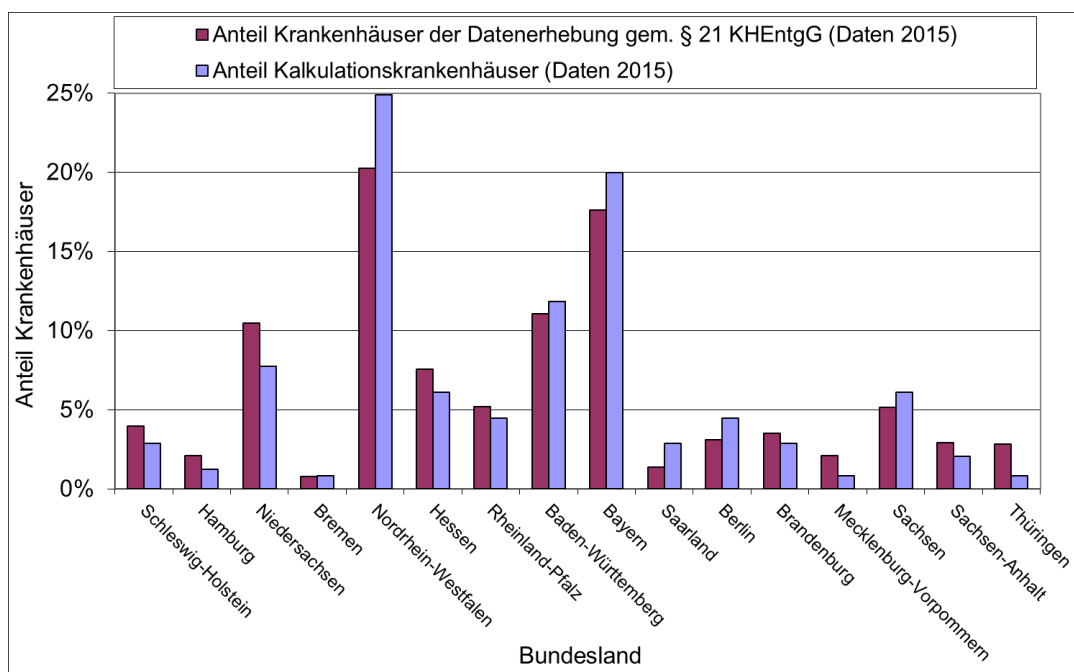


Abbildung 1: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser

Die Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser zeigt die folgende Abbildung 2. Wie schon in den vergangenen Jahren wird aus der Gegenüberstellung der Kalkulationskrankenhäuser mit Krankenhäusern der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG bei den Kalkulationskrankenhäusern ein Übergewicht der Krankenhäuser ab einer Größe von mehr als 300 Betten erkennbar. Andererseits sind bei den Kalkulationskrankenhäusern kleine 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.

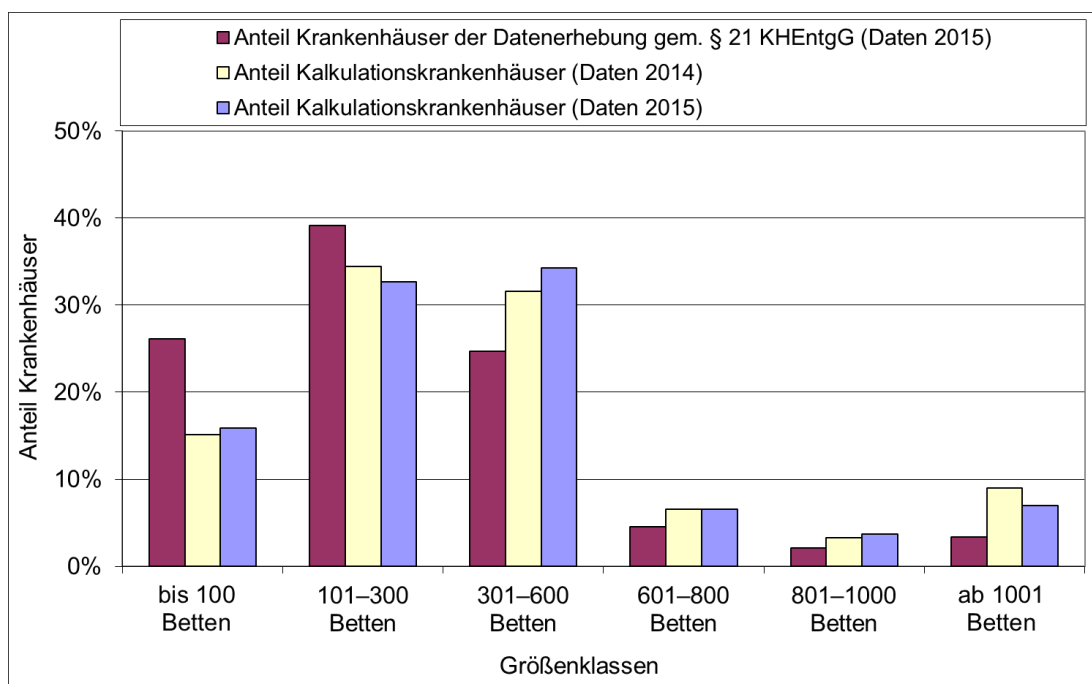


Abbildung 2: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser

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.

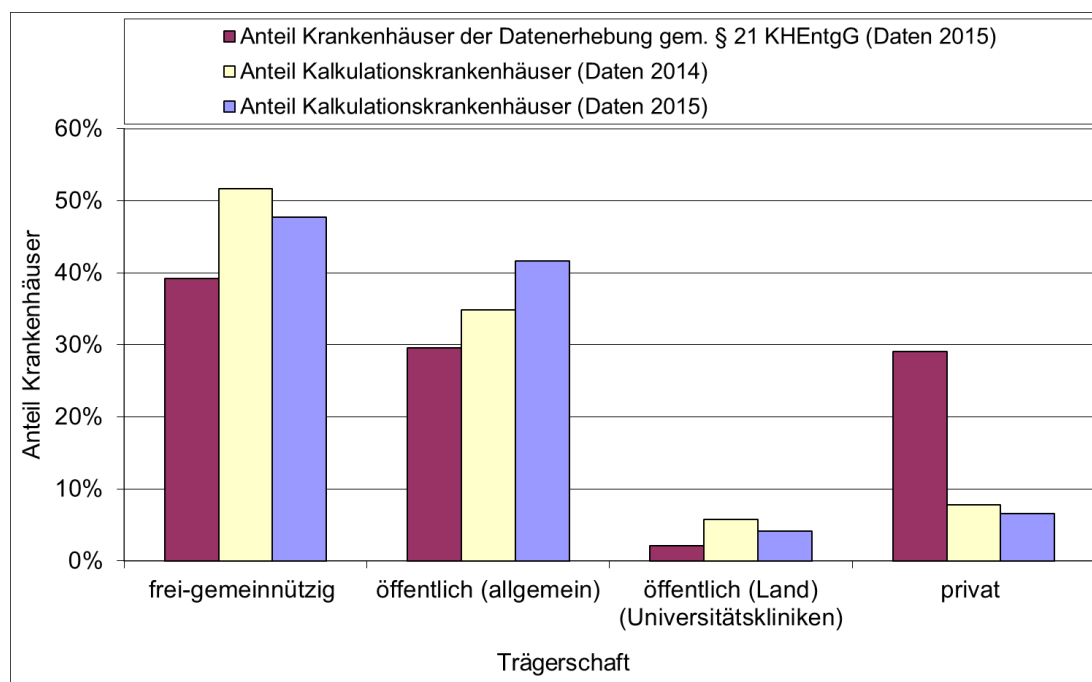


Abbildung 3: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser

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 2014 und 2015 zeigt einen leichten Rückgang des Anteils freigemeinnütziger sowie privater Kalkulationskrankenhäuser und einen leichten Anstieg des Anteils öffentlicher Kalkulationskrankenhäuser.

### **Umfang der Datenlieferungen**

Der Anteil fehlerhafter Datensätze an den übermittelten Daten gem. § 21 KHEntgG lag nach Auswertung der Datenstelle mit 0,13% unverändert auf niedrigem Niveau. Er hat sich im Vergleich zum Vorjahr (0,14%) nochmals minimal verbessert.

Insgesamt stellten die Kalkulationskrankenhäuser 5.048.562 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 5,3 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 4.337.640 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 4.337.640 geprüften Datensätze.

<b>Bereinigung/Korrektur</b>	<b>Anteil Datensätze (in %)</b>	<b>Maßnahme</b>
Korrektur Zusatzentgelte: Dialysekosten, Kosten für Faktorpräparate bei Bluterbehandlung	0,9	Bereinigung Dialysekosten, Kostenseparation
Korrektur sonstige Zusatzentgelte	5,9	Bereinigung in relevanten Kostenmodulen bzw. Herausnahme aus der Datenbasis
Überliegerbereinigung	0,3	Herausnahme aus der Datenbasis

*Tabelle 4: Ergebnis der Datenbereinigungen und -korrekturen (bezogen auf 4.337.640 Datensätze, Entgeltbereich „DRG“), Basis: Datenjahr 2015*

### **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 3.694.815 Datensätze zur Verfügung. Auf Grundlage der Ergebnisse der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen haben sich in Abstimmung mit dem InEK drei Krankenhäuser für eine Stornierung ihrer insgesamt 33.260 Kalkulationsdatensätze (0,8% der Datensätze) entschieden. Insgesamt wurden 14,8% der 4.337.640 geprüften Datensätze durch Bereinigung sowie durch Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen von der Kalkulation ausgeschlossen.

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

<b>Abteilungsart</b>	<b>Fallzahl vor Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen</b>	<b>Fallzahl nach Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen</b>
Versorgung in Hauptabteilung	4.081.168	3.513.432
Belegärztliche Versorgung	65.828	49.200
Teilstationäre Versorgung	190.644	132.183
<b>Gesamt</b>	<b>4.337.640</b>	<b>3.694.815</b>

*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 2015*

Der Anteil plausibler Fälle lag im Datenjahr 2015 damit bei 85% (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 2016 und dem OPS Version 2016 ebenso wie von Leistungen, die in diesen Katalogen noch nicht abgebildet sind. Diese standen in den regulären Daten der Kalkulationskrankenhäuser aus dem Jahr 2015 noch nicht zur Verfügung. Ohne die ergänzende Datenbereitstellung hätten diese Informationen erst in der Kalkulation des Jahres 2017 oder – nach Einführung neuer Codes für 2017 – erst im Jahr 2018 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 229 Kalkulationskrankenhäuser 268.755 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	81	1.937
Falldaten zu minimalinvasiven Operationen an Herzklappen	37	5.700
Falldaten zu anderen operativen und interventionellen Verfahren	64	1.079
Falldaten zu Blutprodukten	200	57.405
Falldaten zu Medikamenten	226	188.437
Falldaten zur Dialyse	152	14.201

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	200	57.387
Kostendaten zu Medikamenten	226	188.341
Kostendaten zu Neurostimulatoren	79	1.930
Kostendaten zu minimalinvasiven Operationen an Herzklappen	36	5.685

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 zwar eine bessere Beurteilung von Mehrkosten bestimmter Verfahren ermöglicht,

eine sichere Abschätzung über die bundesweite Leistungsmenge ist aber nicht in jedem Fall möglich. Infolgedessen ist es nur bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen möglich, den DRG-Algorithmus basierend auf den Daten der ergänzenden Datenbereitstellung umzubauen. Zur Analyse und Bewertung 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 2017 (Vorschlagsverfahren für 2017)“ durch ein regelhaftes Verfahren zu führen. Die Konzeption des Verfahrens (siehe Punkt 1–4) entsprach im Wesentlichen den vorangegangenen Vorschlagsverfahren:

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

Das Vorschlagsverfahren für 2017 wurde am 30. November 2015 mit der Veröffentlichung der Verfahrensweise im Internet eröffnet. Alle eingegangenen Vorschläge wurden in einer Eingangsliste erfasst. Diese Zusammenstellung der Vorschläge mit Vorschlagsnummer, Name der vorschlagenden Institution/Einzelperson und einer stichwortartigen Quintessenz des Vorschlagsinhalts wurde am 13. Mai 2016 auf der Internetseite des InEK veröffentlicht.

Analog zum Vorgehen in den Vorjahren wurden die Eingaben systematisch aufbereitet und in sogenannte „Minimale Bearbeitungseinheiten“ gegliedert. Die simulierbaren Vorschläge wurden auf Basis der aus den Kalkulationskrankenhäusern gelieferten Daten überprüft. Näher beschrieben wird das Verfahren der Simulation und Bewertung vorgeschlagener Änderungen der G-DRG-Klassifikation in Kapitel 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 326 Vorschlagssendungen eingegangen. Dabei wurden 140 Vorschlagssendungen von Fachgesellschaften oder Verbänden sowie weitere 186 Vorschlagssendungen von Einzelpersonen/Institutionen eingebracht. Da eine Vorschlagssendung aus mehreren Teilschlüssen (also Vorschlägen zu verschiedenen Problemstellungen oder DRGs) bestehen konnte, ergaben sich rund 403 rechenbare einzelne Vorschläge. Dazu kamen 30 Vorschläge aus den beiden vorherigen Vorschlagsverfahren, die erst in diesem Jahr rechenbar waren, typischerweise weil die beschriebenen Leistungen erst in den Kalkulationsdaten des Jahres 2015 zweifelsfrei identifizierbar waren.

Die meisten Vorschläge gingen zu den Fachgebieten Zusatzentgelt-Medikamente, Unfallchirurgie/Orthopädie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Zusatzentgelt-Prozeduren und CCL-Matrix 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 bereits in der Beantwortung der Einzelschlüsse, im Abschlussbericht sowie in Vorträgen und Veranstaltungen zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems hingewiesen.

Beim Vorschlagsverfahren für 2017 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 Codes wurden an die zuständigen Stellen beim DIMDI weitergeleitet, allerdings hatte dies keine Verlängerung der Annahmefrist des DIMDI (29. Februar 2016) zur Folge.

- **Vorschläge zur Finanzierung über Zusatzentgelte**

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

- **Vorschläge zur Änderung der CCL-Matrix**

Im Rahmen der Bearbeitung der CCL-Matrix wurden in diesem Jahr wieder detaillierte Prüfungen von Diagnosen und Diagnosegruppen im Hinblick auf beispielsweise streitbefangene, wenig belastbare Kodierung und Besonderheiten bei der Verschlüsselung durchgeführt. Schließlich wurden für das G-DRG-System 2017 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. Die Überarbeitung der CCL-Matrix wird in Kapitel 3.3.1.4 detailliert beschrieben.

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

Simulationen auf den Daten der Kalkulationskrankenhäuser konnten nur anhand von Codes durchgeführt werden, die in den Datensätzen vorhanden waren oder aufgrund einer ergänzenden Datenbereitstellung zur Verfügung standen. Mit neu beantragten Codes wurde wie oben beschrieben verfahren. Wurden diese Codes vom DIMDI in die Klassifikationen aufgenommen, können sie ab dem Jahr 2017 verschlüsselt werden und stehen dann spätestens im Jahr 2018 in den Kalkulationsdaten zur Analyse zur Verfügung. Vorschläge, die auf Codes des Jahres 2016 basieren, wurden weitestgehend auf Codes des Jahres 2015 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 der Fachgesellschaft im Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2017. Weiterhin wurden die DKR an Änderungen der Diagnosen-/Prozedurenklassifikation sowie der G-DRG-Klassifikation für 2017 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 2016 abwichen bzw. außerhalb der Systemarchitektur des G-DRG-Systems lagen, wurden auf innerhalb des G-DRG-Systems simulierbare Hinweise untersucht oder flos-



sen 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 2017 nicht mit einer Bewertungsrelation belegt (Anlagen 3a und 3b der FPV 2017) 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 8.223 Änderungsversionen (ohne CCL-Matrix-Berechnungen).

### **3.2.3 Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG)**

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

#### **3.2.3.1 Sachkostenkorrektur**

Gemäß § 17b Abs. 1 Satz 6 KHG haben die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene unter Bezugnahme auf ein vom InEK entwickeltes Konzept zur sachgerechten Korrektur der Bewertungsrelationen eine sogenannte Sachkostenvereinbarung geschlossen. Danach wird die Sachkostenkorrektur für das G-DRG-System 2017 zu 50% und für das G-DRG-System 2018 zu 60% umgesetzt. Für die Zeit nach 2018 wird eine Anschlussvereinbarung angestrebt. Solange keine Anschlussvereinbarung konsentiert werden kann, erfolgt auch für die G-DRG-Systeme nach 2018 eine Umsetzung der Sachkostenkorrektur zu 60% (vgl. § 1 der Sachkostenvereinbarung). Die Sachkosten-

korrektur verfolgt das Ziel, den Erlös für den in den Bewertungsrelationen enthaltenen Sachkostenanteil auf die Höhe der tatsächlich durchschnittlich angefallenen Kosten abzusinken. Die Sachkostenkorrektur wird dabei als reiner Umverteilungseffekt umgesetzt, d.h. die Korrektur der Sachkosten (absenkende Berücksichtigung) geht mit einer korrespondierenden Aufwertung der Personal- und Infrastrukturkosten einher. Durch die Sachkostenkorrektur wird der Casemix in Deutschland (Summe der effektiven Bewertungsrelationen aller Fälle in Deutschland) – von unvermeidbaren Rundungsdifferenzen abgesehen – nicht verändert.

### Grundlagen

Der Sachkostenkorrektur unterliegen die in der Kostenmatrix separat ausgewiesenen Sachkosten für Medikamente (Kostenartengruppe 4a, 4b), für Implantate (Kostenartengruppe 5) und für medizinischen Sachbedarf (Kostenartengruppe 6a, 6b). Der Anteil der Sachkosten in den Kostenartengruppen 4a, 4b, 5, 6a und 6b an den Gesamtkosten der Kalkulationskrankenhäuser beträgt 20,7%. Die übrigen in Krankenhäusern anfallenden Sachkosten wie beispielsweise für Energie, Lebensmittel und Instandhaltung werden in der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur (Kostenartengruppen 7, 8) abgebildet, in denen allerdings auch Personalkosten u.a. für Verwaltungsmitarbeiter enthalten sind. Die in den Infrastrukturkosten enthaltenen Sachkostenanteile unterliegen nicht der Sachkostenkorrektur. Für die Sachkostenkorrektur wird die Kostenmatrix daher gedanklich in drei Blöcke aufgeteilt, was beispielhaft für die DRG F98B *Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen, [...]* für die Versorgung durch Hauptabteilungen dargestellt wird (vgl. Abb. 4).

	Personalkosten			Sachkosten					Infrastruktur	
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	7	8
Normalstation	545,98	1.033,09	46,78	70,57	5,71		69,04	8,91	319,64	840,43
Intensivstation	451,51	909,50	14,11	68,48	14,81		161,72	0,91	202,44	461,51
OP-Bereich	216,38		184,71	24,07	0,57	4.160,12	200,13	103,77	92,15	156,86
Anästhesie	262,70		164,84	25,42	2,20		81,49	1,83	44,92	74,00
Kardiologie	361,21		366,39	28,73	1,58	13.967,93	140,35	1.021,16	166,11	281,18
Endoskopie	2,28		2,67	0,09	0,01	0,03	0,95	1,14	1,18	1,86
Radiologie	98,63		85,79	1,97	0,57	10,66	17,56	22,13	39,13	56,91
Laboratorien	20,55		107,30	6,23	52,01		92,15	52,00	15,46	45,17
übr. diagnost. Bereiche	128,93	2,26	140,50	1,48	0,20		9,78	10,68	34,59	69,50
Summe	2.088,17	1.944,85	1.113,09	227,04	77,66	18.138,74	773,17	1.222,53	915,62	1.987,42
	5.146,11			20.439,14					2.903,04	

Abbildung 4: Kostenmatrix der DRG F98B Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen, [...]

Der gelb hinterlegte Teil der Kostenmatrix stellt die Personalkosten (in Summe 5.146,11 €), der grün hinterlegte Teil die Sachkosten (20.439,14 €) und der blau hinterlegte Teil die Infrastrukturkosten (2.903,04 €) dar. In der bisherigen Vorgehensweise wurden die drei Teilsummen für die Bestimmung der Bewertungsrelation jeweils einheitlich durch die Bezugsgröße dividiert. Im Beispiel der DRG F98B hätte sich für den G-DRG-Katalog 2017 bei einer Bezugsgröße von 2.935,57 € eine Bewertungsrelation in Höhe von 9,705 ergeben. Diese Bewertungsrelation setzt sich aus den drei Teilwerten für die

- Personalkosten 1,753 (= 5.146,11 € / 2.935,57 €),
- Sachkosten 6,963 (= 20.439,14 € / 2.935,57 €) und
- Infrastrukturkosten 0,989 (= 2.903,04 € / 2.935,57 €)

zusammen (1,753 + 6,963 + 0,989 = 9,705).

### Umsetzung Sachkostenkorrektur

Um das Ziel der Sachkostenkorrektur zu erreichen, müssten die in Abbildung 4 grün hinterlegten Sachkosten nicht durch die Bezugsgröße, sondern durch den gewichteten Mittelwert der landesweiten Basisfallwerte für 2017 dividiert werden. Dieser Mittelwert liegt zum Zeitpunkt der Katalogerstellung allerdings noch nicht vor. Diesem Wert am nächsten liegt das Berechnungsergebnis gem. § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntgG für 2017, welches als gewichteten Mittelwert der landesweiten Basisfallwerte für 2016 die Ausgangsbasis zur Bestimmung des Bundesbasisfallwerts für 2017 darstellt. Die Differenz zwischen der Bezugsgröße (2.935,57 €) und dem Berechnungsergebnis gem. § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntgG (3.293,77 €) beträgt 358,20 € (=12,2%). Die in der Sachkostenvereinbarung konsentrierte Umsetzung zu 50% wird dadurch erreicht, dass nur 50% der Differenz von 358,20 € (= 179,10 € bzw. 6,1%) bei der Sachkostenkorrektur berücksichtigt werden. Entsprechend wird als Divisor für die Sachkosten der Wert 2.935,57 € + 179,10 € = 3.114,67 € (im Folgenden Berech50 genannt) verwendet. Bei einer 50%-Umsetzung entspricht dieser Wert der Mitte zwischen der Bezugsgröße und dem Berechnungsergebnis gem. § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntgG:  $\text{Berech50} = (2.935,57 \text{ €} + 3.293,77 \text{ €}) / 2 = 3.114,67 \text{ €}$ . Damit bei der Division mit dem Berech50-Wert der nationale Casemix nicht absinkt, können bei Ermittlung der Bewertungsrelationen die übrigen Kostenarten ebenfalls nicht mehr durch die Bezugsgröße dividiert werden. Vielmehr ist ein Korrekturwert so zu ermitteln, dass bei Division der Sachkosten durch Berech50 und der Division der Personal- und Infrastrukturkosten durch den Korrekturwert der nationale Casemix dem Wert entspricht, der sich bei Anwendung der Bezugsgröße als einheitlicher Divisor ergeben hätte. Als Korrekturwert für den Fallpauschalen-Katalog 2017 ergibt sich dann 2.897,68 €. Die Berechnung der Bewertungsrelationen wird am Beispiel der DRG F98B noch einmal verdeutlicht (vgl. Abb. 5).

	Personalkosten			Sachkosten					Infrastruktur	
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	7	8
Normalstation	545,98	1.033,09	46,78	70,57	5,71		69,04	8,91	319,64	840,43
Intensivstation	451,51	909,50	14,11	68,48	14,81		161,72	0,91	202,44	461,51
OP-Bereich	216,38		184,71	24,07	0,57	4.160,12	200,13	103,77	92,15	156,86
Anästhesie	262,70		164,84	25,42	2,20		81,49	1,83	44,92	74,00
Kardiologie	361,21		366,39	28,73	1,58	13.967,93	140,35	1.021,16	166,11	281,18
Endoskopie	2,28		2,67	0,09	0,01	0,03	0,95	1,14	1,18	1,86
Radiologie	98,63		85,79	1,97	0,57	10,66	17,56	22,13	39,13	56,91
Laboratorien	20,55		107,30	6,23	52,01		92,15	52,00	15,46	45,17
übr. diagnost. Bereiche	128,93	2,26	140,50	1,48	0,20		9,78	10,68	34,59	69,50
Summe	2.088,17	1.944,85	1.113,09	227,04	77,66	18.138,74	773,17	1.222,53	915,62	1.987,42
	5.146,11			20.439,14					2.903,04	
<div></div> Dividiert durch <b>Korrektur-</b> <b>wert</b> 2.897,68 €	<div></div>			<div></div>					<div></div>	
<div></div> Dividiert durch <b>Berech50</b> 3.114,67 €	9,340	=	1,776	+		6,562	+		1,002	

Abbildung 5: Ermittlung der Bewertungsrelation für die DRG F98B für 2017 bei Umsetzung der Sachkostenkorrektur

Die Bewertungsrelation der DRG F98B für den Katalog 2017 setzt sich aus den drei Teilwerten für die Personal-, Sach- und Infrastrukturkosten zusammen. Dabei werden im Rahmen der Sachkostenkorrektur die Sachkosten durch den Wert Berech50 und die Personal- und Infrastrukturkosten durch den Korrekturwert dividiert. Die Bewertungsrelation bei Umsetzung der Sachkostenkorrektur setzt sich beispielsweise für die DRG F98B aus den drei Teilwerten für die

- Personalkosten 1,776 (= 5.146,11 € / 2.897,68 €),
- Sachkosten 6,562 (= 20.439,14 € / 3.114,67 €) und
- Infrastrukturkosten 1,002 (= 2.903,04 € / 2.897,68 €)

zusammen (1,776 + 6,562 + 1,002 = 9,340).

Bei der Umsetzung der Sachkostenkorrektur ergibt sich demnach eine reine Umverteilung von der anteiligen Bewertung der Sachkosten hin zur anteiligen Bewertung der Personal- und Infrastrukturkosten. Der anteiligen Absenkung der Sachkostenbewertung steht eine korrespondierende anteilige Aufwertung der Personal- und Infrastrukturkosten in Höhe von insgesamt +1,31% gegenüber. Die Bewertungsrelationen von DRG-Fallpauschalen mit hohem Sachkostenanteil werden durch die Sachkostenkorrektur abgesenkt. Durch den Umverteilungseffekt sinkt die Bewertungsrelation allerdings niemals um den maximal möglichen Wert, da sich in jeder DRG stets Aufwertungen der Personal- und Infrastrukturkosten ergeben. Der maximale Rückgang der Inlier-Bewertungsrelation einer DRG im Vergleich zu einem Katalog ohne Sachkostenkorrektur beträgt –4,55%. Bei geringerem Sachkostenanteil übersteigt die Aufwertung der Personal- und Infrastrukturkosten sogar die Absenkung der Sachkosten. Der maximale Anstieg der Inlier-Bewertungsrelation einer DRG im Vergleich zu einem Katalog ohne Sachkostenkorrektur beträgt +1,21%. Den 361 DRGs mit einem Rückgang der Inlier-Bewertungsrelation stehen 844 DRGs mit einem Anstieg der Inlier-Bewertungsrelation gegenüber. Der Casemix für Deutschland wird durch die Sachkostenkorrektur – von unvermeidbaren Rundungsdifferenzen abgesehen – nicht verändert. Krankenhausbezogen ergeben sich in Abhängigkeit der Leistungsstruktur unterschiedliche Auswirkungen auf den krankenhausesindividuellen Casemix. Insgesamt betrachtet zeigen 76% aller Krankenhäuser eine positive Veränderung (der krankenhausesindividuelle Casemix steigt durch die Sachkostenkorrektur an); für 14% der Häuser zeigt sich eine Reduktion des krankenhausesindividuellen Casemix durch die Sachkostenkorrektur von max. –0,25%. Durch die Sachkostenkorrektur ergibt sich für 10% der Krankenhäuser eine Reduktion des krankenhausesindividuellen Casemix von mehr als –0,25%.

### 3.2.3.2 Gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen

Zur Umsetzung der Regelungen in § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen haben die Vertragsparteien auf Bundesebene am 29. August 2016 eine entsprechende Vereinbarung geschlossen. In den Anlagen der Vereinbarung sind die DRGs mit gezielter Absenkung der Bewertungsrelation aufgelistet. Die Höhe der Absenkung ergibt sich aus der Sachkostenkorrektur – für 2017 ist 50% der Differenz zwischen der Bezugsgröße und dem Berechnungsergebnis gem. § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntgG für 2017 als Grundlage zu verwenden (2018 ist 60% der Differenz zu verwenden).

#### **Umsetzung**

In der technischen Umsetzung wird zur Ermittlung der Bewertungsrelationen der Wert Berech50 aus der Sachkostenkorrektur (vgl. Kap. 3.2.3.1) als einheitlicher Divisor für die Gesamtkosten der in der Anlage der Vereinbarung genannten DRGs verwendet. Die Sachkostenkorrektur wird für diese DRGs gem. § 2 Abs. 2 der Vereinbarung nicht zusätzlich angewendet, um „eine doppelte Absenkung von Sachkosten“ zu vermeiden. Die DRGs mit gezielter Absenkung der Bewertungsrelationen sind in Tabelle 8 aufge-

führt. Grün hinterlegt sind dabei die zwei DRGs, bei denen die gezielte Absenkung der Bewertungsrelationen abrechnungstechnisch in Abhängigkeit von der Median-Fallzahl durchgeführt wird.

DRG	DRG-Text
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit kompl. Eingriff an der Wirbelsäule ...
I10E	Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule
I10F	Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule
I10G	Andere wenig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule, mehr als ein Belegungstag
I10H	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne wenig komplexe Eingriffe oder ein Belegungstag
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose...
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag...
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag

Tabelle 8: DRGs mit gezielter Absenkung der Bewertungsrelationen; grün hinterlegt: DRGs mit gezielter Absenkung in Abhängigkeit von der Median-Fallzahl

Die Median-Fallzahl ist die Fallzahl, bei der jeweils genau 50% der Krankenhäuser eine Leistungserbringung oberhalb und 50% der Krankenhäuser eine Leistungserbringung unterhalb dieser Fallzahl aufweisen. Die Median-Fallzahl für die DRG I68D beträgt dabei 176 Fälle und für die DRG I68E 34 Fälle. Damit sind zwei verschiedene Berechnungen für diese zwei DRGs vorzunehmen:

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

Um die unterschiedlichen Bewertungsrelationen im Fallpauschalen-Katalog darzustellen, wurden für diese beiden DRGs im Fallpauschalen-Katalog zwei neue Anlagen

- Anlage 1d bei Versorgung durch Hauptabteilungen
- Anlage 1e bei Versorgung durch Belegabteilungen

mit den Bewertungsrelationen bei Leistungserbringung oberhalb der jeweiligen Median-Fallzahl eingeführt. Im Fallpauschalen-Katalog bei Versorgung durch Hauptabteilungen (Teil 1a) bzw. bei Versorgung durch Belegabteilungen (Teil 1b) sind die Bewertungsrelationen (inkl. Sachkostenkorrektur) mit gezielter Absenkung für Leistungserbringung bis zur jeweiligen Median-Fallzahl eingetragen.

### **Auswirkungen auf den Casemix für Deutschland**

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben in § 2 Abs. 3 der Vereinbarung konsentiert, dass sich durch die gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen keine Änderungen im Casemix für Deutschland ergeben sollen. Entsprechend wurde nach der gezielten Absenkung der Fallpauschalen-Katalog nochmals normiert, sodass sich – von unvermeidbaren Rundungsdifferenzen abgesehen – durch die gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen keine Casemix-Veränderungen auf nationaler Ebene ergeben haben (siehe auch Kap. 3.3.1.6). Die nachträgliche zweite Normierung wurde erforder-

lich, da die Vereinbarung zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen erst nach Abschluss der Arbeiten zur Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2017 erreicht werden konnte. Bei der zweiten Normierung wurden alle bis zu diesem Zeitpunkt ermittelten Bewertungsrelationen mit einem Normierungsfaktor multipliziert. Nicht mit dem Normierungsfaktor multipliziert wurden die Bewertungsrelationen der in der Anlage der Vereinbarung zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen genannten DRGs. Mit einem Normierungsfaktor von gerundet 1,001703 wurde erreicht, dass der Casemix für Deutschland keine Veränderung durch die Umsetzung der Vereinbarung zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen – von unvermeidbaren Rundungsdifferenzen abgesehen – erfährt. Der Casemix für Deutschland nach Umsetzung der Sachkostenvereinbarung und der Vereinbarung zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen beträgt 20.197.737 (vgl. Kap. 3.3.1.6). Die Berechnung der endgültigen, im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesenen Bewertungsrelation sei am Beispiel der DRG F98B noch einmal verdeutlicht: Nach Umsetzung der Sachkostenkorrektur ergab sich als Bewertungsrelation für die DRG F98B ein Wert von 9,340 (vgl. Kap. 3.2.3.1). Die endgültige im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene Bewertungsrelation ergibt sich nun durch Multiplikation dieses Werts mit dem Normierungsfaktor 1,001703:  $9,340 \times 1,001703 = 9,356$  bei Rundung auf drei Nachkommastellen.

### **3.3        Schwerpunkte der Weiterentwicklung**

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

##### **3.3.1.1    Aktualisierung der Plausibilitätsprüfungen**

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

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

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

Die zusätzlichen krankenhausespezifischen Informationen zur Kalkulationsgrundlage stellen einen zentralen Bestandteil der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen zur Beurteilung der Integrität der Krankenhaus-Gesamtdaten dar. Dazu gehören 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 sind. Die fallbezogenen Prüfergebnisse wurden in Verbindung mit den Ergebnissen der krankenhausespezifischen bzw. systematischen Konformitätsprüfungen in einem zusammenhängenden Report an die Kalkulationsteilnehmer übermittelt.

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

### ***Prüfungen auf Krankenhausebene***

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

Da die Personalkosten den größten Kostenblock darstellen, 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. Neben den Kosten für den Pflegedienst auf den bettenführenden Stationen im Bereich der Fachbereiche mit Normalpflege wurden die Zurechnungen von Personalkosten im ärztlichen bzw. pflegerischen und medizinisch-technischen Dienst für die intensivmedizinische Betreuung (Kostenstellengruppe 2) sowie im OP-Bereich (Kostenstellengruppe 4) und in der Anästhesie (Kostenstellengruppe 5) einer besonders intensiven Analyse unterzogen. Auf Basis fallbezogener Leistungsdaten wurden krankenhaushausindividuelle Kostensätze ermittelt und einer Plausibilitäts- und Konformitätsprüfung in einem übergeordneten Gesamtkontext unterzogen. Bei auffälligen Abweichungen wurde das Krankenhaus kontaktiert, um die Auffälligkeiten zu klären. Dabei war insbesondere zu klären, ob eine besondere krankenhaushausindividuelle Situation die Auffälligkeit – inhaltlich korrekt – determinierte oder ob ein systematischer Kalkulationsfehler vorlag.

Insbesondere im Hinblick auf Extremkostenfälle wurden den Kalkulationsteilnehmern zur Plausibilisierung über den bisherigen Umfang hinaus zahlreiche detaillierte Rückfragen zur Kostenzuordnung übersandt. Nachgefragt wurden dabei – abstrahierend vom Einzelfall – auffällige Zuordnungen von Personal- und Sachkosten in allen Bereichen der Kostenkalkulation mit Schwerpunkten auf den Kostenstellengruppen 1 (Normalstation), 2 (Intensivstation), 4 (OP-Bereich), 5 (Anästhesie), 6 (Kreißsaal) und 11 (übrige diagnostische und therapeutische Bereiche).

### ***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 und ungewichteten Intensivstunden sowie die Angaben zu den einzelnen Intensivstationen in den Informationen zur Kalkulationsgrundlage wurden zu Plausibilitätsprüfungen herangezogen. Dabei wurden die Kostensätze des Ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes sowie die verwendeten Gewichtungsfaktoren selbst in den Fokus der Prüfungen gerückt. Bei der Kostenzuordnung auf den Intensivstationen wurde auch analysiert, ob die Gesamtsumme der zugeordneten Personalkosten auf Ebene des einzelnen Behandlungsfalls insbesondere bei besonders aufwendigen Patienten noch plausibel war. Die patientenindividuelle Aufteilung der Verweildauer 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 erneut die Tatsache, dass die Kostenstellengruppe 11 eine Reihe von Kostenstellen eines Krankenhauses vereinigt und die nachgefragten Kostenwerte nicht den Kostenstellen entstammten, auf welche die Inhalte der Plausibilitätsprüfungen abzielten. Zukünftig wird bei diesen Prüfungsansätzen wegen der Aufteilung der Kostenstellengruppe 11 in drei Kostenstellengruppen ab dem Datenjahr 2016 (siehe Kap. 4) eine differenziertere Betrachtung möglich sein.

Zur Weiterentwicklung der Zusatzentgelte für die Behandlung mit Blutgerinnungsfaktoren wurden die in diesem Bereich gelieferten Kosten- und Leistungsdaten einer vertieften Überprüfung unterzogen. Im Fokus stand hier u.a. der korrekte Kostenausweis innerhalb der Kostenmatrix. Die Kostenzuordnung folgt dabei der definitorischen Logik der Zusatzentgelte ZE20xx-97 und ZE20xx-98, unabhängig davon, ob die Gabe von Blutgerinnungsfaktoren im Datenjahr tatsächlich vom Kalkulationskrankenhaus entsprechend abgerechnet werden konnte. Kosten für Blutgerinnungsfaktoren, die definitionsgemäß 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 nach Angaben des Kalkulationskrankenhauses im Datenjahr mit dem Zusatzentgelt ZE20XX-98 vergütet wurden, sind im Rahmen der Bereinigung aus den fallindividuellen Kostenmatrizen herausgelöst worden.

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. Zur Verbesserung der Kommunikation im Rahmen der zahlreichen Nachfragen wurden Maßnahmen zum erleichterten Umgang mit den Nachfragen in den Kalkulationskrankenhäusern ergriffen. Dabei sind die krankenhausindividuelle Priorisierung bei hoher Anzahl von Nachfragen sowie die Integration der Antworten der Häuser auf bereits gestellte Nachfragen zu nennen.

### **Medizinische Plausibilitätsprüfungen**

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

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 oder gegebenenfalls gestrichen, bei denen sich aufgrund der Erfahrungen aus den Rückmeldungen der Krankenhäuser zu bestimmten Kodierungen in den letzten Jahren kein Anlass mehr ergab, den jeweiligen Sachverhalt zu prüfen. Grundsätzlich bestand bei diesem Prüfungstyp unverändert die Möglichkeit für die Krankenhäuser, die Korrektheit der Kodierung zu erläutern bzw. falls notwendig eine Korrektur des Falles vorzunehmen. Zu einer Rückfrage bei den Krankenhäusern führten in diesem Zusammenhang beispielsweise Fälle mit der Hauptdiagnose Kopfschmerz und einer Nebendiagnose für Apoplex oder eine bösartige Neubildung. Das

Ziel, kostenintensive Fälle zu erkennen, die aufgrund einer nicht korrekt verschlüsselten Hauptdiagnose DRGs zugeordnet wurden, die überwiegend der Abbildung leichter Krankheiten 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 2017 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 38.251 Datensätzen wurden somit 66 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 65% 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 32,4% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tab. 9).

Differenz Bewertungsrelation	DRGs kalkuliert	DRGs abgeleitet
Bis 10%	1	112
Über 10% bis 20%	2	520
Über 20% bis 30%	23	113
Über 30% bis 40%	28	0
Über 40% bis 50%	12	0
Mittelwert (ungew.)	32,7%	14,5%

Tabelle 9: Differenz Bewertungsrelation Belegabteilung zu Bewertungsrelation Hauptabteilung

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

### **Normativ-analytische Ableitung**

Die Methodik der normativ-analytischen Ableitung wurde unverändert beibehalten. Auf Basis der Verweildauer-Strukturanalyse wurde bei 447 DRGs zusätzlich zum Abzug der Arztkosten ein Zu- bzw. Abschlag der verweildauerabhängigen Module vorgenommen (146 DRGs mit Zuschlag, 301 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 14,8% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tab. 8). Bei 301 DRGs (37,0%) wurden lediglich die Arztkosten abgezogen, ohne dass weitere Anpassungen vorgenommen wurden (siehe Tab. 10). Die untere und obere Grenzverweildauer wurden nach den üblichen Vorschriften abgeleitet. Entsprechend wurde für den Katalog bei belegärztlicher Versorgung die obere Grenzverweildauer im Vergleich zur Hauptabteilung 193 Mal abgesenkt und 61 Mal angehoben. Die untere Grenzverweildauer wurde im Vergleich zur Hauptabteilung 46 Mal abgesenkt und 13 Mal angehoben.

Verfahren	Anzahl DRGs
Zu- und Abschläge durch VWD-Anpassung	447
Nur Abzug Arztkosten	301
Eigenständig kalkulierte DRGs	66
<b>Gesamt</b>	<b>814</b>

Tabelle 10: Überblick Kalkulationsmethodik der DRGs bei belegärztlicher Versorgung

Für 396 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 15 vergrößert (Vorjahr: 799 DRGs).

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

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

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

### 3.3.1.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen

Nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs übermitteln die Krankenhäuser 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 Leistungsbezeichnungen keine weiteren sachgerechten teilstationären Fallpauschalen gebildet werden.

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

Für das Datenjahr 2015 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 Fallpauschalen-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 Kalkulationsbedingungen nicht bewertet werden. Die mittleren Kosten für die teilstationären

DRGs L90B *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse* und L90C *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse* werden in Tabelle 11 für insgesamt 1.742 Kalkulationsdatensätze der L90B und 179.491 Kalkulationsdatensätze der L90C in modularer Struktur dargestellt. In den Tabellen 12 und 13 werden die häufigsten Hauptdiagnosen und in den Tabellen 14 und 15 die häufigsten Prozeduren abgebildet.

Bezeichnung	Kostenarten- gruppe	Kosten (€) L90B	Kosten (€) L90C
Ärztlicher Dienst	1	34,68	30,44
Pflegedienst	2	45,26	63,11
Med.-technischer Dienst	3	28,66	13,87
Arzneimittel	4a	16,06	9,89
Arzneimittel Einzelkosten	4b	0,19	2,28
Implantate/Transplantate	5	0,00	0,00
Übriger med. Bedarf	6a	38,70	33,37
Übriger med. Bedarf Einzelkosten	6b	63,85	45,88
Med. Infrastruktur	7	14,68	17,14
Nicht med. Infrastruktur	8	46,05	40,55
<b>Gesamt</b>		<b>288,13</b>	<b>256,54</b>

Tabelle 11: *Mittlere Kosten der teilstationären DRGs L90B Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse und L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2015*

Kode	Hauptdiagnose	Fälle
Z49.1	Extrakorporale Dialyse	39
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	35

Tabelle 12: *Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90B Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2015*

Kode	Hauptdiagnose	Fälle
Z49.1	Extrakorporale Dialyse	10.153
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	2.730

Tabelle 13: *Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2015*

Kode	Prozeduren	Anzahl
8-857.0	Peritonealdialyse: Intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	1.552
8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	89

Tabelle 14: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90B Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2015

Kode	Prozeduren	Anzahl
8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	124.955
8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	39.601
8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	8.942
8-853.3	Hämofiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	1.824
8-855.5	Hämodiafiltration: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	1.456

Tabelle 15: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2015

### 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 von der Basis-DRG und der Hauptdiagnose. Die CCL-Werte für jede Kombination aus Basis-DRG und Diagnose lassen sich in einem zweidimensionalen Feld darstellen; sie bilden die „CCL-Matrix“.
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 fallspezifischer Wert zugeordnet, durch den die Begleiterkrankungen des Falles implizit in die Zuordnung zu einer Fallpauschale eingehen können, ohne die Aufwandserhöhung durch die Begleiterkrankungen für jeden Fall und jede DRG für jede mögliche Diagnose und Diagnosekombination einerseits explizit messen und andererseits für jede DRG mit individuellen Splitkriterien mit langen Diagnosetabellen und entsprechender Intransparenz definieren zu müssen. Dessen ungeachtet werden einzelne, besonders kostenrelevante Nebendiagnosen auch explizit in Gruppierungsbedingungen berücksichtigt.

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

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

Nach beständigen Anpassungen der CCL-Werte und der Exklusionslisten in den ersten Jahren des G-DRG-Systems wurde im Jahr 2013 die erste grundsätzliche Überarbeitung aller Schritte der PCCL-Berechnung begonnen. Sie erfolgt in mehreren Stufen: Als erste Stufe wurde die PCCL-Formel für den Fallpauschalen-Katalog 2014 angepasst, die aus dem australischen AR-DRG-System unverändert übernommen worden war. Auslöser hierfür war die Veränderung der Kodierung von Nebendiagnosen. Da die Auswirkungen der ersten Überarbeitungsstufe erst in den Kalkulationsdaten des Datenjahres 2014 sichtbar wurden, die im Jahr 2015 die Grundlage für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2016 bildeten, wurde die zweite Stufe mit Einführung der PCCL-Werte 5 und 6 („schwerste CC“) erst für den Fallpauschalen-Katalog 2016 umgesetzt. Mögliche Auswirkungen dieser zweiten Anpassung werden erst in den Kalkulationsdaten des Datenjahres 2016 sichtbar. Diese Daten stehen jedoch erst im Jahr 2017 für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems zur Verfügung, sodass in diesem Jahr auf eine weitere grundlegende Modifikation wie beispielsweise eine weitere Anpassung der Formel verzichtet wurde. Für den Fallpauschalen-Katalog 2017 wurden als Themenschwerpunkt der Weiterentwicklung des Schweregradsystems verstärkt die CCL-Werte einzelner Diagnosen und Diagnosegruppen analysiert. Deshalb wird darauf im Folgenden zunächst detailliert eingegangen.

Nachdem früher Diagnosen oder Diagnosegruppen überwiegend systemweit auf- bzw. abgewertet wurden, verlagerte sich die Anpassung der CCL-Werte in den letzten Jahren verstärkt hin zu einer individuellen Anpassung bestimmter Diagnosen in bestimmten Basis-DRGs. Standen bislang vor allem die Überprüfung der inhaltlichen Nähe zum typischen DRG-Inhalt, eine streitbefangene und/oder wenig belastbare Kodierung, Hinweise auf Besonderheiten bei der Verschlüsselung sowie die „Schieflage“ der Kalkulati-



onsstichprobe bei den Analysen zur CCL-Matrix im Vordergrund, waren dieses Jahr vor allem Diagnosen mit starkem Fallzahlwachstum in den letzten Jahren, Diagnosen mit großer Häufigkeit und Diagnosen mit großer Bedeutung für das Gesamtsystem im Fokus. Zudem wurden die Auswirkungen von Änderungen in der ICD-10-GM (z.B. Kodendifferenzierungen) analysiert.

### **Kodes mit starkem Fallzahlwachstum, großer Häufigkeit im oder Bedeutung für das Gesamtsystem**

Auf Grundlage der vollstationären Fälle aus den §-21-Datenlieferungen für die Jahre 2003 bis 2015 lässt sich für diesen Zeitraum ein Fallzahlwachstum von ca. +15% erkennen. Bei angenommen gleichbleibender Prävalenz und gleichbleibendem Kodierverhalten wären auch für einzelne Diagnosen Wachstumsraten in dieser Größenordnung zu erwarten. Auffällig und deshalb besonders zu untersuchen sind Diagnosen dann, wenn sich ihr Fallzahlwachstum deutlich davon unterscheidet – wie exemplarisch bei den Diagnosen E87.0 *Hyperosmolalität und Hybernatriämie* (+493%) und E87.1 *Hypoosmolalität und Hyponatriämie* (+477%), siehe Abbildung 6. Hierbei ist letztlich nebensächlich, ob sich das unterschiedliche Wachstumsverhalten aufgrund einer tatsächlichen Fallzahlsteigerung (wie Veränderungen bei bestimmten Krankheiten oder Störungen, Änderung in der Gesellschaft z.B. hinsichtlich Altersstruktur) oder einer scheinbaren Fallzahlsteigerung (wie geändertes Kodierverhalten, statistischer Effekt mit z.B. falsch-niedrigem Ausgangswert) ergibt. In beiden Situationen ist zu prüfen, ob die Diagnosen im Schweregradsystem einen Mehraufwand noch begründen. Im Rahmen der Untersuchungen solcher Diagnosekodes erfolgte eine Abwertung der CCL-Werte in solchen Basis-DRGs, in denen sie einen Ressourcenmehraufwand nicht mehr begründen, in der Regel jeweils um 1.

Für Fälle mit der Nebendiagnose für *Enterokolitis durch Clostridium difficile* (ICD-Kode A04.7) wurde hingegen ein erhöhter Kostenaufwand festgestellt. Eine sachgerechte Abbildung dieser Fälle wurde durch die Aufwertung der CCL-Werte für diese Diagnose in der CCL-Matrix in 77 Basis-DRGs jeweils um 1 erreicht. Zudem konnten aufgrund eines kostensteigernden Mehraufwands systemweit Diagnosekodes für Organtransplantationen mit Dringlichkeitsstufe (aus den ICD-Kodebereichen U55.- und Z75.7-) mit dem CCL-Wert 2 neu in die CCL-Matrix aufgenommen werden.

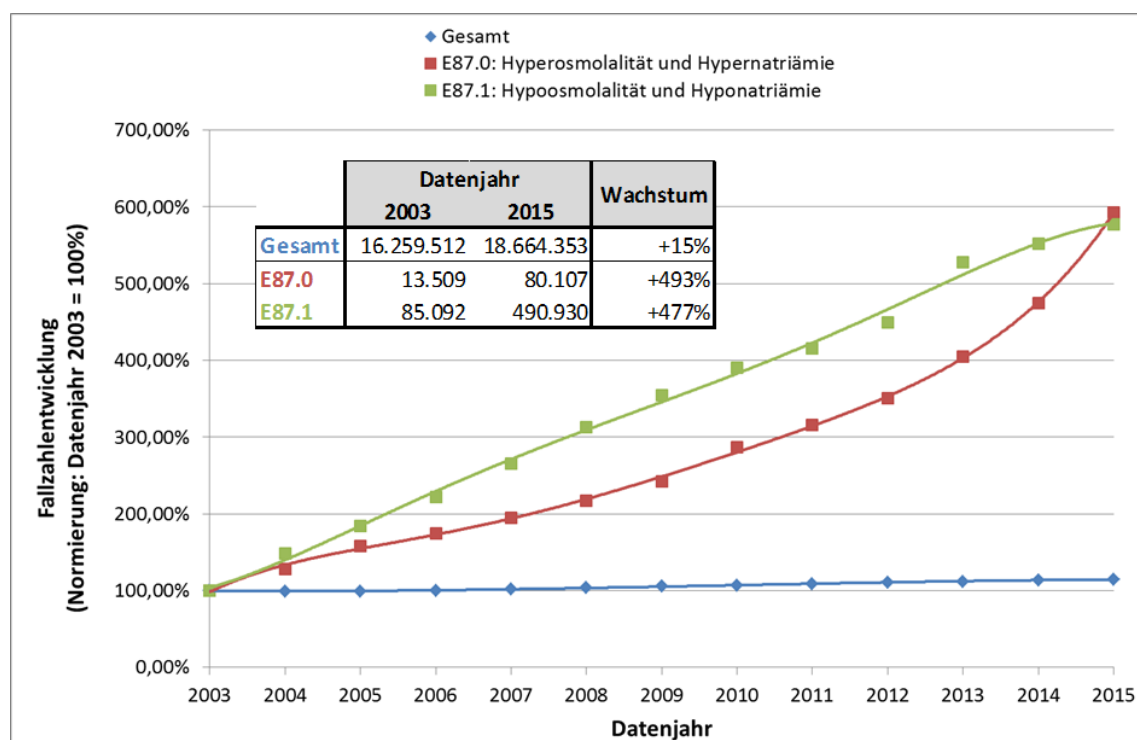


Abbildung 6: Fallzahlentwicklung nach §-21-Datenlieferung (vollstationäre Fälle, blaue Kurve) und der Diagnosen E87.0 Hyperosmolalität und Hypernatriämie (rote Kurve) und E87.1 Hypoosmolalität und Hyponatriämie (grüne Kurve) im Zeitraum der Datenjahre 2003 bis 2015; Normierung der Werte so gewählt, dass das Datenjahr 2003 jeweils 100% entspricht

### Auswirkungen von Änderungen in der ICD-10-GM (z.B. Kodedifferenzierungen)

Jedes Jahr wird das medizinische Klassifikationssystem ICD-10-GM durch das DIMDI überarbeitet. Die Änderungen (z.B. Präzisierungen, Kodedifferenzierungen, Umgestaltung ganzer Codebereiche) beeinflussen die Kodierung der Fälle. Im Rahmen der diesjährigen klassifikatorischen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurde analysiert, welche Auswirkungen Kodedifferenzierungen auf das CCL-System haben. Kodedifferenzierungen führen in der Regel zu einem Anstieg in der Kodierung. Exemplarisch veranschaulicht wird dies in Abbildung 7 am Beispiel des in der ICD-10-GM Version 2015 ausdifferenzierten Diagnosekodes N17.9 *Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet* mit einem Fallzahlwachstum von +45,5% in nur einem Jahr. In keinem Jahr zuvor wurde ein solch starker Anstieg innerhalb eines Jahres beobachtet. Nicht auszuschließen, aber eher unwahrscheinlich ist, dass es in Deutschland im Jahr 2015 tatsächlich rund 45,5% mehr Fälle mit nicht näher bezeichnetem akutem Nierenversagen gab. Wahrscheinlicher ist dagegen, dass die ausdifferenzierten Codes häufiger aufgeschrieben wurden (z.B. aufgrund vollständigerer Dokumentation). Ein Grund hierfür mag sein, dass der Code durch die Ausdifferenzierung eine höhere Aufmerksamkeitsstufe erreicht hat bzw. bis zum Jahr 2014 ggf. nicht jeder Anwender davon ausging, dass auch für Fälle ohne Vollbild eines akuten Nierenversagens (z.B. bereits bei Stadium 1) dieser Diagnosecode kodiert werden konnte.

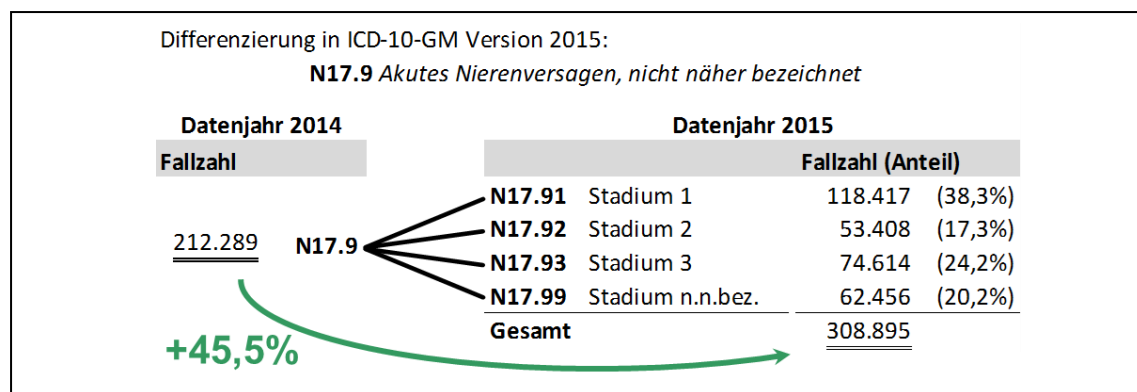


Abbildung 7: Fallzahlentwicklung nach §-21-Datenlieferung (valide vollstationäre Fälle) für die im Jahr 2015 ausdifferenzierte Diagnose N17.9 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet

Nach bisherigem Vorgehen erhalten die differenzierten Codes – unabhängig vom Schweregrad der ausdifferenzierten Codes – die CCL-Werte des undifferenzierten Codes, die ja letztlich implizit als Mittelwerte aus den spezifischen Codes resultieren. Aufgrund unterschiedlicher Fallzahlverteilungen auf die unterschiedlichen DRGs kann es zu unterschiedlichen durchschnittlichen CCL-Werten für die Nachfolgercodes kommen. Da im Beispiel der Nachfolgercodes der Diagnose N17.9 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet Stadium 3 einen höheren Schweregrad als Stadium 2 und Stadium 2 wiederum einen höheren Schweregrad als Stadium 1 kennzeichnet, lassen sich a priori für den Stadium-3-Diagnosekode tendenziell höhere und für den Stadium-1-Kode sowie für den unspezifischen Code niedrige CCL-Werte erwarten. Wie in Abbildung 8 zu sehen ist, weisen jedoch – entgegen dieser Erwartung – die Fälle mit dem Diagnosekode für Stadium 1 durchschnittlich einen höheren CCL-Wert auf als Fälle mit Stadium 2, und diese wiederum weisen durchschnittlich einen höheren CCL-Wert auf als Fälle mit Stadium 3. In jedem Fall führt ein Anstieg in der Kodierung bei gleichbleibenden CCL-Werten zu starken Auswirkungen im PCCL-Gefüge.

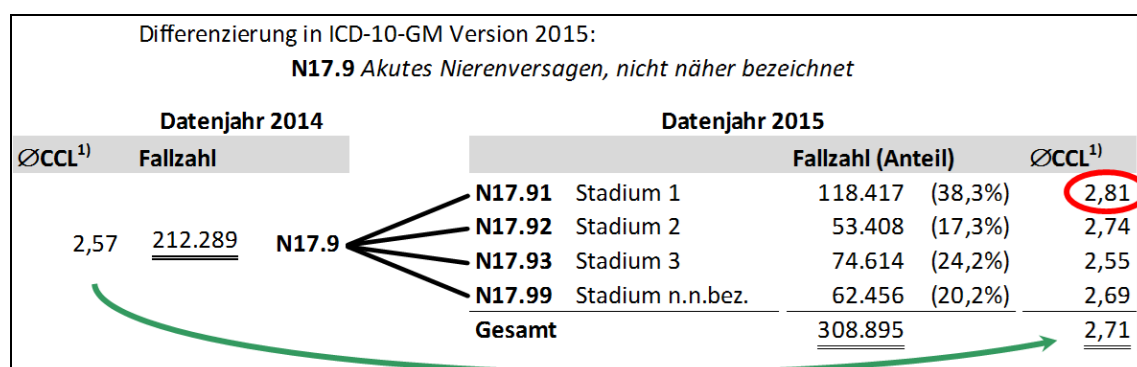


Abbildung 8: Fallzahlentwicklung nach §-21-Datenlieferung (valide vollstationäre Fälle) für die im Jahr 2015 ausdifferenzierte Diagnose N17.9 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet und ihre durchschnittlichen CCL-Werte: 1) gruppiert nach G-DRG-System 2016

Eine Überprüfung und notwendige Anpassungen in der CCL-Matrix sind derzeit erst mit einem Zeitversatz von zwei Jahren möglich. Für die im Jahr 2015 neu etablierten Codes für das *nicht näher bezeichnete akute Nierenversagen* (N17.9-) lassen sich erst im G-DRG-System 2017 die CCL-Werte anpassen. Während sich für die Diagnosecodes des Stadiums 2 und des Stadiums 3 – erwartungsgemäß – durchschnittlich leicht höhere CCL-Werte ergeben, ist eine Absenkung des unspezifischen Codes sowie des Diagnosecodes für Stadium 1 aufgrund geringerer Mehrkosten sachgerecht (siehe Abb. 9). Die

Analysen zeigen im Ergebnis, dass das bisherige Vorgehen bei Kodedifferenzierungen kritisch zu hinterfragen ist.

Differenzierung in ICD-10-GM Version 2015:							
<b>N17.9 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet</b>							
Datenjahr 2014				Datenjahr 2015			
ØCCL <sup>1)</sup>	Fallzahl			Fallzahl (Anteil)	ØCCL <sup>1)</sup>	ØCCL <sup>2)</sup>	
2,57	<u>212.289</u>	<b>N17.9</b>	<b>N17.91</b> Stadium 1	118.417 (38,3%)	2,81	2,18	↓
			<b>N17.92</b> Stadium 2	53.408 (17,3%)	2,74	2,77	↔
			<b>N17.93</b> Stadium 3	74.614 (24,2%)	2,55	2,58	↔
			<b>N17.99</b> Stadium n.n.bez.	62.456 (20,2%)	2,69	2,02	↓
			<b>Gesamt</b>	<u>308.895</u>	<u>2,71</u>	<u>2,34</u>	↔

Abbildung 9: Fallzahlentwicklung nach §-21-Datenlieferung (valide vollstationäre Fälle) für die im Jahr 2015 ausdifferenzierte Diagnose N17.9 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet und ihre durchschnittlichen CCL-Werte: 1) gruppiert nach G-DRG-System 2016, 2) gruppiert nach G-DRG-System 2017

### Weitere Anpassungen der CCL-Matrix, Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren

Zur Überarbeitung der CCL-Matrix sind auch in diesem Jahr Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2017 und aus dem Anfrageverfahren für über 440 Diagnosecodes eingegangen. Darüber hinaus wurden im Rahmen interner Analysen viele weitere Diagnosen hinsichtlich ihrer Abbildung in der CCL-Matrix untersucht. Multiple Abwertungen, Streichungen, Aufwertungen und Aufnahmen wurden simuliert. Diese umfangreichen Analysen führten zur Anpassung der Werte bestimmter Diagnosen innerhalb mehrerer DRGs. Im Ergebnis wurden 1.521 Diagnosen verändert. Dabei ist zu betonen, dass 90% der Diagnosen in weniger als zehn Basis-DRGs und 60% der Diagnosen in weniger als drei Basis-DRGs in ihrer Bewertung verändert wurden (siehe Abb. 10).

### CCL-Matrix

▪ Abwertung in < 3 Basis-DRGs:	935
▪ Abwertung in 3-9 Basis-DRGs:	432
▪ Abwertung in 10-29 Basis-DRGs:	2
▪ <b>Abwertung in mindestens 30 Basis-DRGs:</b>	<b>97</b>
▪ Aufwertung:	3
▪ Auf- und Abwertung je nach Basis-DRG:	20
▪ Neuaufnahme:	32
▪ global aus der CCL-Matrix gestrichen:	14

Abbildung 10: Veränderungen an der CCL-Matrix 2017

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens 2017 wurde bezüglich der Diagnosen für die Schwangerschaftsdauer, ähnlich wie im Vorjahr bei den Codes für die Überwachung einer Schwangerschaft, auf einen höheren Aufwand z.B. bei Narkosevorbereitung und -überwachung bei operativen Fällen außerhalb MDC 14 *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* hingewiesen: z.B. bei einem operativen Eingriff bei einer Sprunggelenkfraktur einer schwangeren Patientin. Dieser Sachverhalt wurde bereits bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2016 über die Codes für die Überwachung einer Schwangerschaft (Z34 bzw. Z35.-) abgebildet. Da nicht in jedem Fall unstrittig ist, ob diese Codes angegeben werden können, wurde die Aufwertung solcher Patientinnen nun durch Ergänzung um die Codes für die Schwangerschaftsdauer (O09.3 bis O09.7) folgenderweise komplettiert: Bei erhöhtem Kostenaufwand wurden die betroffenen Codes auf die gleiche Weise in die CCL-Matrix aufgenommen wie im Vorjahr die Codes für die Überwachung einer Schwangerschaft mit relativ geringem Gewicht (CCL-Wert = 1) in den operativen DRGs außerhalb MDC 14 und MDC 15 *Neugeborene*. Alle Codes für die Überwachung einer Schwangerschaft sowie die Codes für die Schwangerschaftsdauer schließen sich in der CCL-Matrix gegenseitig aus. Die sachgerechte Abbildung der Codes wird in den Folgejahren überprüft.

In die CCL-Matrix wurden für das G-DRG-System 2017 folgende Diagnosecodes neu aufgenommen:

- Diagnosecodes für Organtransplantationen mit Dringlichkeitsstufe aus den ICD-Kodebereichen U55.- und Z75.7-
- Diagnosecodes für Funktionseinschränkung höherer Schweregrade: U50.4- *Schwere motorische Funktionseinschränkung*; U50.5- *Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung*; U51.2- *Schwere kognitive Funktionseinschränkung*
- Diagnosecodes für Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens aus dem Codebereich D47.-
- Diagnosecodes für Amyloidose aus dem Codebereich E85.-
- Diagnosecodes für Schwangerschaftsdauer O09.3 [...] *20. Woche bis [...]* O09.7 [...] *Mehr als 41 vollendete Wochen*

Im Rahmen des jährlichen Auftrags zur Überprüfung und Bearbeitung der CCL-Matrix wurden in diesem Jahr somit 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 11 zu sehen.

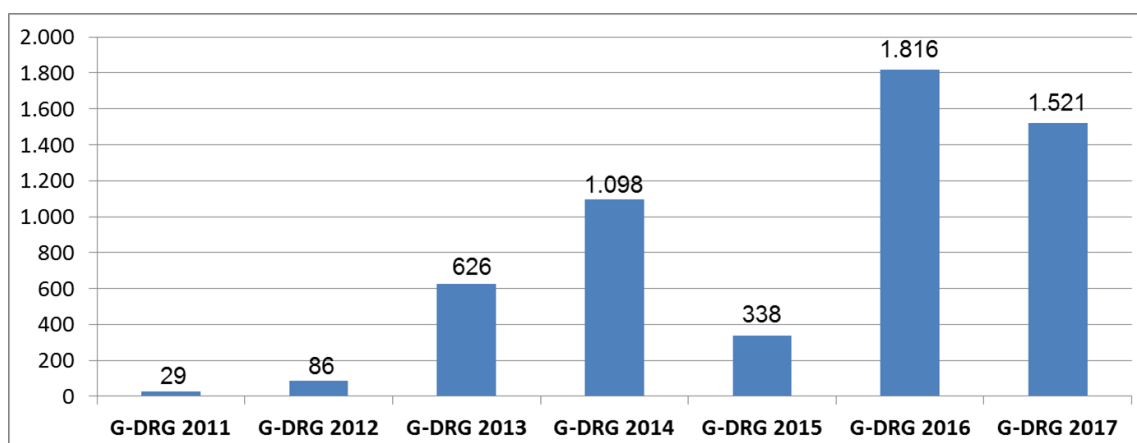


Abbildung 11: Diagnosespezifische Änderungen der CCL-Systematik im Verlauf der letzten Jahre

Eine vollständige Liste aller im Rahmen der Bearbeitung der CCL-Matrix verändert abgebildeten Diagnosen für das G-DRG-System 2017 findet sich in Tabelle A-3 im Anhang und auf der Internetseite des InEK ([www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)).

Der dargestellte Umbau der CCL-Matrix wurde durch Anpassungen der CCL-Exklusionslisten komplettiert. Exklusion im CCL-System bedeutet, wie oben bereits erwähnt, dass in die Ermittlung des Gesamtschweregrads (PCCL) bei zwei als nicht unabhängig voneinander gewerteten Nebendiagnosen nur die höher bewertete Diagnose eingeht. Schließen sich zwei Diagnosen nach CCL-Exklusionsliste aus, gilt dies im gesamten G-DRG-System und betrifft alle PCCL-Splits. Bei der Anpassung der Exklusionslisten handelt es sich um einen kontinuierlichen Prozess, der u.a. die Weiterentwicklung der ICD-10-GM und des G-DRG-Systems, die Kodierrichtlinien, die Kodierung etc. berücksichtigen muss. Eine Anpassung bzw. Ergänzung der CCL-Exklusionen erfolgt nur, wenn die Addition der CCL-Werte DRG-unabhängig nicht sinnvoll ist und ein eindeutig positives Simulationsergebnis vorliegt. 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.

Ergänzungen von Exklusionen erfolgten in diesem Jahr z.B. bei Diagnosen für Schockzustände. Im Vorschlagsverfahren wurde z.B. darauf hingewiesen, dass die Exklusionslisten für bestimmte Diagnosen in Verbindung mit den Codes aus dem Kapitel Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett unvollständig waren. Dementsprechend wurden neue Exklusionen z.B. zwischen Diagnosen für *Schock während oder nach Wehentätigkeit und Entbindung* (O75.1), *Schock, anderenorts nicht klassifiziert* (R57.-) sowie für weitere Diagnosen für Schockzustände etabliert.

Wie oben bereits erwähnt, wurde die PCCL-Formel in diesem Jahr nicht weiter modifiziert. Allerdings wurde bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems geprüft, an welchen Stellen sich die im letzten Jahr neu etablierten Schweregradstufen 5 und 6 („schwerste CC“) besonders gut als Splitkriterium eignen. Dazu wurden zunächst all die Stellen überprüft, an denen sie bisher schon als Splitbedingungen verwendet werden. Es ergaben sich hierbei keine Veränderungen in der Einschätzung gegenüber dem Vorjahr. Eine belastbare Überprüfung der Splitbedingungen für schwerste CC ist jedoch erst auf Grundlage des Datenjahres 2016 im kommenden Jahr möglich. Darüber hinaus wurde die Bedingung  $PCCL > 4$  an zwei weiteren geeigneten Stellen, nämlich in den Splitbedingungen zu den DRGs E77B und E77C in der Basis-DRG E77 *Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane* sowie der DRG T60B *Sepsis mit kompliz. Konst. od. b. Z.n. Organ-Tx [...] od. schwerste CC*, in den G-DRG-

Algorithmus integriert. Die Vergütungssituation für einige sehr teure Fälle konnte dadurch deutlich verbessert werden (siehe dazu auch Kapitel 3.3.2.10 zu den Extremkostenfällen). Die stärkere Nutzung der schwersten CC als Kostentrenner bleibt damit eine Option für die Zukunft. Hierfür sind allerdings weitergehende Untersuchungen in den kommenden Jahren notwendig.

### 3.3.1.5 Einbeziehung von verlegten Fällen und Überliegern

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

#### **Regelhafte Zuordnung der berücksichtigten Verlegungsart je DRG**

Die je DRG zur Kalkulation des Relativgewichts herangezogene Fallmenge wurde regelhaft – unverändert gegenüber dem Vorjahr – durch Analyse des arithmetischen Kostenmittelwerts je Verlegungsart bestimmt. Dabei ergeben sich vier Fallkonstellationen, die sich auf die 1.255 DRGs wie in Tabelle 16 dargestellt verteilen (siehe auch Tab. A-4-1 bis A-4-3 im Anhang).

Kalkulationsbasis	Anzahl DRGs	Anteil DRGs (in %)
Nicht verlegte Fälle	238	19,0
Nicht verlegte und zusätzlich aufnahmeverlegte Fälle	195	15,5
Nicht verlegte und zusätzlich entlassverlegte Fälle	159	12,7
Alle Fälle (nicht verlegte und zusätzlich aufnahme- oder entlassverlegte Fälle)	618	49,2
DRGs ohne Bewertung (Anlage 3a und 3b)	45	3,6
<b>Gesamt</b>	<b>1.255</b>	<b>100,0</b>

Tabelle 16: Überblick über die Berücksichtigung der Verlegungsarten im G-DRG-System 2017

#### **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 langer mittlerer Verweildauer besonders häufig unter den Überliegern zu finden sind.

Beispielsweise wäre die DRG A18Z *Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion* mit einer mittleren Verweildauer von 97,2 Tagen (Fallpauschalen-Katalog 2017) 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 2014 auf 2015) ist diese unter Umständen nicht gegeben, da für Überlieger (die noch mit undifferenzierten Codes aus 2014 verschlüsselt sind) keine Information darüber verfügbar ist, mit welchem der inzwischen verfügbaren differenzierten Codes der Fall 2015 verschlüsselt würde.

Ein Beispiel hierfür ist der Code 5-424.1 *Partielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal*. Mit dem OPS 2015 wurde der Code weiter differenziert:

5-424.10 Ohne proximale Magenresektion

5-424.11 Mit proximaler Magenresektion (Kardia und Fundus) und Hochzug des Restmagens, transhiatal

5-424.12 Mit proximaler Magenresektion (Kardia und Fundus) und Hochzug des Restmagens, durch Thorakotomie

5-424.1x Sonstige

Wenn auf Grundlage neu ausdifferenzierter Codes z.B. eine neue DRG definiert wurde und daher Fälle, die 2014 mit dem gleichen Code verschlüsselt wurden, 2015 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 2014 in der Kalkulationsmenge verbleiben, wenn es sich um eine DRG mit sehr kleinen Fallzahlen handelt und der problematische Code (bei jeder möglichen Überleitungsentscheidung) ohne Gruppierungsrelevanz ist. Beispielsweise sind für die o.g. DRG A18Z nur die Beatmungszeit und ein OPS-Kode (Transplantation) gruppierungsrelevant. Haupt- oder Nebendiagnose haben bei diesen Fällen nie einen Einfluss auf das Gruppierungsergebnis, sodass eine nicht überleitbare Diagnose oder Prozedur 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 2016 ergab sich auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG für das Datenjahr 2015 eine Summe effektiver Bewertungsrelationen in Höhe von 20.197.177. Unter Verwendung identischer Daten ergab sich für den Fallpauschalen-Katalog 2017 nach Umsetzung der Sachkostenvereinbarung gem. § 17b Abs. 1 Satz 6 KHG und der Vereinbarung zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen gem. § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG i.V.m. § 9 Abs. 1c KHEntgG (vgl. Kap. 3.2.3) eine Summe effektiver Bewertungsrelationen in Höhe von 20.197.737. Die Differenz der effektiven Bewertungsrelationen beträgt +560. Die Bezugsgröße zur Ermittlung der Bewertungsrelationen für den Fallpauschalen-Katalog 2017 beträgt 2.935,57 €.

Der Bezugsgröße muss in diesem Jahr eine etwas andere Bedeutung als in den vergangenen Jahren zugemessen werden. Sie bildet die zentrale Ausgangsbasis für die Umsetzung der Sachkostenvereinbarung und der Vereinbarung zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen unter der Prämisse, dass die klassifikatorische Weiterentwicklung des G-DRG-Systems keine Auswirkung auf den Casemix für Deutschland hat. Ein Vergleich der Bezugsgröße mit Werten vergangener Jahre ist wegen der in Kapitel 3.2.3 beschriebenen Umsetzung der Sachkostenvereinbarung und der Vereinbarung zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen wegen der nachträglichen Normierung nur eingeschränkt möglich.

## 3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation

### 3.3.2.1 Abbildung der Pflege

#### *Hochaufwendige Pflege von Patienten*

Die erstmals in den OPS Version 2010 aufgenommenen Codes 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 2017 wurden erneut Klarstellungen und Vereinheitlichungen von Begriffsdefinitionen vorgenommen, die beim DIMDI in Form von Hinweisen und Vorschlägen von Fachverbänden und Anwendern zur Revision des Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) eingegangen sind. Für den OPS Version 2017 ist bei den Prozeduren für hochaufwendige Pflege für die Abbildung von Erwachsenen sowie von Kindern und Jugendlichen eine weitere Klasse von Aufwandspunkten unterhalb der bisher kodierbaren Schwelle von 43 Aufwandspunkten ergänzt worden. Durch die Erweiterung der Punktbereiche um 37–42 Aufwandspunkte, analog zu dem Code für Kleinkinder, ist ab dem Kalkulationsjahr 2018 auch für diese Altersklassen eine weiter differenzierte Analyse möglich. Des Weiteren wurden erneut 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, beim DIMDI eingereicht. Der Bereich der speziellen Pflege wurde um den Leistungsbereich H: Atmung ergänzt und ein PKMS für Früh-/Neugeborene und Säuglinge (PKMS-F) konnte ebenfalls für den OPS Version 2017 etabliert werden.

Die Entwicklung des G-DRG-Systems 2017 basiert dagegen auf den PKMS-Kodes aus dem OPS Version 2015.

Seit 2012 ist der PKMS über die ZEs 130 *Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen* und 131 *Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen* erlösrelevant. Die Definition der ZEs für hochaufwendige Pflege bleibt in diesem Jahr unverändert. Dies gilt auch für die Methodik der Kalkulation dieser Zusatzentgelte. Es besteht weiterhin ein einheitliches Zusatzentgelt, das systemweit in jeder DRG abgerechnet werden kann. In einigen DRGs zeigten sich allerdings trotz Bereinigungen deutliche Kostenunterschiede zu anderen Fällen in den jeweiligen DRGs. So ist es in diesem Jahr erstmals gelungen, den PKMS in das G-DRG-System einzugliedern. In insgesamt 11 Basis-DRGs (B81, E65, E69, E77, E79, F62, F67, F71, G60, K62 und L63) wirken die Kodes für hochaufwendige Pflege zukünftig – abhängig von den Aufwandspunkten – direkt höhergruppierend. Für eine sachgerechte Abbildung erfolgte eine Einteilung anhand der Aufwandspunkte in drei Kategorien:

- **Hochaufwendige Behandlung:**  
Erwachsene ab 159 Punkte,  
Kinder, Jugendliche und Kleinkinder ab 130 Punkte
- **Aufwendige Behandlung:**  
Erwachsene ab 101 Punkte,  
Kinder, Jugendliche und Kleinkinder ab 72 Punkte
- **Mäßig aufwendige Behandlung:**  
Erwachsene ab 72 Punkte

Weitere Informationen bezüglich der „aufwendigen Behandlungen“ befinden sich in Kapitel 3.3.2.4.

Die Berücksichtigung der PKMS-Aufwandspunkte verbessert deutlich die Vergütung von Patienten mit sowohl hohem Pflegeaufwand als auch hohem Pflegebedarf.

### ***Funktionseinschränkungen***

Im Gegensatz zum PKMS sind andere Attribute nicht ein Marker für den Pflegeaufwand, sondern ausschließlich für einen erhöhten Pflegebedarf. Verschiedene etablierte Instrumente erlauben die Quantifizierung motorischer (ICD-10-GM U50.-) und kognitiver (ICD-10-GM U51.-) Funktionseinschränkungen und fokussieren dabei auf die Aktivitäten des täglichen Lebens des Patienten, wodurch sie die breite Erfassung des individuellen Pflegebedarfs fördern. Die ICD-Kodes sind jeweils ausdifferenziert nach Schweregrad in Punkten, der mit verschiedenen standardisierten Testverfahren wie dem Barthel-Index, erweitertem Barthel-Index, motorischem/kognitivem FIM (Functional Independence Measure) und MMSE (Mini Mental State Examination) gemessen wird. Diese Diagnosen werden im G-DRG-System bereits seit mehreren Jahren als Attribut zur Abbildung hochaufwendiger Patienten im Zusammenhang mit geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems (Basis-DRG B44) verwendet.

Seit dem OPS Version 2016 sind schwere kognitive Funktionseinschränkungen (ICD-Kodes U51.2-), entsprechend erweitertem Barthel-Index, kognitivem FIM oder MMSE, als weiterer Grund für hochaufwendige Pflege in den Leistungsbereichen Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung sowie Bewegen/Lagern/Mobilisation/Sicherheit in den PKMS aufgenommen worden.

Während umfangreicher Analysen in der diesjährigen Kalkulationsphase zeigten sich die Fälle mit diesen ICD-Kodes als kostenauffällig. Aufgrund dessen, dass die Fälle über das gesamte G-DRG-System streuen, lag eine Berücksichtigung über das CCL-Schweregradsystem nahe. Durch eine extrem ungleiche Verteilung zwischen den Krankenhäusern wie auch zwischen Kalkulationsstichprobe und §-21-Daten sowie dadurch, dass die Hälfte der Fälle in Deutschland aus lediglich 21 Krankenhäusern stammt, wovon bisher keines an der Kalkulation teilnimmt, war eine globale Berücksichtigung nicht möglich. Trotz dieser Schieflage gelang eine gezielte Aufnahme der Diagnosen für *Schwere motorische Funktionseinschränkung* (U50.4-), *Sehr schwere motorische Funktionseinschränkungen* (U50.5-) und *Schwere kognitive Funktionseinschränkungen* (U51.2-) in insgesamt 22 Basis-DRGs mit einem CCL-Wert von 1 (siehe auch Kap. 3.3.1.4).

### **Auswirkungen der Sachkostenanpassung**

Die im Zuge der Sachkostenkorrektur vorgenommenen Änderungen führen zu einer Umverteilung von Sach- zu Personalkosten, was zu einer Aufwertung von Fällen mit hohen Pflegekosten und geringen Sachkosten führt. Auch dieser Effekt wirkt sich systemweit aus und unterstützt die Aufwertung besonders pflegeaufwendiger Patienten (siehe auch Kap. 3.2.3.1).

Zusammenfassend wurde für das G-DRG-System 2017 eine deutliche Aufwertung von hoch pflegeaufwendigen Patienten erwirkt. Erstmals gelang eine Berücksichtigung von Funktionseinschränkungen durch die Aufnahme der entsprechenden Diagnosen in die CCL-Matrix und durch Nutzung der OPS-Kodes für hochaufwendige Pflege von Patienten als gruppierungsrelevantes Attribut über die Tabellen für aufwendige Behandlung.

### **3.3.2.2 Abdominalchirurgie**

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

Die Vielfältigkeit der Leistungen 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.

Seitens Fachgesellschaften war zu diesem Themengebiet die Beteiligung am Vorschlagsverfahren für 2017 eher zurückhaltend. Ausgehend von internen Analysen konnten im Ergebnis für das G-DRG-System 2017 im Bereich der Abbildung von Fällen der Abdominalchirurgie eine Vielzahl weiterer Änderungen vorgenommen werden. Diese betrafen sowohl die Abbildung von Fällen mit bestimmten hochaufwendigen Leistungen, z.B. in den Basis-DRGs

- A01 *Lebertransplantation,*
- G02 *Kompl. oder bestimmte Eingriffe an Dünn-/Dickdarm [...],*
- H02 *Komplexe Eingriffe an Gallenblase u. Gallenwegen,*

als auch die Abbildung von Fällen mit vergleichsweise weniger aufwendigen Behandlungen, z.B. in den Basis-DRGs

- G26 *Andere Eingriffe am Anus,*
- H06 *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas,*
- H12 *Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System.*

Die einzelnen Umbauten im Bereich der Abdominalchirurgie sind nachfolgend beschrieben.

### ***Kombinierte Transplantation von Leber und Pankreas***

Im Vorschlagsverfahren für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2017 wurde angeregt, Fälle mit einer Lebertransplantation aufzuwerten, wenn gleichzeitig auch eine Pankreastransplantation durchgeführt wurde. Lebertransplantationen sind gemäß G-DRG-System 2016 in der Prä-MDC der Basis-DRG A01 zugeordnet. Fälle mit einer kombinierten Transplantation von Leber und Niere werden mindestens in die DRG A01B, von Leber und Dünndarm sogar in die DRG A01A eingruppiert. Trotz geringer Fallzahl konnten für das G-DRG-System 2017 auch die kombinierten Transplantationen von Leber und Pankreas aufgewertet werden. Diese Fälle werden zukünftig in der DRG A01B *Lebertransplantation [...] mit kombinierter Nierentransplantation oder mit kombinierter Pankreastransplantation oder Alter < 6 Jahre* abgebildet.

### ***Therapeutische Drainage des Bauchraums***

Im Vorschlagsverfahren wurde beschrieben, dass zwischen einer therapeutischen Punktion bei Aszites und einer Drainage des Bauchraums keine trennscharfe Abgrenzung besteht, was zu Kodierunsicherheiten führt. Die Drainage war im G-DRG-System 2016 in der Basis-DRG H12 *Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System* gruppiierungsrelevant, die Punktion hingegen nicht. Die Analyse der Fälle der Basis-DRG H12 zeigte, dass Fälle mit einer Drainage des Peritonealraumes in der Basis-DRG H12 weniger kostenaufwendig als andere Fälle der DRG waren. Entsprechend resultierte daraus für das G-DRG-System 2017 die Zuordnung der Prozeduren für *therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben: Peritonealraum, sonstige* und *nicht näher bezeichnet* zur Basis-DRG H06 *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System* und damit eine Verkleinerung des Erlösunterschieds. Eine vollständige Gleichstellung der therapeutischen Drainage und der therapeutischen Punktion konnte wegen einer Verschlechterung des R<sup>2</sup>-Wertes bei verschiedenen analysierten Varianten nicht umgesetzt werden.

### ***Resektionen an Gallenwegen mit End-zu-End oder biliodigestiver Anastomose***

In der 2-fach gesplitteten Basis-DRG H02 *Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen* sind im G-DRG-System 2016 Fälle mit komplexen Leistungen wie biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym) zum Magen, Duodenum oder Jejunum abgebildet. Fälle mit *Resektionen von erkrank-*

*tem Gewebe der Gallenwege mit End-zu-End oder biliodigestiver Anastomose* (5-515.1, 5-515.2) sind dagegen der geringer bewerteten DRG H05Z *Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen* zugeordnet. Im Rahmen der Analysen zeigten sich diese Fälle sowie bestimmte Fallkonstellationen innerhalb der Basis-DRG H02 als kostenintensiver gegenüber den anderen Fällen der DRG, was im Ergebnis für das G-DRG-System 2017 zu folgenden Änderungen innerhalb der Basis-DRG H02 sowie des Splits zu der DRG H02A führte:

- Die Prozeduren für *Resektionen von erkranktem Gewebe der Gallenwege mit End-zu-End oder biliodigestiver Anastomose* werden zukünftig anstatt in der DRG H05Z in der Basis-DRG H02 gruppierungsrelevant.
- Fälle mit einer *biliodigestiven Anastomose zum Jejunum* werden im G-DRG-System 2017 in die höher bewertete DRG H02A [...] oder mit bestimmter *biliodigestiver Anastomose* eingruppiert.

Beide Änderungen führten zur Aufwertung dieser komplexen Fälle.

### **Abbildung von Fällen von Kindern bei komplexen abdominalen Eingriffen**

Standardmäßig wurde auch die Abbildung von Fällen im Kindesalter überprüft und führte im Ergebnis zu folgenden Aufwertungen:

- Bei komplexen Eingriffen an Gallenblase bzw. Gallenwegen innerhalb der Basis-DRG H02 werden im G-DRG-System 2017 Fälle mit Alter < 14 Jahre der DRG H02A zugeordnet.
- Bei bestimmten komplexen Prozeduren am Darm der Basis-DRG G02, z.B. bei einer multiplen Segmentresektion des Dünndarms, werden Fälle mit Alter < 10 Jahre, die vorher in der DRG G02B abgebildet waren, zukünftig in der DRG G02A abgebildet und damit aufgewertet.

### **Offen chirurgische simultane Cholezystektomie**

Die während einer Laparotomie aus anderen Gründen durchgeführte sog. simultane offen chirurgische Cholezystektomie mit operativer Revision der Gallengänge (5-511.42) war im G-DRG-System 2016 in der DRG H05Z [...] *mäßig komplexe Eingriffe an den Gallenwegen* abgebildet. Entsprechende Fälle ohne operative Revision der Gallengänge (5-511.41) waren jedoch der Basis-DRG H07 *Cholezystektomie* zugeordnet. Die Basis-DRG H07 ist nach *sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation* gesplittet. Dabei weist die DRG H07A aufgrund der höheren Kosten der Fälle ein höheres Relativgewicht auf als die DRG H05Z. In den analysierten Daten des Jahres 2015 erfüllte die überwiegende Anzahl der Fälle mit einer operativen Revision der Gallengänge die Bedingungen der DRG H07A und wies auch vergleichbare Kosten wie Fälle in dieser DRG auf. Deshalb wurde der entsprechende Kode aus der Basis-DRG H05 [...] *mäßig komplexe Eingriffe an den Gallenwegen* in die Basis-DRG H07 *Cholezystektomie* verschoben. Im Ergebnis für das G-DRG-System 2017 wurde somit eine gleiche Eingruppierung aller simultanen offen chirurgischen Cholezystektomien (sofern die Fälle nicht einen noch „höherwertigen“ Eingriff aufweisen) und eine Aufwertung der Mehrzahl der Fälle mit operativer Revision erreicht.

### **Strahlentherapie**

Die systemweiten Analysen der Abbildung von Fällen mit Strahlentherapie (näher in Kap. 3.3.2.32 beschrieben) führten für das G-DRG-System 2017 bei Krankheiten an Verdauungsorganen zu folgenden Änderungen:

- In der MDC 06 werden zukünftig in die Basis-DRG G27 *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane [...]* nur Fälle mit Bestrahlungen an mindestens 8 verschiedenen Tagen eingruppiert. Innerhalb der Basis-DRG G29 wurde eine neue DRG G29A etabliert, in die Fälle mit bestimmter Strahlentherapie (überwiegend Hochvoltstrahlentherapie) an mindestens 5 Tagen oder mit mindestens 9 Bestrahlungen eingruppiert werden. Andere Fälle mit Strahlentherapie und mehr als 1 Belegungstag werden in der geringer bewerteten DRG G29B [...], *Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 9 Bestrahlungen* abgebildet.
- In der MDC 07 werden der DRG H15Z *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System [...]* im G-DRG-System 2017 nur Fälle mit Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen zugeordnet. Des Weiteren wurde die DRG H16Z gesplittet. In die neu etablierte DRG H16A werden zukünftig Fälle mit Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder Fälle mit mehr als 9 Bestrahlungen eingruppiert.

### **Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern**

Wie in Kapitel 3.3.2.24 näher beschrieben, wurde für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2017 die Abbildung von Fällen mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern auch innerhalb der operativen Partitionen überprüft. Im Ergebnis resultierte daraus eine Aufwertung der Fälle mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern auf einer speziellen Isoliereinheit ab 7 Behandlungstage und auf einer nicht speziellen Isoliereinheit ab 14 Behandlungstage innerhalb der Basis-DRGs G02 *Komplexe oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose oder [...]* bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre und G18 *Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder andere Eingriffe am Darm mit äußerst schweren CC* durch Zuordnung dieser Fälle zur höchstbewerteten DRG in der jeweiligen Basis-DRG.

### **Kleinere Eingriffe am Darm**

Im Rahmen der internen Analysen wurde die Abbildung einzelner Prozeduren in mehreren operativen DRGs der MDC 06 überprüft. Als weniger aufwendige Leistungen am Darm zeigten sich in den Daten des Jahres 2015 z.B. folgende Eingriffe: abdominale Rektopexie, Rektumrekonstruktionen durch extraanale Mukosaresektion (Rehn-Delorme), Naht (nach Verletzung) an Ileum oder Colon, Inzision des Duodenum oder des Rektums. Diese Eingriffe wurden für das G-DRG-System 2017 aufwandsgerecht von den Basis-DRGs G04 *Adhäsionolyse am Peritoneum [...]*, G07 *Appendektomie oder laparoskopische Adhäsionolyse bei Peritonitis mit äuß. schw. oder schw. CC [...]* oder G18 *Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm [...]* in die Basis-DRGs G21 *Komplexe Adhäsionolyse am Peritoneum [...]*, G26 bzw. in die „Reste“-DRG G12 verschoben (siehe Abb. 12).

Auch innerhalb der Basis-DRGs G18 bzw. G21 erwies es sich als sachgerecht, einige Änderungen in den bestehenden Splitbedingungen zu höherbewerteten DRGs vorzunehmen. In der Bedingung zur DRG G18C wurden im Ergebnis für das G-DRG-System 2017 die Prozeduren für sonstige oder nicht näher bezeichnete partielle Resektion des

Dickdarms gestrichen. Die Prozeduren für Biopsie am Colon durch Inzision, offen chirurgische oder laparoskopische Destruktionen am Darm durch Elektro-, Laser-, Thermo-, Kryo- oder sonstige Koagulation sind zukünftig nicht mehr für die Eingruppierung in die DRG G18A oder G18B bzw. für die Eingruppierung in die DRG G21B relevant.

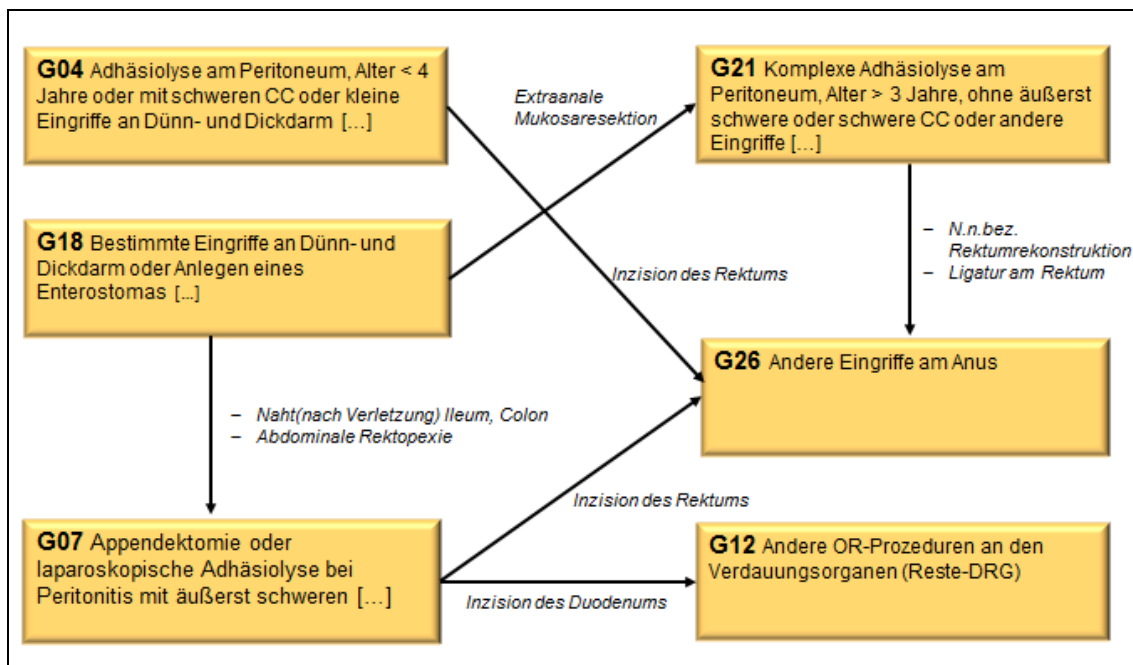


Abbildung 12: Beispielhafte Darstellung von Kodeverschiebungen zwischen verschiedenen Basis-DRGs der Abdominalchirurgie

### **Irreversible Elektroporation an der Leber**

Die Abbildung von Fällen mit diesem Verfahren, das erst ab 2015 mit neuen differenzierten OPS-Kodes erfassbar ist, konnte bei der Entwicklung des G-DRG-Systems 2017 erstmals analysiert werden. Dabei wurden entsprechend den Vorschlägen (auch aus dem Vorjahr) Fälle mit einer irreversiblen Elektroporation an der Leber mit perkutanem und auch mit laparoskopischem Zugangsweg analysiert. Im Ergebnis zeigten sich die Fälle mit perkutaner irreversibler Elektroporation an der Leber auch aufgrund hoher Sachkosten als noch nicht vollständig sachgerecht vergütet. Die Fälle werden zukünftig anstatt in der DRG H41D *Andere ERCP [...]* innerhalb der Basis-DRG H09 *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen* abgebildet und damit deutlich aufgewertet.

### **Bestimmte (perkutan-)transluminale Prozeduren in der MDC 07**

Bei einer Hauptdiagnose für Erkrankungen am hepatobiliären System oder Pankreas waren im G-DRG-System 2016 Fälle mit einer (perkutan-)transluminalen Angioplastie oder Thrombektomie in der V portae bzw. an anderen abdominalen oder pelvinen Gefäßen oder mit perkutaner Ballon-Angioplastie, Thrombolyse oder Thrombektomie an einem portosystemischen Shunt nicht spezifisch in der MDC 07, sondern in „sonstigen DRGs“ (901 / 902), abgebildet. Auf die Problematik der „sonstigen DRGs“ wird in einem eigenen Kapitel (siehe Kap. 3.3.2.25) detailliert eingegangen. Wie dort beschrieben, kann die Zuordnung einer bisher innerhalb einer MDC nicht zugeordneten Prozedur zu einer aufwandsähnlichen operativen DRG zu einer sachgerechten Vergütung und Verminderung der Kodierungsunsicherheiten führen. Im Ergebnis konnten für das G-DRG-

System 2017 nach der Analyse verschiedene operative Eingriffe durch Eingruppierung in die Basis-DRG H12 *Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen* oder in die Basis-DRG H06 *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System [...]* aufwandsgerecht abgebildet werden. Der Basis-DRG H12 werden zukünftig die Prozeduren für *(perkutan-)transluminale Angioplastie* oder *Thrombektomie in der V portae* bzw. für diese Eingriffe an anderen abdominalen oder pelvinen Gefäßen zugeordnet. Die Prozeduren für *perkutane Ballon-Angioplastie*, *Thrombolysen* oder *Thrombektomie an einem portosystemischen Shunt* werden im G-DRG-System 2017 der Basis-DRG H06 *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System [...]* zugeordnet.

### Weitere Änderungen

#### ■ MDC 06

Die DRGs G04A und G04B der Basis-DRG G04 *Adhäsionolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre oder mit schweren CC [...]* oder *Implantation eines Antireflux-Stimulationssystems* zeigten in den Daten des Datenjahres 2015 keinen signifikanten Kosten- bzw. Verweildauerunterschied. Im Ergebnis für 2017 wurden beide DRGs zur DRG G04Z zusammengelegt.

#### ■ MDC 07

Im G-DRG-System 2017 werden Fälle mit der Prozedur für *Anlage eines peritoneovesikalen Shunts, mit Implantation einer wiederaufladbaren Pumpe* den Fällen *ohne Implantation einer wiederaufladbaren Pumpe* in der Basis-DRG H09 *Eingriffe an Pankreas und Leber [...]* gleichgestellt. Im G-DRG-System 2016 war dieses Verfahren der Basis-DRG H06 zugeordnet. Die Implantation der Pumpe ist ein NUB-Verfahren mit Status 1, die Kosten der Fälle zeigten sich nach Bereinigung jedoch im Vergleich zu den Fällen ohne Implantation nicht als geringer, sodass eine einheitliche Abbildung des Verfahrens begründet ist.

In der Basis-DRG H33Z *Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren [...]* werden zukünftig Fälle, die ausschließlich *sonstige* oder *n.n. bezeichnete Drainage des Pankreas* in mehreren verschiedenen Sitzungen aufweisen, nicht mehr als Fälle mit einem mehrzeitigen komplexen Eingriff gewertet.

Schließlich werden zukünftig Fälle mit *sonstigen* oder *n.n. bezeichneten Inzisionen an der Leber oder am Pankreas* oder Fälle mit *Inzisionen ohne weitere Maßnahmen* bzw. mit weiteren kleinen Eingriffen innerhalb der Basis-DRG H09 *Eingriffe an Pankreas und Leber [...]* dem Aufwand entsprechend abgewertet. Im G-DRG-System 2017 werden diese Fälle bei äußerst schweren CC der DRG H09B und nicht mehr der DRG H09A zugeordnet.

### 3.3.2.3 Allergologische Provokationstestung

Über das Anfrageverfahren, das u.a. dazu dient, strittige oder komplizierte Fragestellungen zur Kodierung von Fällen zu klären, wurde vermehrt die Frage an das InEK herangetragen, welche Diagnose bei Fällen, die zur Durchführung einer allergologischen Provokationstestung stationär aufgenommen werden, als Hauptdiagnose anzugeben ist. Da in den Deutschen Kodierrichtlinien zu dieser Thematik keine explizite Regelung



existiert, ist hier bezüglich der Festlegung der Hauptdiagnose die Kodierrichtlinie D002 *Hauptdiagnose* zu beachten, in der die Hauptdiagnose definiert wird als:

„Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist.“

Bei einem Fall, der beispielsweise mit Verdacht auf eine Nahrungsmittelallergie bei bekannter Neurodermitis zur stationären Allergietestung aufgenommen wird, wurden verschiedene Codes als denkbare Hauptdiagnosen genannt wie z.B.:

- Z01.5 *Diagnostische Haut- und Sensibilisierungstestung*
- T78.1 *Sonstige Nahrungsmittelunverträglichkeit, anderenorts nicht klassifiziert*
- L27.2 *Dermatitis durch aufgenommene Nahrungsmittel*
- L20.8 *Sonstiges atopisches [endogenes] Ekzem*

Konfliktpotential ergibt sich dadurch, dass diese Diagnosen als Hauptdiagnose in unterschiedlichen MDCs und DRGs abgebildet werden mit daraus resultierender unterschiedlicher Vergütung, obwohl die Fälle mutmaßlich die gleiche Leistung erhalten. Auf Ebene der Prozeduren ist die Allergietestung kodierbar mit dem OPS-Kode 1-700 *Spezifische allergologische Provokationstestung*, der bis einschließlich der G-DRG-Version 2016 nicht gruppierungsrelevant war. Die Auswirkungen auf die Vergütung bei den unterschiedlichen Hauptdiagnosen in Kombination mit dem OPS-Kode 1-700 veranschaulicht die folgende Abbildung 13:

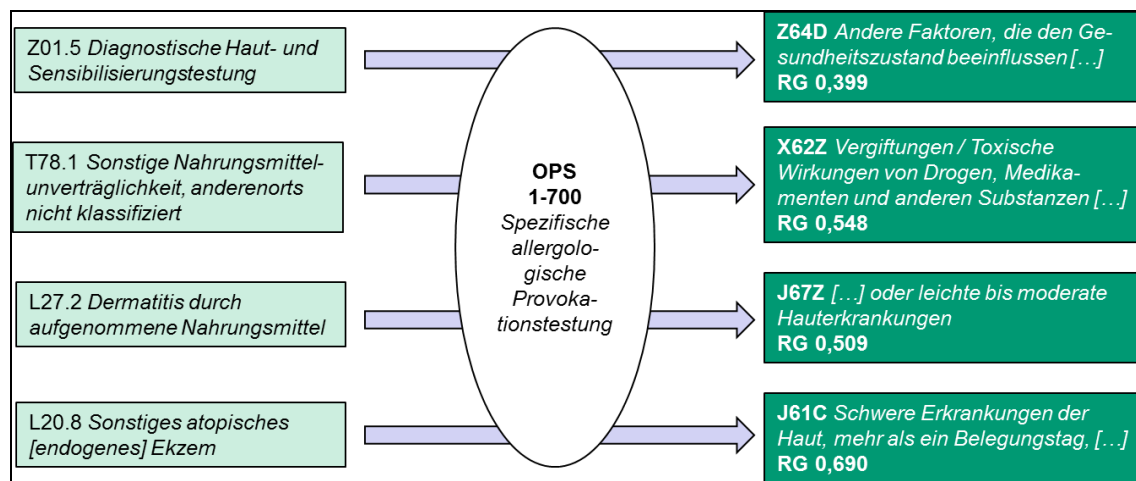


Abbildung 13: Beispielhafte Eingruppierung bei spezifischer allergologischer Provokationstestung (G-DRG-Version 2016)

Eine Analyse der betroffenen Fälle zeigte, dass diese typischerweise eine eher kürzere Verweildauer bei vergleichbaren Kosten für diese Leistung aufwiesen. Die Mehrheit der Fälle des Datenjahres 2015 war zudem bereits über die Hauptdiagnose Z01.5 in der DRG Z64D abgebildet. Die Abbildung vergleichbarer Fälle in denselben DRGs ist Voraussetzung für die Kalkulation homogener Fallgruppen und für die leistungsgerechte Vergütung. Dies kann zum einen über spezifische Kodiervorschriften oder zum anderen durch eine Anpassung des Gruppierungsalgorithmus erreicht werden. Grundsätzlich besteht jedoch das Bestreben, für derartige Konstellationen eine Lösung im G-DRG-System zu finden, sodass für die G-DRG-Version 2017 eine Umleitung auf Ebene der Prä-MDC etabliert wurde, welche die betroffenen Fälle in die MDC 23 *Faktoren, die den*

Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens umleitet. Dort erfolgt die Zuordnung zur Basis-DRG Z64 *Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, [...] oder allergologische Provokationstestung bis 2 Belegungstage*. Von der Umleitung erfasst werden Fälle, die folgende Kriterien erfüllen (siehe auch Abb. 14):

- Vorhandensein des OPS-Kodes 1-700
- Verweildauer von < 3 Belegungstagen
- Es wurde keine OR-Prozedur verschlüsselt

Durch diese zusätzlichen Bedingungen wird ausgeschlossen, dass ein hochkomplexer Fall allein aufgrund des Vorliegens des Codes 1-700 umgeleitet und der Basis-DRG Z64 zugeordnet wird.

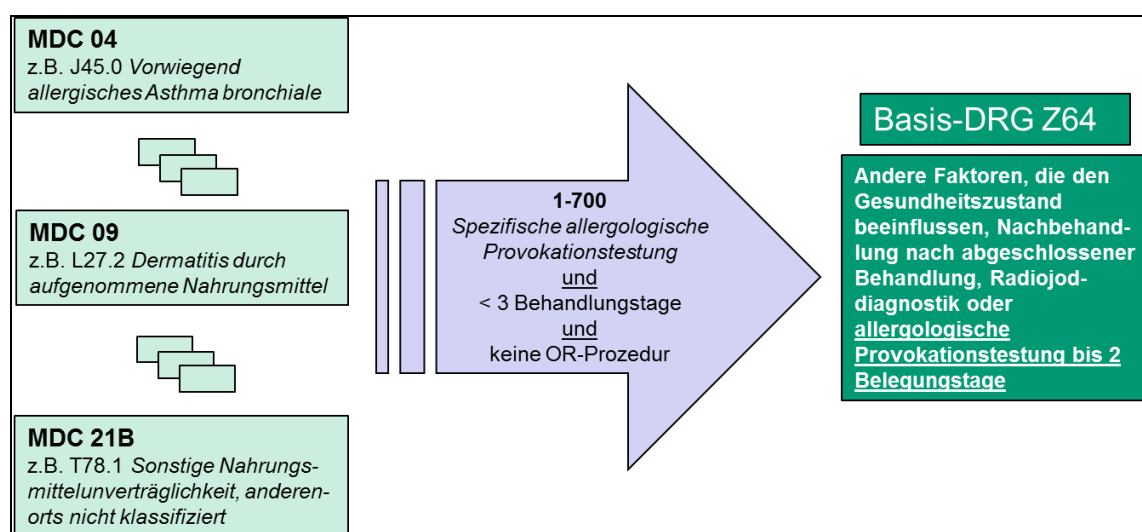


Abbildung 14: Änderung der Eingruppierung bei spezifischer allergologischer Provokationstestung (G-DRG-Version 2017)

Aufgrund der Splitkriterien innerhalb der Basis-DRG Z64 erfolgt hier die Eingruppierung der Fälle in die DRG Z64D [...] oder allergologische Provokationstestung bis 2 Belegungstage. Durch die beschriebenen Änderungen und die daraus resultierende vereinheitlichte Abbildung der Fälle wird die oben beschriebene Abbildungsproblematik durch unterschiedliche Kodierung ab der G-DRG-Version 2017 deutlich entschärft.

### 3.3.2.4 Aufwendige Behandlungen

Die klassifikatorische Abbildung besonders aufwendiger Fälle stand erneut im Fokus der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems. Während sich operative Fälle über ihre verschiedenen Prozedurenkodes häufig gut differenzieren lassen, gestaltet sich die klassifikatorische Abbildung konservativ behandelter Patienten mitunter schwierig. Die typischen Attribute, wie hohe Punktzahlen für intensivmedizinische Komplexbehandlung oder komplizierende Konstellationen, wurden in der Vergangenheit bereits ausführlich analysiert. Andere komplexe Leistungen werden wiederum nur für sehr wenige Fälle erbracht, was eine separate Kalkulation erschwert. Dennoch ließen sich einige dieser Konstellationen identifizieren, die jedoch in sehr unterschiedlichem Maße mit höheren Kosten vergesellschaftet waren. Diese verschiedenen medizinischen Verfahren sind im

G-DRG-System 2017 in den drei Gruppen „hochaufwendig“, „aufwendig“ und „mäßig aufwendig“ zusammengefasst und – entsprechend ihrem Aufwand – diversen DRGs der medizinischen Partition als ergänzendes Splitkriterium zugeordnet (siehe Tab. 17):

Gruppe	Beispielhafte Inhalte
Hochaufwendige Behandlung	Lange kontinuierliche Dialysen, Super-SAPS und Kinder-SAPS ab 369/393 Punkten, SAPS ab 553 Punkten, PKMS ab 159 Punkten (Kinder ab 130 Punkten)
Aufwendige Behandlung	Transfusionen ab 15 EK/TK, Super-SAPS und Kinder-SAPS ab 185/197 Punkten, SAPS ab 369 Punkten, Stroke-Unit ab 72 Stunden, PKMS ab 101 Punkten (Kinder ab 72 Punkten)
Mäßig aufwendige Behandlung	Komplett parenterale Ernährung, Komplexbehandlungen bei Epilepsie/Parkinson/MRE/Rheuma/Palliativ, Stroke-Unit bis 72 Stunden, PKMS Erwachsene ab 72 Punkten

Tabelle 17: Inhalte der neuen Splitkriterien für „aufwendige Behandlung“

Neben der Basis-DRG B81 *Andere Erkrankungen des Nervensystems* und verschiedenen Basis-DRGs der MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane*, der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*, bei *Endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* in der MDC 10 oder urologischen Erkrankungen in der MDC 11 wurden vor allem kardiologische Basis-DRGs um diese neuen Kriterien erweitert. Exemplarisch sei in Abbildung 15 die Basis-DRG F67 *Hypertonie* dargestellt:

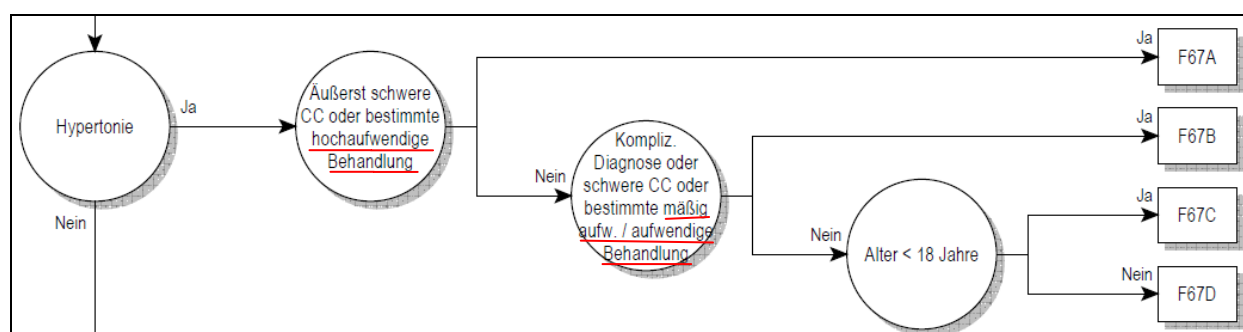


Abbildung 15: Aufwertung von Fällen mit „aufwendiger Behandlung“ in der Basis-DRG F67

Diese Umbauten trugen – neben vielen weiteren Anpassungen – erheblich zur verbesserten Abbildung aufwendiger Pflegekonstellationen bei.

### 3.3.2.5 Augenheilkunde

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverstands bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2017 wurden im Bereich der MDC 02 *Krankheiten und Störungen des Auges* erneut Vorschläge zur Verbesserung der sachgerechten Abbildung von Fällen mit ophthalmologischen Erkrankungen eingereicht.

So wurde im Vorschlagsverfahren für 2017 darauf hingewiesen, dass bei einer Operation des Katarakts mit Implantation einer Linse die zusätzliche Einführung eines Kapselspannrings in die höher vergütete DRG C20B *Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, [...]* führt, obwohl sich die Kosten der Fälle nicht von der typischen Katarakt-DRG C08B *Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse oder bestimmte Eingriffe an der Linse* unterscheiden. Die Analyse bestätigte, dass die beschriebenen Fälle keinen Kostenunterschied zur DRG C08B aufweisen. Dementsprechend wurde die Prozedur *Einführung eines Kapselspannrings* in die Basis-DRG C08 verschoben, sodass die Fälle dort sachgerecht eingruppiert werden.

Im Rahmen interner Analysen wurden Fälle mit wenig komplexen Eingriffen – wie bestimmten filtrierenden Operationen zur Senkung des Augeninnendrucks – aus der DRG C06Z *Komplexe Eingriffe bei Glaukom* in die Basis-DRG C07 *Andere Eingriffe bei Glaukom* entsprechend ihren Kosten verschoben und damit abgewertet.

Des Weiteren erfolgte, bei sehr ähnlichen Kosten und Verweildauer, eine Kondensation der DRG C03B *Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE) [...]* (G-DRG-System 2016) und der DRG C03C *Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) [...]* (G-DRG-System 2016) zur DRG C03B *Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie oder extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE) oder bestimmtem Eingriff an der Retina oder bei bösartiger Neubildung des Auges*.

### 3.3.2.6 Eingriffe an der Mamma

Aufgrund von Hinweisen der Fachgesellschaft ergaben sich einige Änderungen, die Eingriffe an der Mamma betreffen.

Die Diagnose für *Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] in der Familienanamnese* (ICD-Kode Z80.3) wird oft bei stationärer Aufnahme zur prophylaktischen Brustamputation oder zur sekundärprophylaktischen Entfernung der Eierstöcke bei bereits behandeltem hormonsensitivem Brustkrebs verschlüsselt. Dabei ist die Abgrenzung zur Diagnose *Prophylaktische Operation wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen, prophylaktische Operation an der Brustdrüse [Mamma]* (ICD-Kode Z40.00) nicht in jedem Fall geregelt, wie Rückmeldungen aus dem Anfrageverfahren des InEK zeigen. Der ICD-Kode Z40.00 ist im G-DRG-System 2016 gruppierungsrelevant, der ICD-Kode Z80.3 dagegen nicht. Eine Fachgesellschaft wies auch darauf hin, dass die Kodierung der Diagnose Z40.00 strittig ist. Analysen ergaben ähnlich hohe Kosten für beide Diagnosen, sodass für das G-DRG-System 2017 die Gruppierungsrelevanz der Diagnose Z80.3 an die Diagnose Z40.00 angeglichen und somit aufgewertet wurde.

Des Weiteren gab es in diesem Jahr erneut zahlreiche Analysen zum Thema Kombinationseingriffe in der MDC 09. Entscheidend sind dabei zwei Kombinationen, die sich in der Konstellation und auch in ihren Kosten unterscheiden. Fälle mit Mammakarzinom und z.B. gleichzeitigem Ovarialkarzinom in Kombination mit einem Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen, wie z.B. Ovariectomie, werden der DRG 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* zugeordnet. Weniger

kostenintensiv sind dagegen Fälle mit einem Mammakarzinom und Ovariectomie als prophylaktische Operation ohne Ovarialkarzinom. Diese Fälle streuen bisher über eine Vielzahl von DRGs. Für das G-DRG-System 2017 war erneut aufgrund der geringeren Kosten dieser Fälle die im Vorschlagsverfahren angeregte Aufwertung in die DRG J26Z nicht möglich. Eine Aufwertung in etwas kleinerem Ausmaß konnte allerdings dadurch erreicht werden, dass Fälle, die die Definition der DRG J23Z *Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung* erfüllen, d.h. Fälle, die ein Mammakarzinom und einen komplexen Eingriff an der Brust verschlüsselt haben, in Kombination mit einem Eingriff am Ovar zukünftig der DRG J07A *Kleine Eingr. an der Mamma [...] bei BNB, mit beids. Eingr. od. Eingr. am Ovar [...]* zugeordnet werden.

### 3.3.2.7 Eingriffe an der Schilddrüse

Eingriffe an der Schilddrüse werden in der MDC 10 in der Basis-DRG K06 *Eingriffe an Schilddrüse, [...]* abgebildet. Diese fallzahlstarke DRG (rund 70.000 Fälle in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG) war im G-DRG-System 2016 u.a. nach bösartiger Neubildung, PCCL, Eingriff an der Nebenschilddrüse und Zugang durch Sternotomie differenziert. Für das G-DRG-System 2017 erfolgte eine komplexe Umarbeitung der Basis-DRG K06, da umfangreiche interne Prüfungen inhomogene Kosten der Fälle vor allem in der DRG K06C *Eingriffe an Schilddrüse, [...], außer bei BNB, ohne Parathyreoidektomie, [...]* zeigten.

Zunächst erfolgte die Zuordnung und Aufwertung der Fälle mit einer Hemithyreoidektomie oder Thyreoidektomie durch Sternotomie zur DRG K06B *Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus [...] mit Thyreoidektomie durch Sternotomie*.

Ebenfalls aufgewertet wurden Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392/368/- Aufwandspunkten, die zukünftig in die höchstbewertete DRG K06A *Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus mit IntK > 392/368/- Punkte [...]* eingruppiert werden.

Des Weiteren wurde die DRG K06C gesplittet, sodass Fälle mit kleinen Eingriffen, wie z.B. einer partiellen Schilddrüsenresektion, sachgerecht der neuen DRG K06D *Kleine Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus [...]* zugeordnet werden. Totale Schilddrüsenresektionen werden zukünftig in der DRG K06C *Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse u. Ductus thyreoglossus [...], mit Eingriffen an der Schilddrüse außer kleine Eingriffe, oh. Thyreoidektomie durch Sternotomie* abgebildet und somit aufgewertet. Die Prozeduren für sonstige und nicht näher bezeichnete partielle Schilddrüsenresektion wurden aus der Basis-DRG K06 *Eingriffe an Schilddrüse, [...]* in die Basis-DRG K09 *Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* verschoben und dadurch abgewertet.

### 3.3.2.8 Eingriffe an Haut und Unterhaut

Im Zuge des diesjährigen Vorschlagsverfahrens gab es Hinweise, dass für bestimmte Prozeduren mit einer Hauptdiagnose aus der MDC 09 keine spezifische Abbildung vorhanden war und die Fälle der Basis-DRG 901 zugeordnet wurden.

Daraufhin wurde zunächst die Abbildung von Fällen mit totaler Resektion des Schleimbeutels bei einer Prellung des Knies oder des Ellenbogens im G-DRG-System analysiert. Im G-DRG-System 2016 wurden diese Fälle der Basis-DRG 901 zugeordnet. Für das G-DRG-System 2017 werden Fälle mit den genannten Prozeduren spezifisch der Basis-DRG J11 *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma* zugeordnet.

Ebenso wurden Fälle mit Phlegmone an der Hand und einer Inzision an Sehnenscheiden der Langfinger analysiert. Auch diese Fälle gelangten im G-DRG-System 2016 in die Basis-DRG 901. Diese Prozedur wird zukünftig spezifisch der DRG J22Z *Andere Hauttransplantation [...] oder mit Weichteildeckung oder Mehrfachumoren der Haut oder Erysipel* zugeordnet. Ebenso wurde die Diagnose Erysipel der DRG J22Z zugeordnet. Die DRGs J22A und J22B wurden aufgrund eines geringen Kostenunterschieds zur DRG J22Z kondensiert.

Die Fachgesellschaft wies darauf hin, dass Fälle mit kleinen Eingriffen bei Strahlentherapie in die DRG J16B *Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* eingruppiert werden. Nach Analyse verschiedener kleiner Eingriffe, wie Naht des Augenlids, Gewebereduktionsplastiken oder Exzisionen an der Nase, zeigten sich diese Prozeduren mit vergleichsweise geringeren Kosten zu aufwendigeren Prozeduren. Diese Prozeduren wurden aus der Bedingung der Basis-DRG J16 gestrichen und die Fälle werden zukünftig anhand ihrer Prozedur für die Strahlentherapie eingruppiert.

Im Zuge weiterer Analysen wurden Kinder im Alter < 10 Jahren aufgewertet in die DRG J68A *Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder Alter < 10 Jahre*.

Ebenfalls aufgewertet wurde die Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektionen mit multiresistenten Erregern in der MDC 09. Alle Fälle mit einer Prozedur für die Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern werden in der MDC 09 der DRG J77Z *Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* zugeordnet. Im G-DRG-System 2016 war diese DRG innerhalb der medizinischen Partition sortiert. Dies hatte zur Folge, dass kein Fall mit einer zusätzlichen operativen Prozedur in die DRG J77Z eingruppiert wurde. Eine partitionsübergreifende Sortierung erfolgte für die MDC 09 bisher nicht. Nach umfangreichen Analysen und Abwägungen, konnte dennoch durch die Änderung der Abfrageposition der DRG J77Z von Position 42 auf Position 17, in die operative Partition hinein, eine Aufwertung der Fälle, die eine Prozedur für die Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern und zusätzlich eine andere operative Prozedur verschlüsselt haben, erreicht werden.

Die „Reste“-DRG J11 *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma* war im G-DRG-System 2016 in drei DRGs unterteilt. Zahlreiche interne Analysen ergaben im Vergleich zu anderen Prozeduren in der Basis-DRG J11 *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma* Kostenunterschiede von Prozeduren für wenig komplexe Hauteingriffe, wie bestimmte Lappenplastiken, lokale Exzisionen oder perkutane Nadelbiopsien am Lymphknoten und kleinflächige Hauteingriffe. Dies führte zu einem komplexen Umbau der Basis-DRG J11 *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma*. Zunächst wurde

die DRG J11C *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne komplizierende Diagnose, [...], ohne komplexe Diagnose* gesplittet, sodass zwischen großflächigen und kleinen Eingriffen unterschieden werden kann. Kleine Inzisionen an der Haut und Unterhaut wurden aus der Bedingung der DRG J11B abgewertet und den DRGs J11C *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne komplizierende Diagnose, [...], mit bestimmtem Eingriff* und J11D *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne komplizierende Diagnose, [...], ohne bestimmten Eingriff* zugeordnet. Des Weiteren wurden die Prozeduren für lokale Lappenplastiken bei erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut aus der DRG J22B in die DRG J11C *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne komplizierende Diagnose, [...], mit bestimmtem Eingriff* verschoben sowie die Prozedur für die Biopsie an der Mamma durch Inzision (Mamma-PE) aus der Basis-DRG J24 *Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung* der Basis-DRG J11 zugeordnet und dadurch abgewertet.

### 3.3.2.9 Endokrinologie

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

#### **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. 16).


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

Abbildung 16: Basis-DRG F27

Die Basis-DRG F27 war im G-DRG-System 2016 in drei DRGs unterteilt. Fälle mit Diabetes mellitus und zusätzlichem Gefäßeingriff sind der DRG F27A *Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Gefäßeingriff* zugeordnet, Fälle mit zusätzlichem komplexem Hauteingriff der DRG F27B *Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, [...] mit komplexem Hauteingriff* und Fälle mit anderen operativen Eingriffen gelangten in die DRG F27C *Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, [...] ohne komplexen Hauteingriff*. Analysen zeigten jedoch inhomogene Kosten innerhalb der Fälle in der DRG F27C. Diese DRG wurde daher für das G-DRG-System 2017 anhand mäßig komplexer Eingriffe, wie z.B. Zehenamputationen, gesplittet und wenig komplexe Eingriffe wie Wundversorgungen der neuen DRG F27D *Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, [...], ohne mäßig komplexen Eingriff* zugeordnet.

Fälle mit einer Hauptdiagnose Diabetes mellitus ohne operativen Eingriff verbleiben in der MDC 10 und werden dort in der Basis-DRG K60 *Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen [...]* differenziert abgebildet. Diese sehr fallzahlstarke Basis-DRG (ca. 135.000 Fälle in den Daten gem. § 21 KHEntgG, davon rund 120.000 Fälle in den DRGs K60E und K60F) wurde u.a. nach Hinweisen der Fachgesellschaft analysiert und umfassend überarbeitet.

Die Hauptdiagnosen Diabetes mellitus mit Ketoazidose oder mit multiplen Komplikationen führten im G-DRG-System 2016 in die DRGs K60D oder K60E, wohingegen die Diagnose Diabetes mellitus mit Koma innerhalb der Basis-DRG K60 nicht gruppierungsrelevant war und diese Fälle in die DRG K60F gelangten. Analysen bestätigten die Hinweise der Fachgesellschaft, dass Fälle mit Diabetes mellitus mit Koma in der DRG K60F untervergütet waren. Im gleichen Zuge konnte allerdings auch festgestellt werden, dass Fälle mit nicht entgleistem Diabetes mellitus, die z.B. aufgrund multipler Komplikationen dort eingruppiert wurden, in der DRG K60E übervergütet waren. Für das G-DRG-System 2017 erfolgte zunächst eine Angleichung der Diagnosen für Diabetes mellitus mit Koma an die Diagnosen mit Ketoazidose oder multiplen Komplikationen und dadurch eine Aufwertung. Die Gruppierungsrelevanz der Diagnosen mit nicht entgleistem Diabetes mellitus wurde hingegen gestrichen und die Fälle zukünftig der DRG K60F *Diabetes mellitus, [...], ohne komplexe Diagnose* zugeordnet.

Ebenfalls seitens der Fachgesellschaft wurde im Vorschlagsverfahren darauf hingewiesen, dass bestimmte psychosoziale Faktoren als Begleiterkrankungen bei Diabetes mellitus mit erhöhtem Beratungsaufwand durch Ärzte, Pflegekräfte, Psychologen und Diabetesberater und damit auch mit höheren Kosten verbunden sind. Eine große Anzahl an Nebendiagnosen wurde im Laufe der diesjährigen Kalkulation analysiert. Zahlreiche Diagnosen, wie z.B. Demenz, Schizophrenie oder Intelligenzminderung, zeigten sich jedoch als nicht belastbar. Allerdings konnten die Diagnosen für Anorexie in die Bedingung zur DRG K60E *Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag* aufgenommen und damit aufgewertet werden. Des Weiteren wurden die Diagnosen für schwere Funktionseinschränkungen (U50.4-/5-, U51.2-) u.a. in der Basis-DRG K60 mit einem Wert von 1 in die CCL-Matrix aufgenommen (siehe Kap. 3.3.1.4).

In der Basis-DRG K60 sind ebenfalls Patienten mit Ernährungsstörungen abgebildet. Im G-DRG-System 2016 wurden sowohl leichter Energie- und Eiweißmangel und Thiaminmangel als auch Marasmus und Wernicke-Enzephalopathie als „schwere“ Ernährungsstörungen definiert und führten in die DRG K60C *Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, [...], schwere Ernährungsstörungen oder äußerst schwere CC und mehr als ein Belegungstag*. Umfangreiche interne Analysen zeigten



jedoch deutlich geringere Kosten bei den Fällen mit den Diagnosen für leichten Energie- und Eiweißmangel sowie für Thiaminmangel. Aufgrund dessen wurde die Gruppierungsrelevanz dieser Diagnosen innerhalb der Basis-DRG K60 gestrichen und die Fälle werden zukünftig anhand anderer Diagnosen und Parameter den DRGs K60D, K60E und K60F zugeordnet. Die Diagnosen für Marasmus, Wernicke-Enzephalopathie und Kwashiorkor werden als „schwerste“ Ernährungsstörung definiert und führen weiterhin in die DRG K60C *Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, [...] oder schwerste Ernährungsstörungen oder äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag*.

Analysen nach Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren zeigten, dass, obwohl Netzhauteingriffe bei Diabetes mellitus nicht selten sind und die diabetische Retinopathie eine bekannte Komplikation darstellt, diese Fälle nicht spezifisch abgebildet werden und im G-DRG-System 2016 in die Basis-DRG 901 gruppiert wurden. Für das G-DRG-System 2017 werden diese Fälle sachgerecht und spezifisch innerhalb der MDC 10 der DRG K09C *Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexen Eingriff* zugeordnet.

### **Adipositaschirurgie**

Analysen nach Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren zeigten eine nicht spezifische Abbildung von Fällen mit plastischer Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum oder großflächiger Dehnungsplastik bei lokaler Adipositas und Eingruppierung in die Basis-DRG 901 im G-DRG-System 2016. Die genannten Prozeduren wurden für das G-DRG-System 2017 innerhalb der MDC 10 neu zugeordnet: Fälle mit plastischer Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum der DRG K09B *Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, [...]* und Fälle mit großflächiger Dehnungsplastik der DRG K07Z *Andere Eingriffe bei Adipositas*.

### **Eingriffe an der Nebenniere**

Fälle mit kleinen Eingriffen wie z.B. Adrenalektomien und Destruktionen an der Nebenniere zeigten sich nach internen Analysen in der Basis-DRG K03 *Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung [...]* übervergütet. Für das G-DRG-System 2017 wurden diese Prozeduren der Basis-DRG K14 *Andere Eingriffe an der Nebenniere oder ausgedehnte Lymphadenektomie* zugeordnet.

### **3.3.2.10 Extremkosten**

Der Gesetzgeber hat die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene mit § 17b Abs. 10 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. Die Fortführung der Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern – nun auf Basis des Datenjahres 2014 – findet sich im zweiten Extremkostenbericht, der zum 29. Februar 2016 vorgelegt wurde. In beiden Berichten wird transparent und umfassend die Vorgehensweise zur Ermittlung und Analyse von Extremkostenfällen erläutert sowie auf verbesserte Abbildungen dieser Fälle im G-DRG-System 2015 bzw. G-DRG-System 2016 eingegangen. Wie dort dargestellt, können Veränderungen in der G-DRG-Systematik einen erheblichen Beitrag zur verbesserten Abbildung der Extremkostenfälle leisten. Wie bereits in

den Jahren 2015 und 2016 ist deshalb auch die Weiterentwicklung zum G-DRG-System 2017 in starkem Maße durch Erkenntnisse 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. Wie im Vorjahr wurde auch in diesem Jahr 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 sowie ergänzende Datenlieferungen notwendig sind. Dabei gestaltet sich die klassifikatorische Abbildung von Extremkostenfällen in vielen DRGs der medizinischen Partitionen schwierig: „Typische“ Extremkosten-Attribute (wie hoher Aufwand durch intensivmedizinische Komplexbehandlung oder Komplizierende Konstellationen) wurden in der Vergangenheit bereits umfangreich untersucht und abgebildet. Die verbleibenden sehr aufwendigen und in der Regel teuren Fälle weisen eine Vielzahl von Attributen/Leistungen auf, mitunter jedoch mit sehr kleinen Fallzahlen. Zudem berücksichtigen systemweite Zusatzentgelte nicht immer vollständig das in diesen DRGs oft höhere Kostendelta der Fälle. Deshalb lag bei der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems hinsichtlich der Extremkostenfälle ein besonderes Augenmerk auf den Fällen der medizinischen Partitionen.

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

- Anpassungen bei der Abbildung von Kindern (siehe Kap. 3.3.2.37)
- zahlreiche Anpassungen hinsichtlich der Prozeduren der intensivmedizinischen Komplexbehandlung, insbesondere in den medizinischen Partitionen (siehe Kap. 3.3.2.21)
- Verwendung der Bedingung PCCL > 4 „schwerste CC“ als Kostentrenner (siehe Kap. 3.3.1.4)
- Etablierung der Kodetabellen für „hochaufwendige“, „aufwendige“ und „mäßig aufwendige“ Behandlungen in den medizinischen Partitionen (siehe Kap. 3.3.2.4)
- Verbesserte Abbildung von Fällen mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern (siehe Kap. 3.3.2.24)
- Komplexe Umgestaltung der Fallpauschalen für Strahlentherapien (siehe Kap. 3.3.2.32)

Die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems hinsichtlich der Abbildung von Kindern und Jugendlichen wird detailliert in Kapitel 3.3.2.37 beschrieben. Extremkostenanalysen zeigten, dass sich durch die Etablierung weiterer „Kindersplits“ (ggf. eingeschränkt durch weitere Bedingungen) systemweit die Vergütungssituation für Fälle im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin mit extrem hohen Kosten deutlich verbessern lässt. An dieser Stelle zu nennen sind die DRGs

- B01A (neue Splitbedingung mit Alter < 18 Jahre),
- F43B (Alter < 16 Jahre),
- F67C (Alter < 18 Jahren),

- F73A (Alter < 14 Jahre),
- G02A (Alter < 10 Jahre),
- H02A (Alter < 14 Jahre),
- I08C (Alter < 6 Jahre),
- L64B und L68A (Anpassung auf Alter < 16 Jahre),
- N14Z (Alter < 16 Jahre),
- R66Z (Alter < 18 Jahre) und
- T60B (Anpassung auf Alter < 18 Jahre).

Auf die verbesserte Abbildung von Fällen mit Extremkosten mit Hilfe der beiden Ansätze der intensivmedizinischen Komplexbehandlung und der Kostentrennung über das Merkmal „schwerste CC“ wurde im letztjährigen Abschlussbericht detailliert eingegangen. Die im Rahmen der vor zwei Jahren begonnenen Analyse des sogenannten „Super-SAPS“ im G-DRG-System wurde auch 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 in den Vorjahren bereits zahlreiche Anpassungen des G-DRG-Systems vorgenommen. Im Blickfeld der diesjährigen Analysen standen schwerpunktmäßig zusätzlich auch die medizinischen und anderen Partitionen zur Abbildung von Fällen mit Extremkosten. Dabei wurden auch niedrigere Schwellen für Aufwandspunkte (AP) der intensivmedizinischen Komplexbehandlung (IntK) als Kostentrenner geprüft. Als Beispiele für derartige Umbauten sind hier u.a.

- die DRG B45Z (neue Splitbedingung mit IntK > 392/368/828 AP),
- die DRG B70B (IntK > 196/184/- AP),
- die Basis-DRG F49 (IntK > 196/184/368 AP),
- die Basis-DRG I66 (IntK > 196/184/184 AP),
- die DRGs K60A und K64A (IntK > 196/184/- AP),
- die Basis-DRG L60 (IntK > 196/184/- AP) und
- die DRG T60D (IntK > 196/184/- AP)

zu nennen. Die neu eingeführten Splitkriterien eignen sich, um einige sehr teure Fälle aufzuwerten und so einer sachgerechten Vergütung zuzuführen. Damit findet die „Intensivmedizinische Komplexbehandlung“ 2017 erneut insgesamt 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.

Auf die Abbildung von Fällen mit „schwersten CC“, mit einer Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder einer anderen „hochaufwendigen“, „aufwendigen“ oder „mäßig aufwendigen“ Behandlung wird detailliert in den entsprechenden oben angegebenen Abschnitten eingegangen. Insbesondere durch die beiden letztgenannten Punkte ist eine Verbesserung der Vergütung von Fällen möglich, deren höherer Kostenaufwand sich vor allem aus der erhöhten Behandlungsdauer ergibt.

Bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden die „Strahlentherapie-DRGs“ – auch unter dem Aspekt der Extremkosten – systematisch analysiert. Im G-DRG-System 2016 wurden Fälle mit besonders aufwendigen Strahlentherapien bislang oft über die Anzahl der durchgeführten Bestrahlungen identifiziert und eingruppiert. Im Vorschlagsverfahren 2017 wurde auf eine nicht sachgerechte Abbildung verschiedener Fallkonstellationen mit mehrzeitigen Bestrahlungen hingewiesen. Die Analyse zeigte, dass bei gleicher Anzahl an Bestrahlungen Fälle mit vielen Bestrahlungstagen häufig deutlich höhere Kosten aufwiesen als Fälle mit weniger Bestrahlungstagen. Die Ergebnisse der Analyse werden exemplarisch an den DRGs D19Z *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses [...] mehr als 10 Bestrahlungen* und D20Z *Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag* dargestellt (siehe Abb. 17). Die Analyse der DRG D19Z zeigte, dass Fälle mit einer großen Anzahl an Bestrahlungen, die an mehreren Tagen erfolgten, mit einem deutlich erhöhten Kostenaufwand verbunden sind. Fälle mit vielen Bestrahlungen an wenigen Bestrahlungstagen zeigten hingegen einen nicht so stark ausgeprägt erhöhten Kostenaufwand. Auch in der DRG D20Z waren die Fälle mit Bestrahlungen an mehreren Tagen auffällig kostenintensiver als Fälle mit Bestrahlungen an weniger Behandlungstagen. Nach Analyse aller betroffenen MDCs wurden die Strahlentherapie-DRGs für das G-DRG-System 2017 umfassend angepasst. In vielen DRGs erfolgte eine Umstellung der Logik von der „Anzahl der Bestrahlungskodes“ allein auf die zusätzliche bzw. ersetzende Berücksichtigung der „Anzahl der Bestrahlungstage“ (z.B. „an mindestens 9 Tagen“ statt bisher „mehr als 10 Bestrahlungen“). Durch die Etablierung der neuen Strahlentherapie-DRGs konnten insbesondere Extremkostenfälle mit mehr Bestrahlungen an mehreren Tagen (im Beispiel „an mindestens 9“ bzw. „an mindestens 5 Tagen“) deutlich bessergestellt werden.

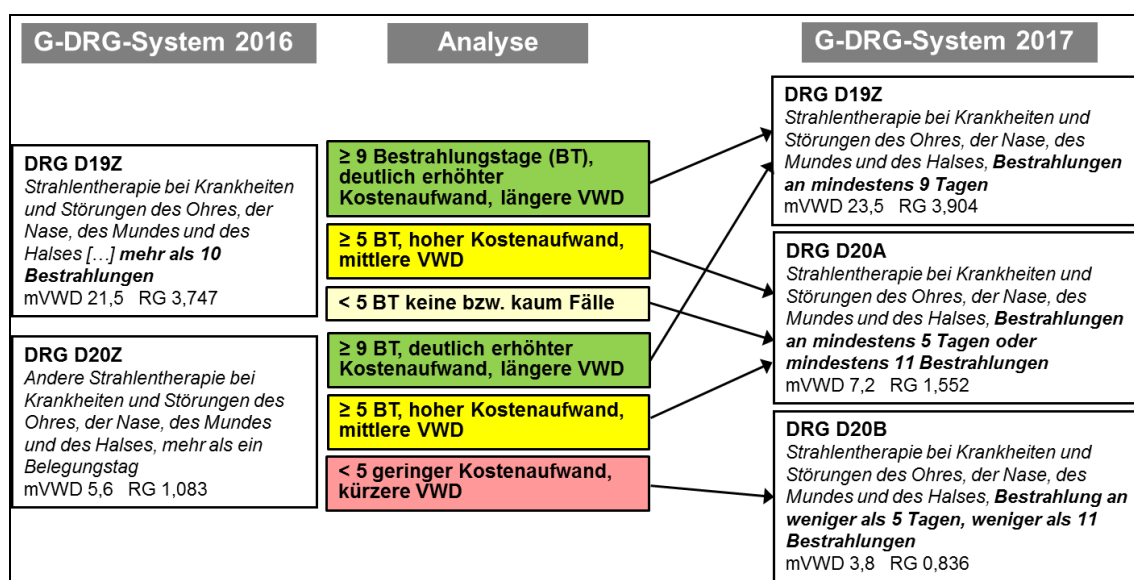


Abbildung 17: Analyse und Neugestaltung der Strahlentherapie-DRGs, exemplarisch dargestellt für die Basis-DRGs D19 und D20

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 nachfolgende Darstellung soll die Vielfalt der Umbauten exemplarisch zeigen. Die Auflistung ist nicht abschließend.

In der Prä-MDC finden sich nach ihrer Definition überwiegend (extrem) teure Fälle wieder. Somit kann letztlich – mit Blick auf die absoluten Kosten der Fälle – jeder klassifikatorische Umbau in der Prä-MDC als Umbau zur besseren Abbildung von „Extremkostenfällen“ angesehen werden. An dieser Stelle sollen Beispiele von Anpassungen in der Prä-MDC aufgelistet werden, bei denen sich für solche Fälle eine deutliche Verbesserung ihrer Vergütungssituation ergab, die in Bezug zu ihrer Herkunfts-DRG relativ teuer waren. So fielen beispielsweise in der Basis-DRG A07 Fälle mit veno-venöser extrakorporaler Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung (Dauer der Behandlung ab 384 Stunden) durch erhöhte Kosten auf. Diese Fälle werden zukünftig nicht mehr in die DRG A07C, sondern in die höher bewertete DRG A07B eingruppiert. Ebenfalls als relativ kostenintensiv erwiesen sich in der Prä-MDC Fälle mit bestimmten Prozeduren für das Anlegen eines Liquorshunts. Ihre Vergütungssituation konnte durch Aufwertung in die DRGs A11C und A13B deutlich verbessert werden. Die Funktion „Komplizierende Konstellationen I“ zeigte sich als gut geeignet, um Fälle mit deutlich erhöhtem Kostenaufwand aus den DRGs A60B und A60C in die DRG A60A aufzuwerten.

In der operativen Partition der MDC 03 *Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses* fielen aufgrund deutlich höherer Kosten in der DRG D37B Fälle mit bestimmter plastischer Rekonstruktion der Nase und in der DRG D06B Fälle mit totaler und partieller Resektion des Felsenbeins auf. Während für die erstgenannten Fälle durch eine Aufwertung in die DRG D37A eine spürbare Verbesserung der Vergütungssituation erreicht wurde, gelang dies für die zweitgenannten Fälle durch eine Aufwertung in die DRG D06A.

In der MDC 04 werden Fälle mit *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* abgebildet. In der Basis-DRG E06 zeigten Fälle mit thorakoskopischer Bisegmentresektion an der Lunge erhöhte Kosten. Diese Fälle werden zukünftig wie die Fälle mit offen chirurgischer Bisegmentresektion an der Lunge sachgerecht in die Basis-DRG E05 eingruppiert.

In der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* konnte durch eine Vielzahl von Maßnahmen eine sachgerechtere Vergütung der Extremkostenfälle erreicht werden. Insbesondere durch die Etablierung einer neuen DRG in der Basis-DRG F07 konnten Extremkostenfälle bessergestellt werden; dies betrifft Fälle mit Reoperation an Herz und Perikard. Aufgrund ihrer deutlich erhöhten Kosten fielen in der DRG F59D Fälle mit bestimmten Rekanalisierungsverfahren, insbesondere Fälle mit einer Blade-Angioplastie an bestimmten, vornehmlich peripheren Gefäßen und einer Verweildauer von mehr als einem Tag bei den Extremkostenanalysen auf. Durch eine Verschiebung in die DRG F59C wurden diese Fälle deutlich aufgewertet. Auch die Funktionen der „Komplizierenden Konstellationen“ eignen sich häufig, um Extremkostenfälle zum Zweck einer sachgerechten Vergütung aufzuwerten. In MDC 05 war dies an drei Stellen möglich: In den DRGs F62A und F21B eignet sich die Funktion „Komplizierende Konstellationen I“ als Kostentrenner, in der DRG F21A die striktere Funktion „Komplizierende Konstellationen II“.

Durch eine Reihe von Anpassungen in der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* konnte vor allem für nach Kosten auffällige Fälle der medizinischen Partition eine Verbesserung der Vergütungssituation erreicht werden. Zu den Anpassungen zählen die Erweiterung der Basis-DRG G46 um bestimmte Prozeduren für die therapeutische ERCP der Basis-DRG H41 sowie die Erweiterung der DRG G47Z um

Prozeduren für eine endoskopische Geweberaffung oder einen Gewebeverschluss durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip [OTSC] und Prozeduren für eine endoskopische submukosale Dissektion am Gastrointestinaltrakt.

Bei Extremkostenanalysen in der MDC 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* zeigten sich Fälle mit biliodigestiven Anastomosen von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym zum Jejunum als besonders kostenintensiv. Durch Aufwertung in die DRG H02A wird ihre Vergütungssituation verbessert. Bei Analysen der Fälle in der medizinischen Partition gerieten Fälle mit bestimmten endoskopischen Prozeduren am Verdauungstrakt (z.B. bestimmte endoskopische Eingriffe am Ösophagus und Magen) in den Fokus. Im G-DRG-System 2017 werden solche Fälle nun in den Basis-DRGs H40 und H41 in der anderen Partition sachgerecht abgebildet.

Die MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* zählt zu den fallzahl- und Casemix-stärksten MDCs im G-DRG-System. In vielen Analysen wurden Extremkostenfälle identifiziert und für sie nach einer verbesserten Abbildung gesucht. So zeigten z.B. innerhalb der Basis-DRG I08 Fälle mit einem Wechsel von Abstandshaltern bei gelenkplastischen Eingriffen deutlich erhöhte Kosten. Sie werden zukünftig in der DRG I08B sachgerecht vergütet.

Fallkonstellationen, in denen Fälle die Bedingung der DRG J23Z in Kombination mit bestimmten Eingriffen am Ovar aufweisen, zeigten in der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* erhöhte Kosten. Die Vergütungssituation solcher Fälle konnte durch eine Aufwertung in die DRG J07A deutlich verbessert werden.

Die MDC 10 beinhaltet Fälle mit *endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten*. Im Rahmen von Analysen zeigten Fälle mit Eingriffen an der Schilddrüse in der Basis-DRG K06 auffällige Kosten. Durch eine komplexe Umarbeitung der Basis-DRG, insbesondere durch die Aufwertung der Fälle mit einer Thyreoidektomie durch Sternotomie in die DRG K06B konnte eine Vesserung der Vergütungssituation für kostenintensive Fälle erreicht werden.

Durch Analysen in der MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane* konnten Fälle der Basis-DRG L06 mit offen-chirurgischer bzw. laparoskopischer partieller Harnblasenresektion ohne Ureterneoimplantation als kostenintensiv identifiziert werden. Ihre Vergütungssituation konnte durch Aufwertung dieser Fälle vorwiegend in die Basis-DRGs L03, L04 und L13 deutlich verbessert werden.

In der MDC 12 *Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane* fielen bei Extremkostenanalysen in einigen DRGs der medizinischen Partition Tagesfälle mit einer transrektalen Stanzbiopsie der Prostata durch ihre hohen Kosten auf. Sie werden im G-DRG-System 2017 in der DRG M06Z sachgerecht abgebildet.

Eine verbesserte Abbildung von Fällen mit Cholezystektomie aus der DRG O05B in der MDC 14 *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* mit deutlich erhöhten Kosten konnte durch eine Aufwertung in die DRG O05A erreicht werden.

In der MDC 15 *Neugeborene* wurden durch die Extremkostenanalysen Fälle in den Basis-DRGs P06, P05 und P04 mit Anlage eines Prothesenshunts zwischen A. pulmonalis und Aorta mit deutlich höheren Kosten ausfindig gemacht. Eine Aufwertung dieser Fälle in die Basis-DRG P02 erwies sich als sachgerecht.

Nach Analyse der Fälle in der MDC 17 *Hämatologische und solide Neubildungen* wurden Fälle mit Hemikolektomie und radikaler Nephrektomie in die DRG R12A und Fälle

mit Adrenalektomie mit und ohne Ovariectomie, Fälle mit offen chirurgischer abdominaler oder thorakoabdominaler Exzision von perirenalem oder retroperitonealem Gewebe in die DRG R12B aufgewertet, da sie in ihren Ursprungs-DRGs durch deutlich höhere Kosten aufgefallen waren.

In der MDC 18B *Infektiöse und parasitäre Krankheiten* werden u.a. Fälle mit Hauptdiagnose Sepsis in der Basis-DRG T60 *Sepsis* abgebildet. Innerhalb dieser Basis-DRG zeigten Fälle aus der DRG T60C mit bestimmter ERCP höhere Kosten auf. Durch eine Aufwertung in die DRG T60B konnte deren Vergütungssituation deutlich verbessert werden.

Durch die stärkere Ausdifferenzierung der Sonstigen DRGs der Basis-DRGs 801 und 802 in der MDC 24 *Sonstige DRGs* konnten durch eine Verringerung der Erlössprünge auch einige Extremkostenfälle deutlich besser abgebildet werden.

Wie im Rahmen des zweiten Extremkostenberichts analysiert wurde, können manche Extremkostenproblematiken auch über den Einsatz von Zusatzentgelten bewältigt werden. Insbesondere für die im G-DRG-System 2017 neu etablierten Zusatzentgelte für verschiedene Asparaginase und Thiotepa, mit deren Hilfe die Vergütung betroffener Extremkostenfälle deutlich verbessert werden konnte, verweisen wir auf Kapitel 3.4.1.3 sowie den zweiten Extremkostenbericht.

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

Ferner ist auf den dritten Extremkostenbericht hinzuweisen, der zum 28.02.2017 veröffentlicht wird.

### **3.3.2.11 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
- Implizite Ein-Belegungstag-DRGs
- DRGs mit normativ ermitteltem Kurzlieger-Abschlag

Die diesbezügliche Vorgehensweise des InEK wurde im letztjährigen Abschlussbericht in Kapitel 3.3.2.9 umfassend erläutert.

Änderungen bei der Vergütung von Tagesfällen ergaben sich bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2017 nicht im Umfang des Vorjahres, einige Besonderheiten verdienen jedoch Erwähnung.

#### ***Synkope und Kollaps, ein Belegungstag, bei Kindern***

Im Vorschlagsverfahren wurde angeregt, die DRG F73Z *Synkope und Kollaps* mittels eines neu zu etablierenden Alterssplits zu differenzieren, da bei der Behandlung von

Kindern höhere Kosten zu erwarten seien. Die Analyse auf Basis der Kalkulationsdaten zeigte jedoch eine sachgerechte Vergütung der Inlier in dieser DRG, sowohl für Erwachsene als auch für Kinder aller Altersstufen. Ein alleiniger Alterssplit hätte somit nicht zu einer Verbesserung der Vergütungssituation für Kinder geführt.

Die DRG F73Z *Synkope und Kollaps* ist eine implizite Ein-Belegungstag-DRG, die Tagesfälle entsprechend ihren tatsächlichen Kosten vergütet. Bei differenzierter Analyse fällt jedoch auf, dass die vergleichsweise kleine Gruppe der Patienten unter 14 Jahren bei einer Verweildauer von einem Tag deutlich höhere Kosten aufweist als die anderen Tagesfälle der DRG und mit dem – stark von den Kosten erwachsener Patienten geprägten – effektiven Relativgewicht für Kurzlieger untervergütet wäre (über 90% der Tagesfälle dieser DRG sind 14 Jahre und älter).

Im Ergebnis wurde daher für das G-DRG-System 2017 der angeregte Alterssplit lediglich für Tagesfälle umgesetzt, was in dieser Form ein Novum im G-DRG-System darstellt. Entsprechend entstand eine neue DRG F73A *Synkope und Kollaps, Alter < 14 Jahre, ein Belegungstag*.

### ***Biopsie der Prostata***

Bei internen Analysen der Kalkulationsdaten fiel in der medizinischen Partition der MDC 12 *Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane* eine nicht unbedeutende Zahl von Fällen mit (für nicht operative DRGs) nennenswerten OP-Kosten auf. Die meisten dieser Fälle wiesen eine Stanzbiopsie an der Prostata auf, die vom Grouper nicht als operative Prozedur gewertet wird, obwohl die Leistungserbringung auch im OP stattfinden kann. Die betroffenen Inlier zeigten sich als sachgerecht vergütet, in den impliziten Ein-Belegungstag-DRGs der medizinischen Partition der MDC 12 resultierte aus der Vergütung der Tagesfälle mit einem „Mischpreis“ (aus Fällen mit/ohne Biopsie) aber eine Untervergütung der Patienten mit Stanzbiopsie und einem Belegungstag, sodass eine geänderte Eingruppierung nur für Tagesfälle umgesetzt wurde (vgl. Kap. 3.3.2.35).

### **3.3.2.12 Frührehabilitation**

Leistungen für neurologisch-neurochirurgische bzw. fachübergreifende Frührehabilitation werden im G-DRG-System 2017 unverändert in 17 DRGs abgebildet. Die erneut geringe Beteiligung der Erbringer frührehabilitativer Leistungen an der Kalkulation ließ für den Großteil dieser Fallpauschalen in diesem Jahr erneut keine Kalkulation eines Relativgewichtes zu, sodass für den weitaus überwiegenden Anteil der Fallpauschalen weiterhin krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG vereinbart werden müssen.

### **3.3.2.13 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 bis 2016 galt ein Schwellenwert von 9.500 € für die Summe der im Rahmen der Behandlung des Patienten für Blutgerinnungsfaktoren angefallenen Beträge. Gemäß dem letztjährigen Entschluss der Selbstverwaltungspartner sollte dieser Schwellenwert ab dem Fallpauschalen-Katalog 2017 auf der Grundlage von InEK-Kalkulationen festgelegt werden.

Dementsprechend erfolgte im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung eine umfangreiche Analyse aller Fälle mit Gabe von Gerinnungsfaktoren. Neben den ICD-Kodes zur Fallidentifikation und den OPS-Kodes mit faktorspezifischer Dosisklasse enthält der Datensatz gem. § 21 KHEntgG darüber hinaus Angaben zu den abgerechneten Entgelten für die genannten Zusatzentgelte. Allerdings lagen nur für die Fälle aus den Kalkulationskrankenhäusern detaillierte Daten zur kumulativen Dosis und zu den genauen Kosten je Gerinnungsfaktor (aus der ergänzenden Datenbereitstellung) vor, die 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 konnte für diese Fälle nur eine Abschätzung der Kosten mittels eines „Erwartungswertes“ vorgenommen werden. Der Erwartungswert für jeden Faktor wurde wie folgt berechnet: Dosis gemäß verschlüsseltem 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 Intervall-Angaben 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. Die beschriebene Vorgehensweise begründet bei einigen Gerinnungsfaktoren (durch große Klassenbreiten) eine Unsicherheit der Kostenabschätzung von bis zu ±10.000 €.

Über die dargestellte Unschärfe der Kostenschätzung hinaus fielen bei der Analyse des Zusatzentgelts ZE20XX-98 einige der schon im vergangenen Jahr beobachteten Abweichungen von abgeschätzten Kosten und abgerechneten Entgelten 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 € weiterhin mehr als zwei Drittel der abgeschätzten Kosten auf nur zwei Gerinnungsfaktoren entfielen (siehe Abb. 18: Kostenanteil für den rekombinanten Faktor VII und Fibrinogenkonzentrat).

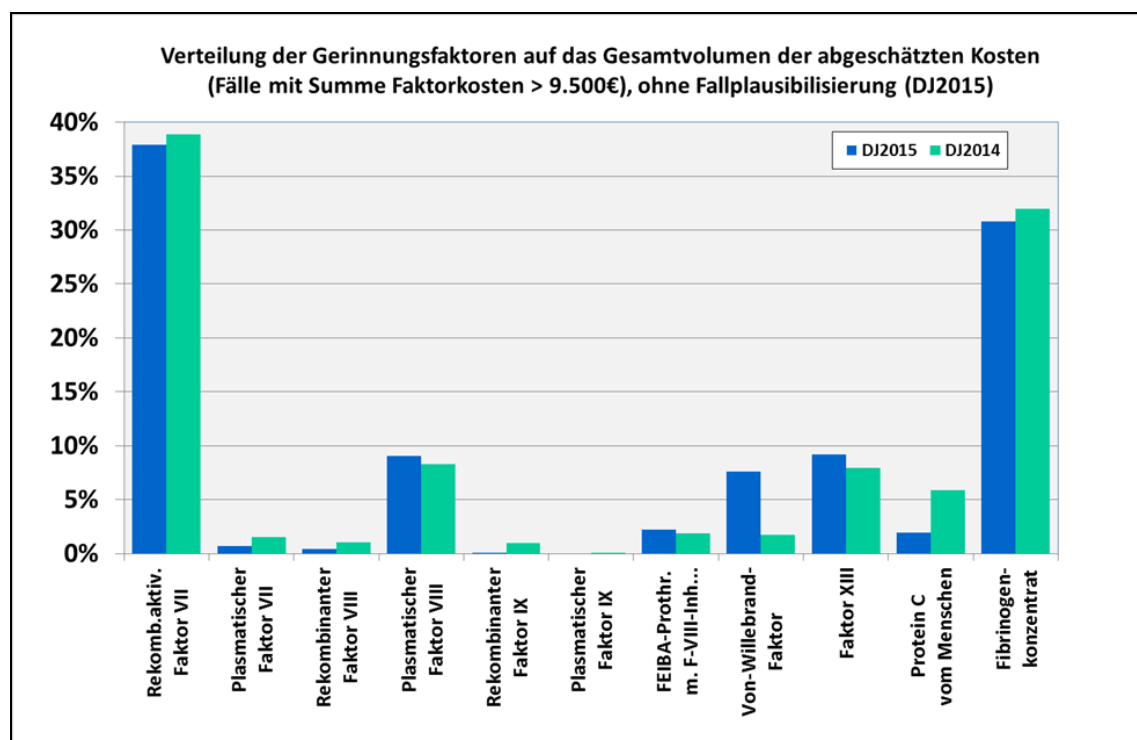


Abbildung 18: Verteilung der Gerinnungsfaktoren auf das Gesamtvolumen der abgeschätzten Kosten (Fälle mit Faktorkosten (Summe) > 9.500 €)

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. Gemäß dem Beschluss der Selbstverwaltung gilt für das Jahr 2017 weiterhin ein Schwellenwert in Höhe von 9.500 €.

### 3.3.2.14 Gastroenterologie

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

Auch wenn beide MDCs in den erwähnten Partitionen einen hohen Ausdifferenzierungsgrad zeigen, werden jährlich viele Vorschläge überwiegend seitens der Fachgesellschaft eingereicht. Dank dieser intensiven Zusammenarbeit und regelmäßiger Kommunikation können viele Ideen zur Anpassungen der Abbildung der gastroenterologischen Fälle im folgenden G-DRG-System umgesetzt werden. Das dominierende Thema des Vorschlagsverfahrens war erneut die Abbildung aufwendiger endoskopischer Behandlungsverfahren, sowohl in Bezug auf Verfahren mit hohen Sachkosten als auch hinsichtlich komplexer Eingriffe, z.B. bei schwieriger Anatomie. Entsprechend ist die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2017 in der Gastroenterologie stark von Änderungen in den DRGs der anderen Partitionen der MDC 06 und MDC 07 geprägt.

In der MDC 06 werden Fälle mit einem endoskopischen Verfahren am Magen-Darm-Trakt, wie Ösophagoskopie oder Gastroskopie, je nach den behandelten schweren oder nicht schweren Krankheiten oder dem Gesamtschweregrad in den Basis-DRGs G46 *Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie*, G50 *Komplexe therapeutische Gastroskopie [...] bei nicht schweren Krankheiten [...]* bzw. G47 *Andere Gastroskopie [...]* und bei einem koloskopischen Verfahren in der DRG G48 *Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC [...]* differenziert abgebildet.

In der MDC 07 werden Behandlungsfälle mit endoskopischer Sondierung oder Behandlung der Gallenwege oder des Pankreasgangs in der 4-fach gesplitteten Basis-DRG H41 *ERCP* abgebildet. Wenn bei einer schweren Erkrankung der Leber, z.B. Leberzirrhose, ein endoskopisches Blutstillungsverfahren bei Ösophagusvarizen zur Anwendung kommt, sind solche Fälle in der MDC 07 der Basis-DRG H40 zugeordnet. Damit besteht im G-DRG-System 2016 eine hochdifferenzierte Abbildung endoskopischer Leistungen der Gastroenterologie insbesondere bei der „typischen“ Hauptdiagnose. Davon abweichende Konstellationen wie „Endoskopie am Magen bei Hauptdiagnose Lebererkrankung“ oder „ERCP bei Sepsis“ sind noch nicht in gleicher Weise abgebildet und standen für 2017 im Fokus des Vorschlagsverfahrens.

### ***Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP)***

Mittels einer ERCP kann der Gallen- oder Bauchspeicheldrüsengang sondiert und gegebenenfalls behandelt werden (Steinentfernung, Stentimplantationen, minimalinvasive Entfernung von Neubildungen usw.). Wie vorher beschrieben, werden bei einer Hauptdiagnose aus dem Bereich Galle-Leber-Pankreas im G-DRG-System Fälle mit diesem Verfahren in der Basis-DRG H41 ERCP abgebildet.

#### ■ ERCP-Leistungen in der MDC 06

Die Fachgesellschaft hat darauf hingewiesen, dass Patienten, die wegen einer Magen-Darm-Erkrankung aufgenommen werden und bei denen eine ERCP durchgeführt wird, im G-DRG-System 2016 bei Abbildung in DRGs der medizinischen Partition der MDC 06 untervergütet sein können. Dieser Hinweis wurde im Zuge der diesjährigen Weiterentwicklung des Systems umfangreich analysiert, wobei sowohl alle der Basis-DRG H41 zugeordnete ERCP-Verfahren als auch nur einzelne bestimmte Verfahrensgruppen auf deren sachgerechte Abbildung innerhalb der MDC 06 untersucht wurden. Im Ergebnis konnten für das G-DRG-System 2017 entsprechend den Kosten der analysierten Fälle innerhalb der MDC 06 folgende Änderungen für bestimmte therapeutische Eingriffe bei ERCP vorgenommen werden:

- Die Basis DRG G46 *Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie oder therapeutische ERCP* wurde um therapeutische Verfahren bei einer ERCP erweitert.
- Innerhalb der Basis-DRG G46 wurde die Bedingung für die Eingruppierung in die DRG G46B so geändert, dass zukünftig die Behandlungsfälle mit einer therapeutischen ERCP und einem Gastro- oder Koloskopieverfahren bei bestimmten Konstellationen (Bedingungen der Basis-DRGs G50, G47, G48) in diese DRG eingruppiert werden.

Durch beide Umbauten werden zukünftig bestimmte komplexe Fälle mit einer therapeutischen ERCP aus den DRGs der medizinischen Partition durch Abbildung in der DRG G46C oder aus den DRGs G50, G47 oder G48 in die DRG G46B sachgerecht aufgewertet.

#### ■ ERCP-Leistungen bei Sepsis in der MDC 18B

Bei einer Hauptdiagnose für Sepsis und einer Obstruktion oder Verdacht auf eine Obstruktion der Gallenwege wird oft auch eine Darstellung von Gallenwegen oder eine endoskopische Therapie an Gallenwegen und/oder Pankreasgang mittels einer ERCP durchgeführt. Ausgehend von einem Vorschlag wurde die Abbildung solcher Fälle innerhalb der MDC 18B *Infektiöse und parasitäre Krankheiten* überprüft. Eine ERCP-Leistung war bisher in dieser MDC kein gruppierungsrelevantes Merkmal. So wurden im G-DRG-System 2016 Fälle mit einer Hauptdiagnose für Sepsis ohne einen operativen Eingriff, aber mit z.B. endoskopischer Steinentfernung oder Dilatation an den Gallengängen in der DRG T60C nicht kostendeckend vergütet. Für das G-DRG-System 2017 konnte entsprechend den hohen Kosten der Fälle eine sachgerechte Aufwertung von Fällen mit Sepsis und ERCP (Tabelle entspricht der Basis-DRG H41) durch Höhergruppierung von der DRG T60C in die DRG T60B *Sepsis mit komplizierenden Konstellationen [...] oder ERCP [...]* umgesetzt werden.

#### ■ ERCP bei retrogradem Zugangsweg

Im Vorschlagsverfahren für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2017 wurde von der Fachgesellschaft erneut ein Vorschlag zur Verbesserung der Abbildung von Fällen mit einer ERCP-Prozedur bei voroperierten Patienten, z.B. nach Magenteilresektion mit Roux-Y-Anastomose oder nach Verlust eines Teils des Magens, vorgebracht. In diesen Situationen kommt bei Durchführung einer ERCP ein retrograder Zugangsweg zur Anwendung, was mit deutlich höherem Aufwand (Eingriffszeit) verbunden ist. Ein retrograder Zugangsweg ist mit einem Zusatzkode (1-645, 5-513.k, 5-526.g) zu kodieren. Im Vorjahr ermöglichte die Datenlage wegen sehr unsicherer Kodierung dieser Zusatzkodes keine Umsetzung. Die Kodierqualität zeigte sich im Vergleich zum Vorjahr deutlich verbessert. Dennoch mussten einige Fälle mit klarem Hinweis auf Fehlanwendung des Zusatzkodes aus den diesjährigen Analysen ausgeschlossen werden. Im Ergebnis konnten für das Jahr 2017 bestimmte Fälle mit therapeutischer ERCP und retrogradem Zugangsweg bei Therapie (Kodes 5-513.k, 5-526.g) entsprechend ihren höheren Kosten wie folgt aufgewertet werden:

- Fälle mit äußerst schweren CC oder z.B. mit Kombination eines perkutan-transhepatischen mit einem endoskopischen Eingriff werden bei einem retrograden Zugangsweg im G-DRG-System 2017 der DRG H41A zugeordnet.

- Fälle mit schweren CC und retrogradem Zugangsweg zur Therapie (zusätzliche Kodierung von Codes 5-513.k, 5-526.g) werden mindestens in der DRG H41C abgebildet.

■ ERCP mit modular aufgebautem Cholangioskop

Angeregt von der Fachgesellschaft, die auf eine nicht klar definierte Anwendung der OPS-Kodes hinsichtlich des modularen oder nicht modularen Aufbaus des Endoskops zur duktalem Endoskopie hingewiesen hatte, wurde im Zuge der Entwicklung der G-DRG-Version für das Jahr 2017 die Abbildung von Fällen mit unterschiedlichen ERCP-Leistungen bei Anwendung von modular und nicht modular aufgebautem Cholangioskop überprüft. Während im G-DRG-System 2016 alle Fälle mit einer Prozedur für eine duktalem Endoskopie mittels eines modular aufgebauten Cholangioskops in der DRG H41C abgebildet waren, werden zukünftig im G-DRG-System 2017 nur die Fälle mit einer Prozedur für ein modular aufgebautes Cholangioskop in dieser DRG abgebildet, bei denen bestimmte, überwiegend therapeutische ERCP-Eingriffe durchgeführt werden. Die Anwendung eines modular aufgebauten Cholangioskops allein führt aufgrund eines fehlenden Kostenunterschieds nicht mehr zur Höhergruppierung.

■ Weitere Änderungen der Basis-DRG H41 *ERCP*

Die Anwendung von Codes für einen sonstigen Zugang für bestimmte andere Operationen am Pankreas oder Pankreasgang (z.B. Papilotomie, Steinentfernung aus dem Ductus Pankreaticus, Blutstillung, Dilatation, ...) führte im G-DRG-System 2016 zur Abbildung dieser Fälle in den DRGs der operativen Partition, z.B. in der Basis-DRG H09. Die Analysen zeigten, dass diese Fälle in operativen DRGs übervergütet sind. Ggf. liegt hier auch eine zum Teil fehlerhafte Kodierung endoskopischer Leistungen zugrunde. Demzufolge werden diese Codes im G-DRG-System 2017 als nicht operativ angesehen und der Basis-DRG H41 *ERCP* oder *bestimmte endoskopische Eingriffe* zugeordnet.

Fälle mit einer perkutanen hochfrequenzinduzierten Thermotherapie an der Leber waren im G-DRG-System 2016 der Basis-DRG H41 zugeordnet (mit Gruppierung mindestens in die DRG H41C). Die Analysen zeigten, dass diese Fälle ohne andere ERCP-Prozedur in dieser DRG übervergütet sind. Im G-DRG-System 2017 wird die Prozedur für eine *Hochfrequenzinduzierte Thermotherapie an der Leber* daher der Basis-DRG H06 *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System [...]* zugeordnet. Gleichzeitig wurde die Bedingung zur DRG H06B so erweitert, dass Fälle mit diesem Verfahren und einer komplizierenden Konstellation, Dialyse oder bei bestimmten komplizierenden Diagnosen, wie SIRS mit Organkomplikationen oder Nierenversagen, in der H06B abgebildet werden. Durch Verschiebung der Prozedur für perkutane hochfrequenzinduzierte Thermotherapie an der Leber aus der DRG der anderen Partition H41 in eine operative DRG resultierte eine den Kosten entsprechende Ab- und Aufwertung dieser Fälle.

In ähnlicher Weise wurde die Prozedur für perkutane Irreversible Elektroporation an der Leber von der Basis-DRG H41 in die operative Basis-DRG H09 *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen* verschoben (siehe Kap. 3.3.2.2).

**Endoskopien des Verdauungstraktes (Ösophago-/Gastro-/Koloskopie)**

Wie oben beschrieben, werden Behandlungsfälle mit verschiedenen endoskopischen Eingriffen am Verdauungstrakt (vom Ösophagus, Magen-Darm-Trakt bis zum Anus und Rektum) ohne anderen signifikanten operativen Eingriff bei einer Hauptdiagnose für eine Magen-Darm-Erkrankung in den DRGs G46, G47, G48, G50 und ein geringer Teil mit bestimmten Verfahren zur Blutstillung bei einer Hauptdiagnose für Leberzirrhose in der Basis-DRG H40 abgebildet. Da viele Endoskopien des Verdauungstraktes mit neueren Verfahren verbunden sind, die oft höhere Sachkosten für Einmalmaterial oder höheren Zeitaufwand mit sich tragen, werden jährlich im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Weiterentwicklung viele Vorschläge eingereicht, die diese Verfahren betreffen.

Eine sachgerechte Anpassung der Abbildung solcher aufwendigeren Leistungen im G-DRG-System setzt neben einer ausreichend differenzierten Kodierung im Krankenhaus auch eine geeignete Fallkostenkalkulation in den Kalkulationskrankenhäusern voraus. Nur wenn die Kostenzuordnung weitgehend verursachungsgerecht erfolgt und eine relevante repräsentative Anzahl von Fällen in der zugrunde liegenden Datenbasis vorliegt, können vom InEK Kostenunterschiede in realistischer Höhe gefunden werden. Auch dank einer solchermaßen verbesserten Kostenkalkulation konnten dieses Jahr einige wiederholt zugestellte Vorschläge für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems (ESD, Radiofrequenzablation am Ösophagus) sowie einige neue Vorschläge zu sachkostenlastigeren Verfahren erstmals umgesetzt werden.

■ **ZE für Radiofrequenzablation am Ösophagus**

Die Radiofrequenzablation (RFA) am Ösophagus ist ein Verfahren, mit dem neoplastisches Barrett-Gewebe im Ösophagus zerstört werden kann. Das Verfahren ist mit einem höheren Sachkostenanteil bei überwiegend kurzer Verweildauer verbunden. Im G-DRG-System 2016 führte dieses Verfahren bei bestimmten schweren Krankheiten der Verdauungsorgane (BNB) oder bei Barrett-Ösophagus zur Eingruppierung der Fälle in die DRG G46B. Wegen kürzerer Verweildauer der Fälle zeigte sich in dieser DRG ein nennenswerter Anteil der Fälle als Kurzlieger und die Vergütung aufgrund höherer Sachkosten solcher Fälle als nicht ausreichend kostendeckend.

Von der Fachgesellschaft wurde im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für das Jahr 2017 vorgetragen, ein Zusatzentgelt zu etablieren. Um ein Zusatzentgelt für eine Leistung zu etablieren, müssen bestimmte Bedingungen erfüllt werden (Näheres dazu siehe Abschlussbericht G-DRG-System 2005). Bei ausreichender Fallzahl und vergleichbaren plausiblen Sachkosten konnte für das G-DRG-System 2017 der Forderung der Fachgesellschaft Rechnung getragen und für die RFA am Ösophagus ein bewertetes Zusatzentgelt (ZE161) eingeführt werden. Dieses trägt insbesondere zu einer besseren Vergütung von Kurzliegern bei. Da Inlier mit RFA bereits sachgerecht, z.B. in der DRG G46B, vergütet waren, musste die Gruppierungsrelevanz des Verfahrens den neuen Vergütungsbedingungen angepasst werden.

Im G-DRG-System 2017 werden daher Fälle mit RFA und einer schweren Krankheit zukünftig in die DRG G46C *Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie [...]* und bei nicht schwerer Krankheit in die DRG G47Z *Andere Gastroskopie [...]* eingruppiert. Somit wurde eine sachgerechte Abbildung der Fälle mit RFA im Zusammenspiel von DRG und ZE erreicht.

■ G47Z „Misch“-DRG mit gastrokopischen und koloskopischen Leistungen

Zu weiteren endoskopischen Verfahren am gastrointestinalen Trakt, die im Vorschlagsverfahren für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2017 von der Fachgesellschaft thematisiert wurden, gehört die Abbildung von Fällen mit *endoskopischer submukosaler Dissektion* (ESD), sowie die Abbildung der Fälle mit *endoskopische(r) Geweberaffung oder Gewebeverschluss durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip*. Beide Verfahren sind sachkostenlastig. Dabei ist der Anteil der Sachkosten oft unabhängig von der genauen Lokalisation (z.B. Magen vs. Ösophagus).

Wie in den Vorjahren hat die Fachgesellschaft auch dieses Jahr in Vorschlägen zur ESD auf die unterschiedliche Gruppierung von Fällen mit ESD am Ösophagus, Magen, Dünndarm sowie auf einen hohen Anteil der Fälle mit ESD am Dickdarm, die im G-DRG-System 2016 in DRGs der medizinischen Partition abgebildet waren, hingewiesen. Fälle mit einem ringförmigen Clip (OTSC) konnten bei der diesjährigen Weiterentwicklung erstmals untersucht werden, wobei im Vordergrund des Fachgesellschaftsvorschlags auch die Abbildung bestimmter Fälle mit OTSC-Clips in den DRGs der medizinischen Partition stand.

Die Analysen sowohl von Fällen mit einer ESD als auch mit endoskopischem Gewebeverschluss durch einen ringförmigen Clip zeigten, dass beide Verfahren mit vergleichbar hohen Sachkosten verbunden sind, die bei der Abbildung von Fällen ohne äußerst schwere oder schwere CC bzw. bei bestimmten nicht schweren Krankheiten in DRGs der medizinischen Partition, z.B. G71Z, oder in der Basis DRG G60 nicht kostendeckend vergütet sind. Dagegen waren Fälle mit einer ESD am Ösophagus, die in der DRG G46B auch ohne schwere oder äußerst schwere CC bei schweren Krankheiten abgebildet waren, in dieser DRG überwiegend übervergütet und gegenüber Fällen mit ESD am Magen bessergestellt.

Die Notwendigkeit, bestimmte sachkostenähnliche Leistungen, die in medizinischen DRGs nicht ausreichend vergütet sind, besser abzubilden, führte im Zuge der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2017 zur Änderung der DRG G47Z zu einer sogenannten „Misch“-DRG. In die DRG G47Z *Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe* werden zukünftig alle Fälle mit ESD oder OTSC-Clips unabhängig von der Lokalisation eingruppiert, solange sie nicht die Bedingungen der Basis-DRGs G46, G50 oder G48 erfüllen.

Des Weiteren wurde die Gruppierungsrelevanz der Prozeduren für ESD, endoskopische Mukosaresektion (EMR) sowie für Polypektomie am Ösophagus oder am Dünndarm den Gruppierungsbedingungen derselben Verfahren am Magen gleichgestellt. Somit werden im G-DRG-System 2017 im Unterschied zum Vorjahr in der Basis-DRG G46 die Fälle mit diesen Verfahren nur bei schweren bzw. äußerst schweren CC bei schweren Krankheiten oder im Alter < 15 Jahre abgebildet.

In Abbildung 19 sind die mit oben beschriebenen Änderungen zusammenhängenden Fallwanderungen in der MDC 06 dargestellt.

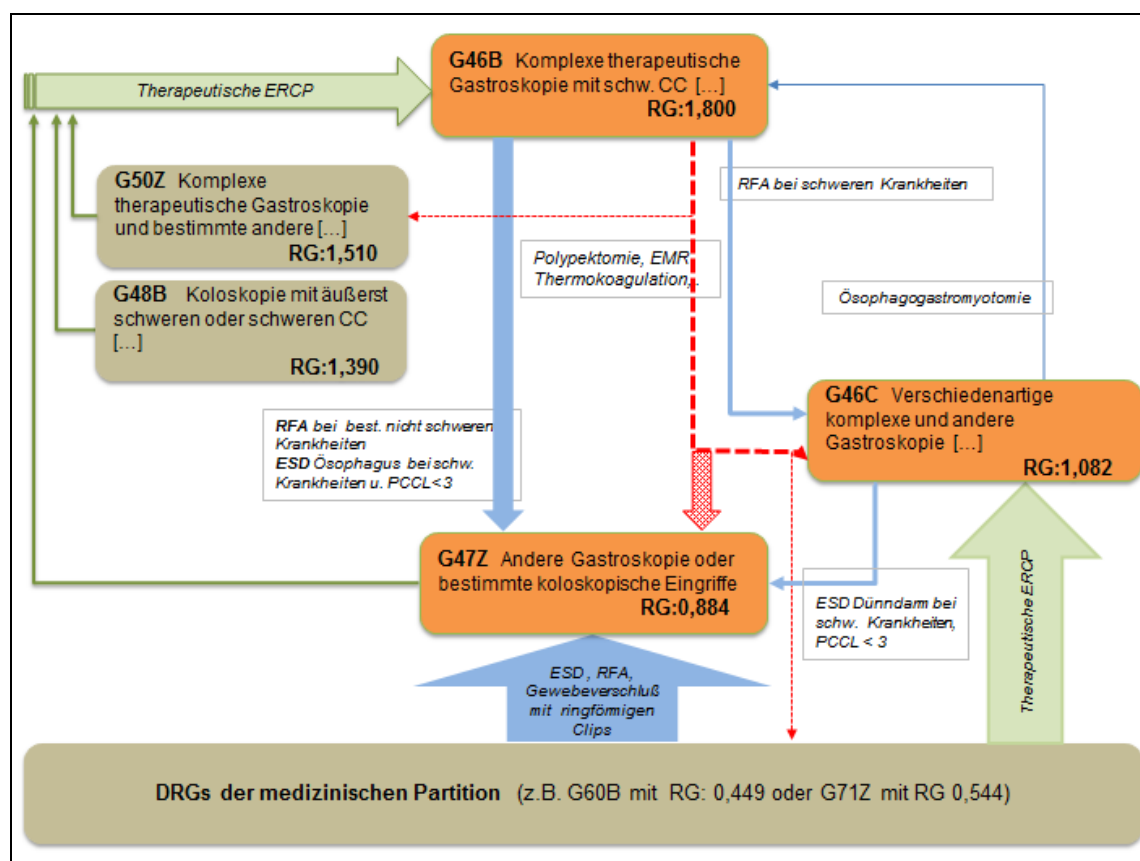


Abbildung 19: Beispielhafte Darstellung der Änderungen bei der Abbildung bestimmter Endoskopien innerhalb der MDC 06

#### ■ Endoskopie des Verdauungstraktes – weitere Änderungen in der MDC 06

Im G-DRG-System 2017 wurde die Abbildung der Fälle mit *Ösophagogastromyotomie* [Kardiomyotomie] geändert, indem diese Fälle zukünftig der DRG G46B sachgerecht zugeordnet und somit höher vergütet werden.

Ausgehend vom Vorschlagsverfahren wurden für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2017 die Fälle mit einer Hauptdiagnose für „sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Ösophagus (K22.8) analysiert, mit der es laut ICD-Klassifikation möglich ist, eine Blutung am Ösophagus ohne nähere Angabe zu kodieren. Im Ergebnis konnten diese Fälle bei äußerst schweren CC durch Eingruppierung in die DRG G73Z *Gastrointestinale Blutung [...]* bzw. innerhalb der Basis-DRG G67 *Ösophagitis, Gastroenteritis [...]* aufgewertet und somit sachgerecht abgebildet werden.

#### ■ Bestimmte sachkostenlastige Gastro-/Koloskopien in der MDC 07

Die Fachgesellschaft hat im Vorschlagsverfahren darauf hingewiesen, dass Fälle mit ESD, *endoskopischer Mukosaresektion* (EMR), Radiofrequenzablation, *Gewebeverschluss durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip* oder auch *Kapselendoskopie des Dünndarms*, also mit bestimmten aufwendigeren endoskopischen oder koloskopischen Verfahren am Verdauungstrakt bei einer Hauptdiagnose aus dem Bereich Leber-Galle-Pankreas in der MDC 07 oft nur in DRGs der medizinischen Partition abgebildet sind, in denen höhere Sachkosten nicht ausreichend vergütet sind.



Im Zuge der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden diese Fälle analysiert. Im Ergebnis konnte die Basis-DRG H41 um bestimmte endoskopische Prozeduren erweitert werden und Fälle überwiegend aus den DRGs H61C, H62C oder auch H62B somit aufgewertet werden.

■ Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung

Fälle mit einer schweren Lebererkrankung, wie z.B. Leberzirrhose mit äußerst schweren CC, werden in der DRG H60Z abgebildet. Bei einer Blutung aus Ösophagus- oder Magenvarizen und einem endoskopischen Eingriff werden Fälle mit Leberzirrhose in der Basis-DRG H40 *Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung* abgebildet. Im Vorschlagsverfahren wurde auf unterschiedliche Vergütung der Fälle mit einer Nebendiagnose *Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, mit Angabe einer Blutung* hingewiesen. Die Analyse betroffener Fälle resultierte im Ergebnis für das G-DRG-System 2017 in einer Erweiterung der Basis-DRG H40 um weitere endoskopische Blutstillungsverfahren überwiegend am Magen, wie z.B. Clippen, oder Sklerosierung der Fundusvarizen. Damit werden zukünftig Fälle mit einem endoskopischen Eingriff und mit äußerst schweren CC in der DRG H40A gegenüber den Fällen in der DRG H60Z kostenentsprechend höher bewertet und Fälle ohne äußerst schwere CC bei kürzen Verweildauern sachgerecht abgewertet.

### **Selektive interne Radiotherapie [SIRT]**

Eine Behandlungsmöglichkeit bei Lebertumoren ist die Methode der selektiven internen Radiotherapie, die im G-DRG-System 2016 und 2017 über ein unbewertetes Zusatzentgelt vergütet ist. Ausgehend von einem externen Hinweis auf unterschiedliche Kodierung solcher Behandlungsfälle (z.B. zusätzliches Kodieren einer perkutan-transluminalen selektiven Embolisation mit Partikeln bei Angabe eines Zusatzkodes für ein radioaktives Partikel) und daraus resultierender unterschiedlicher Abbildung der Fälle im G-DRG-System 2016 – entweder in der DRG H16Z *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System [...]* oder in der DRG H06B *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System [...]* – wurde im Zuge der Weiterentwicklung der neuen Version des G-DRG-Systems bei fehlendem Kostenunterschied eine einheitliche Abbildung, auch zur Verminderung von Streitpotential, angestrebt.

Die Fälle wiesen höhere Kosten und eine kürzere Verweildauer gegenüber den Fällen der Basis-DRG H16 bzw. der ursprünglichen DRG H06B auf. Im Ergebnis resultierten daraus eine Erweiterung der Basis-DRG H06 und eine einheitliche Zuordnung in die neu etablierte DRG H06B *SIRT*. Das unbewertete ZE2017-65 *Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Yttrium-90- oder Rhenium-188-markierten Mikrosphären* besteht davon unabhängig auch im Fallpauschalen-Katalog 2017 weiterhin.

### **3.3.2.15 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.

Thematisiert wurde im Vorschlagsverfahren die Abbildung von Schwangeren im G-DRG-System, wenn die stationäre Aufnahme nicht zur Entbindung, sondern wegen einer primär nicht geburtshilflichen Erkrankung erfolgte. Je nach Hauptdiagnose, erfolgt die Abbildung in einer DRG der MDC 14 *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* oder in der jeweiligen „organspezifischen“ MDC. Gemäß den Regelungen der Kodierrichtlinie 1510 *Komplikationen in der Schwangerschaft* ist bei der Wahl der Hauptdiagnose u.a. zu berücksichtigen, ob die Erkrankung, die zur Aufnahme geführt hat, die Schwangerschaft kompliziert oder durch die Schwangerschaft kompliziert wird. Konfliktpotential ist u.a. dadurch gegeben, dass diese Regelung zum einen Interpretationsspielraum bietet, und zum anderen, dass daraus in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose unterschiedliche DRGs und damit auch unterschiedliche Vergütungen des jeweiligen Falles resultieren können. Die Problematik der Kodierung der betroffenen Fälle wurde bereits in der zuständigen Arbeitsgruppe im Rahmen der Revision der Deutschen Kodierrichtlinien besprochen. Ein abschließendes Ergebnis konnte dazu aber bisher noch nicht erzielt werden. Im Vorschlagsverfahren beispielhaft genannt wurden die Leistungen Appendektomie und Cholezystektomie, für die spezifische DRGs in den jeweiligen Organkapiteln existieren. Die Pauschalierung in einer geburtshilflichen DRG wurde als nicht sachgerecht angesehen. In den letzten Jahren wurden bereits umfangreiche Analysen hinsichtlich der Abbildung von Schwangeren mit komplizierenden Erkrankungen wie z.B. bösartigen Neubildungen oder Apoplex oder aber mit aufwendigen operativen Eingriffen vorgenommen. Dies hat aufgrund der Tatsache, dass es sich meist um Einzelfälle handelt, nur zu punktuellen Anpassungen im Gruppierungsalgorithmus der MDC 14 geführt. Für die G-DRG-Version 2017 resultierten die in diesem Jahr durchgeführten Analysen in einer Aufwertung von Fällen mit Schwangerschaft und Cholezystektomie in der MDC 14, die zukünftig in der DRG O05A *Cerclage und Muttermundverschluss oder Cholezystektomie oder komplexe OR-Prozedur oder [...]* abgebildet werden. Dies bedeutet eine Aufwertung von Fällen, die zuvor der DRG O05B *Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, ein Belegungstag oder ohne Cerclage, ohne Muttermundverschluss [...]* zugeordnet wurden.

In der Basis-DRG O05 wurde darüber hinaus die Abbildung von Fällen mit intrauteriner Therapie des Feten untersucht. Dabei zeigten Fälle mit der Anlage eines feto-amnialen Shunts (5-754.3), die in der G-DRG-Version 2016 in die DRG O05B eingruppiert wurden, im Vergleich zu den übrigen Fällen dieser DRG geringere Kosten auf. Ab 2017 erfolgt die Abbildung sachgerecht in der DRG O05C *Intrauterine Therapie des Feten*.

In der ICD-10-GM Version 2015 wurde die Diagnose O42.2 *Vorzeitiger Blasensprung, Wehenhemmung durch Therapie* nach dem Wehenbeginn differenziert:

O42.20 [...], *Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden*

O42.21 [...], *Wehenbeginn nach Ablauf von 1 bis 7 Tagen*

O42.22 [...], *Wehenbeginn nach Ablauf von mehr als 7 Tagen*

O42.29 [...], *ohne Angabe des Wehenbeginns*

Damit ist dieser Codebereich ab 2015 in gleicher Weise ausgestaltet wie der Code O42.0 *Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden* und der Codebereich O42.1- *Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn nach Ablauf von 24 Stunden*, die allerdings nicht die Wehenhemmung durch Therapie beinhalten. In der G-DRG-Version 2016 wiesen die Diagnosen für vorzeitigen Blasensprung teilweise eine unterschiedliche Gruppierungsrelevanz auf. So wurden die Codes aus O42.1- in den Basis-DRGs O01 *Sectio caesarea [...]* und O60 *Vaginale Entbindung [...]* als komplizie-

rende Diagnose bei Entbindung gewertet und führten zu einer Höhergruppierung. Für die Diagnosen aus O42.2- galt dies nicht. Im Rahmen der diesjährigen Kalkulation lagen die differenzierten Informationen zum Zeitpunkt des Wehenbeginns bei dem Kodebereich O42.2- erstmals in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser vor, sodass entsprechende Analysen vorgenommen werden konnten. Für 2017 konnte eine Angleichung dahingehend erfolgen, dass die Diagnosen für vorzeitigen Blasensprung mit Wehenbeginn nach Ablauf von mehr als 7 Tagen (O42.12, .22) zukünftig beide als schwergradsteigernde Diagnosen in den Basis-DRGs O01 und O60 gelten. Für einen vorzeitigen Blasensprung mit Wehenbeginn nach Ablauf von 1 bis 7 Tagen (O42.11, .21) gilt dies nicht. Damit wurde der Kode O42.22 aufgewertet und der Kode O42.11 für die G-DRG-Version 2017 abgewertet.

Darüber hinaus erfolgten, ausgehend von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren für 2017 und aufgrund eigener Analysen, folgende Umbauten in den Basis-DRGs O01 und O60:

- Aufwertung der Diagnosen für *tiefe Venenthrombose im Wochenbett* (O87.1) und *Hirnvenenthrombose im Wochenbett* (O87.3) in den Basis-DRGs O01 und O60. Damit werden diese Codes analog zu den Diagnosen für tiefe Venenthrombose und Hirnvenenthrombose in der Schwangerschaft zukünftig als komplizierende Diagnose bei Entbindung gewertet.
- Abwertung der Diagnosen für *sonstige intrapartale Blutung* (O67.8) und *intrapartale Blutung, nicht näher bezeichnet* (O67.9) in den Basis-DRGs O01 und O60. Diese sind damit ab 2017 keine komplizierende Diagnose bei Entbindung mehr.

Im Rahmen der Überarbeitung der sonstigen DRGs 901 *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose [...]* und 902Z *Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose* (siehe hierzu auch Kap. 3.3.2.25) wurde auch die Zuweisung von Fällen mit vaginaler Entbindung zu diesen DRGs überprüft. Bei operativen Eingriffen wie z.B. gynäkologischen Operationen am Uterus oder an den Ovarien in Zusammenhang mit einer vaginalen Entbindung werden die jeweiligen Fälle der Basis-DRG O02 *Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur* zugeordnet. Bei kleinen Eingriffen an Vagina und Vulva wie beispielsweise einer Biopsie, Inzision oder Naht bei Entbindung erfolgt die Zuordnung zur Basis-DRG O60. Bei vielen anderen operativen Eingriffen werden die Fälle den sonstigen DRGs (Basis-DRGs 801 und 802 bzw. 901 und 902 in der G-DRG-Version 2016) zugeordnet. Die durchgeführten Analysen zeigten, dass kleine operative Eingriffe im Zusammenhang mit einer Entbindung in den Basis-DRGs 801 und 802 übervergütet sind. Daher werden ab 2017 auch bei kleinen Eingriffen in der Perianal-, Leisten- und Genitalregion wie z.B. dem Wunddebridement die betroffenen Fälle der Basis-DRG O60 und nicht mehr einer der sonstigen DRGs aus 801 oder 802 zugeordnet.

Für die G-DRG-Version 2016 wurden aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren erstmals die Diagnosen aus

- Z34 *Überwachung einer normalen Schwangerschaft* und
- Z35.- *Überwachung einer Risikoschwangerschaft*

im Rahmen des CCL-Systems für schwangere Patientinnen in operativen DRGs, die nicht der MDC 14 zugeordnet werden, vergütungsrelevant. Dadurch wird beispielsweise der Tatsache Rechnung getragen, dass bei Schwangeren ein höherer Aufwand z.B. bei

Narkosevorbereitung und -überwachung besteht. In Kapitel 15 der Kodierrichtlinien wird in DKR 1510 in dem Absatz „Schwangerschaft als Nebenbefund“ die Anwendung der Diagnose Z34 geregelt:

„Wenn eine Patientin wegen einer Erkrankung aufgenommen wird, die weder die Schwangerschaft kompliziert noch durch die Schwangerschaft kompliziert wird, wird der Kode für diese Erkrankung als Hauptdiagnose mit der Nebendiagnose Z34 *Überwachung einer normalen Schwangerschaft* zugeordnet.“

Da es im diesjährigen Vorschlagsverfahren Hinweise zu Kodierstreitigkeiten hinsichtlich der Verschlüsselung von Codes aus Z35.- gab, wurde in der oben genannten Kodierrichtlinie der Codebereich Z35.- ergänzt. Damit ist die Kodierung von Z34 und Z35.- ab 2017 in gleicher Weise geregelt. Zusätzlich werden ab 2017 auch Diagnosen aus dem Codebereich O09.-! *Schwangerschaftsdauer* ab der 20. vollendeten Woche bei der Ermittlung des PCCL berücksichtigt, da auch diese ein Marker für das Vorliegen einer Schwangerschaft sind. Analog zu den Codes Z34 und Z35.- wurden sie in operativen DRGs außerhalb der MDCs 14 und 15 mit einem CCL von 1 bewertet. Über die Exklusionen schließen sich alle Codes gegenseitig bei der PCCL-Ermittlung aus.

Darüber hinaus wurden bezüglich der Abbildung geburtshilflicher Fälle folgende Änderungen in der CCL-Matrix – auch aufgrund von Hinweisen der Fachgesellschaft – vorgenommen:

- Angleichung und damit Aufwertung der Diagnose für *Infektion der Niere in der Schwangerschaft* (O23.0) an den Kode für *Infektion der Harnblase in der Schwangerschaft* (O23.1) in der Basis-DRG O65 *Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme*
- Streichung der Diagnosen für *sonstige intrapartale Blutung* (O67.8) und *intrapartale Blutung, nicht näher bezeichnet* (O67.9) aus der CCL-Matrix
- Streichung der Diagnosen für *Spontanabort* (O03.-) aus der CCL-Matrix für die Basis-DRGs O01 und O02, da dies inhaltlich dort nicht relevant ist. Stattdessen Neuordnung mit denselben Konditionen zur Basis-DRG O65
- Ergänzung der Exklusionen für die Diagnosen *Sonstige Wochenbettinfektionen* (O86.-) und *Puerperalfieber* (O85) sowie für die Diagnosen *Schock während oder nach Wehentätigkeit und Entbindung* (O75.1), *Schock, anderenorts nicht klassifiziert* (R57.-) sowie für weitere Diagnosen für Schockzustände

### 3.3.2.16 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 2017 zahlreiche Hinweise zu diesem interdisziplinär betreuten Teilbereich ein. Ein Großteil der Vorschläge wurde von Fachgesellschaften und Verbänden eingereicht.

Für diesen bedeutsamen und mehrere Fachdisziplinen betreffenden Teilbereich der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* gingen auch in diesem Jahr im Vorschlagsverfahren für das G-DRG-System 2017 zahlreiche Hinweise ein. Die

Themenschwerpunkte lagen bei der Abbildung von Fällen mit interventionellen Verfahren, im Speziellen bei

- der Abbildung von Fällen mit einem Verfahren der endovaskulären Aortenreparatur bzw. der Behandlung spezifischer Komplikationen, z.B. Endoleak, und
- der Abbildung von Fällen mit interventionellen Gefäßeingriffen in peripheren Gefäßen, insbesondere Gefäßen der unteren Extremität.

Der letzte Punkt betraf vor allem die Abbildung von Fällen innerhalb der Basis-DRG F59 *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe*.

### ***Basis-DRG F59 Mäßig komplexe Gefäßeingriffe***

In den vier DRGs der Basis-DRG F59 werden vor allem Fälle mit verschiedenen Verfahren für periphere Gefäßinterventionen, wie beispielsweise Ballonangioplastie oder Stentimplantation, aber auch offen chirurgische Gefäßeingriffe differenziert abgebildet. Diese Leistungsgruppen enthalten einen gewissen Sachkostenanteil durch die Verwendung von Kathetern/Katheter-Systemen und Stents. Sachkosten für eine operative oder interventionelle Behandlung sind typischerweise Bestandteil der sogenannten Hauptleistung. Da in den DRGs der Basis-DRG F59 jeweils Fälle mit ähnlichen Gesamtkosten, aber nicht immer ähnlichen Sachkosten zusammengefasst werden, sind Kosten und Erlöse von Inliern und Kurzliegern differenziert zu prüfen.

Eine Reihe von Vorschlägen thematisierte eine möglicherweise nicht sachgerechte Abbildung von Fällen innerhalb der Basis-DRG F59 mit bestimmten, vor allem im Bereich der Sachkosten aufwendigen Rekanalisierungsverfahren an peripheren Gefäßen, beispielsweise das Verfahren der Blade-Angioplastie. Ein besonderes Augenmerk lag dabei auf der Abbildung von Kurzliegern, insbesondere den „Ein-Tages-Fällen“.

Bei den Analysen zeigten sich Fälle mit einigen der aufgeführten Leistungen im G-DRG-System 2016, ungeachtet der „Ein-Tages-Problematik“, in der am niedrigsten bewerteten DRG F59D *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag* der Basis-DRG F59 als nicht sachgerecht abgebildet. Dies betraf konkret Fälle mit *Verwendung eines hydrodynamischen Thrombektomiesystems* (8-83b.4), *Verwendung eines Mikrodrahtretriever-Systems zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung* (8-83b.80, -82, -83) und Fälle mit *Verwendung eines speziellen Nadelsystems zur subintimalen Rekanalisation organisierter Verschlüsse* (8-83b.a1). Deshalb wurden diese Fälle aufgewertet und im G-DRG-System 2017 der DRG F59C *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe, mit bestimmtem Eingriff oder Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag* zugeordnet.

Auffällig zeigten sich auch Fälle mit einem perkutan-transluminalen Verfahren der Blade-Angioplastie. Eine nicht sachgerechte Abbildung von „Ein-Tages-Fällen“ konnte nicht bestätigt werden, allerdings zeigten sich Fälle mit diesem Verfahren und einer Verweildauer von mehr als einem Tag als nicht sachgerecht abgebildet in der DRG F59D, sodass diese Fälle ebenfalls durch Zuordnung zur DRG F59C aufgewertet wurden.

Weitere Analysen der Basis-DRG F59 führten zu einer

- Abwertung von Fällen der DRG F59B und der DRG F59C mit weniger komplexen operativen und interventionellen Verfahren an Extremitäten- oder nicht spezifisch benannten Gefäßen, z.B. F59B→F59C: für Fälle mit *Endarteriektomie: Arterien Unterarm und Hand: Sonstige* (OPS-Kode: 5-381.2x), und einer

- Aufwertung von Fällen mit verschiedenen Verfahren zur perkutan-transluminalen Implantation von Stents in Kombination mit einem Gefäßeingriff.

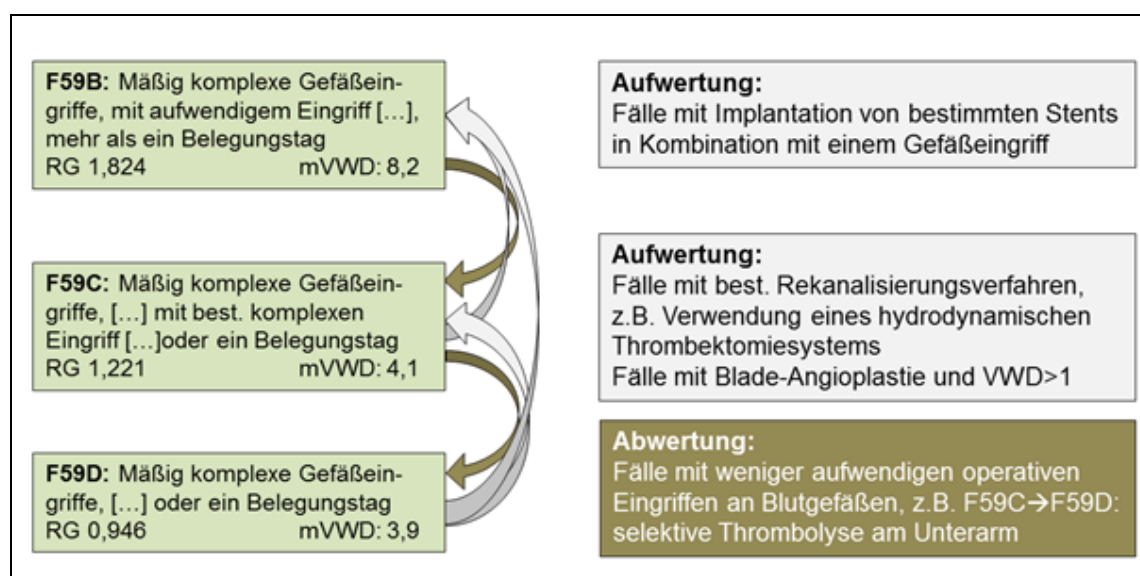


Abbildung 20: Fallwanderungen innerhalb der Basis-DRG F59

Darüber hinaus führten übergreifende Kostenanalysen von Fällen mit gefäßchirurgischen bzw. -interventionellen Eingriffen innerhalb der MDC 05 zu einer sachgemäßen Neuuzuordnung von Fällen u.a. zur Basis-DRG F59:

- Verschiebung von Fällen mit perkutan-transluminaler Ballonangioplastie an der Aorta und Alter > 15 Jahre aus der Basis-DRG F19 *Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen* in die DRG F59B.
- Verschiebung von Fällen mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta ohne nähere Angabe zur Lokalisation und Art der Stent-Prothese aus der Bedingung der Basis-DRG F08 *Rekonstruktive Gefäßeingriffe* in die Basisbedingungen der DRGs F14 *Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe* und F59.
- Verschieben von Fällen mit weniger aufwendigen operativen und interventionellen Verfahren, z.B. zur Atherektomie an peripheren Gefäßen aus der Basis-DRG F09 *Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine* in die Basis-DRGs F14 und F59.

### „Reste“-DRG der MDC 05

Umfangreichere Änderungen, auch als Folge der Extremkostenanalysen, erfolgten ebenfalls für die Basis-DRG F21 *Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen*.

Die Basis-DRG F21 ist die sogenannte „Reste“-DRG der MDC 05. „Reste“-DRGs befinden sich im Allgemeinen am Ende der operativen Partition einer MDC. Dort werden Fälle mit entsprechender Hauptdiagnose und einem bisher nicht spezifisch zugeordneten, aber dennoch regelhaft in der betreffenden MDC vorkommenden operativen Verfahren mit relevanten Kosten eingruppiert. Die „Reste“-DRGs enthalten medizinisch-inhaltlich relativ heterogene Fallgruppen, die jedoch hinsichtlich ihres Aufwands vergleichbar sein sollten.

Eine Besonderheit der MDC 05 bzw. ihrer „Reste“-DRG ist, dass die DRG F21A [...] mit *hochkomplexem Eingriff* [...] nicht ans Ende der operativen Partition sortiert wird, sondern gemäß ihren mittleren Kosten zwischen die anderen operativen DRGs. Damit ist es möglich, dass Fälle aufgrund ihrer Kosten dieser „Reste“-DRG zugeordnet werden, obwohl sie auch die Bedingungen einer spezifischeren operativen DRG erfüllen.

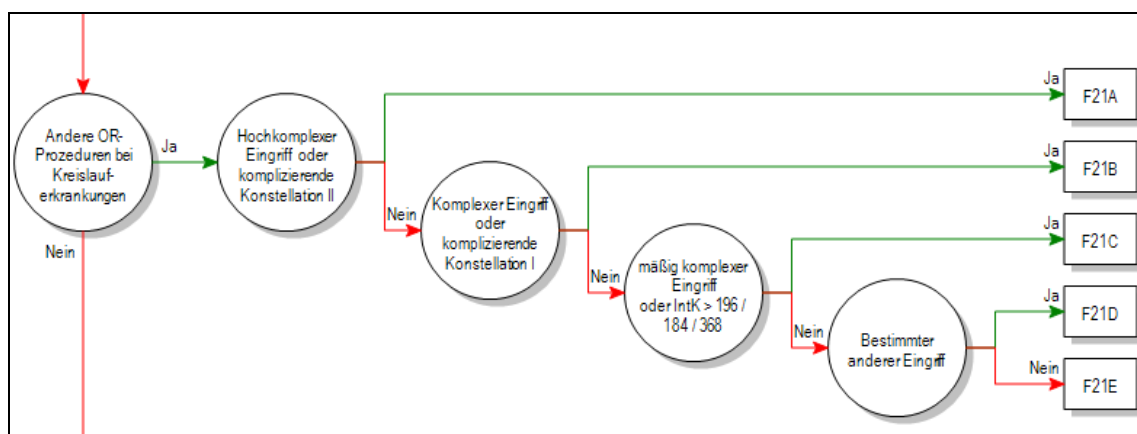


Abbildung 21: Logikbaum der Basis-DRG F21

In den Analysen zeigte sich für einige der DRGs der Basis-DRG F21 ein inhomogenes Kostenbild bei den dort zugeordneten Fällen, mit entsprechender Übervergütung von Fällen mit weniger aufwendigen Leistungen und Untervergütung von Fällen mit aufwendigeren Leistungen (Kompressionseffekt), sodass eine weitere Differenzierung der Basis-DRG F21 mit Etablierung einer neuen DRG F21E erfolgte, z.B. für Fälle mit kleinflächiger Wundtoilette am Fuß. Im Anschluss erfolgten noch weiteren Umbauten bzw. Neuuzuordnungen von Fällen innerhalb der Basis-DRG F21, beispielsweise die Verschiebung von Fällen mit einem Verfahren zur operativen Ligatur von Hämorrhoiden aus der DRG F21C in die DRG F21D.

### Endovaskuläre Aortenreparatur

Die Abbildung von Fällen mit endovaskulärer Behandlung eines Aortenaneurysmas ist in zunehmendem Maße Thema sowohl im Vorschlagsverfahren als auch bei den Anfragen für das NUB-Verfahren. So wurden auch in diesem Jahr eine ganze Reihe an Vorschlägen zur Abbildung von Verfahren der endovaskulären Implantation von Aortens tents und der Behandlung ihrer möglichen Komplikationen eingereicht.

Derzeit bestehen schon sehr differenzierte und sich ergänzende Vergütungsmöglichkeiten für diese Fälle:

- Gruppierungsrelevanz für Verfahren zur endovaskulären Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta abdominalis, Aorta thoracica und Aorta thoracoabdominalis in den Basis-DRGs F08 *Rekonstruktive Gefäßeingriffe*, F51 *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta* und F42 *Operation bei kompl. angeb. Herzfehler* [...]
- Seit 2007 unbewertetes Zusatzentgelt ZE20XX-53 *Stentgraftprothesen bei Aortenaneurysmen, mit Fenestrierung oder Seitenarm*) für Stentprothesen mit Seitenarmen und Fenestrierungen in verschiedenen Kombinationen
- NUB-Verfahren 2016: Status 1 für *Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik* (ab zwei Stents)

Nach mehrjähriger Abstimmung aller Beteiligten erfolgten für den Codebereich zu den Leistungen für *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen (5-38a.\*)* im OPS Version 2017 umfangreiche Änderungen, u.a. mit einer Vereinfachung im Bereich der Code-Differenzierung der implantierten Stent-Prothesen nach Seitenarm und Fenestrierung. Durch die komplexe Verknüpfung der unterschiedlichen Vergütungsmöglichkeiten und die weitreichenden Änderungen der Kodierung waren mögliche klassifikatorische Anpassungen sehr zurückhaltend und vorsichtig zu bewerten. So erfolgten Anpassungen in der Abbildung von Fällen mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen für das G-DRG-System 2017 vor allem vor dem Hintergrund der geplanten Kodierungsänderungen, z.B. eine Anpassung innerhalb der Mehretagen-Logik der Basis-DRG F08: Dort waren die Verfahren zur endovaskulären Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta abdominalis in Abhängigkeit von der Art der Prothese auf unterschiedliche Tabellen („Etagen“) verteilt. Dadurch war es möglich, dass ein Fall mit Implantation von zwei Aortenprothesen an einer Lokalisation – der Aorta abdominalis – dieses Logikelement erfüllen konnte. Für das G-DRG-System 2017 wurden unter Wahrung der Sachgerechtigkeit die entsprechenden Verfahren allein auf Basis der Lokalisation auf die unterschiedlichen Tabellen innerhalb dieser Mehretagen-Logik verteilt, sodass die Veränderungen des OPS Version 2017 nicht zu unerwarteten Fallverschiebungen in den DRGs führen.

### 3.3.2.17 Geriatrie

Im Rahmen des Strukturierten Dialogs wurde in diesem Jahr erneut die Etablierung neuer geriatrischer DRGs – zu etablieren in den MDCs 03 *Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses* sowie bei Fällen mit hämatologischen und soliden Neubildungen in der MDC 17 – diskutiert. Wie bereits in den Vorjahren konnten diese Vorschläge allerdings nicht umgesetzt werden, da sich in den Kalkulationsdaten des Jahres 2015 erneut nur eine geringe Anzahl geriatrischer Fälle fand.

Neben den vorgeschlagenen Änderungen wurden jedoch routinemäßig weitere Analysen vorgenommen. Dabei lag der Schwerpunkt in diesem Jahr darauf, bereits bestehende geriatrische Fallpauschalen weiter zu differenzieren. So existieren innerhalb der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* sowohl in der operativen als auch in der anderen Partition geriatrische DRGs:

- I34Z *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*
- I41Z *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*

Viele Attribute innerhalb der DRG I41Z wurden – einzeln oder in Kombination – auf ihre Eignung als Kostentrenner untersucht. Neben verschiedenen Diagnosen, z.B. für Demenz, Beckenfrakturen und Diszitis, wurden auch Prozeduren wie hochaufwendige Pflege (PKMS-E), Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder andere hochaufwendige Behandlungen analysiert. Auch motorische oder kognitive Funktionseinschränkungen nach (erweitertem) Barthel-Index, FIM (Functional Independence Measure™) und MMSE (Mini Mental State Examination), die zum Teil bereits in anderen geriatrischen DRGs höhergruppierend wirken, wurden überprüft. Letzten Endes ergaben die Analysen aus verschiedenen Gründen kein umsetzbares Resultat. Bei einigen untersuchten Attributen waren lediglich kleine Fallzahlen betroffen, andere zeig-



ten keine oder nur minimale Kostenunterschiede, wobei mitunter die als aufwendiger eingeschätzte Leistung mit geringeren Kosten assoziiert war. Vorhandene Kostenunterschiede waren wiederum nur durch unterschiedliche Verweildauern begründet, häufig mit geringeren Tageskosten bei langer Behandlungsdauer.

Somit bleibt die Abbildung geriatrischer Fälle im G-DRG-System 2017 unverändert. In den 17 spezifischen DRGs in 11 MDCs sind über 90% der Fälle mit geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung ab 14 Tagen abgebildet. Vielleicht ermöglicht die erhöhte Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe in den kommenden Jahren eine Etablierung neuer geriatrischer Fallpauschalen, die derzeit aufgrund der schwachen Beteiligung der auf die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung spezialisierten Häuser an der Kalkulation des G-DRG-Systems nicht möglich ist.

### 3.3.2.18 Globale Funktionen und Komplizierende Konstellationen

Logische Definitionen und Ausdrücke, die an mehreren Stellen des DRG-Gruppierungsalgorithmus – auch MDC-übergreifend – vorkommen, werden typischerweise in „(globalen) Funktionen“ zusammengefasst. Diese beinhalten Prozeduren und ggf. Diagnosen, die in unterschiedlichen Behandlungszusammenhängen jeweils einen höheren Ressourcenverbrauch bedingen. Beispielhaft lassen sich die globalen Funktionen „Komplexe OR-Prozeduren“ und „Bestimmte OR-Prozeduren“ oder die „Komplizierende Konstellationen“-Funktionen nennen, in denen bestimmte, insbesondere intensivmedizinisch relevante Prozeduren und Diagnosekombinationen im G-DRG-System abgebildet werden, die mit einem höheren Ressourcenbedarf einhergehen. Die in der G-DRG-Klassifikation 2017 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.

Ein Vorteil des Konzepts der Funktionen liegt in der Vereinfachung der logischen Ausdrücke in den Definitionen der DRGs. Wenn die Logik globaler Funktionen z.B. in manchen MDCs nicht optimal „passt“, ist ggf. die Etablierung modifizierter Funktionen erforderlich.

Zu den fortwährenden Aufgaben der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems zählt die routinemäßige Untersuchung der einzelnen Bestandteile aller Funktionen auf ihre weitere Eignung als Kostentrenner. Hierzu werden im Vorschlagsverfahren auch immer wieder Vorschläge zur Überprüfung einzelner Codes in den Funktionen, insbesondere der „Komplizierenden Konstellationen“ eingereicht; im Vorschlagsverfahren 2017 waren dies Vorschläge z.B. zu den OPS-Kodes

- 5-399.5 *Implantation und Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)*
- 8-148.0 *Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben: Peritonealraum*
- 8-80 *Transfusion von Blutzellen* (insbesondere zur Gruppierungsrelevanz der Gabe weniger Thrombozytenkonzentrate)
- 8-923 *Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung*

Aufgrund zahlreicher Analysen erfolgt für den G-DRG-Algorithmus 2017 eine Überarbeitung aller Funktionen für „Komplizierende Konstellationen“. Die Transfusion von polyvalentem Human-Immunglobulin (ab 55 g, OPS-Kodes ab 8-810.w7) zeigte sich (vergleichbar den Massentransfusionen) als Marker besonders aufwendiger Fälle und ist daher zukünftig in den Funktionen der „Komplizierenden Konstellationen“ gruppierungsrelevant. Bestimmte Lagerungsbehandlungen (OPS-Kodes 8-390.0, 8-390.2 und 8-390.5) sind im G-DRG-System 2017 hingegen nicht mehr gruppierungsrelevant.

Im Vergleich zum Vorjahr wurde eine neue „Komplizierende Konstellationen“-Funktion etabliert. Die Funktion „Komplizierende Konstellationen T01“ ist eine Verschärfung der Funktion „Komplizierende Konstellationen I“: Bestimmte Drainagen (OPS-Kodes 8-144.0, 8-146.0, 8-146.1, 8-146.2 und 8-148.0) sind dort nicht gruppierungsrelevant. Die neue Funktion wird anstelle jener „Komplizierenden Konstellationen I“ in der Splitbedingung zur DRG T01A *OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer OR-Prozedur, komplizierender Konstellation oder [...] als Kostentrenner verwendet.*

Im Zuge der Umbenennung der Sonstigen DRGs der Basis-DRGs 901 und 902 in 801 und 802 erfolgte die redaktionelle Umbenennung der Funktion „Komplizierende Konstellationen 901“ in „Komplizierende Konstellationen 801“ sowie eine Anpassung der umleitenden Funktion „OR-Prozeduren ohne Bezug“ hin zu einer Umleitung in die neue MDC 24 *Sonstige DRGs*. Um eine stärkere Ausdifferenzierung innerhalb der Basis-DRG 801 zu erreichen, wurde die Funktion „Komplizierende Konstellationen 801“ darüber hinausgehend weiter geschärft: Bestimmte Implantationen eines Herzschrittmachers (OPS-Kodes 5-377.1 und 5-377.30) und bestimmte therapeutische Drainagen (OPS-Kode 8-144.0 und 8-148.0) sind hier nicht länger gruppierungsrelevant.

In Summe werden im G-DRG-System 2017 nun sieben statt bisher sechs „Komplizierende Konstellationen“-Funktionen verwendet:

- 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 801 (impliziert KKI; redaktionelle Umbenennung und Schärfung)
- Komplizierende Konstellationen T01 (impliziert KKI; neu)
- Komplizierende Konstellationen Prä-MDC (keine Implikationen mit anderen Funktionen)

Im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Algorithmus werden nicht nur die Funktionen als solche überprüft. Es wird ferner analysiert, ob sich die Funktionen in den Definitionen der DRGs weiterhin als Kostentrenner eignen und ob neue Einsatzmöglichkeiten der Funktionen, ggf. auch in modifizierter Form, bestehen. Im G-DRG-System 2017 resultiert die Verwendung der Funktion „Komplizierende Konstellationen Prä-MDC“ anstelle der Funktion „Komplizierende Konstellationen I“ in der intensivmedizinischen Basis-DRG F36 *Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems > 588 / 552 / 552 P., mit [...] best. komplizierender Konstell. [...]*. Zudem wurde die Funktion „Komplizierende Konstellationen I“ in die Splitbedingung der DRGs A60A *Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Bele-*

*gungstag, mit [...] komplizierender Konstellation* und F21B *Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, [...], mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation I* und die Funktion „Komplizierende Konstellationen II“ in die Splitbedingung der DRG F21A *Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation II* neu aufgenommen.

In den Funktionen „Komplexe OR-Prozeduren“, „Bestimmte OR-Prozeduren“ und „Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren“ wurden für das G-DRG-System 2017 lediglich Detailänderungen vorgenommen.

### 3.3.2.19 Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

In der MDC 03 sind die Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses bereits hochdifferenziert abgebildet. Dennoch konnte aufgrund von Vorschlägen im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2017 und interner Analysen die Abbildung der Fälle im G-DRG-System 2017 weiter verbessert werden.

In der Basis-DRG D30 *Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund u. Hals [...]* sind verschiedene Fallgruppen zusammengefasst. Im G-DRG-System 2016 war die DRG anhand von Prozeduren für verschiedene Eingriffe, des Alters und bestimmter Gerinnungsstörungen differenziert. Im Rahmen der jährlichen Analyse konnten innerhalb der DRG D30B *Tonsillektomie [...] ohne aufwendigen Eingriff, ohne komplexe Diagnose* weitere Kostentrenner identifiziert werden. Fälle mit weniger komplexen operativen Eingriffen – hauptsächlich am Larynx – wiesen geringere Kosten als die anderen Fälle der DRG D30B auf. Dementsprechend wurde eine neue DRG innerhalb der Basis-DRG D30 etabliert, sodass Fälle mit wenig komplexen operativen Eingriffen der neuen DRG D30C zugeordnet werden. Des Weiteren konnten wenig komplexe Eingriffe – wie Inzision oder Exzision am äußeren Ohr – hauptsächlich innerhalb der Basis-DRG D30 abgewertet werden. Ebenso wurden bestimmte Prozeduren für Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase bei geringeren Kosten aus der DRG D30B in die DRG D39Z *Andere Eingriffe an der Nase* verschoben und werden somit im G-DRG-System 2017 sachgerecht vergütet.

Im Vorschlagsverfahren wurde auf die Abbildung von Fällen mit einseitiger Hörminderung in der Basis-DRG D13 *Kleine Eingriffe an Nase, Ohr und Mund* hingewiesen. Die Diagnosen für einseitigen und beidseitigen Hörverlust dienen u.a. als Kostentrenner innerhalb dieser Basis-DRG. Die Analyse bestätigte, dass Fälle mit einseitiger Hörminderung durch Schallleitungsstörung keinen höheren Aufwand verursachen. Deswegen werden solche Fälle nicht mehr aufgrund einer komplizierenden Diagnose der DRG D13A zugeordnet, sondern werden in geringer vergütete DRGs eingruppiert und somit abgewertet, während Fälle mit beidseitiger Hörminderung in der DRG D13A verbleiben und somit weiterhin bessergestellt sind.

Eine interne Analyse ergab deutliche Kostenunterschiede zwischen verschiedenen Fällen innerhalb der Basis-DRG D25 *Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals [...]*. Im Ergebnis werden Fälle mit weniger komplexer Rekonstruktion des Larynx bzw. der Trachea in die geringer vergütete DRG D29Z *Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals [...]* verschoben. Auch Fälle mit *partieller Resektion sonstiger Gesichtsschädelknochen, ohne Rekonstruktion* erwiesen sich als weniger kostenintensiv und werden künftig den DRGs D28Z *Monognate Osteotomie [...]* bzw. der D29Z zugeordnet und somit abgewertet. Die in der Basis-DRG D25 verbleibenden komplexen Fälle wurden damit aufgewertet.

Auf internen Analysen basierend wurden des Weiteren Fälle mit bestimmten Prozeduren für plastische Rekonstruktion der Nase innerhalb der Basis-DRG D37 *Sehr komplexe Eingriffe an der Nase* aufgewertet. Auch Fälle mit Prozeduren für totale oder partielle Resektion des Felsenbeins wurden in die Splitbedingung der DRG D06A *Eingriffe an Nasennebenhöhlen [...]* aufgenommen und sind somit im G-DRG-System 2017 besser vergütet.

Fälle mit Prozeduren für partielle, sonstige oder nicht näher bezeichnete Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung dagegen wurden aufgrund interner Analysen aus der DRG D09Z *Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung [...]* in die DRG D35Z *Eingriffe an Nase, NNH, Tonsillen bei bösartiger Neubildung* verschoben und somit abgewertet. Auch Fälle mit bestimmten weniger komplexen Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln wurden aus der DRG D09Z in die Basis-DRG D13 verschoben und somit abgewertet.

### 3.3.2.20 Infektiöse und parasitäre Krankheiten

Im G-DRG-System werden Fälle mit infektiösen und parasitären Krankheiten ohne klaren Bezug zum Organsystem vor allem in den MDCs 18A *HIV* und 18B *Infektiöse und parasitäre Krankheiten* abgebildet. In diesem Abschnitt wird die klassifikatorische Weiterentwicklung des G-DRG-Systems in diesen beiden MDCs beschrieben. Auf die Abbildung von Fällen mit Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE] wird ausführlich in Abschnitt 3.3.2.24 eingegangen.

Nach zahlreichen Detailänderungen in der letztjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems in Bezug auf die MDC 18B wurden im diesjährigen Vorschlagsverfahren zwei Vorschläge für diese Kategorie eingereicht: Ein Vorschlag gab Hinweise auf bestimmte nicht operative Fälle mit Hauptdiagnose Sepsis, die in der Basis-DRG T60 *Sepsis* bereits sehr ausdifferenziert abgebildet sind. Ein weiterer Vorschlag zielte auf die Überprüfung der Diagnose R65.0 *Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese ohne Organkomplikationen*. Im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2017 wurde darüber hinaus routinemäßig die Abbildung sowohl operativer als auch nicht operativer Fälle in der MDC 18B geprüft.

Operative Fälle werden in der MDC 18B neben der intensivmedizinischen DRG T36Z *Int. Komplexbeh. > 588/552/552 Aufwandsp. [...] od. OR-Proz. [...] m. komplexer OR-Proz., kompliz. Konst. oder bei Zust. N. Organtranspl. mit int. Komplexbeh. > 392/368/-Aufwandsp.* vor allem in der Basis-DRG T01 *OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten* abgebildet. Da als Zugangsbedingung zur Basis-DRG T01 lediglich eine operative Prozedur aus der Tabelle „Alle OR-Prozeduren“ gefordert wird, findet sich in dieser Basis-DRG – ähnlich einer „Reste“-DRG bzw. den Sonstigen DRGs – ein sehr breites Spektrum an operativen Behandlungen wieder. Im G-DRG-System 2016 war die Basis-DRG T01 in drei DRGs gegliedert. Die Inhomogenität der Fallzusammensetzung in der Basis-DRG T01 wird im G-DRG-System 2017 nun mit vier statt bisher drei DRGs differenzierter abgebildet: Analysen zeigten, dass bestimmte therapeutische Drainagen und operative Eingriffe (u.a. an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten, Lunge, Brustwand, Dünn- und Dickdarm sowie im Zusammenhang mit Endoprothesen am Hüftgelenk) in der DRG T01A nicht sachgerecht abgebildet waren. Für das G-DRG-System 2017 erfolgt deshalb eine Abwertung dieser Prozeduren in die DRG T01B, u.a. durch Etablierung einer neuen Funktion „Komplizierende Konstellationen T01“. Aufgrund niedrigerer Kosten werden ferner Fälle mit bestimmten Biopsien (u.a. an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren oder an der

Harnblase) oder Strahlentherapien und nuklearmedizinische Therapien zukünftig nicht mehr in die DRG T01B, sondern in die DRG T01C eingruppiert. Durch einen Split der DRG T01C in die DRGs T01C und T01D werden zukünftig nur noch Fälle mit bestimmter mäßig komplexer operativer Prozedur in die DRG T01C, andernfalls in die T01D eingruppiert.

In der Basis-DRG T60 *Sepsis* werden Fälle mit Hauptdiagnose Sepsis in sieben DRGs ausdifferenziert abgebildet. Obwohl die Basis-DRG T60 formal zur medizinischen Partition gehört, beinhaltet sie aufgrund der Sortierung in die operative Basis-DRG T01 auch operative und andere interventionelle Fälle. Nach Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren wurde insbesondere die Eingruppierung von Fällen mit Behandlungen geprüft, die nicht zur Tabelle „Alle OR-Prozeduren“ gehören (z.B. bestimmte ERCP). Aufgrund höherer Kosten werden Fälle der DRG T60C, welche die Logik der DRGs H41A oder H41B erfüllen (also Fälle mit bestimmter ERCP), zukünftig in der DRG T60B abgebildet. Darüber hinaus konnten Fälle mit schwersten CC und durch eine Anpassung der Altersbedingung Fälle mit einem Alter von 16 und 17 Jahren in die DRG T60B aufgewertet werden. Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung (im Kindesalter ab 197 Aufwandspunkten, bei aufwendiger Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten) werden aufgrund eines erhöhten Kostenaufwands zukünftig in die DRG T60D aufgewertet.

Die DRGs der Basis-DRGs T01 und T60 sind wie im G-DRG-System 2016 partitionsübergreifend regelhaft nach den mittleren Kosten der Inlier sortiert. Hiervon ausgenommen ist lediglich die DRG T60F *Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme*.

In der MDC 18A ergeben sich im G-DRG-System 2017 – wie im Vorjahr – keine nennenswerten Veränderungen.

### 3.3.2.21 Intensivmedizin

Die Prozeduren für aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung – der sogenannte „Super-SAPS“ – wurden durch das DIMDI im OPS Version 2013 etabliert und somit die Möglichkeiten der Verschlüsselung intensivmedizinischer Leistungen erheblich erweitert. Neben den bestehenden Codegruppen für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung und Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter sollten diese Prozeduren insbesondere von hochspezialisierten Fachabteilungen erbracht werden. Während in den Vorjahren deutlich weniger Universitätskliniken bzw. Krankenhäuser der Maximalversorgung diese Prozedur verschlüsselten, als ursprünglich erwartet worden war, konnte im Datenjahr 2015 eine deutlich verbesserte Kodierung festgestellt werden. Diese nun stabilisierte Datengrundlage ermöglichte eine individuelle Analyse der Fälle auf DRG-Ebene, neben den per definitionem intensivmedizinischen DRGs der Prä-MDC vor allem in:

- MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*
- MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane*
- MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*
- MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten*
- MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane*

Dabei wurden die SAPS-Grenzen operativer sowie konservativer DRGs sowohl nach oben als auch nach unten betrachtet und Änderungen vorgenommen.

Im Vorschlagsverfahren wurde auf Kodierstreitigkeiten hingewiesen, die sich auf eine unterschiedliche Eingruppierung und somit Vergütung von Fällen gründete, die je nach Hauptdiagnose bei kardiovaskulären Erkrankungen mit neurologischen Symptomen einer DRG der MDC 01 oder MDC 05 zugewiesen wurden. Während in der MDC 05 eine spezifische Basis-DRG F43 [...] *oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392/368/552 Aufwandspunkte* in der anderen Partition existiert, gab es in der MDC 01 bislang keine Basis-DRG mit vergleichbaren Punktwerten. Insbesondere Schlaganfallpatienten, aber auch andere konservativ behandelte Fälle mit neurologischer Hauptdiagnose und intensivmedizinischer Komplexbehandlung wurden bislang in der jeweiligen medizinischen DRG – mit vergleichsweise geringem Relativgewicht – abgebildet. Diese Fälle wurden durch die Etablierung der DRG B45Z *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392/368/828 Aufwandspunkte* [...] in der MDC 01 erheblich aufgewertet.

Daneben wurden auch Fälle mit kürzeren Verweildauern auf der Intensivstation untersucht. So enthielt die Basis-DRG B70 *Apoplexie* auch weiterhin Fälle, die intensivmedizinische Komplexbehandlung bekommen hatten. Kinder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung mit mehr als 196 bzw. Fälle mit aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung mit mehr als 184 Aufwandspunkten konnten innerhalb der Basis-DRG B70 aufgewertet werden. Diese Punktwerte entsprechen in etwa 3–4 Tagen Behandlung auf einer Intensivstation.

Am Anfang des G-DRG-Algorithmus werden in der Prä-MDC bestimmte besondere Konstellationen abgefragt, deren Gruppierung von der Hauptdiagnose unabhängig sein soll, wie z.B. Transplantationen, akute Verletzungen des Rückenmarks, bestimmte Fehlerkonstellationen oder auch Langzeitbeatmung. So enthält die Basis-DRG A07 Fälle mit *Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900/4600/4600 Aufwandspunkte*. Diese Basis-DRG ist mehrfach differenziert, wobei neben hochkomplexen Operationen, mehrzeitigen Eingriffen, Komplizierenden Konstellationen, Polytrauma, komplexen Diagnosen wie Zustand nach Transplantation auch das Alter als Splitkriterium zum Tragen kommt. Jedes einzelne dieser Attribute wurde erneut auf einen kostentrennenden Effekt untersucht. Zudem fand eine Analyse weiterer, bislang innerhalb dieser Basis-DRG nicht verwendeter Kriterien statt. Dabei zeigten sich im Vergleich zum Vorjahr in mehrfacher Hinsicht Kostenunterschiede, aus denen verschiedene Umbauten in unterschiedlichen DRGs der Basis-DRG A07 resultierten. Einige der wochenlang beatmeten Fälle, die zudem eine veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) erhielten, wiesen ab einer Behandlungszeit von mehr als 384 Stunden deutlich höhere Kosten als andere Fälle dieser Basis-DRG auf und werden daher zukünftig in der DRG A07B abgebildet. Weiterhin wurden die Punktwerte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung der DRG A07D insofern angepasst, als dass die Grenze für den „Super-SAPS“ angehoben wurde, während der „normale SAPS“ hier nicht mehr höhergruppierend wirkt, da die Fälle im Vergleich zu den anderen Fällen der DRG sich nicht mit Mehrkosten zeigten.

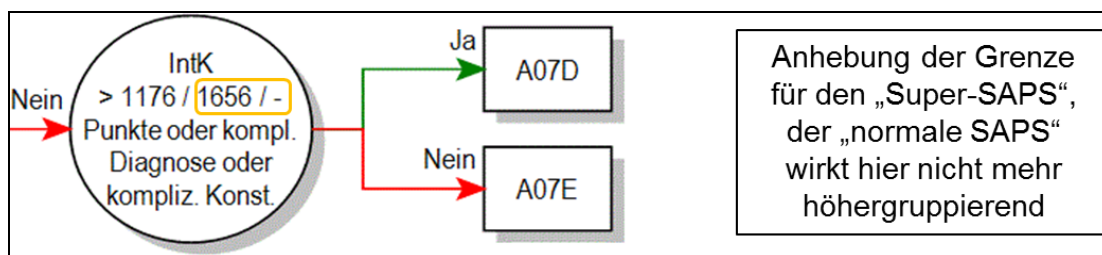


Abbildung 22: Anpassung der SAPS-Grenzen der DRG A07D

Auch die Basis-DRGs der MDC 05, in denen die intensivmedizinische Komplexbehandlung bislang als Kostentrenner fungierte, wurden auf Basis der Kalkulationsdaten des Jahres 2015 erneut untersucht und an verschiedenen Stellen Anpassungen vorgenommen. Beispielsweise werden aufwendig intensivmedizinisch behandelte Fälle mit Implantation eines Defibrillators mit Zweikammer-Stimulation ab 369 Aufwandspunkten nun in die höher bewertete DRG F01A eingruppiert. Mit derselben Anzahl an Punkten werden zukünftig auch operierte Patienten, bei denen eine Herz-Lungen-Maschine zum Einsatz kam, in der DRG F07A abgebildet und somit bessergestellt.

Auch Basis-DRGs, in denen die intensivmedizinische Komplexbehandlung bislang nicht als Splitkriterium genutzt wurde, wurden diesbezüglich analysiert. So beinhaltet zukünftig die sogenannte „Reste“-DRG F21C *Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, [...], mit mäßig komplexem Eingriff oder IntK > 196/184/368 Punkte*. Weiterhin werden neben den ohnehin in der DRG F68A abgebildeten Kindern im Alter von unter 6 Jahren mit angeborener Herzkrankheit künftig auch Ältere in diese DRG eingruppiert, sofern sie eine intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter mit mehr als 196 Aufwandspunkten bekommen haben.

Im G-DRG-System 2017 besitzen die Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung in der MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* nun ebenfalls Gruppierungsrelevanz. In mehreren DRGs zeigten intensivmedizinisch behandelte Fälle in den Daten des Jahres 2015 zum Teil deutlich höhere Kosten. In allen untersuchten Basis-DRGs wurden individuelle SAPS-Grenzen in diversen Kombinationen für die verschiedenen Komplexbehandlungen simuliert. Einzelne Fälle mit Eingriffen an Schild- und Nebenschilddrüse – häufig bei bösartiger Neubildung – wiesen in der Basis-DRG K06 *Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus* vergleichsweise lange Liegezeiten in intensivmedizinischen Fachabteilungen auf, die mit deutlich höheren Kosten assoziiert waren. Derartige Fälle mit aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung ab 369 sowie intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter ab 393 Aufwandspunkten werden im G-DRG-System 2017 in die innerhalb dieser Basis-DRG mit Abstand am höchsten bewertete DRG K06A eingruppiert.

Auch konservativ behandelte Fälle in der MDC 10 wurden untersucht. Die Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter ab 197 und aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten konnten gleich in mehreren Basis-DRGs – jeweils in die höchstbewertete DRG – aufgewertet werden:

- K60 *Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen [...]*
- K63 *Angeborene Stoffwechselstörungen*
- K64 *Endokrinopathien*

Sowohl in der Basis-DRG L60 *Niereninsuffizienz*, [...] als auch in der Basis-DRG T60 *Sepsis* wurden im G-DRG-System 2016 bereits Fälle mit aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung ab 369 sowie intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter ab 393 Aufwandspunkten in die jeweils höchstbewertete DRG gruppiert. Bei weiteren Untersuchungen fanden sich in diesen Basis-DRGs jedoch auch Fälle mit einer geringeren Anzahl an SAPS-Punkten, die vergleichsweise hohe Kosten aufwiesen. Schließlich wurde die Bedingung der DRG L60C um die Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter ab 197 und für aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten erweitert und die entsprechenden Fälle innerhalb dieser Basis-DRG aufgewertet. Auch innerhalb der Basis-DRG T60 wurden Fälle mit den oben genannten Prozeduren – hier in die DRG T60D – verschoben und somit sachgerecht vergütet.

Die Analysen intensivmedizinisch behandelter Fälle gehören inzwischen routinemäßig zur alljährlichen Weiterentwicklung des Fallpauschalen-Katalogs. Mit der Einführung der neuen Prozeduren für aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung konnte auch die Abbildung dieser Fälle im G-DRG-System weiter ausdifferenziert werden. Allein in diesem Jahr fanden die intensivmedizinischen Prozeduren in insgesamt 15 Basis-DRGs – verteilt auf 7 MDCs – neue Berücksichtigung. Dabei handelt es sich sowohl um operative als auch um medizinische Fallpauschalen, für die – je nach Ergebnis der Analyse – individuelle Punktgrenzen für den „Super-SAPS“, den „Kinder-SAPS“ und den „Normal-SAPS“ festgelegt wurden.

### 3.3.2.22 Kardiologie und Herzchirurgie

Im Rahmen des diesjährigen Vorschlagsverfahrens wurde thematisiert, dass der Ersatz der Aortenklappe durch ein nahtfreies, selbstexpandierendes Xenotransplantat bzw. durch ein ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten mit gleichen Kosten verbunden sei und es wurde vorgeschlagen, die Gruppierungsrelevanz beider Verfahren zu vereinheitlichen. Beide Verfahren waren in den vergangenen Jahren bei Mehrfach-Eingriffen innerhalb der Basis-DRG F03 aufgewertet worden. Eingehende vergleichende Analysen und Rückfragen bestätigten die Ergebnisse des letzten Jahres dahingehend, dass sich die Implantatkosten der beiden Verfahren entgegen den Angaben im Vorschlagsverfahren deutlich voneinander unterscheiden, was auch anhand zusätzlich aus den Kalkulationskrankenhäusern abgefragter Informationen und Dokumente verifiziert werden konnte. Dagegen waren die Intensivkosten der betroffenen Fälle nicht regelhaft unterschiedlich. Bei bestimmten Zweifacheingriffen waren Fälle mit Ersatz durch ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten weiterhin mit deutlich höheren Kosten verbunden als vergleichbare Fälle mit Ersatz der Aortenklappe mittels nahtfreiem, selbstexpandierendem Xenotransplantat. Dementsprechend werden diese Fälle auch im G-DRG-System 2017 der DRG F03A *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie oder bestimmter Zweifacheingriff* zugeordnet. Eine vollständige Gleichstellung beider Verfahren war somit aufgrund der Datenlage nicht möglich.

Bei internen Analysen von Fällen der Basis-DRG F07 *Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine* zeigten sich Fälle mit aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung ab 369 Aufwandspunkten als kostenauffällig und werden bei bestimmten Eingriffen zukünftig der DRG F07A *Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, [...] oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > -/368/- Aufwandspunkte* zugeordnet. Dagegen waren bestimmte Fälle mit Eingriff an Herzklappe und Aorta ascendens oder



Aortenbogen mit deutlich geringeren Kosten verbunden als andere Fälle der DRG F07A. Diese Fälle werden deshalb ab dem G-DRG-System 2017 in geringer bewertete DRGs der Basis-DRGs F07 bzw. F06 eingruppiert. Infolgedessen wurde die DRG F07A deutlich aufgewertet und Fälle mit dem Merkmal „Reoperation“ nun deutlich überbewertet. Aus diesem Grund erfolgte für betroffene Fälle die Etablierung der spezifischen DRG F07B *Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, mit Reoperation an Herz oder Perikard, ohne komplizierende Konstellation, [...]*.

Im Vorschlagsverfahren wurde die unterschiedliche Eingruppierung von Fällen mit endoskopischer Entnahme von Blutgefäßen zur Transplantation, z.B. der A. radialis, in Abhängigkeit von der Bypass-Operationstechnik, minimal-invasiv vs. nicht minimal-invasiv, dargelegt. Es wurde vorgeschlagen, die Fälle unabhängig von der Operationstechnik in die höher bewertete DRG F07A *Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Konstellation oder komplexer Operation [...]* einzugruppieren. Die Analysen der Daten des Jahres 2015 verdeutlichten, dass in beiden Konstellationen Fälle mit Entnahme der A. radialis nicht mit höheren Kosten verbunden waren als andere aortokoronare Bypass-Operationen. Daher erfolgt für das G-DRG-System 2017 eine einheitliche, kostenentsprechende Zuordnung betroffener Fälle zur Basis-DRG F06 *Koronare Bypass-Operation*.

Interne Analysen von Fällen der Basis-DRG F03 *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine oder pulmonale Endarteriektomie* zeigten, dass Fälle mit bestimmten unspezifischen Prozeduren für plastische Rekonstruktion des Herzseptums bei angeborenem Herzfehler und für andere Operationen bei kongenitalen Herzanomalien, die bisher in den DRGs F03B und F03C abgebildet waren, nicht so teuer waren wie andere Fälle dieser DRGs. Ab dem G-DRG-System 2017 werden betroffene Fälle daher aufwandsentsprechend den DRGs F03E und F03F zugeordnet.

### **Sondenentfernung**

Der Einsatz technischer Hilfsmittel zur Entfernung von Sonden eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators ist oft mit hohen Sachkosten verbunden. In den Vorjahren stellte sich insbesondere der Einsatz eines Excimer-Lasers als kostenauffällig heraus, sodass diese Leistung bisher sowohl gruppierungsrelevant als auch durch den NUB-Status 1 für besondere Konstellationen sachgerecht abgebildet war. Für das G-DRG-System 2017 erfolgten umfangreiche Analysen zu allen Extraktionshilfen. Kostenauffällig zeigten sich dabei neben den Fällen mit einer Prozedur für den Einsatz eines Excimer-Lasers auch Fälle mit einer Prozedur für den Einsatz einer mechanischen, kontrolliert drehenden Extraktionshilfe oder von intraluminalen expandierenden Extraktionshilfen. Alle Verfahren wurden daraufhin innerhalb der Basis-DRGs F01 *Implantation Kardioverter/Defibrillator (AICD) [...]*, F12 *Implantation eines Herzschrittmachers* und F18 *Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters/Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel* neu bewertet. Für das G-DRG-System 2017 wurden Fälle mit einer Prozedur für den Einsatz einer mechanischen, kontrolliert drehenden Extraktionshilfe, von intraluminalen expandierenden Extraktionshilfen oder dem Einsatz eines Excimer-Lasers in den genannten DRGs deutlich aufgewertet. Die komplexen Extraktionshilfen (alle, mit Ausnahme des Einsatzes einer intraluminalen expandierenden Extraktionshilfe) führen z.B. direkt in die DRG F18A *Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters/Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, [...] oder mit aufwendiger Sondenentfernung*. Ebenfalls höhergruppierend wirken die Prozeduren für bestimmte Extraktionshilfen in definierten Konstellationen auch innerhalb der Basis-DRGs F01 und F12.

## Ablative Maßnahmen

Im G-DRG-System 2016 wurden Fälle mit einer Prozedur für die phasengesteuerte Radiofrequenzablation in der DRG F50B *Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation [...]* abgebildet. Nach detaillierter Plausibilisierung von Sach- und Personalkosten sowie einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren erfolgte eine erneute Analyse dieser Fälle. Für das G-DRG-System 2017 resultierte daraus aufgrund der Kostendifferenz zu anderen Fällen in der DRG F50B eine Aufwertung dieser Fälle durch Erweiterung der Definition der DRG F50A *Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation im linken Vorhof oder hochkomplexer Ablation oder Implantation eines Ereignisrekorders*.

## PTCA

Für das Einlegen von Koronarstents stehen im OPS verschiedene Codes zur Verfügung, die in ihrer Struktur ähnlich aufgebaut sind. Zum einen wird nach Art des Koronarstents, z.B. medikamente-freisetzend (OPS-Kode 8-837.m-) und nicht medikamente-freisetzend (8-837.k-), unterschieden, zum anderen geben die Endsteller die Anzahl der verwendeten Koronarstents wieder. Die OPS-Kodes für medikamente-freisetzende Koronarstents sind bereits seit Jahren nach der Anzahl bis hin zu einer Zahl von sechs und mehr differenziert, die Codes für das Einlegen von nicht medikamente-freisetzenden Stents bis zum OPS Version 2014 lediglich bis zu einer Zahl von zwei und mehr. Ab dem OPS Version 2015 sind diese Codes analog zu den Codes für das Einlegen von medikamente-freisetzenden Stents ausdifferenziert (siehe Abb. 23).

OPS Version 2014		OPS Version 2015	
8-837.k	Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden Stents <i>Inkl.:</i> Bypassgefäß .k0 Ein Stent in eine Koronararterie .k1 Mindestens 2 Stents in eine Koronararterie .k2 Mindestens 2 Stents in mehrere Koronararterien .kx Sonstige	8-837.k	Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden Stents <i>Inkl.:</i> Bypassgefäß .k0 Ein Stent in eine Koronararterie .k3 2 Stents in eine Koronararterie .k4 2 Stents in mehrere Koronararterien .k5 3 Stents in eine Koronararterie .k6 3 Stents in mehrere Koronararterien .k7 4 Stents in eine Koronararterie .k8 4 Stents in mehrere Koronararterien .k9 5 Stents in eine Koronararterie .ka 5 Stents in mehrere Koronararterien .kb Mindestens 6 Stents in eine Koronararterie .kc Mindestens 6 Stents in mehrere Koronararterien .kx Sonstige
8-837.m	Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents <i>Inkl.:</i> Bypassgefäß <i>Hinw.:</i> Die Art der medikamentenfreisetzenden Stents ist gesondert zu kodieren .m0 Ein Stent in eine Koronararterie .m1 2 Stents in eine Koronararterie .m2 2 Stents in mehrere Koronararterien .m3 3 Stents in eine Koronararterie .m4 3 Stents in mehrere Koronararterien .m5 4 Stents in eine Koronararterie .m6 4 Stents in mehrere Koronararterien .m7 5 Stents in eine Koronararterie .m8 5 Stents in mehrere Koronararterien .m9 Mindestens 6 Stents in eine Koronararterie .ma Mindestens 6 Stents in mehrere Koronararterien .mx Sonstige	8-837.m	Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents <i>Inkl.:</i> Bypassgefäß <i>Hinw.:</i> Die Art der medikamentenfreisetzenden Stents ist gesondert zu kodieren .m0 Ein Stent in eine Koronararterie .m1 2 Stents in eine Koronararterie .m2 2 Stents in mehrere Koronararterien .m3 3 Stents in eine Koronararterie .m4 3 Stents in mehrere Koronararterien .m5 4 Stents in eine Koronararterie .m6 4 Stents in mehrere Koronararterien .m7 5 Stents in eine Koronararterie .m8 5 Stents in mehrere Koronararterien .m9 Mindestens 6 Stents in eine Koronararterie .ma Mindestens 6 Stents in mehrere Koronararterien .mx Sonstige

Abbildung 23: Vergleich OPS Versionen 2014 und 2015 (Quelle: DIMDI OPS)

Seit dem G-DRG-System 2014 werden Fälle mit einer Implantation von mindestens drei medikamente-freisetzenden Koronarstents höhergruppiert und der Basis-DRG F56 *Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention [...]* zugeordnet. Aufgrund fehlender Differenzierung der OPS-Kodes für nicht medikamente-freisetzende Stents bis 2015, führte bis zum G-DRG-System 2016 das Einlegen von nicht medikamente-freisetzenden Koronarstents in die niedriger bewertete Basis-DRG F58 *Perkutane Koronarangioplastie*. Erstmals konnten in diesem Jahr Fälle mit mehr als zwei nicht medikamente-freisetzenden Stents differenziert untersucht werden. Aufgrund der Ergebnisse wurde für das G-DRG-System 2017 die Gruppierungsrelevanz angeglichen, sodass die Einlage von drei und mehr Stents unabhängig von der Art des Koronarstents in die Basis-DRG F56 führt, wodurch die Fälle mit einer Prozedur für das Einlegen von mindestens drei nicht medikamente-freisetzenden Koronarstents deutlich aufgewertet wurden.

### **Weitere Umbauten**

- Erweiterung der Bedingung der DRG F01A *Implantation Kardioverter/Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit kompliz. Faktoren oder myokardstimulierendes System oder aufwendige Sondenentf. mit kompliz. Faktoren oder Zwei-Kammer-Stimulation mit kompliz. Faktoren* sowohl um die Prozedur für die aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung ab 369 Aufwandspunkten als auch durch Herzklappeneingriffe in Kombination mit der Implantation eines Zwei-Kammer Defibrillators
- Erweiterung der Bedingung der DRG F01B *Implantation Kardioverter/Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation mit komplizierenden Faktoren oder neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mehr als 24 Stunden mit komplizierenden Faktoren* um die Prozedur für die neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
- Erweiterung der Bedingung der DRG F12F *Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammer-System, Alter > 15 Jahre, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen* in die DRG F12C *Implantation eines Herzschrittmachers, Alter < 16 Jahre* um Kinder < 16 Jahre

### **3.3.2.23 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 des G-DRG-Systems eingesandt wurde. Dabei lag die Anzahl der eingegangenen Hinweise geringfügig über der des letzten Jahres.

Für die MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* lag der Schwerpunkt der Analysen im Rahmen der diesjährigen Kalkulation für das G-DRG-System 2017 auf der Abbildung von Fällen innerhalb der medizinischen Partition.

In den DRGs der medizinischen Partition der MDC 04 werden u.a. die Diagnostik und nicht operative Therapie von chronischen Lungenerkrankungen und Pneumonien unterschiedlichster Genese sowie unterschiedliche Chemotherapien onkologischer Erkrankungen der Atmungsorgane abgebildet. Signifikante Merkmale für den Ressour-

cenverbrauch dieser Fälle sind vor allem die Hauptdiagnose bzw. ihre Nebendiagnosen und der damit verbundene PCCL-Wert.

Insgesamt war die Beteiligung am Vorschlagsverfahren in diesem Jahr etwas zurückhaltender als in den Vorjahren, sodass neben den eingegangenen externen Hinweisen vor allem eine Vielzahl interner Analyseergebnisse, u.a. im Rahmen der Extremkostenanalysen, in die Kalkulation und Veränderungen für das G-DRG-System 2017 eingegangen sind. So wurde beispielsweise aufgrund von Analysen zur CCL-Matrix und der für die einzelnen Fälle relevanten PCCL-Werte eine weitere neue Basis-DRG für Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane etabliert.

### ***Umbauten innerhalb der medizinischen Partition***

Im G-DRG-System 2016 wurde die konservative Behandlung von Fällen mit Pneumonie und anderen entzündlichen Erkrankungen der Atmungsorgane vornehmlich über die Basis-DRG E77 *Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane* abgebildet. Innerhalb dieser Basis-DRG wurden betroffene Fälle differenziert und aufwandsgerecht neun unterschiedlichen DRGs zugeordnet.

Innerhalb der Basis-DRG E77 war für die DRGs E77A bis E77F eine Aufwertung von Fällen durch die Berücksichtigung eines erhöhten Ressourcenaufwands bei Begleiterkrankungen anhand ihrer PCCL-Werte möglich (vgl. Abb. 24; markierte Logikelemente kennzeichnen an PCCL-Werte gekoppelte Splitbedingungen).

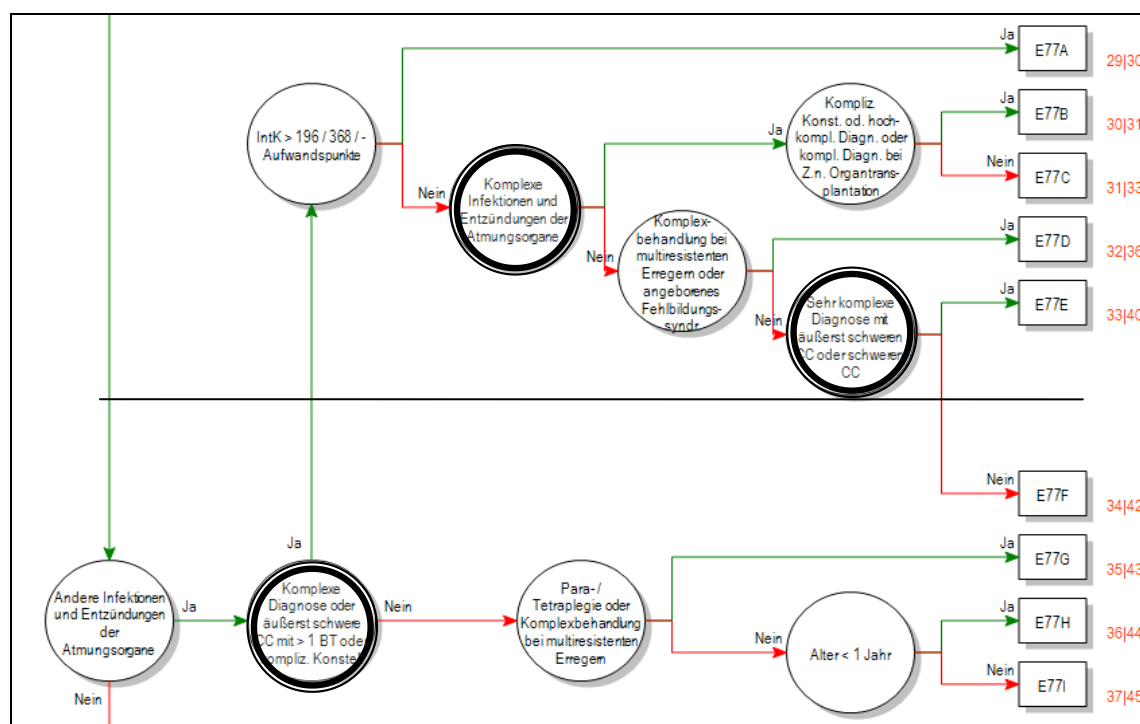


Abbildung 24: Logikbaum der Basis-DRG E77 im G-DRG-System 2016

Bei den diesjährigen Analysen zur Abbildung von Komorbiditäten innerhalb des G-DRG-Systems zeigten Fälle in einigen DRGs der Basis-DRG E77 eine auffällige Inhomogenität bezüglich der Abbildung des Einflusses von Komorbiditäten auf die Kosten. Führt beispielsweise eine Aufwertung von Nebendiagnosen innerhalb der CCL-Matrix

zu einer sachgerechten Aufwertung von Fällen aus der DRG E77F in die DRG E77E, so führte diese parallel aber auch zu einer nicht aus den Kosten begründbaren Aufwertung von Fällen der DRG E77E in die DRGs E77B und E77C.

Eine Lösung des Konflikts bot sich durch eine Aufteilung der „alten“ Basis-DRG E77 in zwei „neue“ Basis-DRGs E77 *Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane* und E79 *Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane* mit einer gleichbleibenden Anzahl unterschiedlicher DRGs (vgl. Abb. 25; markierte Logikelemente kennzeichnen an PCCL-Werte gekoppelte Split-Bedingungen).

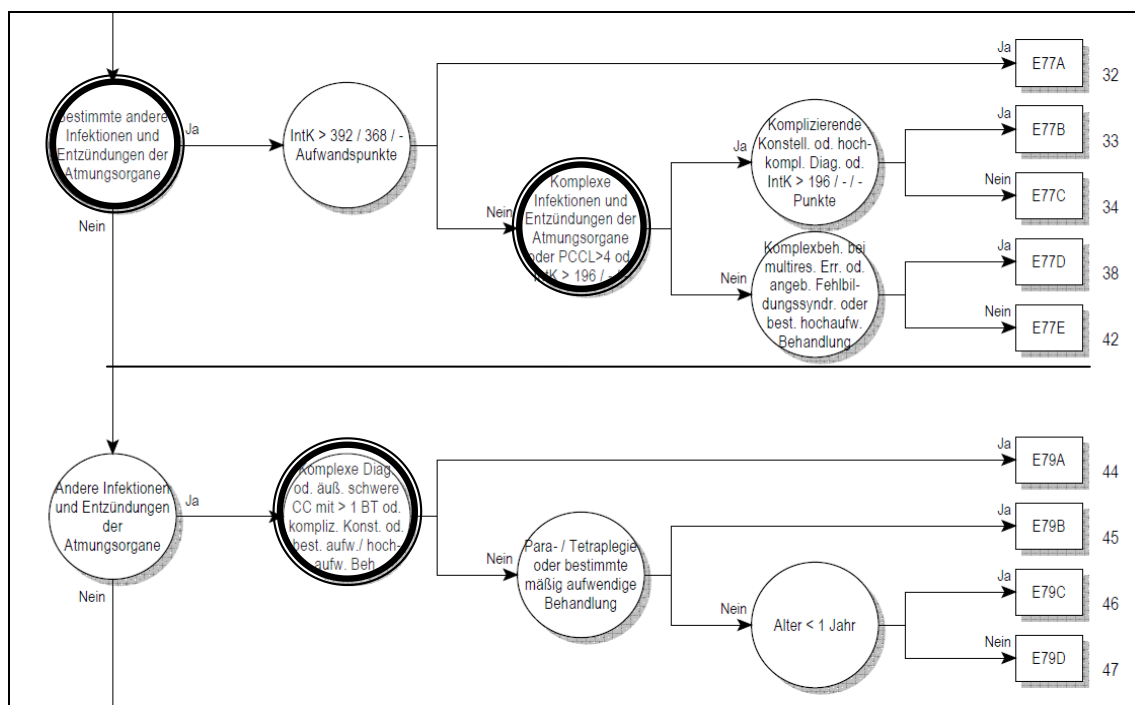


Abbildung 25: Logikbaum der Basis-DRGs E77 und E79 im G-DRG-System 2017

Für das G-DRG-System 2017 ist jetzt eine differenziertere Bewertung von Nebendiagnosen in der CCL-Matrix für Fälle mit Pneumonie oder anderen entzündlichen Erkrankungen der Atmungsorgane über die beiden Basis-DRGs E77 und E79 möglich.

Unabhängig hiervon wurden weitere Umbauten innerhalb beider Basis-DRGs im Rahmen systemweiter Anpassungen zur intensivmedizinischen Komplexbehandlung (IntK) und für pflegeaufwendige Behandlungen umgesetzt (vgl. Kap. 3.3.2.21 und 3.3.2.4).

Für das G-DRG-System 2017 wurden im Rahmen interner Analysen auch Fälle mit Verfahren zur diagnostischen Tracheobronchoskopie, insbesondere in der Basis-DRG E65 *Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung, [...]*, untersucht.

So wurden innerhalb der Basis-DRG E65 im G-DRG-System 2016 Fälle mit einem Verfahren zur *Diagnostischen Tracheobronchoskopie: Mit starrem Instrument* der DRG E65A *Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung mit [...] starrer Bronchoskopie [...]* zugeordnet, während das Verfahren *Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument* innerhalb der Basis-DRG E65 nicht gruppierungsrelevant war, sodass Fälle mit einem entsprechenden Verfahren und ohne weitere ressourcenaufwendige

Faktoren der DRG E65C *Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung, [...] ohne starre Bronchoskopie [...]* zugeordnet wurden.

Bei der Kostenanalyse zeigten sich Fälle mit Verwendung eines flexiblen Instruments zwar als weniger kostenaufwendig als Fälle mit Verwendung eines starren Instruments, aber die Erlösdifferenz zwischen den beiden DRGs E65A und E65C lag deutlich über dem Kostenunterschied der beiden Verfahren. Infolgedessen wurden für das G-DRG-System 2017 Fälle mit *Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit starrem Instrument* abgewertet und der DRG F65B zugeordnet.

Des Weiteren kam es als Ergebnis der systemweiten, grundlegenden Überarbeitung der Abbildung von Fällen mit erhöhtem Pflegeaufwand (vgl. Kap. 3.3.2.4) auch innerhalb der Basis-DRG E65 zur Aufwertung von Fällen mit aufwendigerer Pflege: So werden im G-DRG-System 2017 Fälle mit bestimmten hochaufwendigen Behandlungen (z.B. *Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen* ab 159 Aufwandspunkten) der DRG E65A zugeordnet und Fälle mit mäßig aufwendiger bzw. aufwendiger Behandlung der DRG E65B (vgl. auch Abb. 26).

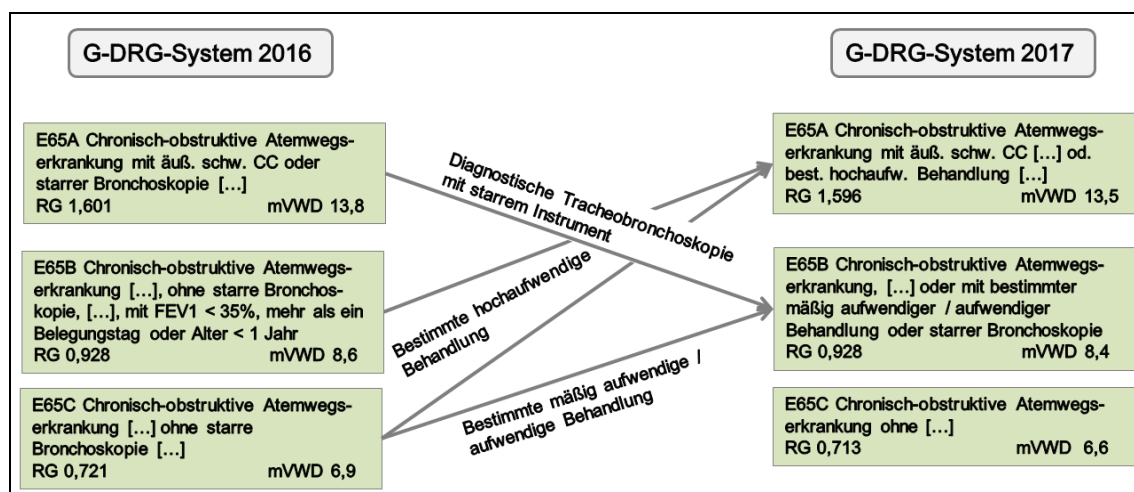


Abbildung 26: Fallwanderungen innerhalb der Basis-DRG E65

Zur Abbildung von Fällen innerhalb der Basis-DRG E71 *Neubildungen der Atmungsorgane, [...]* mit einem Verfahren für endoskopische Biopsie ging ein externer Hinweis ein. Diese Fälle wurden im G-DRG-System 2016 für die verschiedenen Lokalisationen Lunge, Bronchus und Trachea unterschiedlich gruppierungsrelevant, sodass infolgedessen eine möglicherweise nicht gerechtfertigte Erlösdifferenz bestand.

Im G-DRG-System 2016 wurden Fälle mit Biopsie an der Lunge vor allem der DRG E71B *Neubildungen der Atmungsorgane, [...] mit [...] bestimmter Lungenbiopsie* zugeordnet. Fälle mit Biopsie an Bronchus oder Trachea wurden vornehmlich in der DRG E71C *Neubildungen der Atmungsorgane, [...]* abgebildet. Das Ergebnis der Kostenanalyse von Fällen mit diesen Verfahren forderte eine differenziertere Abbildung der betroffenen Fälle innerhalb der Basis-DRG E71 (vgl. Abb. 27). So wurde für das G-DRG-System 2017 eine weitere DRG „zwischen“ den DRGs E71B und E71C etabliert und die Abbildung von Fällen mit endoskopischer Biopsie für die Lokalisation Lunge, Bronchus und Trachea gleichgestellt.

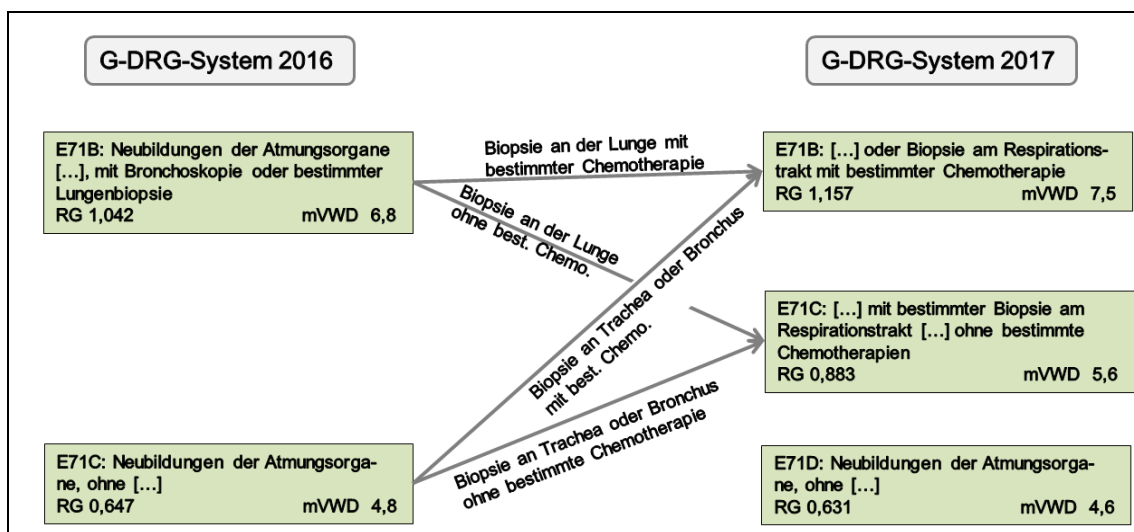


Abbildung 27: Basis-DRG E71 Neubildungen der Atmungsorgane, [...]

Auch in diesem Jahr war die Abbildung von Fällen in der Basis-DRG E63 *Schlafapnoe-syndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie oder Polygraphie [...]* ein Thema für externe Vorschläge. So wies ein Vorschlag auf eine möglicherweise nicht sachgerechte Abbildung kardiologischer Fälle, d.h. von Fällen mit einer Hauptdiagnose der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* hin.

Dies konnte in den Analysen nicht bestätigt werden. Auch Fälle mit einer kardiologischen Hauptdiagnose und einem Verfahren für kardiorespiratorische Polysomnographie oder Polygraphie bei weniger als 2 Belegungstagen (und ohne typische Ausnahmen, z.B. Fälle mit bestimmten operativen Prozeduren) zeigten ein einheitliches und der Basis-DRG E63 entsprechendes Kostenbild. Jedoch wiesen Fälle der DRG E63B mit invasiver kardiologischer Diagnostik ungeachtet ihrer Hauptdiagnose relevant höhere Kosten als die übrigen Fälle der DRG E63B auf. Deshalb wurden diese Fälle für das G-DRG-System 2017 aufgewertet und der DRG E63A *Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie oder Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter < 16 Jahre oder bestimmte invasive kardiologische Diagnostik* zugeordnet.

### **Umbauten innerhalb der operativen Partition**

Im Rahmen der diesjährigen Analysen waren Fälle der medizinischen Partition mit einem Verfahren zur offen chirurgischen Drainage der Brustwand oder Pleurahöhle innerhalb ihrer jeweils zugeordneten DRG durch höhere Kosten im Vergleich zu den Fällen ohne dieses Verfahren auffällig. Diese Fälle wurden aufgewertet, indem sie im G-DRG-System 2017 jetzt der Basis-DRG E02 *Andere OR-Prozeduren [...]* zugeordnet sind. Des Weiteren wurden auf Basis der Kostenanalysen Fälle mit weniger kostenaufwendigen Verfahren, z.B. Fälle mit einem Verfahren zum Verschluss einer Tracheal-Fistel, innerhalb der Basis-DRG E02 abgewertet.

Externen Hinweisen folgend wurde die sachgerechte Abbildung von Fällen für verschiedene Verfahren zur operativen Behandlung eines Schlafapnoesyndroms untersucht. Während Eingriffe z.B. zur Adenotomie oder Tonsillektomie innerhalb der MDC 03 *Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses* differenziert in verschiedenen DRGs abgebildet werden, wurden Fälle mit einer Diagnose zum Schlafapnoesyndrom im G-DRG-System 2016 einheitlich nur einer DRG, der DRG E07Z *Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom* zugeordnet. Für das Kostenbild war die



Unterscheidung zwischen den Fällen mit entsprechenden Verfahren innerhalb der MDC 03 und der MDC 04 für das G-DRG-System 2017 anhand ihrer Hauptdiagnose unerheblich, sodass diese Fälle jetzt differenziert in der MDC 03 abgebildet werden. Hierzu werden Fälle mit einem Schlafapnoesyndrom und entsprechendem Verfahren aus der MDC 04 in die MDC 03 umgeleitet.

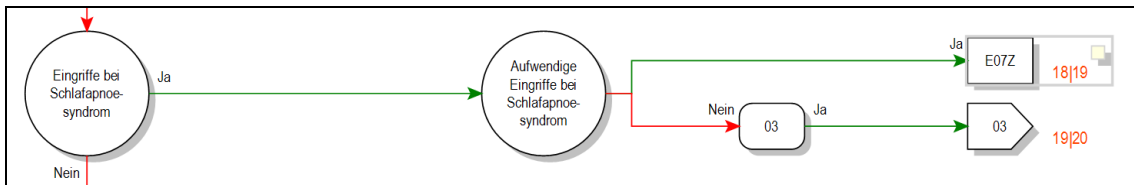


Abbildung 28: Umleitung für bestimmte Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom in die MDC 03

#### Sonstige Umbauten:

- Gleichstellung thorakoskopischer und offen chirurgischer Verfahren zur Lungenresektion mit Lymphknotenentfernung durch Aufnahme der thorakoskopischen Verfahren in die Basis-DRG E05 *Andere große Eingriffe am Thorax [...]*
- Aufwertung von Fällen der DRG E05C mit Alter < 18 Jahren durch Erweiterung der Splitbedingungen zur DRG E05B *Andere große Eingriffe am Thorax [...] bei bösartiger Neubildung oder Alter < 18 Jahre*
- Schärfung der Zugangsbedingungen zur DRG E06B, sodass Fälle mit offen chirurgischer Pleurolyse nur noch in Kombination mit weiteren Eingriffen, z.B. bestimmten Verfahren zur Entfernung von Lungengewebe, in die DRG E06B eingruppiert werden
- Kostenentsprechende Abwertung von Fällen mit weniger aufwendigen Verfahren zur Lobektomie aus der DRG E01A *Revisionseingriffe, [...] mit hochkomplexem Eingriff, [...]*
- Systemweite Logikänderung in den DRGs für Strahlentherapie mit besonderer Berücksichtigung der Behandlungstage, betrifft innerhalb der MDC 04 auch die Basis-DRG E08 *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* (vgl. auch Kap. 3.3.2.32)

#### Zusatzentgelte

2009 wurde das bewertete Zusatzentgelt ZE100 *Implantation eines endobronchialen Klappensystems* für die endoskopische Implantation bzw. den Wechsel eines endobronchialen Klappensystems vor allem zur Lungenvolumenreduktion bei Lungenemphysem bzw. COPD etabliert. Dieses Jahr wurde für ein weiteres, alternatives Verfahren zur Lungenvolumenreduktion, das bronchoskopische Einlegen von endobronchialen Nitinolspiralen, das unbewertete Zusatzentgelt ZE2017-136 *Einlegen von endobronchialen Nitinolspiralen* etabliert. Im Abrechnungsjahr 2016 konnte dieses Verfahren über das NUB-Verfahren *Lungenvolumenreduktion durch Einlage von Coils* (2016: Status 1) finanziert werden.



### 3.3.2.24 Multiresistente Erreger

Ausgehend von zwei Vorschlägen im letztjährigen Vorschlagsverfahren konnten im G-DRG-System 2016 drei weitere DRGs zur Abbildung von Fällen mit *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]* (OPS-Kodegruppe 8-987) etabliert werden: B74Z *Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems*, H77Z [...] *an hepatobiliärem System und Pankreas* und I87Z [...] *an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*. Entsprechend den seit Jahren im G-DRG-System vertretenen DRGs zur Abbildung von Fällen mit Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern in den MDCs 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* (DRG F77Z *Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*), 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* (DRG G77Z *Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*) und 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* (DRG J77Z *Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma*) wurden die neuen DRGs am Beginn der medizinischen Partition einsortiert. Ferner wurde im letzten Jahr die Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern zusätzlich in drei Basis-DRGs (A04 *Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, allogene*, R60 *Akute myeloische Leukämie* und R61 *Lymphom und nicht akute Leukämie*) als höhergruppierendes Merkmal aufgenommen. Eine umfassende Darstellung zu den weiter zurückliegenden historischen Änderungen der Abbildung von Fällen mit Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern im G-DRG-System findet sich im letztjährigen „Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2016“.

Im diesjährigen Vorschlagsverfahren wurden vier Vorschläge zur Abbildung von Fällen mit multiresistenten Erregern eingereicht. Drei der Vorschläge zielen auf die Abbildung von Fällen mit operativer Prozedur und Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern (insbesondere in den MDCs 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*, 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*, 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas*, 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* und 17 *Hämatologische und solide Neubildungen*). Der vierte Vorschlag betrifft die Sortierung der DRGs H77Z und H60Z *Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC* in der MDC 07.

Für die Abbildung von Fällen mit operativem Eingriff und Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bietet das G-DRG-System 2016 drei verschiedene Arten der Herangehensweise:

1. Etablierung einer eigenständigen DRG in der operativen Partition der MDC für Fälle mit (bestimmter) operativer Prozedur und Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern neben einer weiteren DRG in der medizinischen Partition für Fälle mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, jedoch ohne operative Prozedur

Beispiel: K25Z *Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* und K77Z *Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* in der MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten*

2. Einsortierung der DRG für Fälle mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern in die operative Partition der MDC

Beispiel: T77Z *Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten* in der MDC 18B *Infektiöse und parasitäre Krankheiten*

3. Verwendung der Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern als höhergruppierendes Merkmal in eine bzw. innerhalb einer Basis-DRG

Beispiel: A04 *Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, allogene* in der Prä-MDC

Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden erneut umfangreiche Untersuchungen zur Abbildung der Fälle mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern vorgenommen. Ein Fokus lag dabei auf Fällen mit zusätzlicher operativer Prozedur, für welche die verschiedenen Varianten aus den drei oben genannten Alternativen berechnet, miteinander verglichen und bewertet wurden. Im Ergebnis ergeben sich dabei für Fälle mit operativem Eingriff und Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern im G-DRG-System 2017 folgende Veränderungen:

- In der MDC 05 wurde die DRG F77Z an Position 68, in der MDC 07 wurde die DRG H77Z an Position 22 und in der MDC 09 wurde die DRG J77Z an Position 17 in die operative Partition der jeweiligen DRG einsortiert. Damit ist es zukünftig auch für Fälle mit bestimmten operativen Eingriffen und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern in diesen MDCs möglich, in die jeweilige MRE-DRG eingruppiert zu werden.
- Zukünftig werden in der MDC 10 Fälle mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern nur noch mit einer Prozedur der Funktion „Bestimmte OR-Prozeduren“ in die DRG K25Z eingruppiert. Bislang hatte eine Prozedur aus der Tabelle „Alle OR-Prozeduren“ genügt.
- Zudem werden im G-DRG-System 2017 Fälle mit bestimmten freien Hauttransplantationen oder lokalen Lappenplastiken an Haut und Unterhaut mit Empfängerstelle an Oberschenkel und Knie, Unterschenkel oder Fuß nur noch dann in die DRG F21A *Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation II* eingruppiert, wenn eine Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit mindestens 14 Behandlungstagen durchgeführt wurde.
- Innerhalb der operativen Partition der MDC 06 wird die Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern zukünftig in den bzw. innerhalb der Basis-DRGs G02 *Komplexe oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose oder Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre*, G18 *Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder andere Eingriffe am Darm mit äußerst schweren CC* und G38 *Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane oder mehrzeitiger komplexer Eingriff am Gastrointestinaltrakt und anderem Organsystem* bei Behandlung auf spezieller Isoliereinheit ab 7 Behandlungstagen und bei Behandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit ab 14 Behandlungstagen als (aufwertendes) Splitkriterium genutzt.

Darüber hinaus ergaben sich für die Abbildung von Fällen mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern folgende Änderungen:

- Die Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern wird – unabhängig von der Zahl der Behandlungstage – im G-DRG-System 2017 in der MDC 15 *Neugeborene* als höhergruppierendes Merkmal für die neue DRG P67D *Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, [...] ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, mit bestimmter Prozedur [...]* verwendet.

Die Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern auf spezieller oder nicht auf spezieller Isoliereinheit ab 7 Behandlungstagen findet sich zudem in der im G-DRG-System 2017 neu gebildeten MDC-übergreifend genutzten Tabelle „Bestimmte mäßig aufwendige Behandlung“ wieder. Über diese Tabelle ist die Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern in Zukunft auch in den DRGs E65B *Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, [...] mit bestimmter mäßig aufwendiger/aufwendiger Behandlung [...]*, E69B *Bronchitis und Asthma bronchiale, [...] od. best. mäßig aufw. Beh., m. RS-Virus-Infekt.* und E69C *Bronchitis und Asthma bronchiale, [...] od. best. mäßig aufw. Behandl., ohne RS-Virus-Infektion* sowie F67B *Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder schweren CC oder bestimmter mäßig aufwendiger/aufwendiger Behandlung* gruppierungsrelevant.

### 3.3.2.25 Neue MDC 24 *Sonstige DRGs*

Für die Eingruppierung eines Falles werden im G-DRG-Algorithmus – wie ausführlich in Abschnitt 4 der Einleitung des Definitionshandbuchs (G-DRG-Version 2016) beschrieben – demografische und klinische Merkmale des Falles verwendet (beispielsweise Diagnosen, Prozeduren, Geschlecht, Alter, Aufnahmearnass, Entlassungsgrund, Dauer der maschinellen Beatmung, ...). Die Ansteuerung einer MDC erfolgt dabei in der Regel über die Hauptdiagnose. Sie ist somit besonders relevant für die Eingruppierung in eine DRG. Die Zuordnung zu einer der (bis zu drei) Partitionen innerhalb der MDC (operativ, medizinisch, andere), zu einer Basis-DRG innerhalb der Partition und schließlich zu einer konkreten DRG innerhalb der Basis-DRG wird durch logische Ausdrücke erreicht, die für die jeweilige MDC nach Kostenaufwand und Ressourcenverbrauch gestaffelte Fallgruppen definieren. Für bestimmte Hauptdiagnosen oder Hauptdiagnosegruppen typische operative Prozeduren sind für gewöhnlich in einer oder mehreren operativen DRGs ihrer MDC abgebildet: So ist z.B. die transurethrale Prostataresektion (OPS-Kodegruppe 5-601) bei Hauptdiagnose N40 *Prostatahyperplasie* oder einer anderen Hauptdiagnose der MDC 12 *Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane* in der Basis-DRG M02 *Transurethrale Prostataresektion* in der MDC 12 in zwei DRGs abgebildet.

Es können jedoch auch Konstellationen auftreten, die sich nicht in das oben beschriebene Muster einfügen: So ist z.B. im G-DRG-Algorithmus zu berücksichtigen, dass die Kodierung eines Falles schwerwiegende Fehler aufweisen kann (z.B. ein Fall mit ungültiger Hauptdiagnose oder es fehlen wichtige Informationen oder sie sind falsch, ...). Es kommt zudem vor, dass die angegebene Hauptdiagnose eines Falles nicht zu den während des Aufenthalts durchgeführten operativen Prozeduren „passt“. Beispielsweise kann bei einem Fall mit Hauptdiagnose I50.01 *Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz*, die regelhaft zu einer Eingruppierung in die MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* führt, letztlich ohne operativen Eingriff am Kreislaufsystem dennoch z.B. eine transurethrale Prostataresektion durchgeführt werden, die, wie oben gesehen, je-

doch typischerweise in der MDC 12 abgebildet wird. Dies wäre zwar ein ungewöhnlicher Verlauf, kann aber auch bei vollständig korrekt kodierten Fällen durchaus vorkommen. Solche Konstellationen, die systemweit auftreten und unvermeidbar sind, werden als Fälle mit „OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose“ bezeichnet. Solche Fälle würden – ohne weitere Regelungen – trotz operativer Behandlung konservativen DRGs zugeordnet. Problematisch wäre dies einerseits für die Fälle, die eine operative Prozedur ohne Bezug zur MDC der Hauptdiagnose haben, hinsichtlich ihrer Vergütung, und andererseits für die konservativen DRGs hinsichtlich der Berechnung der Relativgewichte.

Deshalb sind bereits seit dem G-DRG-System Version 1.0 Fehler-DRGs bzw. „Sonstige DRGs“ etabliert, um Fälle klassifizieren zu können,

- wenn die Hauptdiagnose ungültig ist oder wichtige Informationen entweder fehlen oder falsch sind (Fehler-DRG 960Z *Nicht gruppierbar*),
- wenn eine Behandlungsepisode aufgrund ihrer Hauptdiagnose keiner klinisch kohärenten DRG zugeordnet werden kann (Fehler-DRGs 961Z *Unzulässige Hauptdiagnose* und 962Z *Unzulässige Kodierung einer Sectio caesarea* sowie Sonstige DRG 963Z *Neonatale Diagnose unvereinbar mit Alter oder Gewicht*) oder
- wenn keine der operativen Prozeduren einen Bezug zur MDC der Hauptdiagnose des Patienten aufweist (Sonstige DRGs der Basis-DRGs 901 *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose* und 902 *Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose*).

Für die „echten“ Fehler-DRGs werden im Fallpauschalen-Katalog keine Bewertungsrelationen ausgewiesen. Sie lassen sich für die Krankenhäuser nicht abrechnen. Für die Sonstigen DRGs hingegen werden im Fallpauschalen-Katalog Bewertungsrelationen und Angaben zur Verweildauer ausgewiesen. Diese DRGs können von den Krankenhäusern genau wie andere bewertete DRGs abgerechnet werden.

Die DRGs der Basis-DRGs 901 und 902 sind hinsichtlich ihrer Definition besondere DRGs, da sie in starkem Maße darüber definiert sind, welche operativen Prozeduren in der jeweiligen MDC nicht zugeordnet sind. Da dies in jeder MDC andere Prozeduren sind, kann fast jede operative Prozedur in bestimmten Fällen zur Zuordnung in die DRGs der Basis-DRGs 901 und 902 führen. Dies führt zu einer definitionsbedingten Inhomogenität dieser Sonstigen DRGs.

Immer wieder ergeben sich hieraus Konflikte zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern bezüglich der Kodierung von Fällen mit Prozeduren mit bzw. ohne Bezug zur Hauptdiagnose. So kann eine andere Wahl der Hauptdiagnose zu einer ganz anderen DRG-Eingruppierung führen. Dabei ist sowohl eine höhere als auch eine niedrigere Vergütung möglich. Verantwortlich hierfür ist u.a., dass zur Abbildung fast aller operativen Prozeduren (ausdifferenziert in rund 20.000 Prozedurenkodes) nur wenige Sonstige DRGs (im G-DRG-System 2016 waren es in Summe fünf Sonstige DRGs in den Basis-DRGs 901 und 902) mit entsprechend großen Erlössprüngen innerhalb der Fallpauschalen gegenüberstehen. Als mitverantwortlich für solche Konflikte werden darüber hinaus zudem auch die räumliche Nähe der Fehler-DRGs und der Sonstigen DRGs im Fallpauschalen-Katalog sowie die ähnlichen DRG-Kürzel (beide DRG-Gruppen beginnen mit der Zahl „9“) gesehen.

Im Vorschlagsverfahren für das G-DRG-System 2017 gab es erneut einen Vorschlag zur besseren Abgrenzung von Fällen mit einer OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose zu den nicht abrechenbaren Fehler-DRGs durch Schaffung einer eigenen MDC für die Sonstigen DRGs und eine sichtbare Unterscheidung der DRG-Kürzel. Diese – vor allem redaktionelle – Änderung wird im G-DRG-System 2017 wie folgt umgesetzt: In der neuen MDC 24 *Sonstige DRGs* finden sich zukünftig die Sonstigen DRGs, d.h. die DRGs der Basis-DRGs 901, 902 und 963. Zur besseren Unterscheidung erfolgt eine Umbenennung der DRG-Kürzel der Sonstigen DRGs; sie beginnen nun mit der Zahl „8“ (siehe Abb. 29).

G-DRG-System 2016			G-DRG-System 2017		
Basis-DRG	Bezeichnung	Kategorie	Basis-DRG	Bezeichnung	MDC
901	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	Sonstige DRGs	801	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	MDC 24
902	Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	Sonstige DRGs	802	Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	MDC 24
960	Nicht gruppierbar	Fehler-DRGs	960	Nicht gruppierbar	-
961	Unzulässige Hauptdiagnose	Fehler-DRGs	961	Unzulässige Hauptdiagnose	-
962	Unzulässige Kodierung einer Sectio caesarea	Fehler-DRGs	962	Unzulässige Kodierung einer Sectio caesarea	-
963	Neonatale Diagnose unvereinbar mit Alter oder Gewicht	Sonstige DRGs	863	Neonatale Diagnose ohne Bezug zu Alter oder Gewicht	MDC 24

Abbildung 29: Fehler-DRGs und Sonstige DRGs im G-DRG-System 2016 und 2017

Darüber hinaus wurde im Rahmen der diesjährigen klassifikatorischen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems auch die inhomogene Zusammensetzung der „Sonstigen DRGs“ in den Fokus gerückt. Sie kann auf verschiedene Weisen angegangen werden:

- Zuordnung weiterer operativer Prozeduren zu den operativen DRGs der MDCs und damit Erweiterung der innerhalb einer MDC abgefragten Prozeduren und Verringerung der Fallzahl der Sonstigen DRGs der Basis-DRGs 801 und 802
- Stärkere Ausdifferenzierung der Sonstigen DRGs selbst
- Hauptdiagnoseunabhängige Eingruppierung bestimmter Konstellationen (durch sogenannte „Umleitungen“)

Alle drei Möglichkeiten wurden bei der Weiterentwicklung für 2017 umfassend geprüft und, wo dies sinnvoll und möglich ist, umgesetzt.

Für die Aufnahme operativer Prozeduren in weitere MDCs, in denen sie bisher nicht abgebildet waren, aber häufig vorkommen, können beispielhaft bestimmte Netzhauteingriffe (typisch in der MDC 02 *Krankheiten und Störungen des Auges*) genannt werden. Sie werden im G-DRG-System 2017 nun auch bei Diabetikern in der MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* sachgerecht abgebildet.

Abbildung 30 zeigt die stärkere Ausdifferenzierung der Sonstigen DRGs im G-DRG-System 2017. Insbesondere stehen in der Basis-DRG 802 *Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose* zukünftig vier DRGs statt bisher eine DRG für eine Eingruppierung zur Verfügung. Insgesamt hat sich die Zahl der Sonstigen DRGs von fünf auf neun erhöht. Die Spanne der Relativgewichte (RG) reicht nun von 0,789 bis 5,636 (bisher 1,563 bis 5,729; +16,3%); die Erlössprünge haben sich im Mittel von 1,042 RG auf 0,605 RG reduziert (-41,8%). Die Ausdifferenzierung der Sonstigen DRGs basiert auf einer Hierarchisierung der operativen Prozeduren nach Kostenaufwand und Ressourcenverbrauch. Dabei wurden u.a. auch erstmalig der patientenbezogene Gesamtschweregrad (PCCL) und die intensivmedizinische Komplexbehandlung als höhergruppierende Merkmale einbezogen.

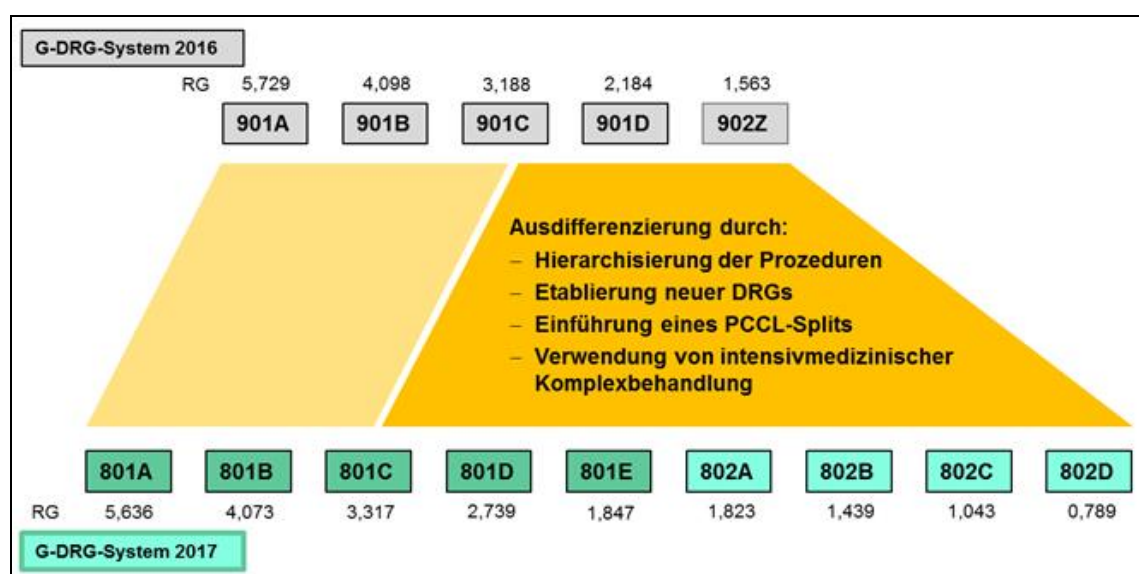


Abbildung 30: Stärkere Differenzierung der Sonstigen DRGs im G-DRG-System 2017

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass mit dem G-DRG-System 2017 durch die Etablierung einer neuen MDC und die Änderung der DRG-Kürzel eine stärkere Abgrenzung der Sonstigen DRGs zu den Fehler-DRGs gelingt. Ferner wird dadurch eine bessere Übersichtlichkeit auch zur zukünftigen Weiterentwicklung erreicht. Die Weiterentwicklung, auch durch eine stärkere Differenzierung der DRGs, führt – wie bereits in diesem Jahr gesehen – typischerweise zu geringeren Erlössprüngen und sollte so zu einer Minderung der Kodierkonflikte vor Ort zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern beitragen.

### 3.3.2.26 Neurochirurgie und Neurologie

In der MDC 01 werden im G-DRG-System neurologisch und neurochirurgisch behandelte Fälle abgebildet. Insbesondere in den sogenannten Kraniotomie-DRGs der Basis-DRGs B02 *Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation* und B20 *Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation* finden auch die Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung Berücksichtigung. Aber auch in verschiedenen medizinischen Fallpauschalen, wie beispielsweise den Basis-DRGs B70 *Apoplexie*, B76 *Anfälle* oder B78 *Intrakranielle Verletzung*, fanden sich intensivmedizinisch behandelte Patienten. Durch die Etablierung einer neuen DRG B45Z *Intensivmedizinische Komplexbe-*

*handlung > 392 / 368 / 828 Aufwandspunkte [...] konnten diese konservativ behandelten Fälle mit längerem Aufenthalt auf der Intensivstation erheblich aufgewertet werden.*

In den Kraniotomie-DRGs selbst wurden routinemäßig alle verwendeten Splitkriterien daraufhin untersucht, ob ihre Eignung als Kostentrenner zwischen den einzelnen Fallpauschalen fortbesteht. Im Rahmen dieser Analysen zeigten sich Fälle mit der perkutan-transluminale Implantation eines selbstexpandierenden Mikrostents in intrakranielle Gefäße übervergütet und wurden innerhalb der Basis-DRG B02 abgewertet. Auch die Prozedur für Schädeleröffnung über die Kalotte mittels Bohrlochtrepanation wurde von der Basis-DRG B02 in die geringer vergütete DRG B20B verschoben. Innerhalb der Basis-DRG B20 wurden einerseits bestimmte intrakranielle perkutan-transluminale Gefäßinterventionen aufgewertet, wogegen andererseits bestimmte wenig komplexe Eingriffe – wie die Entfernung eines Liquorshunts – aufwandsentsprechend abgewertet wurden.

Im OPS Version 2016 wurden neue Codes für die Anwendung eines Systems zur Phrenikusnerv-Stimulation etabliert und – der klassifikatorischen Überleitung des DIMDI folgend – im G-DRG-System 2016 den folgenden Zusatzentgelten zugewiesen:

<b>Anlage 2</b>		<b>G-DRG-Version 2016</b>
<b>Zusatzentgelte-Katalog</b>		
<b>- Liste -</b>		
<b>ZE</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Betrag</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
ZE 140	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation	11.564,22 €
ZE 141	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, nicht wiederaufladbar, ohne Sondenimplantation	10.321,86 €

Abbildung 31: Abbildung von Systemen für Phrenikusnerv-Stimulation im G-DRG-System 2016

Externen Hinweisen zufolge weisen die genannten Verfahren allerdings gegenüber den anderen Prozeduren der Zusatzentgelte deutlich höhere Implantatkosten auf. Daher wurde – neben der Etablierung neuer Zusatzentgelte – auch die Verschiebung der entsprechenden Prozeduren in das unbewertete ZE2017-86 *Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen* vorgenommen. Da auch in diesem Jahr noch keine Kosteninformationen zu den Verfahren vorlagen, wurde der oben beschriebene Vorschlag umgesetzt, sodass krankenhausindividuelle Entgelte für das Verfahren verhandelt werden können. Im kommenden Jahr werden die Verfahren, wenn die Leistungen in den regulären Kalkulationsdaten identifiziert werden können, einer erneuten Analyse unterzogen.

Die Basis-DRG B39 *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls [...]* vereint Schlaganfallpatienten, bei denen neben einem operativen Eingriff auch eine neurologische Komplexbehandlung durchgeführt wurde. Sie ist dreifach differenziert, sowohl nach der Dauer der Komplexbehandlung als auch nach der Komplexität der durchgeführten Operation, PCCL, einer etwaigen durchgeführten Bestrahlung oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung. Alle diese Bedingungen wurden im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems einzeln überprüft. Dabei erwiesen sich Fälle mit der Implantation eines Ereignisrekorders als deutlich übervergütet und die entsprechende Prozedur aus der Basis-DRG B39 in die Basis-DRG B17 *Eingriffe an peripheren Nerven, [...] oder Implantation Ereignis-Rekorder* verschoben und somit abgewertet. Darüber hinaus wurden Prozeduren für bestimmte perkutan-transluminale intrakranielle Gefäßinterventionen aus der Bedingung der DRG B39A gestrichen und die Fälle bei geringeren Kosten geringer vergüteten DRGs zugeführt.

### 3.3.2.27 Onkologie

Im Fokus der diesjährigen Revision des G-DRG-Systems stand u.a. wieder die systemweite Analyse der Abbildung von Kindern hinsichtlich der Etablierung neuer Kinder-Alterssplits, was auch auf die MDC 17 *Hämatologische und solide Neubildungen* Auswirkungen hatte. Hier zeigten insbesondere in den DRGs R60A *Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie* und R63A *Andere akute Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie* Fälle mit einem Alter < 18 Jahre höhere Kosten. In der DRG R63A wiesen diese zudem eine kürzere Verweildauer auf als die übrigen Fälle dieser DRG. Da in beiden Basis-DRGs die Anzahl betroffener Fälle zu klein für die Etablierung jeweils eines neuen DRG-Splits war, wurden diese in der neuen DRG R66Z *Akute myeloische Leukämie oder andere akute Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter < 18 Jahre* zusammengefasst. Im Vergleich zu den DRGs R60A und R63A weist diese DRG für 2017 auch einen höheren Zuschlag bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer auf, sodass hier zusätzlich die Vergütung von Langliegern deutlich verbessert wurde.

Systemweite Analysen wurden auch bezüglich der Abbildung von Fällen mit aufwendiger Strahlentherapie vorgenommen. Im Ergebnis führte dies für die G-DRG-Version 2017 zu einer Schärfung zahlreicher DRGs für Strahlentherapie in dem Sinne, dass zukünftig hauptsächlich die Anzahl der Tage mit Strahlentherapie im Gegensatz zur Anzahl der Codes für Strahlentherapie definierend ist. In der MDC 17 sind von dieser Änderung die DRGs R05Z *Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC*, R06Z *Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC* und die Basis-DRG R07 *Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie* betroffen. Detaillierte Erläuterungen dazu finden sich auch in Kapitel 3.3.2.32.

In Bezug auf die operativen DRGs der MDC 17 führten externe Hinweise zur Analyse von Fällen mit Sarkomen des Abdomens. Je nach Ursprungsort wird dieses mit C49.4 *Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Abdomens* bei intraabdominalem und mit C48.0 *Bösartige Neubildung: Retroperitoneum* bei retroperitonealem Ursprung verschlüsselt. Als Hauptdiagnose wird die Diagnose C49.4 in der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* abgebildet. Als typische Leistung bei dieser Erkrankung wurde die offen chirurgische abdominale Resektion von Gewebe ohne sichere Organzuordnung (OPS 5-590.81) beschrieben, was gemäß G-DRG-Version 2016 zur Zuordnung in die DRG I27A *Eingriffe am Weichteilgewebe oder [...] oder BNB und schweren CC und bestimmter Diagnose und komplexem Eingriff* führt. Fälle mit der Hauptdiagnose C48.0 und dieser Leistung werden in der MDC 17 in der Regel in die DRG R12C *Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur* eingruppiert. Vor allem vor dem Hintergrund, dass der Ursprung dieses Tumors aufgrund eines meist grenzüberschreitenden Wachstums schwer bestimmbar ist, wurde die unterschiedliche Eingruppierung und damit auch Vergütung als problematisch angesehen. Das Hauptaugenmerk lag in der Analyse der Fälle mit abdominalem Sarkom in der Basis-DRG R12. Hier zeigte sich, dass neben dem genannten operativen Verfahren zur Behandlung dieses Tumors auch zahlreiche weitere Prozeduren, welche die Resektion von Gewebe im Bereich des Abdomens beschreiben, durchgeführt werden. Für die G-DRG-Version 2017 wurden diese Leistungen aufwandsgerecht in der Basis-DRG R12 aufgewertet. Zukünftig werden Fälle mit



Hemikolektomie oder radikaler Nephrektomie der DRG R12A zugeordnet. Fälle mit Adrenalektomie oder offen chirurgischer abdominaler oder thorakoabdominaler Exzision von perirenalem, retroperitonealem oder von Gewebe ohne sichere Organzuordnung werden in die DRG R12B eingruppiert. Zusätzlich zu Fällen der Basis-DRG R12 wurden damit auch Fälle aus der operativen DRG R04A *Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC* und aus der konservativen DRG R62A *Andere hämatologische und solide Neubildungen mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder [...] oder äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr, mit komplexer Diagnose* aufgewertet. Da die Aufwertung der genannten Prozeduren nicht an bestimmte Diagnosen geknüpft wurde, profitieren von dieser Änderung – neben Fällen mit Sarkom des Abdomens – auch Fälle mit anderen Tumoren, bei denen diese Verfahren angewendet werden.

Neben den oben aufgeführten spezifischen Änderungen im G-DRG-System 2017 zur Abbildung onkologischer Fälle haben auch die in Kapitel 3.3.2.8 oder 3.3.2.28 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 eines neuen bewerteten (ZE160 *Gabe von Lipegfilgrastim, parenteral*) und vier neuer unbewerteter Zusatzentgelten für Medikamente (ZE2017-127 *Gabe von L-Asparaginase aus Erwinia chrysanthemi [Erwinase], parenteral*, ZE2017-128 *Gabe von nicht pegylierter Asparaginase, parenteral*, ZE2017-129 *Gabe von pegylierter Asparaginase, parenteral*, ZE2017-132 *Gabe von Thiotepa, parenteral*)
- Für das 2016 geschaffene Zusatzentgelt ZE2016-114 *Gabe von Ipilimumab, parenteral* wurde die Einstiegsschwelle von 120 auf 50 mg abgesenkt.
- 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 bewerteten (ZE160 *Gabe von Lipegfilgrastim, parenteral*) und sechs neuen unbewerteten Zusatzentgelten (ZE2017-127 *Gabe von L-Asparaginase aus Erwinia chrysanthemi [Erwinase], parenteral*, ZE2017-128 *Gabe von nicht pegylierter Asparaginase, parenteral*, ZE2017-129 *Gabe von pegylierter Asparaginase, parenteral*, ZE2017-130 *Gabe von Belimumab, parenteral*, ZE2017-131 *Gabe von Defibrotid, parenteral*, ZE2017-132 *Gabe von Thiotepa, parenteral*).

### 3.3.2.28 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. Um die Problematik der „Mindervergütung bei Mehrleistung“ zu reduzieren und damit eventuell verbundene Kodieranreize zu minimieren, war die Basis-DRG N11 in den letzten Jahren zahlreichen Änderungen unterworfen. Dies beinhaltete zum einen die Ausgliederung von Prozeduren in andere DRGs der MDC 13 und zum anderen die Sortierung der DRG N11A, die in ihrer Definition relativ spezifisch ist, in der Rangfolge der MDC 13 an eine höhere Position. Für 2017 wurde dieser Prozess durch weitere Spezifizierungen fortgeführt:

- Prozeduren für die Anlage eines Enterostomas im Rahmen eines anderen Eingriffs (OPS 5-462), für die Rückverlagerung eines doppeläufigen Enterostomas (OPS 5-465) und für die Wiederherstellung der Kontinuität des Darmes bei endständigem Enterostoma (OPS 5-466) werden zukünftig in der Basis-DRG N02 *Eingriffe an Uterus und Adnexen [...] oder bestimmte Eingriffe am Darm [...]* statt in der DRG N11A abgebildet. Dadurch wurden auch zahlreiche Fälle der Sonstigen DRGs 901 *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose* bzw. 902 *Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose* (801 bzw. 802 ab der G-DRG-Version 2017) in die MDC 13 integriert.
- Bestimmte Prozeduren für die offen chirurgische bzw. thorakoskopische Entfernung einzelner mediastinaler und paraaortaler Lymphknoten ohne Markierung waren in der DRG N11A gruppierungsrelevant. Hingegen wurden die entsprechenden Codes für Lymphknotenentfernungen mit „sonstiger Markierung“ in der Definition der DRG N11A nicht berücksichtigt. Diese Ungleichbehandlung wurde durch die aufwandsgerechte Abwertung der Prozeduren für „ohne Markierung“ in die DRG N11B beseitigt.

Für den OPS Version 2017 wurde der Codebereich 5-71 *Operationen an der Vulva* überarbeitet, was zum einen die Ergänzung von Inklusiva, Exklusiva und Hinweisen und zum anderen die Differenzierung, aber auch Streichung von Codes beinhaltet. Immer wieder als problematisch beschrieben wurde die inhaltlich nicht trennscharfe Abgrenzung der totalen (OPS 5-714.5) im Gegensatz zur radikalen (OPS 5-715) Vulvektomie, was dementsprechend zu Unsicherheiten bei der Kodierung geführt hat. Zudem sind beide Verfahren in der MDC 13 in unterschiedlicher Weise gruppierungsrelevant. So führte beispielsweise die alleinige Verschlüsselung des Codes 5-715 bereits in die Basis-DRG N01 *Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie*, während dies bei dem Code 5-714.5 nur in Verbindung mit weiteren Eingriffen wie z.B. bestimmten Lymphadenektomien oder einer Beckeneviszeration möglich war. Bereits für die G-DRG-Version 2016 waren beide Verfahren ausführlich analysiert und Vulvektomien in Verbindung mit Lymphadenektomien in die DRG N02B *Eingriffe an Uterus und Adnexen oder [...] od. Vulvektomie mit Lymphadenekt.* aufgewertet worden. Eine vollständige Angleichung der Gruppierungsrelevanz der radikalen und der totalen Vulvektomie mit Lymphadenektomie war aufgrund unterschiedlicher Kosten für diese Leistungen bisher nicht möglich. Für den OPS Version 2017 wurde der Code 5-715 gestrichen. Mit dem Codebereich 5-714.6 *Vulvektomie: En bloc, mit inguinaler und femoraler Lymphadenektomie* wurden darüber hinaus neue Codes etabliert, die in der G-DRG-Version 2017 die gleiche Funktion besitzen wie der Code 5-715. Für radikale Vulvektomien, die nicht einer En-bloc-Resektion entsprechen, ist zukünftig der Code 5-714.5 anzugeben. Die durchgeführten Lymphadenektomien sind gesondert zu kodieren. Für 2017 wurde die Gruppierungsrelevanz des Codes 5-714.5 bereits in der Form angepasst, dass diese Leistung in Kombination mit einer radikalen inguinalen Lymphadenektomie ebenfalls in der Basis-DRG N01 abgebildet wird. Dadurch wird die

OPS-Änderung allenfalls minimale Auswirkungen auf die Abbildung der Fälle ab 2017 haben. Darüber hinaus wurde die Abbildung bestimmter Lymphadenektomien in der Form angepasst, dass alleinige radikale inguinale und sonstige Lymphadenektomien ab der G-DRG-Version 2017 nicht mehr in die Basis-DRG N01, sondern in die Basis-DRGs N02 *Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane [...]* bzw. N13 *Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei bösartiger Neubildung [...]* führen.

Eine weitere Anpassung im Gruppierungsalgorithmus der MDC 13 betrifft die geänderte Verschlüsselung von Exzisionen erkrankter Haut der Vulva, die bisher mit Codes aus dem Kapitel *Operationen an Haut und Unterhaut (5-89)* kodiert wurden. Zukünftig sind hierfür Prozeduren aus dem Bereich 5-712 *Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva* anzugeben. Für die G-DRG-Version 2017 wurden daher Prozeduren für lokale sowie radikale und ausgedehnte Exzisionen an Haut und Unterhaut in der Leisten- und Genitalregion in die Basis-DRG N09 analog zu den Codes für die Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva aufgenommen und damit die Gruppierungsrelevanz dieser inhaltlich ähnlichen Codes vereinheitlicht.

Aufgrund von Hinweisen der Fachgesellschaft wurde für den OPS Version 2017 der Code 1-573 *Biopsie an der Vulva durch Inzision* gestrichen. Darüber hinaus wurde festgelegt, dass Biopsien an der Vulva ab 2017 mit den Prozeduren für (perkutane) (Nadel-)Biopsien an der Vulva (OPS 1-470.5, 1-474.5) verschlüsselt werden. Im Gegensatz zu diesen Codes war der OPS-Code 1-573 als operative Prozedur u.a. in der Basis-DRG N09 gruppierungsrelevant. Im Vorgriff auf die OPS-Änderung konnte auch hier die Gruppierungsrelevanz dieser Leistungen aneinander angeglichen werden. Durch die einheitliche Gruppierung und Klarstellung der Kodierung im OPS werden zukünftig Kodierunsicherheiten vermieden.

Die Abbildung von Fällen mit Hysterektomie wurde für die G-DRG-Version 2017 differenziert. Fälle, bei denen diese Leistung nicht im Zusammenhang mit einer bösartigen Neubildung durchgeführt wurde, wurden im Jahr 2016 – in Abhängigkeit vom PCCL und dem Vorliegen von zusätzlich durchgeführten Eingriffen wie z.B. einer transvaginalen Suspensionsoperation – entweder in die DRG N04Z *Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff* oder in die DRG N21Z *Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik [...]* eingruppiert. Die DRG N21Z wurde für die G-DRG-Version 2017 gesplittet. Fälle mit bestimmten subtotalen Hysterektomien oder einer Resektion von Gewebe der Bauchregion ohne sichere Organzuordnung werden zukünftig der DRG N21B zugeordnet, da diese sowohl geringe Kosten als auch eine geringere Verweildauer aufwiesen. Alle übrigen Fälle der DRG N21Z werden ab 2017 in der DRG N21A abgebildet.

Bei der systemweit durchgeführten Analyse zur Abbildung von Kindern im G-DRG-System zeigte sich, dass Fälle mit einem Alter < 16 Jahre mit Eingriffen an den Ovarien und an der Tuba Uterina, wie z.B. Ovariectomie, Adhäsiolyse oder plastischen Rekonstruktionen, in der DRG N05B *Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC [...]* deutlich höhere Kosten aufwiesen. Da die betroffene Fallzahl für die Schaffung einer eigenen DRG zu klein war, werden diese Fälle ab 2017 in der DRG N14Z [...] *od. Ovariect./kompl. Eingr. an Tubae ut. auß. b. BNB, oh. auß. schw. od. schw. CC, oh. Fistelverschl., Alter < 16 J.* abgebildet.

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:

- Fälle mit einer Endometriumablation durch Rollerball und/oder Schlingenresektion (OPS 5-681.50), durch Hochfrequenzablation (OPS 5-681.53) sowie durch sonstige Verfahren (OPS 5-681.5x) werden zukünftig der Basis-DRG N09 statt den Basis-DRGs N02, N07 *Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose [...]* und N25 *Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose [...]* zugeordnet. In gleicher Weise abgewertet wurden die Prozeduren für die hysteroskopische, vaginale und sonstige Exzision von erkranktem Gewebe des Uterus (OPS 5-681.33, .36 und .3x).
- In diesem Jahr konnten erstmals konnten die Prozeduren für die Entfernung eines oder mehrerer Myome differenziert analysiert werden. Diese werden seit dem OPS Version 2015 nach dem Kriterium „ohne bzw. mit ausgedehnter Naht des Myometriums“ unterschieden. In den durchgeführten Analysen zeigte sich, dass die vaginale und endoskopische (laparoskopische) Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums mit geringeren Kosten verbunden war. Aus diesem Grund wurde diese Leistung von der DRG N23Z *Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukleation* in die DRG N07Z abgewertet.
- Abwertung kleiner Eingriffe an Vagina, Zervix und Blase, wie z.B. Naht der Cervix uteri, Hymenraffung, Zystotomie oder sonstige und nicht näher bezeichnete andere plastische Rekonstruktion der Vagina von den Basis-DRGs N02 *Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane [...]* und N13 *Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei bösartiger Neubildung [...]* in die Basis-DRG N09 *Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva [...]*. Damit werden diese Leistungen zukünftig nicht mehr als „großer“, sondern als „anderer“ operativer Eingriff an Vagina, Zervix und Vulva gezählt.
- Ebenso abgewertet wurden kleine Eingriffe an Vagina und Douglasraum von der Basis-DRG N09 in die DRG N10Z *Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation und kleine Eingriffe an Vagina und Vulva*. Davon betroffen sind beispielsweise die sonstige und nicht näher bezeichnete Inzision der Vagina, die Hymenektomie sowie Operationen an der Bartholin-Drüse.
- Die Prozeduren für eine abdominoperineale und abdominosakrale Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung wurden in die Basis-DRG N01 aufgenommen. Dies bedeutet eine Aufwertung von Fällen, die bisher der DRG N34Z *Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* zugeordnet wurden. Gleichzeitig wurde damit auch einer geänderten Kodierung dieser Leistung in Kombination mit einer Entfernung von Nachbarorganen Rechnung getragen, da die entsprechenden Kombinationskodes (OPS 5-485.1 und .3) ab 2017 im Geltungsbereich des § 17b KHG nicht mehr anzuwenden sind.

### 3.3.2.29 Palliativmedizin

Palliativmedizinische Leistungen werden im G-DRG-System – da sie unabhängig von der jeweiligen Hauptdiagnose in verschiedenen Fallpauschalen erbracht werden – über mehrere Zusatzentgelte abgebildet. Diese werden definiert über die Prozeduren für Palliativmedizinische Komplexbehandlung (ZE60) bzw. Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (ZE145), die sich bezüglich ihrer für die Verschlüsselung benötigten Mindestmerkmale unterscheiden. Beide Zusatzentgelte sind anhand der Anzahl der Behandlungstage differenziert und bilden die unterschiedlichen Leistungen sachgerecht ab.

Darüber hinaus war nach den Vorgaben des § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG zur Förderung der palliativmedizinischen Versorgung durch Palliativdienste die Kalkulation eines weiteren Zusatzentgelts zu ermöglichen. Diese Leistungen werden ab dem Jahr 2017 über einen entsprechenden OPS-Kode verschlüsselbar sein. Da jedoch die Daten aus dem Datenjahr 2015 für das Entgeltsystem 2017 als Basis dienen, war somit weder eine Kostenkalkulation und Ermittlung eines ZE-Betrags noch eine Kostenbereinigung oder Fallzahlabeschätzung möglich. Auf Basis der neuen OPS-Kodes wurden somit zwei Zusatzentgelte für die Abbildung der Leistungserbringung durch einen internen Palliativdienst (ZE2017-133) bzw. durch einen externen Palliativdienst (ZE2017-134) etabliert, für die gem. § 6 Abs. 2a KHEntgG ab dem Jahr 2017 ein krankenhausindividuelles Zusatzentgelt zu vereinbaren ist.

Anlage 6		Zusatzentgelte-Katalog - Definition -		G-DRG-Version 2017
ZE	Bezeichnung	OPS Version 2017		
		OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	
ZE2017-133	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst	8-98h.0*	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst	
ZE2017-134	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen externen Palliativdienst	8-98h.1*	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen externen Palliativdienst	

Abbildung 32: Zusatzentgelte: Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch Palliativdienste

Sobald die genannten Leistungen in den regulären Kalkulationsdaten des Jahres 2017 identifizierbar sind, werden die Analysen fortgesetzt und eine mögliche Bewertung der neuen Zusatzentgelte angestrebt.

### 3.3.2.30 Schlaganfall

Der überwiegende Anteil von Schlaganfallpatienten wird neben den intensivmedizinischen Fallpauschalen der Prä-MDC in der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* abgebildet. Dort ist in den sogenannten Kraniotomie-DRGs B02 *Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation* und B20 *Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation* sowie der Basis-DRG B39 *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur* eine differenzierte Abbildung der operierten Fälle möglich. Auch konservativ behandelte Fälle werden in der vielfach unterteilten Basis-DRG B70 *Apoplexie* spezifisch abgebildet.

Im Zuge der Analyse intensivmedizinischer Fälle in der MDC 01 – u.a. mit Schlaganfall – konnte eine neue DRG B45Z *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392/368/828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems* etabliert werden, die diese bislang in der Basis-DRG B70 abgebildeten Fälle aufnimmt.

Auch innerhalb der Basis-DRG B70 wurden neben den genannten Fällen sowohl Patienten mit aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung mit mehr als 184 Aufwandspunkten als auch Kinder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung mit mehr als 196 Punkten innerhalb der Basis-DRG B70 aufgewertet.

Die Prozeduren für neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls beschreiben gewisse Mindestanforderungen an die personelle und apparative Ausstattung einer spezialisierten Schlaganfalleinheit. Diese Prozeduren waren bislang insbesondere in neurologischen Fallpauschalen gruppierungsrelevant. Im Rahmen der Analyse besonders aufwendiger Behandlungsformen zeigten sich außerhalb der MDC 01 Fälle mit diesen Prozeduren in unterschiedlichem Ausmaß kostenauffällig und wirken – in Abhängigkeit von der Dauer der Komplexbehandlung – in verschiedenen medizinischen DRGs mehrerer MDCs höhergruppierend.

### 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 2016 war die multimodale Schmerztherapie in drei Basis-DRGs abgebildet: B47 [...] *bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems*, I42 [...] *bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* und U42 [...] *bei psychischen Krankheiten und Störungen*. Für die Eingruppierung der Fälle anhand der OPS-Kodes aus dem Codebereich 8-918 *Multimodale Schmerztherapie* sind im G-DRG-System 2016 bereits 7 Behandlungstage ausreichend, während andere Komplexkodes (z.B. Geriatrie) im G-DRG-System oft erst ab 14 Tagen gruppierungsrelevant sind.

Im Rahmen der Weiterentwicklung für das G-DRG-System 2016 zeigte sich die Dauer von mindestens 14 Behandlungstagen als geeignetes Splitkriterium für die DRGs B47Z und I42Z, sodass aus dem Split dieser DRGs jeweils in eine DRG ab 7 und eine DRG ab 14 Behandlungstagen vier DRGs resultierten. Des Weiteren wurde im Vorjahr, aufgrund der geringen Unterschiede hinsichtlich der Verweildauer- und Kostenstruktur zwischen den DRGs Z44Z und B47Z, die DRG Z44Z gestrichen und die betroffenen Fälle wurden sachgerecht den neu etablierten DRGs B47A und B47B zugeordnet. Die Untersuchung der DRG U42Z zeigte, dass weiterhin eine sehr unterschiedliche Zusammensetzung und Kostenstruktur der betroffenen Fälle vorhanden war, sodass sie zunächst als unbewertete DRG bestehen blieb.

Im Vorschlagsverfahren 2017 wurde u.a. angeregt, die Abbildung der Fälle mit multimodaler Schmerztherapie in der DRG U42Z *Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen* auszdifferenzieren. Dies sollte anhand bestimmter Diagnosen für somatoforme autonome Funktionsstörung sowie für anhaltende Schmerzstörung geschehen. Die vorgeschlagene Unterscheidung zwischen Fällen mit und Fällen ohne die oben genannten Diagnosen wurde in mehreren Varianten simuliert, es zeigten sich jedoch keine regelhaften Kostenunterschiede, sodass der Vorschlag nicht umgesetzt werden konnte.

Im Zuge weiterer interner Analysen zeigte sich erneut, dass die Fälle der bislang unbewerteten DRG U42Z sich deutlich hinsichtlich Alter der Patienten, Dauer der Behandlung und Dominanz einzelner Krankenhäuser bei der Leistungserbringung unterscheiden, für relevante Teilmengen der Fälle aber die Kriterien für die Bewertung einer DRG erfüllt waren. Im Ergebnis resultierten daraus drei DRGs: U42A *Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter < 19 Jahre* (unbewertet), U42B *Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter > 18 Jahre, mindestens 14 Behandlungstage* (RG 1,938) und U42C *Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter > 18 Jahre, weniger als 14 Behandlungstage* (RG 1,270). Diese Ausdifferenzierung ermöglichte die Kalkulation von Relativgewichten für zwei von drei der betroffenen DRGs.

Aufgrund einer insbesondere bei Schmerztherapie mit kurzer Behandlungsdauer unverändert geringen Beteiligung fallzahlstarker Leistungserbringer war die Zusammensetzung der Kalkulationsstichprobe bei den Basis-DRGs B47 und I42 weiterhin verzerrt. Daraus resultierte eine unsichere Kalkulationsbasis bei deutlicher Schieflage der Leistungserbringung zwischen Stichprobe und Grundgesamtheit. Die DRGs B47A bzw. I42A müssten gemäß der OPS-Definition einen höheren Aufwand und mindestens gleiche, ggf. auch höhere mittlere Tageskosten der abgebildeten Fälle aufweisen als die DRGs B47B bzw. I42B. Die Analyse der gelieferten Kalkulationsdaten ergab jedoch, dass die durchschnittlichen Tageskosten in den DRGs B47A bzw. I42A niedriger waren als die durchschnittlichen Tageskosten den DRGs B47B bzw. I42B. Der Grund dafür war, dass die Fälle der DRGs B47B bzw. I42B nur aus sehr wenigen Kalkulationskrankenhäusern stammten und keiner der Hauptleistungserbringer dieser kürzeren Schmerztherapie in den Kalkulationsdaten zu den DRGs B47B bzw. I42B vertreten war. Dies hätte zur Folge gehabt, dass die Vergütung der Langlieger in der DRG I42B wegen der höheren durchschnittlichen Tageskosten die Vergütung der Fälle mit identischer Verweildauer in der DRG I42A ab einer Verweildauer von 19 Tagen übertroffen hätte (siehe Abb. 33).

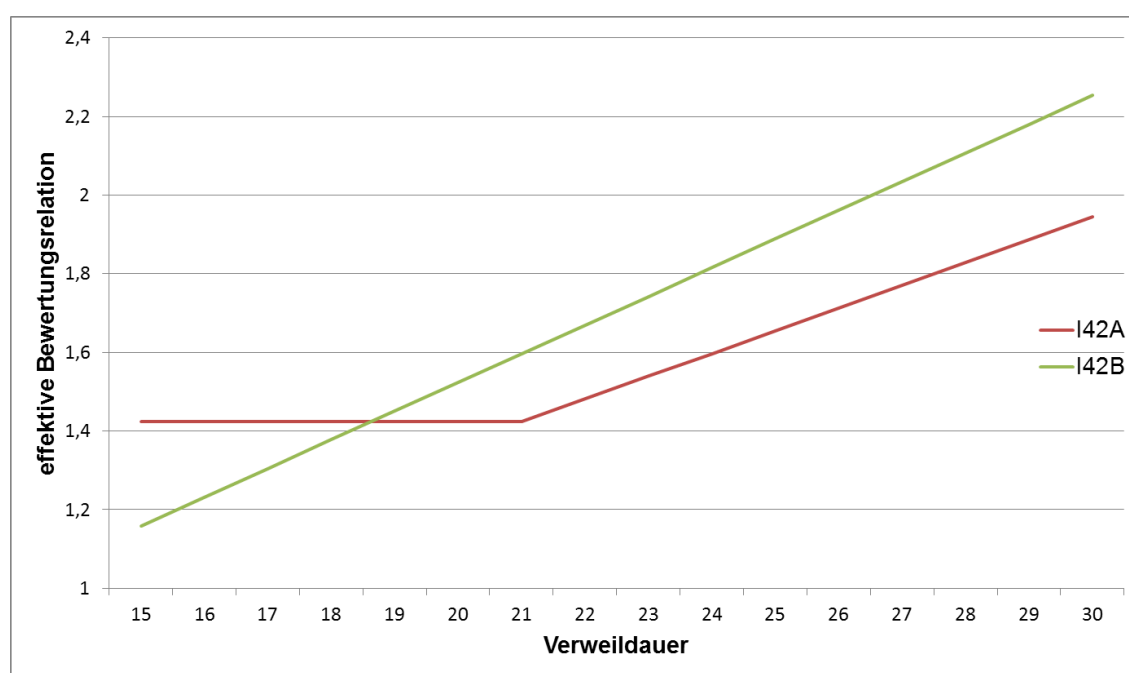


Abbildung 33: Vergütungsverlauf in der Basis-DRG I42 im G-DRG-System 2017 ohne Anpassung des Langlieger-Zuschlags

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 die betroffenen DRGs geeinigt. Dieser Ansatz löst in der diesjährigen Kalkulation das Problem nicht vollständig. Als neuer Lösungsansatz für den Fallpauschalen-Katalog 2017 wurde zusätzlich die obere Grenzverweildauer der DRGs B47B bzw. I42B um einen Tag gesenkt, während die untere Grenzverweildauer der DRGs B47B bzw. I42B um einen Tag angehoben wurde. Auf diese Weise ergibt sich für einen Langlieger-Fall in den DRGs B47A bzw. I42A zukünftig stets eine höhere Vergütung, als das bei gleicher Verweildauer in den DRGs B47B bzw. I42B der Fall wäre.

### **3.3.2.32 Strahlentherapie**

Im G-DRG-System 2016 wurden Fälle mit besonders aufwendigen Strahlentherapien oft über die Anzahl der durchgeführten Bestrahlungen identifiziert und eingruppiert (z.B. „10 oder mehr Bestrahlungen“). Im Vorschlagsverfahren 2017 wurde darauf hingewiesen, dass in zunehmendem Maße Bestrahlungsformen zur Anwendung kommen, bei denen die Kodierung mehrerer Codes nicht immer auch die Erbringung in mehreren Sitzungen bedeutet. Somit konnte ein Fall mit „10 oder mehr Bestrahlungen“ 10 oder mehr Bestrahlungstage aufweisen – aber auch weniger. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass nicht in jeder Konstellation unstrittig geregelt ist, ob ein oder mehrere Codes zu verschlüsseln sind, sodass sich daraus vor Ort Kodierkonflikte ergeben können.

Die beschriebenen Konstellationen wurden auf die damit verbundenen Kosten hin analysiert – unabhängig von der Zulässigkeit der Kodierung im Einzelfall. Fälle mit vielen Bestrahlungstagen zeigten höhere Kosten als Fälle mit gleich vielen Codes, aber weniger Bestrahlungstagen. Letztere waren jedoch typischerweise aufwendiger als Fälle mit weniger kodierten Bestrahlungen. Nach individueller Analyse aller betroffenen MDCs wurden die Strahlentherapie-DRGs für das G-DRG-System 2017 umfassend angepasst.

In vielen DRGs war mit der Logikumstellung von „Anzahl Codes“ auf „Anzahl Tage“ eine Senkung der „Einstiegsschwelle“ von z.B. „mehr als 10 Bestrahlungen“ auf „an mindestens 9 Tagen“ möglich. Somit erfolgte typischerweise sowohl eine Auf- als auch Abwertung von Fällen. Je nach Fallzahlen und Kostensituation in den betroffenen MDCs war eine Abbildung in zwei- oder dreifach gesplitteten DRGs möglich.

Eine Übersicht über die Änderungen der betroffenen DRGs in allen MDCs aufgrund des Umbaus für das G-DRG-System 2017 ist in Tabelle 18 zu sehen.



MDC	DRGs	Split
MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	B15Z, B16A, B16B	3-fach
MDC 03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	D19Z, D20A, D20B	3-fach
MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	E08B, E08C, E08D	3-fach
MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	G27A, G27B, G29A, G29B	3-fach*
MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	H15Z, H16A, H16B	3-fach
MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	I39Z, I54A, I54B	3-fach
MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	J17Z, J18A, J18B	3-fach
MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	L12A, L12B	2-fach
MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	M10A, M10B	2-fach
MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	N15Z, N16A, N16B	3-fach
MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen	R05Z, R06Z, R07A, R07B	3-fach**

Tabelle 18: Übersicht über die Änderungen in den Strahlentherapie-DRGs; \*DRGs G27A bzw. G27B schon vorher zusätzlich anhand des Kriteriums „äußerst schwere CC“ differenziert; \*\*DRGs R05Z bzw. R06Z schon vorher zusätzlich anhand der Kriterien „äußerst schwere CC“ und „Alter 18 Jahre“ differenziert

Als Beispiel für einen Dreifachsplit kann die Abbildung der Strahlentherapie innerhalb der MDC 03 *Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses* genannt werden. Fälle mit je einer Bestrahlungsprozedur an mehreren Tagen wurden in die DRG D19Z *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen* aufgewertet. Die DRG D20Z wurde durch Split aufwandsgerecht differenziert, sodass Fälle mit mindestens 5 Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen sowie Fälle mit mehr als 10 Bestrahlungen zukünftig in die DRG D20A eingruppiert werden, während die restlichen Fälle in die DRG D20B eingruppiert werden.

Als Beispiel für einen Zweifachsplit kann die Abbildung der Strahlentherapie in der MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane* genannt werden. Fälle mit je einer Bestrahlungsprozedur an mehreren Tagen wurden in die DRG L12A *Strahlentherapie [...], Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen* aufgewertet. Fälle mit Bestrahlungen an weniger als 9 Tagen wurden dagegen in die DRG L12B *Strahlentherapie [...], Bestrahlungen an weniger als 9 Tagen* abgewertet.

### 3.3.2.33 Transplantation/Transfusion hämatopoetischer Stammzellen

Fälle mit einer Knochenmarktransplantation bzw. Stammzelltransfusion werden im G-DRG-System in zwei verschiedenen Basis-DRGs abgebildet:

- A04 *Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, [...]*
- A15 *Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogene, [...]*

Beide Basis-DRGs sind mehrfach differenziert, beispielsweise nach Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung oder Komplexbehandlung bei Besiedelung mit multiresistenten Erregern, akuter Graft-versus-Host-Krankheit, dem Alter oder der Art einer etwaig durchgeführten In-vitro-Aufbereitung bei der Stammzellentnahme.

Letztere unterschieden sich erheblich bezüglich ihrer Kosten – je nach Art und Aufbereitung des verwendeten Materials. So wurden im letzten Jahr Fälle mit einer Transplantation von mittels Positivanreicherung bzw. T- und/oder B-Zell-Depletion aufbereiteter Zellen innerhalb der genannten Basis-DRGs aufgewertet.

Im OPS Version 2015 wurde nun auch die Prozedur für die Art der In-vitro-Aufbereitung der transplantierten oder transfundierten hämatopoetischen Stammzellen – also bei der Stammzellgabe – in gleichem Maße differenziert:

5-411.7	Art der In-vitro-Aufbereitung der transplantierten oder transfundierten hämatopoetischen Stammzellen <i>Hinw.:</i> Diese Codes sind Zusatzcodes. Die Transplantation oder Transfusion ist gesondert zu kodieren
.70	Positivanreicherung
.71	T- und/oder B-Zell-Depletion
.72	Erythrozytendepletion
.7x	Sonstige

Abbildung 34: Differenzierter OPS-Kode für die Art der In-vitro-Aufbereitung bei der Stammzellgabe

Im Rahmen des strukturierten Dialogs wurde darauf hingewiesen, dass die Aufbereitungsverfahren *Positivanreicherung* oder *T- und B-Zell-Depletion* auch auf der „Gabe-Seite“ mit deutlich höheren Kosten assoziiert seien. Die Analysen konnten diese Hinweise allerdings nicht bestätigen, bei insgesamt geringer Fallzahl und nur wenigen diese Leistung erbringenden Krankenhäusern konnte kein Kostenunterschied zwischen den einzelnen Verfahren festgestellt werden.

Andere Hinweise bezogen sich auf eine potentiell kostengünstige und ressourcensparende Erythrozytendepletion als Art der in-vitro-Aufbereitung auf der „Entnahme-Seite“ in der DRG A04C. In der Tat fanden sich in dieser DRG deutliche Kostenunterschiede zwischen den verschiedenen Aufbereitungsarten. Im G-DRG-System 2017 werden – mit Ausnahme von Kindern unter 16 Jahren – ausschließlich Fälle mit Positivanreicherung oder T- und B-Zell-Depletion in die DRG A04C eingruppiert.

### 3.3.2.34 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-DRGs I08 *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule*, I13 *Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk oder bei Endoprothese der oberen Extremität*, aber auch die I66 *Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals*, die nach entsprechenden Analysen umfangreich umgebaut wurden. Aus dem Bereich der Gelenkendoprothetik waren in diesem Jahr vergleichsweise wenige Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren eingereicht worden. Zahlreiche Analysen und Anpassungen im G-DRG-System hatten in den vergangenen Jahren in diesem Bereich zu einer Vielzahl von Weiterentwicklungen geführt. Dennoch konnte aufgrund der Vorschläge im Vorschlagsverfahren 2017 und interner Analysen die Abbildung der Fälle im G-DRG-System 2017 weiter verbessert werden. 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.

### **Endoprothetik**

Eingriffe in der Endoprothetik sind im G-DRG-System 2016 bereits hochdifferenziert abgebildet. Bei der Zuordnung zu den einzelnen DRGs spielen mehrere Parameter eine Rolle, wie z.B. Lokalisation (Gelenk), Art der Prothese (Teil-, Total-, Sonderprothese), Ersteingriff oder Revision/Wechsel, Haupt- und Nebendiagnosen (z.B. bösartige Neubildungen, rheumatische Erkrankungen, Osteomyelitis), Begleiterkrankungen (PCCL), Mehrfacheingriffe und beidseitige Eingriffe, zusätzliche operative Eingriffe oder Alter des Patienten.

Die Mehrzahl der Fälle in der Endoprothetik betreffen Knie- und Hüftgelenk. Im Themenbereich der Endoprothetik am Knie sind im Vorschlagsverfahren für das Jahr 2017 keine Vorschläge eingegangen. Bei einer bereits hochdifferenzierten Abbildung im G-DRG-System waren über die Anpassungen der CCL-Matrix hinaus keine Änderungen notwendig.

Die Implantation einer Hüftgelenksendoprothese ohne weitere schweregradsteigernde Faktoren war bisher überwiegend in der DRG I47B abgebildet (rund 170.000 Fälle in §-21-Daten). Für die bedeutsamsten Hauptdiagnosegruppen Fraktur bzw. Arthrose bestand bisher kein Erlösunterschied. Bereits in den ersten Jahren der DRG-Weiterentwicklung wurde im Vorschlagsverfahren eine Differenzierung anhand des Kriteriums Indikation angeregt. Bei kaum vorhandenem Kostenunterschied war zu dem Zeitpunkt keine Umsetzung möglich. Inzwischen, möglicherweise auch aufgrund der erheblich verbesserten Kostenkalkulation, konnte ein robuster Kostenunterschied zwischen den Fallgruppen mit Fraktur und Arthrose gemessen werden. Fälle mit Frakturen waren mit höheren Kosten bei längerer Verweildauer verbunden, sodass diese der neuen DRG I47B *Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes [...] mit komplexer Diagnose an Becken/Oberschenkel [...] zugeordnet wurden*.

Die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems erfolgt primär anhand von Kostenunterschieden und nicht z.B. anhand der Unterscheidung planbar/nicht planbar. Dies ist auch

daran erkennbar, dass Fälle mit isolierter Implantation einer *zementierten Femurkopfprothese* (nicht Duokopfprothese) auch bei einer Fraktur aufgrund ähnlicher Kosten der DRG I47C *Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes [...] ohne komplexe Diagnose an Becken/Oberschenkel [...] zugeteilt* wurden. Somit erfolgte keine vollständige Trennung nach Indikation, sondern die Fälle wurden den Kosten folgend sachgerecht den entsprechenden DRGs zugeordnet.

Ein Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren betraf den erhöhten Aufwand bei der Behandlung von Fällen mit Implantation einer *inversen Endoprothese* am Schultergelenk im Vergleich zu den konventionellen Prothesen. Nach Analyse erfolgte eine Aufwertung der Fälle durch Split der DRG I05B *Anderer großer Gelenkersatz* (G-DRG-System 2016) und Eingruppierung in die neue DRG I05B *Implantation einer inversen Endoprothese am Schultergelenk*, während die restlichen Fälle der DRG I05C *Anderer großer Gelenkersatz [...] zugeordnet* wurden.

### **Basis-DRG I08 / Eingriffe an den unteren Extremitäten**

Die Basis-DRG I08 *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur [...]* gehört innerhalb der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System [...]* zu den fallzahlstärksten Basis-DRGs.

In die Basis-DRG I08 gelangt ein Fall mit einer Prozedur aus einer der Tabellen *Bestimmte endoprothetische Eingriffe am Hüftgelenk* oder *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur*. In diesen Tabellen befinden sich neben komplexen Prozeduren auch weniger aufwendige Prozeduren. Dieser Heterogenität in der Basis-DRG wird durch eine hochdifferenzierte Abbildung der Fälle in acht DRGs Rechnung getragen. Die sachgerechte Gruppierung der Fälle wird jährlich durch interne Analysen, aber auch mit Hilfe von Anregungen aus dem Vorschlagsverfahren überprüft.

Einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend wurden Fälle mit beidseitiger permanenter Epiphysiodese am Schenkelhals und proximalem Femur analysiert und aufgewertet. Bereits im Vorjahr waren Fälle mit temporärer Epiphysiodese aufgewertet und in die DRG I08G *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, [...] mit bestimmter Knochentransplantation oder Pseudoarthrose oder Revision einer Endoprothese am Hüftgelenk ohne Wechsel, mehr als ein Belegungstag* eingruppiert worden. Somit werden ab dem G-DRG-System 2017 sowohl die beidseitige temporäre wie auch die permanente Epiphysiodese an Schenkelhals und proximalem Femur in die I08G eingruppiert.

Eine weitere Änderung betraf die DRG I08C. Die Splitbedingung wurde um einen Alterssplit erweitert, sodass Fälle mit einem Alter < 6 Jahren aus der DRG I08D aufgewertet und in die I08C *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit bestimmtem Eingriff bei Beckenfraktur [...] oder Alter < 6 Jahre* eingruppiert werden.

Fälle mit einem Wechsel von Abstandshaltern bei gelenkplastischen Eingriffen in der I08D wurden analysiert und entsprechend ihren deutlichen Mehrkosten aufgewertet, sodass sie in Zukunft in die I08B *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit komplexem Mehrfacheingriff [...]* eingruppiert werden.

Fälle mit Osteosynthese durch Fixateur externe am Becken aus der DRG I08F *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit mäßig komplexem Eingriff [...]* wurden nach Analyse entsprechend ihren Kosten der DRG I08E *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur [...] mit bestimmter Osteotomie oder großer Eingriff untere Extremität [...]* zugeordnet.

Des Weiteren wurden Fälle mit bestimmten Prozeduren für offene Reposition einer Beckenrand- und Beckenringfraktur aus der DRG I08F aufgewertet und werden zukünftig in die DRG I08E eingruppiert.

Wie bereits oben erwähnt, führen teilweise unspezifische Prozeduren in die Basis-DRG I08 oder sind innerhalb der Basis-DRG gruppierungsrelevant. Einige dieser Prozeduren fielen in Analysen durch „Kodierbesonderheiten“ auf. So wurden manche Prozeduren beispielsweise nur von einem oder wenigen Häusern kodiert. Zeigten sich die identifizierten Fälle in den entsprechenden DRGs als übervergütet, wurden sie entsprechend ihren Kosten innerhalb der Basis-DRG oder auch in andere Basis-DRGs verschoben und damit abgewertet.

Ein Beispiel für Fälle mit einem unspezifischen Kode, der in die Basis-DRG I08 führt, sind Fälle mit Knochenbohrung am distalen Femur. Diese Fälle weisen in der DRG I08H *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur [...] oder ein Belegungstag* eine Überdeckung auf. Eine sachgerechte Abbildung der Fälle war in der Basis-DRG I08 nicht möglich. Durch Streichung der Prozedur aus der Eingangsbedingung für die Basis-DRG I08 und Aufnahme in die Eingangsbedingung der Basis-DRG I18 *Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm* konnten die Fälle sachgerecht abgebildet werden.

Ein Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren betraf Fälle mit einem OPS-Kode für Biopsien an Becken, Femur und Hüftgelenk in der DRG I08F *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur [...] mit mäßig komplexem Eingriff [...]*. Es wurde vermutet, dass diese Fälle möglicherweise mit einem geringeren Aufwand im Vergleich zu anderen Fällen der DRG verbunden sind. Eine Analyse bestätigte diese Vermutung, sodass diese Prozedur ab dem G-DRG-System 2017 den Kosten entsprechend in die DRG I08H *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne mäßig komplexen Eingriff [...] oder ein Belegungstag* eingruppiert wird.

Interne Analysen ergaben, dass Fälle mit Prozedurenkodes für bestimmte Osteotomien und Korrekturosteotomien am Schenkelhals in der Basis-DRG I08 entsprechend ihren Fallkosten übervergütet sind. Die Fälle wurden durch Streichung der Prozedurenkodes aus der Tabelle „verschiedene Osteotomien“ und aus der Tabelle „große Eingriffe“ abgewertet. Betroffen waren Fälle in der DRG I08A, die zukünftig in die DRG I08D, und Fälle in der DRG I08E, die zukünftig entsprechend ihren Kosten in die DRG I08F eingruppiert werden.

Weitere interne Analysen ergaben, dass Fälle mit verschiedenen Osteotomien an der unteren Extremität in der DRG I08E entsprechend ihren Fallkosten in dieser DRG übervergütet sind. Durch Streichung der Prozedurenkodes aus der Splitbedingung für die DRG I08E wurden diese Fälle abgewertet und werden zukünftig entsprechend ihren Kosten sachgerecht in die DRG I08F eingruppiert.

### ***Basis-DRG I13 / Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk oder bei Endoprothese der oberen Extremität***

Die Basis-DRG I13 *Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk oder bei Endoprothese der oberen Extremität* ist eine weitere fallzahlstarke Basis-DRG innerhalb der MDC 08 und bereits sechsfach ausdifferenziert.

Im Vorschlagsverfahren 2017 wurde auf eine unzureichende Abbildung von Fällen mit Implantation von resorbierbarem keramischem Knochenersatz mit Antibiotikumzusatz hingewiesen. Die Analyse ergab einen erhöhten Aufwand bei den betroffenen Fällen.

Entsprechend ihren Kosten wurden die Fälle in die DRG I13B *Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff oder keramischem Knochenersatz [...]* aufgewertet, vor allem aus der DRG I13C.

Im Rahmen interner Analysen wurde festgestellt, dass Fälle mit *Implantation von alloplastischem Knochenersatz* an Humerus, Tibia und Fibula nicht so aufwendig sind wie die anderen Fälle der DRG I13E. Bei einer Abwertung der Fälle in die DRG I13F (G-DRG-System 2016) hätten die Fälle eine Untervergütung aufgewiesen, sodass eine neue DRG I13F *Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk [...] mit bestimmter offener Reposition oder Implantation von alloplastischem Knochenersatz* zur kostengerechten Abbildung betroffener Fälle etabliert wurde. Fälle mit offener Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an der distalen Fibula durch Schraube oder Platte wiesen ähnliche Kosten wie die Fälle in der neuen DRG I13F auf und wurden ebenfalls dieser zugeordnet.

Im Vorschlagsverfahren wurde angeregt, Fälle mit Eingriffen an mehreren Lokalisationen innerhalb der Basis-DRG I13 zu untersuchen. Es zeigten sich insbesondere Fälle mit bestimmten komplexeren Eingriffen sowohl am Humerus als auch an der Tibia als kostenauffällig. Diese konnten durch Zuordnung zur DRG I13A *Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk [...] mit komplizierendem Eingriff an Humerus und Tibia [...]* für das G-DRG-System 2017 sachgerecht abgebildet werden.

Im Rahmen weiterer Analysen in der Basis-DRG I13 wurden bei geringeren Kosten folgende Fälle mit oft unspezifischer Kodierung abgewertet: Fälle mit Naht von Periost, Fälle mit bestimmten Knochentransplantationen an Humerus und Tibia sowie Fälle mit mehrdimensionaler Osteotomie an der proximalen Tibia und am Fibulaschaft.

### Basis-DRG I66

Im G-DRG-System 2016 war die Basis-DRG I66 *Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals* unterteilt in drei DRGs (siehe Abb. 35).

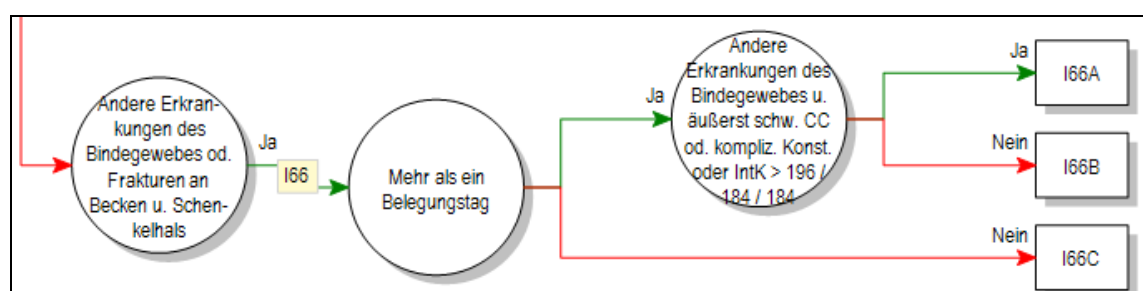


Abbildung 35: Basis-DRG I66 im G-DRG-System 2016

Analysen zeigten sowohl über- als auch untervergütete Fallkonstellationen, die in der bestehenden Struktur nicht sachgerecht abgebildet werden konnten, sodass die Basis-DRG komplex umgebaut wurde.

Definitionsgemäß finden sich in der Basis-DRG I66 zwei disjunkte Fallgruppen: zum einen nicht operative Fälle mit Frakturen an Becken und Schenkelhals und zum anderen Fälle mit anderen Erkrankungen des Bindegewebes. Hier finden sich mehrheitlich Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis.

Im G-DRG-System 2017 wird die Basis-DRG I66 von bisher drei auf jetzt sieben DRGs weiter differenziert (siehe Abb. 36). In zwei von sieben DRGs finden sich beide Fallmengen: zum einen in der DRG I66A und zum anderen in der DRG I66H. In der DRG I66H finden sich alle Fälle mit einem Belegungstag. In der DRG I66A finden sich Fälle beider Fallgruppen, wenn sie entweder komplizierende Konstellationen oder eine Prozedur für intensivmedizinische Komplexbehandlung ab 393 Aufwandspunkten im Kindesalter oder ab 369 Aufwandspunkten im Erwachsenenalter aufweisen.

In die neuen DRGs I66B und I66C werden Fälle mit äußerst schweren CC oder einer Prozedur für intensivmedizinische Komplexbehandlung mit 197 bis 392 Aufwandspunkten im Kindesalter oder 185 bis 368 Aufwandspunkte für die aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung. Fälle mit Frakturen an Becken und Schenkelhals werden in die I66C und andere Erkrankungen des Bindegewebes in die I66B eingruppiert.

Fälle ohne komplizierende Konstellationen, ohne einen entsprechenden Code für intensivmedizinische Komplexbehandlung mit der angegebenen Aufwandspunktzahl und ohne PCCL > 3 werden in die DRGs I66D bis I66G eingruppiert. Als neue Splitkriterien werden ab 2017 Diagnosegruppen eingeführt. In die DRG I66D werden Fälle mit kinder- und jugendrheumatologischer Komplexbehandlung (7 bis 13 Behandlungstage), in die DRG I66E Fälle mit Amyloidose, bestimmten rheumatologischen Erkrankungen oder bestimmten Vaskulitiden, in die DRG I66F Fälle mit Frakturen an Becken und Schenkelhals und in die DRG I66G Fälle mit allen übrigen anderen Erkrankungen des Bindegewebes eingruppiert.

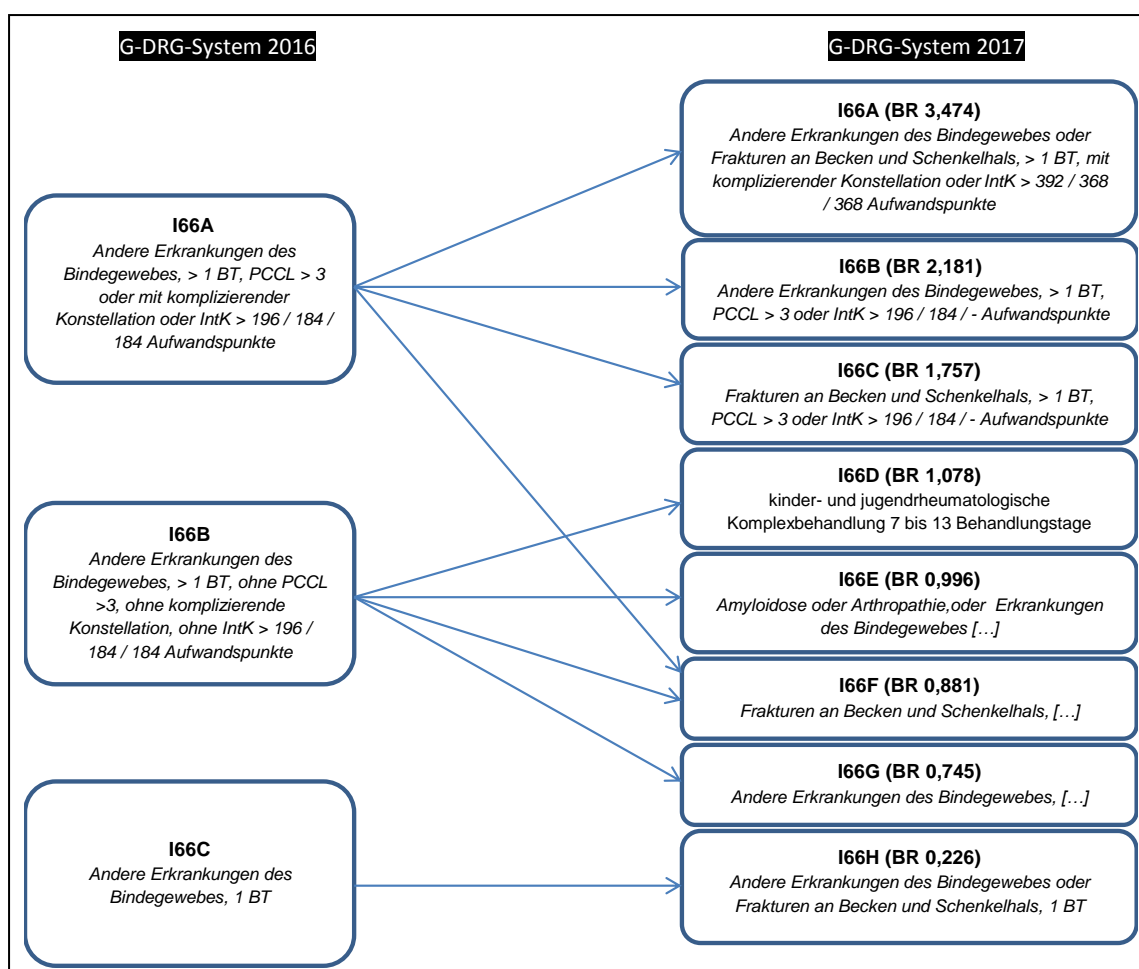


Abbildung 36: Differenzierung der Basis-DRG I66 im G-DRG-System 2017



### **Eingriffe an Fuß und Sprunggelenk**

Durch interne Analysen der DRGs I20B *Eingriffe am Fuß mit mehreren komplexen Eingriffen [...]* und I20C *Eingriffe am Fuß ohne mehrere komplexe Eingriffe, ohne hochkomplexen Eingriff, mit bestimmten komplizierenden Faktoren* konnten Fälle mit vergleichsweise wenig bis mäßig komplexen Prozeduren identifiziert werden, die in der jeweiligen DRG eine deutliche Überdeckung aufwiesen. Dies betraf:

- Fälle mit verschiedenen Osteotomien oder Sehneneingriffen an den Zehenstrahlen
- Fälle mit einzeitigen Mehrfacheingriffen an drei bzw. vier Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen
- Fälle mit bestimmten Rekonstruktionen von Sehnen an Rückfuß und Fußwurzel

Die identifizierten Fälle wurden entsprechend ihren Kosten in niedriger bewertete DRGs eingruppiert.

Einer Anregung aus dem Vorschlagsverfahren folgend wurde die Abbildung von Eingriffen an Sehnen des Unterschenkels, Rückfuß und der Fußwurzel analysiert. Fälle mit Ersatzplastik mit und ohne Interponat an Sehnen an unterschiedlichsten Lokalisationen zeigten eine Untervergütung in den jeweiligen DRGs. Durch Aufnahme der Prozeduren in die Splitbedingung der DRG I27C konnten viele dieser Fälle aufgewertet und sachgerecht abgebildet werden.

### **Eingriffe an der Hand**

Bei den Eingriffen an der Hand besteht bereits eine sehr ausdifferenzierte Abbildung der Fälle, die jährlich weiterentwickelt wird. Obwohl im Vorschlagsverfahren 2017 relativ wenige Vorschläge eingereicht wurden, konnte zusammen mit den internen Analysen erneut eine Weiterentwicklung in diesem Themengebiet erreicht werden.

Die Basis-DRG I32 *Eingriffe an Handgelenk und Hand* ist bereits im G-DRG-System 2016 siebenfach differenziert. Als Splitkriterien fungieren neben komplexen, mehrzeitigen oder Mehrfacheingriffen auch das Alter oder komplexe Diagnosen, wie z.B. angeborene Fehlbildungen. Diese vorhandenen und weitere potentiell kostentrennende Attribute wurden im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung umfassend untersucht.

Aus dem Vorschlagsverfahren 2017 kam der Hinweis, dass Fälle mit freier Transplantation einer Zehe als Fingerersatz bei angeborenen Fehlbildungen mit einem erhöhten Aufwand verbunden sind. Die Analyse zeigte, dass diese Fälle deutlich höhere Kosten als andere Fälle der DRG I32A aufweisen. Im Ergebnis wurden die betroffenen Fälle aus der DRG I32A in die DRG I27B *Eingriffe am Weichteilgewebe [...] oder Transplantation einer Zehe als Fingerersatz* verschoben und im G-DRG-System 2017 erheblich aufgewertet.

Ein weiterer Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren 2017 bezog sich auf Fälle mit Inzision an Sehnenscheiden der Langfinger bei Phlegmonen an Fingern bzw. an der oberen Extremität. Im G-DRG-System 2016 gelangten diese Fälle in die Basis-DRG 901 *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose*. Um eine spezifische Abbildung der Fälle zu ermöglichen, wurde vorgeschlagen, dass die Fälle der Basis-DRG I32 zugeordnet werden. Nach Analyse der Fälle wurde jedoch festgestellt, dass diese überwiegend Hauptdiagnosen aus der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* aufweisen. Dementsprechend werden betroffene Fälle zukünftig



spezifisch eingruppiert und entsprechend ihren Kosten der J22Z *Andere Hauttransplantation [...] oder mit Weichteildeckung oder Mehrfachtumoren der Haut [...]* zugeordnet.

Interne Analysen zeigten, dass Fälle mit bestimmten wenig komplexen Eingriffen an Sehnen der Hand, wie z.B. Naht, Inzision, Exzision, Debridement, Tenolyse oder Verkürzung, in der Basis-DRG I32 geringere Kosten im Vergleich zu Fällen in der jeweiligen DRG aufweisen. Diese wurden aus der Bedingung der DRGs I32A bis I32F gestrichen und werden zukünftig entsprechend ihren Kosten in niedriger bewerteten DRGs abgebildet.

Im Rahmen weiterer Analysen wurde festgestellt, dass Fälle mit der Prozedur für *knöcherne Refixation von anderen Bändern der Handwurzelgelenke* mit erhöhtem Aufwand verbunden sind. Im Ergebnis wurde die Bedingung der DRG I32D *Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff [...]* um diese Prozedur erweitert und die entsprechenden Fälle 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 2017 entsprechend überarbeitet wurden.

Im Vorschlagsverfahren 2017 wurde darauf hingewiesen, dass Fälle mit der Prozedur für das Einbringen einer Entlastungsfeder am Kniegelenk mit einem erhöhten Aufwand verbunden sind. Diese Fälle wurden im G-DRG-System 2016 in der Basis-DRG I18 *Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk [...]* abgebildet. Nach Analyse der Daten wurde die Prozedur in die DRG I30 *Komplexe Eingriffe am Kniegelenk [...]* aufgenommen und somit aufwandsentsprechend aufgewertet.

Im Rahmen interner Analysen wurden Fälle mit der Hauptdiagnose für *bösartige Neubildung an Bindegewebe und anderem Weichteilgewebe des Kopfes, des Gesichtes und des Halses* als weniger kostenintensiv als andere Fälle der DRG I27 *Eingriffe am Weichteilgewebe [...]* oder *bestimmte bösartige Neubildungen mit bestimmten Eingriffen [...]* identifiziert. Die Diagnose führte im G-DRG-System 2016 zur Höhergruppierung in die DRGs I27A, I27B und I27C. Im Ergebnis wurde die Diagnose aus der Bedingung dieser DRGs gestrichen und die identifizierten Fälle werden zukünftig entsprechend ihren Kosten in niedriger bewertete DRGs eingruppiert.

Einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren 2017 folgend wurden Fälle mit mehrzeitiger Strahlentherapie untersucht. Auf Grundlage der gelieferten Daten erfolgte eine umfangreiche MDC-übergreifende Analyse. Im Ergebnis wurden die betroffenen DRGs geändert, sodass nun neben der Anzahl der Bestrahlungssitzungen auch die Anzahl der Tage mit Bestrahlung für die Zuordnung zu den DRGs relevant wird. Diese in Kapitel 3.3.2.32 detailliert dargestellte Entwicklung führte in der MDC 08 zu folgenden Anpassungen:

- Die Bedingung der DRG I39Z *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 8 Bestrahlungen* (G-DRG-System 2016) wurde so geändert, dass zukünftig Fälle mit Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen in diese DRG eingruppiert werden.
- Die DRG I54Z *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 9 Bestrahlungen [...]* (G-DRG-System 2016) wurde so differenziert, dass zukünftig Fälle mit Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 9 Bestrahlungen in die DRG I54A eingruppiert werden, während die restlichen Fälle der DRG I54B zugeordnet werden.

### 3.3.2.35 Urologie

Urologische Krankheitsbilder und deren Behandlung sind einerseits geschlechtsunspezifisch in der MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane* und andererseits geschlechtsspezifisch in der MDC 12 *Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane* abgebildet. Auch in diesem Jahr erfolgten unter Berücksichtigung externer Hinweise und interner Analysen diverse Weiterentwicklungen des G-DRG-Systems für 2017.

Fälle mit einer transurethralen Prostataresektion werden im G-DRG-System 2016 abhängig von ihren Hauptdiagnosen innerhalb der MDCs 11 und 12 den Basis-DRGs L05 und M02 *Transurethrale Prostataresektion* (z.B. bei geschlechtsunabhängiger Hauptdiagnose Blasenhalsostruktion bzw. bei geschlechtsabhängiger Hauptdiagnose Prostatahyperplasie) zugeordnet. Beide Basis-DRGs sind durch die sie definierenden Prozeduren und durch das Splitkriterium „Äußerst schwere CC“ inhaltlich identisch aufgebaut. Da Fälle der Basis-DRGs L05 und M02 unabhängig von ihren unterschiedlichen Hauptdiagnosen vergleichbare Kosten und Verweildauern aufweisen, werden sie zukünftig einheitlich in der Basis-DRG M02 abgebildet. Durch die Auflösung der Basis-DRG L05 werden nur Fälle an der hierarchischen Abfrageposition, die den Kosten der Fälle entspricht, in die MDC 12 umgeleitet (siehe Abb. 37). Komplexe Fälle mit weiteren Eingriffen werden somit nicht schlechtergestellt.

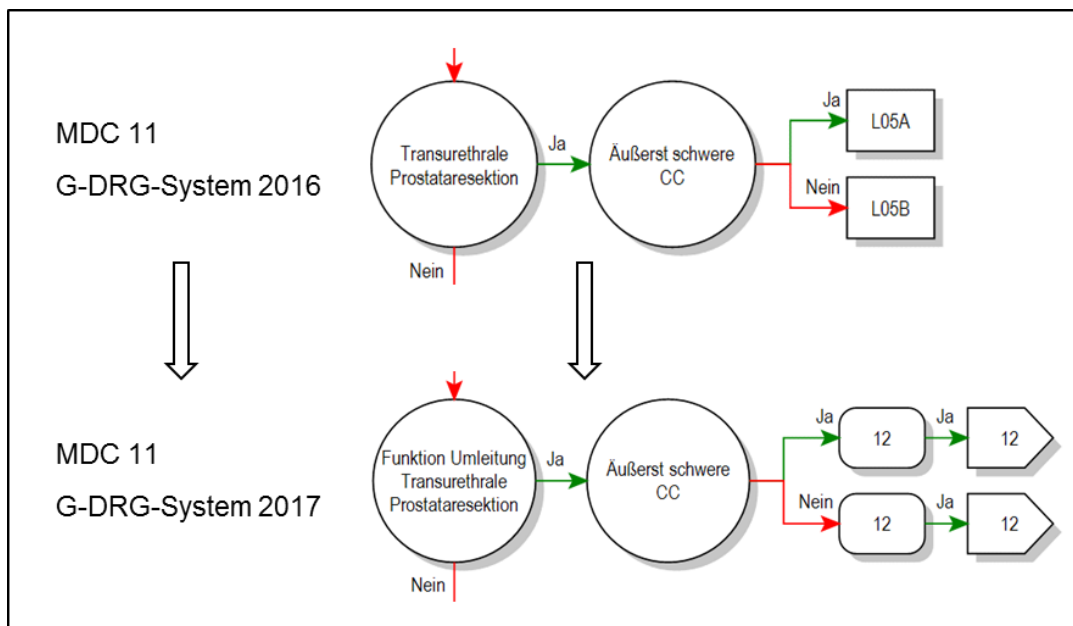


Abbildung 37: Fälle der Basis-DRG L05 werden im G-DRG-System 2017 in die MDC 12 umgeleitet

Im G-DRG-System 2016 werden in der Basis-DRG L06 *Kleine Eingriffe an der Harnblase* Fälle mit unterschiedlichen Eingriffen, wie z.B. Harninkontinenz-Operationen, Injektionsbehandlungen, offene Operationen an der Harnblase oder Biopsien abgebildet. Innerhalb dieser Basis-DRG erfolgt gemäß G-DRG-System 2016 eine Differenzierung anhand von äußerst schweren CC bei bestimmten Prozeduren. Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2017 wurde jedoch auf eine Inhomogenität bezüglich Verweildauer, Sachkosten und OP-Kosten bei den eingruppierten Fällen hingewiesen. Eingehende Analysen zeigten, dass Fälle mit einer Prozedur für eine partielle Harnblasenresektion ohne Ureterneoimplantation, offen chirurgisch bzw. laparoskopisch eine vergleichsweise hohe Verweildauer und hohe Gesamtkosten aufweisen, sodass diese im G-DRG-System 2017 vorwiegend in den Basis-DRGs L04 und L13 *Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe [...]* abgebildet und dadurch aufgewertet werden. Zudem werden zukünftig Fälle mit einer Prozedur für Injektion bei Ostiuminsuffizienz mit transurethralem oder sonstigem Zugang oder für Injektionsbehandlung der Harnblase ohne einen weiteren kleinen Eingriff an der Harnblase in der neu etablierten DRG L06C *Injektionsbehandlung an Ureter oder Harnblase* sachgerecht abgebildet, da diese Fälle durch geringere Kosten und eine kürzere Verweildauer als typische Fälle der Ausgangs-DRG L06B charakterisiert waren.

Im Fachgebiet der Urologie sind Fälle mit strahlentherapeutischer Behandlung in den Basis-DRGs L12 *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag* und M10 *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag [...]* abgebildet. In diesen beiden Basis-DRGs werden Fälle im G-DRG-System 2016 anhand der Anzahl der Bestrahlungen differenziert. Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens gingen Hinweise zur Problematik der Mehrfachkodierung strahlentherapeutischer Prozeduren pro Sitzung ein (siehe Kap. 3.3.2.32). Auch in den urologischen Bestrahlungs-DRGs erfolgten daher Anpassungen innerhalb dieser Basis-DRGs, sodass zukünftig die Anzahl der Bestrahlungstage ebenfalls eine Rolle bei der Gruppierung spielt. Im G-DRG-System 2017 werden daher Fälle mit Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit mindestens 9 Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen der DRG L12A *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag*,

*Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen* und Fälle mit Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane mit mindestens 8 Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen der DRG M10A *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen* zugeordnet. Durch dieses Vorgehen werden Fälle innerhalb der betroffenen Basis-DRGs sowohl auf- als auch abgewertet und letztlich sachgerecht abgebildet.

Interne Analysen ergaben, dass eine bedeutende Anzahl von Ein-Belegungstag-Fällen mit relativ hohen OP-Kosten der medizinischen Partition innerhalb der MDC 12 zugeordnet ist. Für diese Fälle zeigte sich vor allem in impliziten Ein-Belegungstag-DRGs eine Untervergütung. Betroffene Fälle wiesen zumeist eine Prozedur für eine Stanzbiopsie an der Prostata auf, die im G-DRG-System 2016 in der MDC 12 nicht gruppierrrelevant ist und auch nicht als sogenannte „OR-Prozedur“ in die Sonstigen DRGs 801 und 802 führt. Als Folge werden im G-DRG-System 2017 Ein-Belegungstag-Fälle mit einer Stanzbiopsie an der Prostata in der DRG M06Z *Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen oder Stanzbiopsie an der Prostata, ein Belegungstag* abgebildet. Eine Anpassung für Fälle mit einer Verweildauer von mehr als einem Tag und einer Prozedur für eine Stanzbiopsie erfolgte nicht, da sich diese in den konservativen DRGs als sachgerecht vergütet zeigten.

### **Abbildung von Kindern im Bereich der Urologie**

Als Ergebnis weiterer interner Analysen wurde in der MDC 11 ein neuer Kinder-Alterssplit eingeführt und Änderungen an bereits vorhandenen Alterssplits vorgenommen. In der Basis-DRG L20 werden im G-DRG-System 2017 Kinder mit einem Alter < 16 Jahren in der DRG L20B *Transurethrale Eingr. außer Prostatares. [...] od. Alter < 16 J. [...] abgebildet*. Zudem wurden die Kinder-Altersbedingungen der DRGs L64B *Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Urethrastrikturen, andere leichte bis moderate Erkrankung der Harnorgane, bestimmte Beschwerden und Symptome der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre* und L68A *Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane [...] von „< 14 Jahre“ auf „< 16 Jahre“ angehoben*.

### **Weitere Änderungen für 2017**

- Kostengerechte Neuordnung von Fällen mit bestimmten Prozeduren für Eingriffe bei Neurostimulatoren oder Neurostimulationselektroden durch Eingruppierung in die Basis-DRG L18 *Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe [...]*
- Erweiterung der Bedingungen innerhalb der Basis-DRG L63 *Infektionen der Harnorgane* um Prozeduren für bestimmte hochaufwendige bzw. bestimmte aufwendige oder bestimmte mäßig aufwendige Behandlung
- Erweiterungen der Bedingungen innerhalb der Basis-DRG L60 dahingehend, dass zukünftig Fälle mit Dialyse oder äußerst schweren CC und intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter ab 197 bzw. für aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten in den DRGs 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* und L60B *Niereninsuffizienz, mehr als ein Be-*

*gungstag, mit Dialyse und komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC und kompliz. Faktoren, Alter > 15 Jahre und Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter ab 197 bzw. für aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten in der DRG L60C Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196/184/- Aufwandspunkte abgebildet und dadurch aufgewertet werden*

### 3.3.2.36 Verbrennungen

Nach drei Vorschlägen im letztjährigen Vorschlagsverfahren und der daraus resultierenden vollständigen Angleichung der Gruppierungsrelevanz der Prozeduren für die temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen für die unterschiedlichen Materialien (OPS-Kodegruppe 5-923) sowie zahlreichen weiteren Anpassungen (z.B. Alterssplit, komplizierende Diagnosen/Konstellationen, PCCL-Split) in der MDC 22 *Verbrennungen* im G-DRG-System 2016 wurden dort in der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems – bei einem eingereichten Vorschlag im Vorschlagsverfahren 2017 – nur Detailänderungen vorgenommen.

Bislang führten Fälle mit einer Prozedur für die *Anlage oder den Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie* (OPS-Kode 5-916.a-) bei Verbrennungen ohne weitere operative Prozedur mit Bezug zur MDC 22 in die Basis-DRG 901 *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose*. Gemäß den Inklusiva des OPS ist diese Kodegruppe auch bei Verbrennungen zu verwenden. Im Vorschlagsverfahren 2017 wurde die Abbildung der Fälle mit Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie bei Verbrennungen in den DRGs der MDC 22 angeregt. Im G-DRG-System 2017 werden solche Fälle nun sachgerecht in die Basis-DRG Y03 *Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen* eingruppiert.

Die routinemäßige Überprüfung der Kostentrenner in der MDC 22 führte darüber hinaus im G-DRG-System 2017 nur zu geringfügigen Anpassungen in der CCL-Matrix.

### 3.3.2.37 Versorgung von Kindern

Wie in den vergangenen Jahren wurde im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems erneut die Abbildung von Kindern umfassend überprüft, insbesondere im Hinblick auf weitere Alterssplits. Dies führte für 2017 zu insgesamt 273 „Kindersplits“ (240 im G-DRG-System 2016). Davon können 78 DRGs als „reine Kindersplits“ bezeichnet werden, was bedeutet, dass in diesen ausschließlich Kinder abgebildet werden. Ein Beispiel für einen neuen Kindersplit findet sich in der DRG B01Z *Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems*. Analysen zeigten höhere Kosten für Kinder unter 18 Jahre, sodass die Basis-DRG B01 in die DRGs B01A *Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Alter < 18 Jahre* und B01B *Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Alter > 17 Jahre* gesplittet wurde.

In weiteren 195 DRGs führt das Kindesalter ebenfalls zu einer Höhergruppierung, allerdings steht in diesen DRGs das Kindesalter neben weiteren den Schweregrad erhöh-

henden 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.

Beispiele für weitere Alterssplits sind:

- Neue DRG F73A *Synkope und Kollaps, Alter < 14 Jahre, ein Belegungstag* durch Split der DRG F73Z *Synkope und Kollaps*
- Neue unbewertete DRG U42A *Multimodale Schmerztherapie [...] Alter < 19 Jahre* durch Split der unbewerteten DRG U42Z *Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen*
- Neue DRG R66Z *Akute myeloische Leukämie oder andere [...] mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter < 18 Jahre*

In der Abdominalchirurgie wurden zwei neue Kindersplits eingeführt. In der DRG G02A *Eingriffe an den Verdauungsorganen [...] Alter < 10 Jahre* wurde ein Kindersplit < 10 Jahre in Kombination mit komplexen Eingriffen an Dünn- und Dickdarm etabliert. Es wurden wenige stark unterdeckte Fälle aufgewertet. Von diesem Umbau haben Extremkostenfälle im Kindesalter in der Basis-DRG G02 besonders profitiert.

In der Basis-DRG H02 *Komplexe Eingriffe an der Gallenblase und Gallenwegen* wurde ebenfalls ein neuer Kindersplit etabliert. Mit einem Alter unter 14 Jahren werden die Fälle jetzt in die H02A gruppiert.

Beispiele für Kindersplits mittels Prozeduren- oder Diagnosekode:

- Prozeduren für *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (8-98d)*, z.B. in zahlreichen „Langzeitbeatmungs-DRGs“ der Prä-MDC
- 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 *Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung (8-986.-)* in der DRG I66D

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 K06 *Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus* die intensivmedizinische Komplexbehandlung als weiteres Splitkriterium aufgenommen. Fälle ab 393 Aufwandspunkten für die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter führen neben Fällen mit 369 und mehr Aufwandspunkten für die aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung in die DRG K06A *Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus mit IntK > 392/368/- Punkte oder [...]*.

In der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* wurde eine neue DRG B45Z *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392/368/828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems* etabliert. Darüberhinaus wurde die Splitbedingung für die B70B *Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierende Diagnose [...]* um die Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung ab 197 Aufwandspunkte im Kindesalter und 185 Aufwandspunkte für aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung erweitert. Durch diese Änderungen konnten einige Fälle im Kindesalter aufgewertet werden. Hiervon haben in besonderem Maße Extremkostenfälle profitiert.

Aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren wurde die Abbildung von Fällen mit Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit erneut untersucht. Im Ergebnis fanden sich insgesamt ca. 180 Fälle in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser, die über fast 100 DRGs streuten und ein uneinheitliches Bild mit gleichermaßen höheren und niedrigeren Kosten in der jeweiligen DRG zeigten. Es ergab sich kein Anhalt für eine systematische Untervergütung der Fälle, ebenso konnte eine Vielzahl von Fehlkodierungen nicht ausgeschlossen werden. Die kalkulatorische Ermittlung eines Zusatzentgelts war somit nicht möglich.

Im Bereich der medikamentösen Zusatzentgelte wurden zahlreiche neue Kinderdosis-klassen zu bestehenden und neuen Zusatzentgelten eingeführt.

Drei neue unbewertete Zusatzentgelte (ZE2017-127, ZE2017-128 und ZE2017-129) wurden für die Therapie mit Asparaginase (pegylierte, nicht pegylierte und Erwinase) eingeführt. Für alle drei Asparaginase wurden Kinderdosis-klassen etabliert.

Für Belimumab, einen monoklonalen Antikörper zur Behandlung von systemischem Lupus erythematodes, Defibrotide, ein Medikament zur Therapie einer hepatischen veno-okklusiven Erkrankung (VOD) beispielsweise nach Stammzelltransplantation, und Thiopeta, ein Medikament, das bei einer Hochdosis-Chemotherapie vor Stammzelltransplantation eingesetzt wird, wurden unbewertete Zusatzentgelte mit zugehörigen Kinderdosis-klassen eingeführt.

Neben den neuen unbewerteten Zusatzentgelten wurden auch zwei bewertete Zusatzentgelte für die *Gabe von Lipegfilgrastim, parenteral* mit Kinderdosis-klassen etabliert. Lipegfilgrastim ist ein rekombinanter, pegylierter humaner Granulozyten-Kolonie stimulierender Faktor und wird beispielsweise nach Chemotherapie eingesetzt, um die Dauer einer Neutropenie zu verkürzen.

### **MDC 15 Neugeborene**

Die MDC 15 *Neugeborene* wurde dieses Jahr zum einen nach Anregungen aus dem Vorschlagsverfahren und zum anderen nach Analyse von Extremkostenfällen weiterentwickelt.

Ein Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren betraf die Hypothermiebehandlung beim Neugeborenen. In der Tabelle *Hypothermiebehandlung beim Neugeborenen* befanden sich zwei Codes. Der Code *Hypothermiebehandlung: Invasive Kühlung durch Anwendung eines speziellen Kühlkatheters* kann in der Neonatologie aufgrund der Größe der Katheter in der Regel nicht angewandt werden. Zwei bisher nicht in der Tabelle enthaltene Codes (*Nicht invasive Kühlung durch Anwendung eines über Biofeedback kontrollier- und steuerbaren Kühlpad- oder Kühlelementesystems* und *Nicht invasive Kühlung durch Anwendung eines sonstigen Kühlpad- oder Kühlelementesystems*) beschreiben in der Neonatologie etablierte und gebräuchliche Therapieformen, sodass diese beiden

Kodes trotz geringer Fallzahl bei ähnlichen Kosten zusätzlich in die Tabelle *Hypothermiebehandlung beim Neugeborenen* aufgenommen wurden.

Ein weiterer Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren betraf die *Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen*. In drei Basis-DRGs in der MDC 15 führen *schwere Probleme beim Neugeborenen* zu einer Höhergruppierung. Neben einer Tabelle mit entsprechenden Diagnosekodes führen hier auch eine Beatmung von mehr als 24 Stunden oder die Prozedur *Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen: Atemunterstützung mit kontinuierlichem positiven Atemwegsdruck [CPAP]: Bei Neugeborenen (0. bis 28. Lebensstag)* zu einer Höhergruppierung. Der entsprechende OPS-Code ist mit folgendem Hinweis versehen: *Bei einer Atemunterstützung unmittelbar nach der Geburt ist dieser Code nur dann anzugeben, wenn die Atemunterstützung mindestens 30 Minuten lang durchgeführt wurde.*

Daraus resultiert, dass bisher die CPAP-Atemunterstützung ab 30 Minuten und die maschinelle Beatmung erst ab 24 Stunden Therapiedauer höhergruppierend wirkt, was dem Vorschlag zufolge nicht dem Aufwand und den damit verbundenen Kosten der Fälle entspricht. In dem Vorschlag wird angeregt, die CPAP-Atemunterstützung mit der maschinellen Beatmung gleichzustellen.

Bei einer Gleichbehandlung von CPAP-Atemhilfe und maschineller Beatmung im Gruppierungsalgorithmus sind verschiedene Umsetzungsmöglichkeiten denkbar: zum einen, dass ein beliebiger Code für *Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen* unabhängig von der Therapiedauer zu einer Höhergruppierung führt, und zum anderen, dass erst ab einer Beatmungsdauer über 24 Stunden es auch für die Fälle mit CPAP-Atemhilfe zu einer Höhergruppierung kommt. Zwischen diesen beiden Varianten wurden unterschiedliche Konstellationen simuliert und analysiert und die Variante mit dem höchsten  $R^2$ -Wert umgesetzt. Im Ergebnis führt ab dem G-DRG-System 2017 eine Beatmungszeit ab 6 Stunden in Kombination mit einem Code für *Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen* oder einem Code für Oszillationsbeatmung zu einer Höhergruppierung, sodass Fälle mit CPAP-Atemunterstützung und Fälle mit anderen maschinellen Beatmungsformen nunmehr gleichgestellt sind. Ausgenommen davon sind lediglich die Verfahren High-Flow-nasal-Canula (HFNC) sowie sonstige und nicht näher bezeichnete Atemunterstützung.

Ein weiterer Umbau betraf die DRG P67D *Neugeborener Einling, Aufnahmegegewicht > 2499 g [...]*. Die Mehrzahl der Fälle in der DRG P67D wird als „gesundes Neugeborenes“ in der Geburtshilfe betreut. Diese Fälle prägen die Kosten und somit die Erlöse dieser DRG. Die DRG P67D hatte im G-DRG-System 2016 eine Bewertungsrelation von 0,249. Die nächsthöher bewertete DRG in der Basis-DRG P67 war die DRG P67C mit einer Bewertungsrelation von 0,668 (2,7-fach höherer Erlös). Dieser große Erlössprung führte dazu, dass bisher auch Fälle mit regelhaft höheren Kosten in der DRG P67D verbleiben mussten, da sie in der DRG P67C überdeckt gewesen wären. Eine Ausnahme stellen Mehrlinge dar, die in die DRG P66D *Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g [...]* oder *neugeborener Mehrling, Aufnahmegegewicht > 2499 g [...]* (Bewertungsrelation 0,345) umgeleitet wurden.

Im G-DRG-System 2017 wurde die DRG P67D gesplittet. Die Mehrlinge mit einem Aufnahmegegewicht von über 2499 g werden jetzt in die neue DRG P67D geführt, ebenso wie Fälle aus der ehemaligen DRG P67D mit aufwendiger Diagnostik oder therapeutischen Maßnahmen. Die übrigen Fälle aus der ehemaligen DRG P67D werden im G-DRG-System 2017 in die neue DRG P67E *Neugeborener Einling, Aufnahmegegewicht*



*> 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Prozedur eingruppiert.*

Beispiele für aufwendige Diagnostik:

- Magnetresonanztomographien
- Kardiorespiratorische Polysomnographie
- Schlaf-EEG
- Basisdiagnostik bei unklarem Symptomenkomplex bei Neugeborenen und Säuglingen mit weiteren Maßnahmen

Beispiele für therapeutische Maßnahmen:

- Aufwendige Gipsverbände (z.B. Becken-Bein-Gips bei angeborener Hüftluxation)
- Inzisionen an Haut und Unterhaut mit Drainage

Abbildung 38 zeigt die Veränderungen:

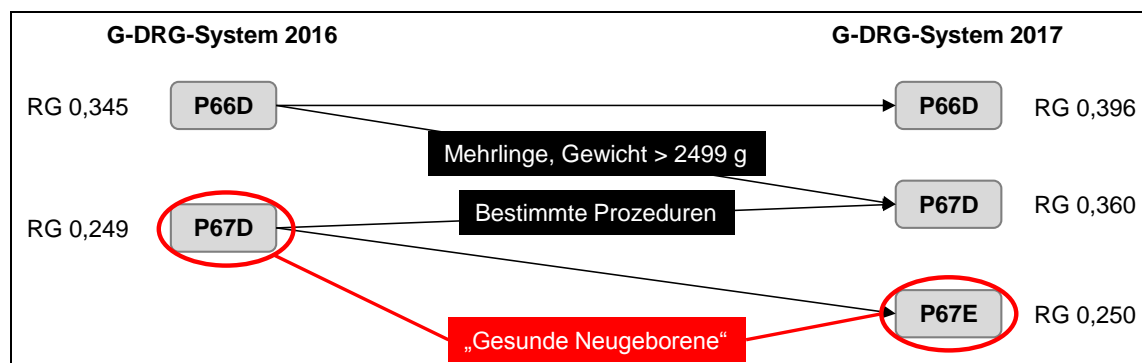


Abbildung 38: Fallverschiebungen aufgrund des Splits der P67D (G-DRG-System 2016) in die neuen DRGs P67D und P67E: Die typischen „gesunden Neugeborenen“ sind also zukünftig in erster Linie in der DRG P67E abgebildet

Durch die Analyse von Extremkostenfällen kam es zu mehreren Umbauten in der DRG P06A *Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, [...]*. Fälle mit Dialyse in der P06B wurden aufgewertet und werden zukünftig in die P06A *Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, [...]* oder Dialyse eingruppiert, ebenso Fälle mit Shuntoperationen zwischen großem und kleinem Kreislauf [Links-Rechts-Shunt] oder perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz- und Koronargefäßen.

Fälle mit Prothesenshunt zwischen A. pulmonalis und Aorta, zentral werden ab G-DRG-System 2017 in die Basis-DRG P02 eingruppiert und damit aufgewertet.

### 3.3.2.38 Wirbelsäulenchirurgie

Operative Eingriffe an der Wirbelsäule waren einer der Schwerpunkte der DRG-Weiterentwicklung in den letzten Jahren. Im Ergebnis ist die Abbildung der entsprechenden Fälle in 19 DRGs allein in den Basis-DRGs I06, I09, I10 und I45 der MDC08 bereits hochdifferenziert. Für 2017 haben die durchgeführten Analysen deren Abbildung im Wesentlichen bestätigt.

Einzig Fälle mit zwei Kyphoplastien an je einem Wirbelkörper zu unterschiedlichen Zeitpunkten wurden nach einer internen Analyse aufgewertet. Die Fälle werden ab dem G-DRG-System 2017 nicht mehr in die DRG I09F *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule [...], ohne best. WS-Osteosynthesen [...]*, sondern im Sinne einer Aufwertung in die DRG I09E *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, [...] mit best. WS-Osteosynthesen [...]* eingruppiert.

Einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend, wurden Fälle mit der Kombination einer dorsalen und/oder ventralen und/oder dorso-ventralen Spondylodese an der Wirbelsäule hinsichtlich der Gesamtzahl der Wirbelsäulensegmente mit oder ohne Schrauben-Stab-System analysiert. In der Konsequenz wurde die Splitbedingung für die DRGs I09C *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule [...] m. best. Ingr. am Schädel, Gehirn, Rückenm. od. WS* und I09D *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, [...] ohne best. Ingr. an Schädel, Gehirn, Rückenm. od. WS* erweitert, sodass Fälle mit kombinierten Spondylodesen dorsal (1 bis 2 Segmente), dorso-ventral (1 bis 2 Segmente) oder ventral (1 bis 5 Segmente) zukünftig mehrheitlich in die DRG I09D eingruppiert werden. Fälle, bei denen zusätzlich bestimmte Eingriffe an Schädel, Gehirn oder Rückenmark oder ein transpleuraler Zugang gewählt oder eine Spondylodese über drei oder mehr Segmente durchgeführt wurden, werden durch die oben genannte Splitänderung zukünftig in die I09C eingruppiert.

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

In der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2017 ist es erneut gelungen, Leistungen, die in den vergangenen Jahren als noch nicht sachgerecht vergütet identifiziert wurden (NUB-Status 1), in Form von Zusatzentgelten ins G-DRG-System zu integrieren.

NUB-Leistungen, die als Zusatzentgelte abgebildet werden konnten, sind in Tabelle 19 aufgeführt.

NUB-Verfahren	Status 2016	ZE2017	Bezeichnung Zusatzentgelt
Lipegfilgrastim	1	ZE160	Gabe von Lipegfilgrastim, parenteral
Belimumab	1	ZE2017-130	Gabe von Belimumab, parenteral
Defibrotide	1	ZE2017-131	Gabe von Defibrotid, parenteral
Lungenvolumenreduktion durch Einlage von Coils	1	ZE2017-136	Einlegen von endobronchialen Nitinolspiralen

Tabelle 19: Leistungen mit NUB-Status 1, die ab der G-DRG-Version 2017 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.

### 3.3.4 Sortierung

#### *Vorgehensweise*

Zur Vermeidung der Problematik einer „Mindervergütung bei Mehrleistung“ werden im G-DRG-System die DRGs gemäß ihren mittleren Inlierkosten sortiert. 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
- Einsortierung der kardiothorakalen und Gefäßeingriffe in die sonst disjunkten DRGs der MDC 15 entsprechend ihren Kosten
- Sortierung aller DRGs für intensivmedizinische Komplexbehandlung ihren Kosten entsprechend in die Abfragereihenfolge der Prä-MDC

- In den MDCs 12 und 13 werden die medizinischen Tumor-DRGs und entsprechende Strahlentherapie-DRGs individuell bei der Sortierung berücksichtigt
- Sortierung der Prä-MDC unter Berücksichtigung der zahlreichen DRG- und MDC-Zuweisungen

### **Besondere Konstellationen**

Wie oben 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 und somit auch untere Grenzverweildauer und obere Grenzverweildauer der Fälle betroffener DRGs berücksichtigt. Exemplarisch soll dies anhand der Sortierung innerhalb der Basis-DRG F19 erläutert werden.

Die DRG F19B *Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC oder Radiofrequenzablation über A. renalis, Alter < 18 Jahre* hat mit 1,782 ein niedrigeres Relativgewicht als die danach (innerhalb der MDC05 an Position 85) abgefragte DRG F19C *Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre* (RG: 1,804).

Die Abfrage der DRG F19B vor der DRG F19C hat zur Folge, dass Kinder, die in der Regel eine deutlich geringere Verweildauer als Erwachsene haben (mittlere Verweildauer: F19B 2,8 Tage vs. F19C 4,5 Tage), bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer in der DRG F19B besser abgebildet werden können, da der Abschlag der DRG F19B deutlich niedriger ist als der in der DRG F19C. Des Weiteren kann in der Kinder-DRG F19B bereits ab dem sechsten Tag ein Zuschlag geltend gemacht werden (siehe Abb. 39). 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 DRG F19C liegen.

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 transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen [...], Alter < 18 Jahre	1,782	2,8	1	0,149	6	0,168
F19C	O	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre	1,804	4,5	1	0,529	11	0,105
F19D	O							

Abbildung 39: Ausschnitt aus dem Fallpauschalen-Katalog 2017

Bis zum G-DRG-System 2016 war eine Sortierung anhand der mittleren Kosten der Inlier gleichbedeutend mit einer Sortierung nach Erlösen der Inlier. Die im Nachgang der Sortierung erfolgte Sachkostenkorrektur (siehe Kap. 3.2.3.1) führt nun allerdings zu einer Veränderung der Erlöse, sodass eine Prüfung der Auswirkungen der Sachkostenkorrektur auf die Sortierung erforderlich war. Die Analysen verdeutlichten, dass die Abstände der Kosten bzw. Bewertungsrelationen zwischen den DRGs überwiegend größer sind als die Auswirkungen der Sachkostenkorrektur. Nur einige wenige DRGs wiesen nach der Sachkostenkorrektur ein geringeres Relativgewicht auf als die darunter abgefragte DRG, weshalb eine Nachsortierung prinzipiell in Betracht zu ziehen war. Da die Sachkostenkorrektur ihrer Intention nach aber eine *Erlöskorrektur* ist, würde eine

Sortierung ihren Effekt prinzipiell relativieren. Nach Würdigung der bisher schon bei der Sortierung berücksichtigten Faktoren wurde deshalb letztlich nur die DRG I43A *Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen [...]* um zwei Ränge nach unten sortiert.

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

#### **3.3.5.1 Anpassungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen**

Die ab 1. Januar 2017 gültige ICD-10-GM Version 2017 enthält insgesamt 13.574 terminale Codes und somit 88 Codes mehr als die ICD-10-GM Version 2016 (13.486). Fast 99% dieser Codes (13.425) unterscheiden sich weder hinsichtlich des Codes noch hinsichtlich des zugehörigen Textes gegenüber dem Vorjahr.

Der OPS Version 2017 enthält insgesamt 30.439 terminale Codes. Das sind 670 Codes mehr als im OPS Version 2016 (29.769). Die Mehrzahl der Codes (27.262, 90%) 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 2017 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 2017 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 weitere Dosisklassen für Transfusion von Thrombozytenkonzentraten.

Die Codes für Thrombozytenkonzentrate der höchsten Dosisklassen wurden durch weitere Klassen weiter ausdifferenziert. Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate können jetzt in 29 Dosisklassen (2016: 24 Dosisklassen) kodiert werden. Pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate, Apherese-Thrombozytenkonzentrate, Thrombozytenkonzentrate und pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate können zukünftig in 46 Dosisklassen (2016: 30 Dosisklassen) kodiert werden. Die höchste Dosisklasse wird im G-DRG-System 2017 mit 374 Konzentraten erreicht. Aus technischen Gründen musste der jeweilige Codebereich aufgrund der Vielzahl an Dosisklassen auf mehrere Fünfsteller aufgeteilt werden, sodass beispielsweise die Codes für die Apherese-Thrombozytenkonzentrate ab 2017 in den Codebereichen 8-800.f und 8-800.k zu finden sind.

Darüber hinaus wurden neue Codes zur Abbildung von Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG in den OPS Version 2017 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 sind die neuen Codes für Rekonstruktion des Larynx: 5-315.a *Implantation oder Wechsel eines künstlichen Larynx*, 5-315.b *Entfernung eines künstlichen Larynx*, 5-315.c *Einsetzen oder Wechsel eines Ventilsystems für den künstlichen Larynx* und 5-315.d *Entfernung eines Ventilsys-*

*tems für den künstlichen Larynx.* Diese neuen Codes ermöglichen zukünftig die Analyse der NUB-Leistung *Künstlicher Kehlkopf nach totaler Laryngektomie.*

Weiterhin gibt es neue OPS-Kodes zur Abbildung von Medikamenten und Dosisklassen, die ab 2017 im OPS zu finden sind, wie z.B. Kodes aus 6-005.k *Applikation von Medikamenten, Liste 5: Defibrotid, parenteral* zur Definition der Dosisklassen beim Zusatzentgelt ZE2017-131 *Gabe von Defibrotid, parenteral.*

Entsprechend der Vorgehensweise der Vorjahre wurden auch für 2017 bestehende ICD-Kodes differenziert bzw. neue ICD-Kodes etabliert, um Unterschiede in Aufwand und Ablauf von Behandlungen darstellbar zu machen. So wurden im Codebereich C79.8- *Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen* neue fünfte Stellen eingeführt, um eine lokalisationsbezogene spezifische Kodierung von bösartigen Neubildungen des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe zu ermöglichen: C79.85 *Sekundäre bösartige Neubildung des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe des Halses* und C79.86 *Sekundäre bösartige Neubildung des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe der Extremitäten.* Auf diese Weise wird eine differenzierte Verschlüsselung dieser Erkrankungen ermöglicht.

### **3.3.5.2 Überleitung auf die ab 1. Januar 2017 gültigen Versionen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen**

Die Datenbasis, die der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2017 zugrunde liegt, beruht auf medizinischen Daten des Jahres 2015 (Datenjahr 2015). Die Diagnosen wurden dementsprechend mit der ICD-10-GM Version 2015 und die Prozeduren mit dem OPS Version 2015 kodiert.

Nach Abschluss der Weiterentwicklung für das Jahr 2017 stand zunächst die G-DRG-Version 2015/2017 zur Verfügung. Diese Version stellt die erste Übergangsversion dar, die den G-DRG-Algorithmus des Jahres 2017 anhand der im Datenjahr 2015 gültigen Diagnose- und Prozedurenkodes definiert. Zur Nutzung des G-DRG-Systems 2017 für die Gruppierung im Jahr 2017 mit den dann gültigen Leistungsbezeichnern waren zwei weitere Überleitungen des Systems notwendig.

In einem ersten Schritt wurde das G-DRG-System 2015/2017 auf das G-DRG-System 2016/2017 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 2016 gültigen Diagnosen- oder Prozedurenkodes die Funktion im Gruppierungsalgorithmus zugewiesen werden, die sein „Vorgängerkode“ in der Version 2015 der ICD- bzw. OPS-Klassifikationen im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2017 erhalten hatte. Dabei wurden textliche, inhaltliche und formale Änderungen der Codes sowie Änderungen der Kodierrichtlinien berücksichtigt.

Auf diese Weise entstand die G-DRG-Version 2016/2017. Die umfangreichen Änderungen und Anpassungen, die für diese Version notwendig waren, entsprechen weitestgehend den Änderungen, die bei der Überleitung der Übergangsversion 2015/2016 auf die G-DRG-Version 2016 vorgenommen wurden. Diese sind auch im Abschlussbericht des Jahres 2016 dargestellt. Angeregt auch von einem externen Hinweis, wurde im Vergleich zur Überleitung eine Änderung in der ICD-Überleitung vorgenommen. Die für das G-DRG-System 2016 vorgenommene Überleitung des in der ICD-Version 2016 neu

aufgenommenen Codes für *Überschüssige und erschlaffte Haut und Unterhaut* (L98.7) auf einen Code für *Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Haut und der Unterhaut* (L98.8) führte zur Abbildung der Fälle in der MDC 09. Für das G-DRG-System 2017 wurde dieser Code auf einen ICD-Kode für *Lokalisierte Adipositas* (E65) übergeleitet. Somit wird in den G-DRG-Versionen 2016/2017 und 2017 dieser Code innerhalb der MDC 10 gruppierungsrelevant.

Im zweiten Schritt wurde, analog zu diesem Vorgehen, die G-DRG-Version 2016/2017 auf die G-DRG-Version 2017 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 2017 auf Basis der Leistungsdaten der Jahre 2015 bzw. 2016 zu führen. Zu diesem Zweck erfolgt eine möglichst frühzeitige Gruppierungszertifizierung und die entsprechenden Definitionshandbücher werden bereits vor Veröffentlichung der G-DRG-Version 2017 auf der Homepage des InEK zur Verfügung gestellt. Dabei sollten die für diesen Zweck ebenfalls auf der Internetseite des InEK veröffentlichten „Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung“ berücksichtigt werden.

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

### 3.3.5.3 Behandlung nicht identischer Codes mit „Vorgängerkode“

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

- Klassifikatorische Überleitung
- Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

Diese Varianten werden im Folgenden anhand von Beispielen erläutert.

#### **Klassifikatorische Überleitung**

Im Rahmen der klassifikatorischen Überleitung wird den Codes, die im Jahr 2017 Gültigkeit erhalten, die Funktion zugewiesen, die ihr „Vorgängerkode“ in der Version 2016/2017 hatte. Typischerweise kommt dies bei einer Ausdifferenzierung von Codes vor.

So wird beispielsweise den im Jahr 2017 neu etablierten nach Stadien I bis III differenzierten fünfstelligen Codes für *Lymphödem nach (partieller) Mastektomie* die Funktion des im Jahr 2016 gültigen vierstelligen Codes I97.2 *Lymphödem nach Mastektomie* (siehe Tab. 20) zugewiesen.

Alter Kode (ICD-10-GM Version 2016)	Neue Kodes (ICD-10-GM Version 2017)
197.2 <i>Lymphödem nach Mastektomie</i>	197.20 <i>Lymphödem nach (partieller) Mastektomie (mit Lymphadenektomie), Stadium I</i> 197.21 <i>Lymphödem [...], Stadium II</i> 197.22 <i>Lymphödem [...], Stadium III</i> 197.29 <i>Lymphödem nach (partieller) Mastektomie, nicht näher bezeichnet</i>

Tabelle 20: Differenzierung des ICD-Kodes 197.2- Lymphödem nach (partieller) Mastektomie

Die neuen Kodes wurden gemäß der Überleitungstabelle des DIMDI auf den Vorgängerkode 197.2 übergeleitet. Konkret bedeutet dies für das G-DRG-System 2017:

In jeder Tabelle des G-DRG-Systems 2016/2017, in welcher der alte ICD-10-Kode 197.2 verzeichnet ist, wurden für das G-DRG-System 2017 jeweils die neuen Kodes an dessen Stelle eingetragen. In diesem Fall sind die folgenden Tabellen davon betroffen:

- Tabellen der gültigen Diagnose- und Hauptdiagnosekodes
- Hauptdiagnosentabelle der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma*
- Mäßig schwere Hauterkrankungen der Basis-DRGs J61 und J68
- Alterskonflikt – Erwachsene
- Geschlechtskonflikt – Diagnosen bei der Frau

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

### **Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung**

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

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

Bei der Überleitung der OPS-Kodes 2016 auf den OPS Version 2017 ergab sich in oben beschriebenem Sinne keine Notwendigkeit, die vom DIMDI vorgeschlagene klassifikatorische Überleitung zu ändern, daher wird die grundsätzliche Vorgehensweise hier anhand eines Beispiels aus der Überleitung 2015/2016 dargestellt.

Im Prozedurenkatalog 2016 wurden 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 chi-



rurgisches Verfahren (*Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch*) etabliert wurden. Laut klassifikatorischer Überleitung des DIMDI sollten diese neuen OPS-Kodes auf die für die jeweilige Rektumresektion unspezifischen Codes („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 Codes 5-484.\*8 und 5-484.\*9 auf die bestehenden dem Verfahren entsprechenden offen chirurgischen Codes übergeleitet.

### **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.

Folgendes Beispiel bezieht sich auf eine Anpassung des Algorithmus nach der Überleitung:

Im OPS Version 2017 wurde die Kodierung von CAD/CAM-Prothesen an Knie und Hüftgelenk geändert. Das Inklusivum CAD/CAM-Prothese wurde bei den Codes für eine Sonderprothese gestrichen. Die Implantation einer CAD/CAM-Prothese ist zukünftig mit dem jeweiligen Code für die Implantation der Endoprothese und den Zusatzcodes (5-829.m oder 5-829.p) zu kodieren. Um eine geänderte Gruppierung durch Änderung der Kodierung von CAD/CAM-Prothesen zu vermeiden, wurde nach der Überleitung die Basis-DRG I43 *Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk* in der Weise erweitert, dass in diese Basis-DRG auch Fälle mit *einer bikondylären Oberflächenersatzprothese / Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit am Kniegelenk* (5-822.g\* / 5-822.j\*) und einem Zusatzcode für CAD/CAM-Prothese eingruppiert werden. Innerhalb der MDC 08 wurde somit eine vollständig kongruente Anpassung zwischen Kalkulations- und Abrechnungsjahr erreicht.

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

Für neu in die ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen aufgenommene Codes, für die keine Überleitungsempfehlung des DIMDI vorlag, bestanden verschiedene Varianten der Berücksichtigung im G-DRG-System 2017:

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

Diese Varianten werden im Folgenden anhand von Beispielen erläutert.

#### ***Die Codes werden nicht berücksichtigt***

Dies stellt das typische Vorgehen bei der Aufnahme neuer Leistungsbereiche in den OPS oder bei Erweiterung des Anwendungsbereichs eines alten Codes auf den Geltungsbereich des G-DRG-Systems dar. Weil Kosteninformationen zu Verfahren bzw. Diagnosen fehlen, die im Jahr der Kalkulationsdatenerhebung noch nicht kodierbar waren, ist eine Bewertung dieser Leistungen in der Regel nicht möglich. Aktuelles Beispiel sind die in den OPS Version 2017 neu aufgenommenen Codes für die *Hochaufwendige Pflege von Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen* (9-203.\*). Diese Codes sind im G-DRG-System 2017 gültige Prozeduren ohne Gruppierungsrelevanz.

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

Ein neuer ICD-Code muss jedoch der Systemlogik folgend mindestens einer DRG der medizinischen Partition einer MDC (oder den unzulässigen Hauptdiagnosen und damit einer Fehler-DRG) zugeordnet werden. Ein Beispiel sind die in der ICD-10-GM Version 2017 neuen Zusatzcodes für die Kodierung von NYHA-Stadien I bis IV bei einer Rechtsherzinsuffizienz (I50.02 bis I50.05). Diese neuen Codes wurden auf den Diagnosecode *Sonstige Herzkrankheiten bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten* (I52.0) übergeleitet und werden damit den unzulässigen Hauptdiagnosen der MDC 05 zugeordnet. Dies entspricht auch ihrer formalen Funktion in der ICD-10-GM („Sekundärkode“).

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

In den Jahren 2016 oder 2017 neu etablierte ICD-10- und OPS-Codes sind in den regulären Kalkulationsdaten, die dem InEK bei der Entwicklung des G-DRG-Systems 2017 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 2017 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-Kodes 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 *Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang: Endoskopische transduodenale Entfernung von Pankreasnekrosen: Ohne Einlegen eines Stents / mit Einlegen eines nicht selbstexpandierenden Stents / mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents (5-529.s\*)*. Eine Überleitung gemäß der DIMDI-Liste auf den Code für *Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang: Sonstige* würde die neuen Codes für eine endoskopische Vorgehensweise bei einer Entfernung von Pankreasnekrosen als operative Prozeduren im G-DRG-System etablieren. Dies entspricht nicht sicher der bisher gewählten Kodierung und ggf. auch nicht der zu erwartenden Kostenstruktur der Fälle. Durch die abweichende Überleitung der entsprechenden neuen Codes auf inhaltsähnliche Codes für *Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang: Endoskopische transgastrale Entfernung von Pankreasnekrosen: Ohne Einlegen eines Stents / mit Einlegen eines nicht selbstexpandierenden Stents / mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents (5-529.p\*)* können die Fälle, die diese neuen Codes besitzen, bereits im Jahr 2017 entsprechend der Gruppierungsrelevanz der inhaltlich sehr gut vergleichbaren Codes den DRGs der Basis-DRG H41 *ERCP oder bestimmte endoskopische Eingriffe* zugeordnet und dementsprechend voraussichtlich sachgerechter abgebildet werden.

### **3.3.6 Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien**

Im Rahmen der diesjährigen Überarbeitung der Deutschen Kodierrichtlinien wurde eine weitere Konsolidierung im Sinne von Klarstellungen auf Basis umfangreicher Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2017 und an die Selbstverwaltungspartner und das InEK vorgenommen. Zusätzlich zur Klarstellung und redaktionellen Anpassung einzelner Kodierrichtlinien erfolgte generell eine Anpassung an Änderungen der Diagnosen-/Prozedurenklassifikation sowie der G-DRG-Klassifikation für 2017.

Im Folgenden einige Beispiele für prägnante Änderungen/Klarstellungen:

- DKR P003p: Diese Kodierrichtlinie enthält Hinweise und formale Vereinbarungen für die Benutzung des OPS, die auch dort geregelt sind. Für die Version 2017 wurden einige Formulierungen an die Hinweise für die Benutzung des OPS angepasst und damit aktualisiert.
- DKR 0801p: In dieser DKR wird geregelt, in welchen Situationen Codes aus den Bereichen H90.- *Hörverlust durch Schallleitungs- oder Schallempfindungsstörung* und H91.- *Sonstiger Hörverlust* als Hauptdiagnose angegeben werden können. Diese waren bisher ein plötzlicher Hörverlust bei Erwachsenen und Untersuchungen bei Kindern, wenn ein CT unter Sedierung oder Hörtests durchgeführt werden. Für 2017 wurde klargestellt, dass diese Diagnosen auch angewendet werden können, wenn die stationäre Aufnahme zur Einführung eines Kochlea- oder Hörimplantates erfolgt. Außerdem wurde klargestellt, dass die Aufzählung der Situationen, in denen diese Codes als Hauptdiagnose kodiert werden können, nicht abschließend ist.

- DKR 1510p: In dem Absatz „Schwangerschaft als Nebenbefund“ wurde bisher für die Diagnose Z34 *Überwachung einer normalen Schwangerschaft* geregelt, dass diese als Nebendiagnose angegeben wird, wenn eine Patientin wegen einer Erkrankung aufgenommen wird, die weder die Schwangerschaft kompliziert noch durch die Schwangerschaft kompliziert wird. Seit der G-DRG-Version 2016 sind der Kode Z34 und der Codebereich Z35.- *Überwachung einer Risikoschwangerschaft* im Rahmen der CCL-Systematik außerhalb der MDC 14 *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* gruppierungsrelevant. Aufgrund von Hinweisen auf Kodierstreitigkeiten im diesjährigen Vorschlagsverfahren hinsichtlich der Verschlüsselung von Kodes aus Z35.- wurde für 2017 die Kodierung analog zum Kode Z34 geregelt.
- DKR 1917p: Für die DKR Version 2016 wurde an dieser Stelle geregelt, dass bei Fällen mit stationärer Aufnahme wegen einer Blutung unter Einnahme von Antikoagulanzen das konkrete Blutungsereignis nach Lokalisation als Hauptdiagnose anzugeben ist. Für die Version 2017 erfolgte der Austausch von Beispiel 1 gegen ein neues Beispiel, das keinen Bezug zu einer medikamentösen Beeinflussung der Blutgerinnung aufweist, da dies bereits in den für die Version 2016 aufgenommenen Beispielen 3 und 4 ausführlich erläutert wird.

In Anhang B der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2017 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 2017 umfasst insgesamt 1.255 DRGs. Einen Überblick über die Veränderungen im Vergleich zum G-DRG-System 2016 gibt Tabelle 21:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
G-DRG-System 2017	1.255	+ 35
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.208	+ 35
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	42	± 0
davon rein teilstationäre DRGs	5	± 0
davon bewertet (Anlage 1c)	2	± 0
davon explizite Ein-Belegungstag-DRGs	24	+ 1
davon implizite Ein-Belegungstag-DRGs	366	+ 13

Tabelle 21: Überblick über das G-DRG-System 2017

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

Im Zusatzentgelte-Katalog (FPV 2017 Anlage 2) werden 95 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 99) aufgeführt. Die Anzahl der krankenhaushausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (FPV 2017 Anlage 4) liegt bei 96 (Vorjahr: 80).

##### 3.4.1.2 Nicht bewertete DRGs

Im G-DRG-System 2017 ist die Anzahl der als „nicht pauschalierbar“ dargestellten DRGs gegenüber dem G-DRG-System 2016 mit 42 DRGs unverändert.

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 2017 dazu, dass sich die 42 in Anlage 3a der FPV 2017 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. Die Anzahl der Zusatzentgelte des G-DRG-Systems 2017 im Vergleich zum G-DRG-System 2016 ist in Tabelle 22 vergleichend dargestellt.

	G-DRG-System 2016	G-DRG-System 2017
<b>Mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte</b>		
Operative und interventionelle Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	36	37
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	59	54
Besondere Behandlungsformen	4	4
<b>Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG</b>		
Operative und interventionelle Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	42	44
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	35	47
Besondere Behandlungsformen	3	5
<b>Gesamt</b>	<b>179</b>	<b>191</b>

Tabelle 22: Vergleich der Anzahl der Zusatzentgelte im G-DRG-System 2016 und 2017

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* (ZE2017-26), die *Versorgung von Schwerstbehinderten* (ZE2017-36), die *Naturheilkundliche Komplexbehandlung* (ZE2017-40), die *Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst* (ZE2017-133) und die *Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen externen Palliativdienst* (ZE2017-134) (jeweils Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG).

#### Dialysen

Für die Zusatzentgelte ZE01.02 *Hämodialyse, intermittierend, Alter < 15 Jahre* und ZE61 *LDL-Apherese* entsprach die Datenbasis aufgrund von Datenproblemen bei den jeweils fallzahlstarken Kalkulationskrankenhäusern nicht den Anforderungen des Re-

gelwerks. Zur Vermeidung einer temporären Verschiebung dieser Leistung zwischen Anlage 2 (bewertet) und Anlage 4 (unbewertet) wurden für die Bewertung die Vorjahreswerte unverändert übernommen. Anlässlich der uneinheitlichen Datenbasis bleibt das ZE2017-109 *Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran* weiterhin unbewertet.

### **Verfahren**

Im Bereich der Zusatzentgelte für operative, interventionelle und diagnostische Verfahren konnte nach Anregungen im Vorschlagsverfahren und eingehender Analyse der Kalkulationsdaten eine Leistung, die bisher unter NUB-Status 1 eingestuft war, als unbewertetes Zusatzentgelt in den Katalog für 2017 aufgenommen werden:

- ZE2017-136 *Einlegen von endobronchialen Nitinolspiralen*

Ein weiteres Verfahren konnte aufgrund eingehender Analysen und Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren ebenfalls als unbewertetes Zusatzentgelt abgebildet werden:

- ZE2017-135 *Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Neugeborenen und Säuglingen mit weiteren Maßnahmen*

Ein Verfahren konnte basierend auf Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren und bei hinreichenden Fallzahlen und Kostenhomogenität als bewertetes Zusatzentgelt in den Katalog für 2017 aufgenommen werden:

- ZE161 *Radiofrequenzablation Ösophagus*

Die für 2016 neu etablierten Codes für Implantation oder Wechsel von Neurostimulatoren zur Phrenikusnerv-Stimulation wurden für das G-DRG-System 2016 durch Überleitung in die bewerteten Zusatzentgelte ZE140 und ZE141 aufgenommen. Für das G-DRG-System 2017 wurden die entsprechenden Leistungen dem unbewerteten Zusatzentgelt ZE2017-86 zugeordnet, um über krankenhausindividuell zu vereinbarende Entgelte eine sachgerechte Abbildung betroffener Fälle zu ermöglichen, wie in Kapitel 3.3.2.26 näher erläutert.

Des Weiteren wurde das unbewertete Zusatzentgelt ZE2017-54 *Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt* um zwei weitere Leistungen ergänzt: endoskopische transduodenale Drainage einer Pankreaszyste mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents und endoskopische transduodenale Entfernung von Pankreasnekrosen mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents.

Auf Beschluss der Vertragsparteien auf Bundesebene vom 25. November 2016 wurde das unbewertete Zusatzentgelt ZE2017-09 *Hämoperfusion* um die ab dem 1. Januar 2017 regulär über den OPS-Kode 8-821.2 verschlüsselbare Leistung *Adsorption zur Entfernung hydrophober Substanzen (niedrig- und/oder mittelmolekular)* ergänzt.

Alle nicht aufgeführten Zusatzentgelte wurden erforderlichenfalls auf Codes des OPS Version 2017 übergeleitet und auch bei unveränderter Definition auf Grundlage der Kalkulationsdaten des Jahres 2015 neu kalkuliert, sodass sich in jedem Fall veränderte Abrechnungsbeträge ergeben.

### **Medikamente**

In die Liste der unbewerteten Zusatzentgelte wurden zwei neue Zusatzentgelte für Medikamente aufgenommen, die für das Jahr 2016 den NUB-Status 1 erhalten hatten: ZE2017-130 *Gabe von Belimumab, parenteral* und ZE2017-131 *Gabe von Defibrotid*,

*parenteral*. Die Leistungen erfüllen zwar die Kriterien für eine Zusatzentgelt-Definition, konnten jedoch auf Basis der vorhandenen Daten nicht mit einem Vergütungsbetrag bewertet werden. Ein weiteres Medikament mit NUB-Status 1 konnte in die Liste der Zusatzentgelte aufgenommen werden. Die Gabe des Granulozyten-Kolonie stimulierenden Faktors (G-CSF) Lipegfilgrastim kann ab dem G-DRG-System 2017 über das bewertete Zusatzentgelt ZE160 *Gabe von Lipegfilgrastim, parenteral* abgerechnet werden.

Darüber hinaus wurden basierend auf den Analysen im Rahmen des Extremkostenberichts einige Medikamente in die Liste der unbewerteten Zusatzentgelte aufgenommen, die bereits seit vielen Jahren in deutschen Kliniken eingesetzt werden und nicht über NUB-Entgelte finanziert werden konnten. Bei diesen neuen Zusatzentgelten handelt es sich zum einen um verschiedene Asparaginasen, die Bestandteil einer antineoplastischen Kombinationstherapie der akuten lymphatischen Leukämie (ALL) im Kindes- und Erwachsenenalter sind: ZE2017-127 *Gabe von L-Asparaginase aus Erwinia chrysanthemi [Erwinase], parenteral*, ZE2017-128 *Gabe von nicht pegylierter Asparaginase, parenteral* und ZE2017-129 *Gabe von pegylierter Asparaginase, parenteral*. Zum anderen wurde auch das Medikament Thiotepe, das mit anderen Chemotherapeutika zur Konditionierung vor allogener oder autologer hämatopoetischer Stammzelltransplantation (HSZT) eingesetzt wird, in die Anlage der unbewerteten Zusatzentgelte aufgenommen: ZE2017-132 *Gabe von Thiotepe, parenteral*.

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. inklusive teilstationärer Chemotherapien über sehr lange Zeiträume, wurden beibehalten.

Im letzten Jahr war die Gabe von Ipilimumab, das derzeit vornehmlich bei Behandlung des fortgeschrittenen Melanoms bei Erwachsenen eingesetzt wird, in den Katalog der unbewerteten Zusatzentgelte aufgenommen worden. Detaillierte Analysen der Daten des Jahres 2015 und Nachfragen bei den Kalkulationskrankenhäusern verdeutlichten, dass die für 2016 etablierten Dosisklassen und die Einstiegsschwelle von 120 mg den aktuellen Dosierungsempfehlungen bei bestimmten Kombinationstherapien nicht gerecht werden. Aus diesem Grund wurden für das Zusatzentgelt ZE2017-126 *Gabe von Ipilimumab, parenteral* neue Dosisklassen mit einer Einstiegsschwelle ab 50 mg etabliert.

Für einige bewertete Zusatzentgelte, für die in Deutschland in den vergangenen Jahren jeweils nur ein Präparat zur Verfügung stand, sind aufgrund einer geänderten Patentsituation derzeit bereits weitere Präparate (Generika, Biosimilars) am Markt verfügbar oder werden in naher Zukunft verfügbar sein. Auch in den Daten der unterjährigen Preisabfrage bei den Kalkulationskrankenhäusern wurde für einen Teil der betroffenen Medikamente erkennbar, dass durch den beschriebenen Sachverhalt ein deutlicher Preisrückgang zu erwarten ist. Zusätzlich erhielt das InEK aus einigen Kliniken Hinweise, dass durch die zu erwartende Verfügbarkeit preiswerter Generika „nicht medizinische Anreize“ bei der Auswahl von Präparaten zu befürchten seien. Aus den beschriebenen Gründen wurden die in Tabelle 23 aufgelisteten Zusatzentgelte für das Jahr 2017 in die Liste der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG überführt.



Leistung	ZE (2016)	ZE (2017)
Gabe von Caspofungin, parenteral	ZE109	ZE2017-123
Gabe von Voriconazol, oral	ZE111	ZE2017-124
Gabe von Voriconazol, parenteral	ZE112	ZE2017-125
Gabe von Pemetrexed, parenteral	ZE53	ZE2017-120
Gabe von Etanercept, parenteral	ZE76	ZE2017-121
Gabe von Imatinib, oral	ZE92	ZE2017-122

Tabelle 23: Bewertete Zusatzentgelte, die im G-DRG-System 2017 in den Katalog der unbewerteten Zusatzentgelte aufgenommen wurden

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. Wie in den letzten Jahren auch wurde im Vorschlagsverfahren thematisiert, dass die Gabe von pathogeninaktivierten Konzentraten, die schon seit 2014 spezifisch kodiert werden können, mit deutlich höheren Kosten verbunden sei. Aufgrund der weiterhin geringen Anzahl betroffener Fälle und einer uneinheitlichen Datenlage war eine Kalkulation gesonderter Zusatzentgelte jedoch weiterhin nicht möglich. Dementsprechend werden die Gaben von pathogeninaktivierten Konzentraten im G-DRG-System 2017 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 2015, 2016 und 2017) von 1.200 über 1.220 auf nun 1.255 angestiegen. Parallel dazu verläuft die Entwicklung der Anzahl bewerteter DRGs von 1.152 über 1.173 auf 1.208.

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 2015, 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 nur leicht angestiegen ist. Rund 63% der dem KHEntgG unterliegenden Krankenhäuser rechnen höchstens 400 verschiedene DRG-Fallpauschalen ab (siehe Abb. 40).

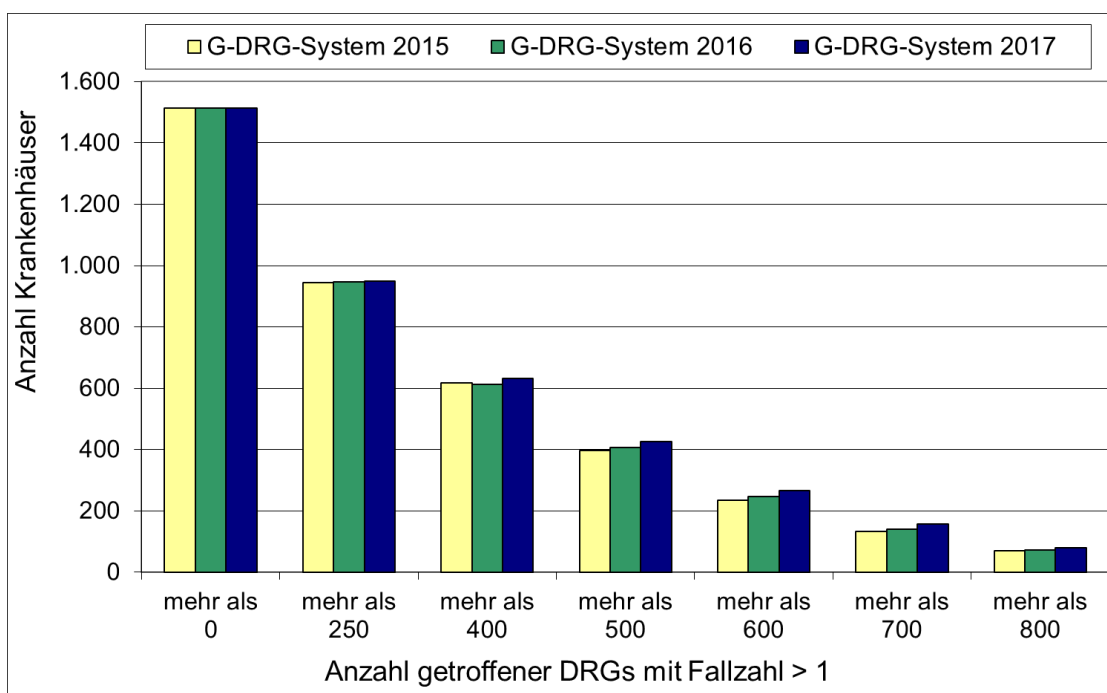


Abbildung 40: Anzahl getroffener DRGs pro Krankenhaus (Fallzahl > 1) für die drei G-DRG-Systeme 2015, 2016 und 2017, Basis: Vollstationäre Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2015

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

Die Abbildung der 200 fallzahlstärksten DRGs in einer Sättigungskurve zeigt, dass das G-DRG-System einen hohen Grad der Pauschalierung erreicht hat. Bereits die 200 fallzahlstärksten Fallpauschalen bilden rund 75% aller abrechenbaren vollstationären Fälle ab. Der Grad der Pauschalierung ist im Vergleich der drei untersuchten G-DRG-Systeme in etwa gleich (siehe Abb. 41).

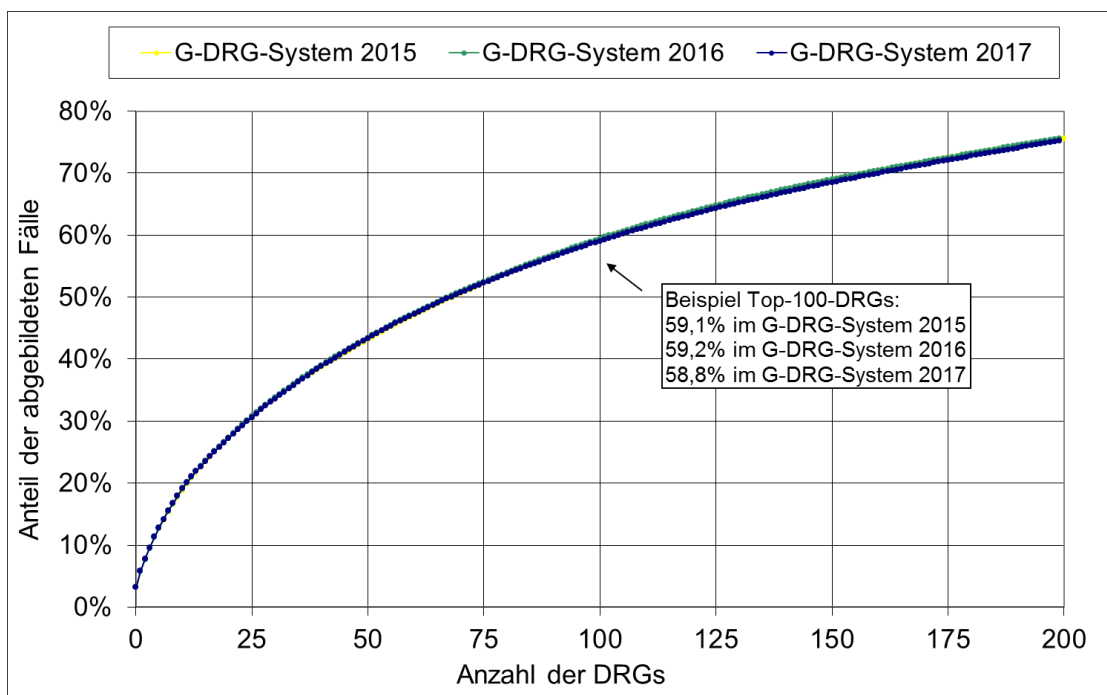


Abbildung 41: Anteil der vollstationären Fälle in den 200 fallzahlstärksten DRGs, G-DRG-Systeme 2015, 2016 und 2017, Basis: Vollstationäre Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2015

In Abbildung 42 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.

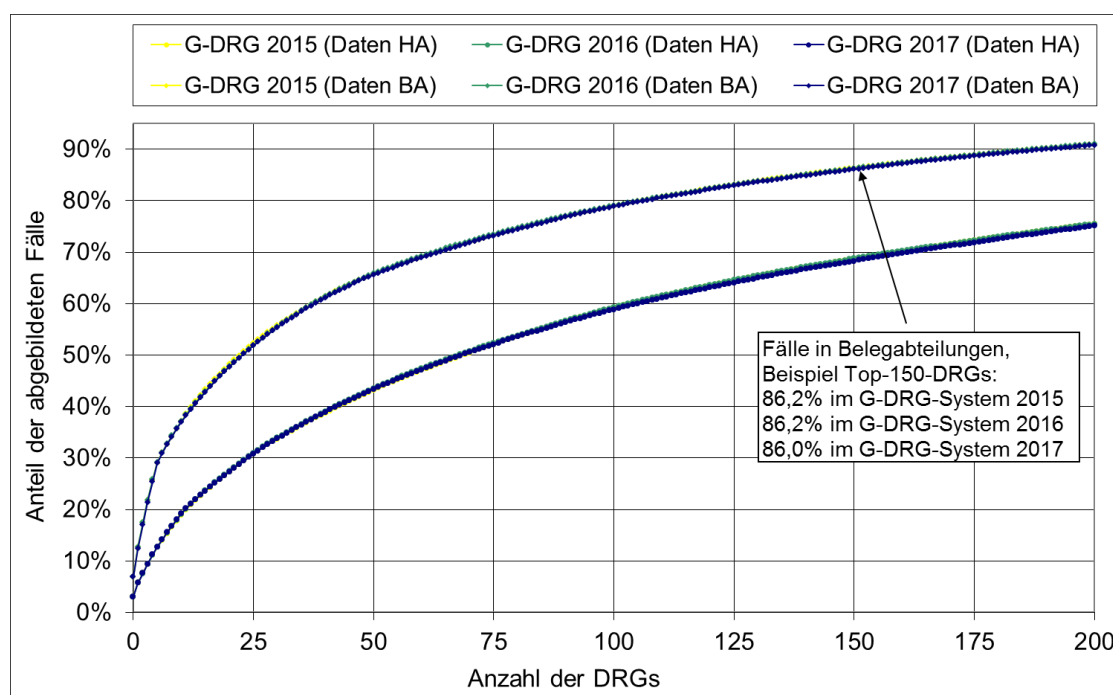


Abbildung 42: Anteil der Fälle in Haupt- und Belegabteilungen in den 200 fallzahlstärksten DRGs, G-DRG-Systeme 2015, 2016 und 2017, Basis: Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2015

Dieses Ergebnis konnte erwartet werden, nachdem die 66 eigenständig kalkulierten Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung insgesamt 65% der abrechenbaren Fälle in belegärztlicher Versorgung darstellen (siehe Kap. 3.3.1.2 und Anhang A-2).

### 3.4.3 Statistische Güte der Klassifikation

Die Fähigkeit zur Bildung kostenhomogener Klassen bildet die Grundlage zur Einschätzung der Güte pauschalierender Entgeltsysteme. Die Klassifikationsgüte des 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 2016 als auch nach dem G-DRG-System 2017 gruppiert.

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

Entsprechend wurden 1.147 DRGs im G-DRG-System 2016 bzw. 1.181 DRGs im G-DRG-System 2017 für die Analyse verwendet.

### **Analyse der Varianzreduktion**

Zur Bewertung des G-DRG-Systems 2017 im Vergleich zum G-DRG-System 2016 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 2015 – für alle Fälle und für Inlier – berechnet und einander gegenübergestellt (siehe Tab. 24):

	<b>G-DRG-System 2016</b>	<b>G-DRG-System 2017</b>	<b>Verbesserung (in %)</b>
R <sup>2</sup> -Wert auf Basis aller Fälle	0,7875	0,7905	0,4
R <sup>2</sup> -Wert auf Basis der Inlier	0,8647	0,8691	0,5

Tabelle 24: Vergleich der Varianzreduktion  $R^2$  in den G-DRG-Systemen 2016 und 2017, Basis: Datenjahr 2015

Bezogen auf alle Fälle konnte die Varianzreduktion um 0,4% verbessert werden. Für Inlier wurde ein  $R^2$ -Wert von 0,8691 erreicht. Somit konnte der  $R^2$ -Wert als Maß für die Varianzreduktion auf Basis der Inlier im G-DRG-System 2017 im Vergleich zur Version 2016 um 0,5% gesteigert werden.

Neben der Betrachtung des gesamten G-DRG-Systems kann die Varianzreduktion auch für jede einzelne MDC berechnet werden. In Abbildung 43 sind die  $R^2$ -Werte je MDC auf Basis der Inlier dargestellt. Aufgrund der neu geschaffenen MDC 24 *Sonstige DRGs* (siehe Kap. 3.3.2.25) sind hierbei die bewerteten Fälle, die nach dem G-DRG-System 2016 in die MDC *Fehler-DRGs und sonstige DRGs* und nach dem G-DRG-System 2017 in die MDC 24 *Sonstige DRGs* gruppiert wurden, in einer Kategorie dargestellt, da hier ganz überwiegend eine Migration aus den Basis-DRGs 901 und 902 (G-DRG-System 2016) in die Basis-DRGs 801 und 802 (G-DRG-System 2017) stattfand.

Die Sortierung der MDCs erfolgt absteigend nach dem  $R^2$ -Wert für das G-DRG-System 2017 (linke Skala). Der Index gibt das Verhältnis zwischen der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das G-DRG-System 2017 und der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das G-DRG-System 2016 wieder. Eine Referenzlinie für den Indexwert 100 (rechte Skala) erleichtert den Vergleich.

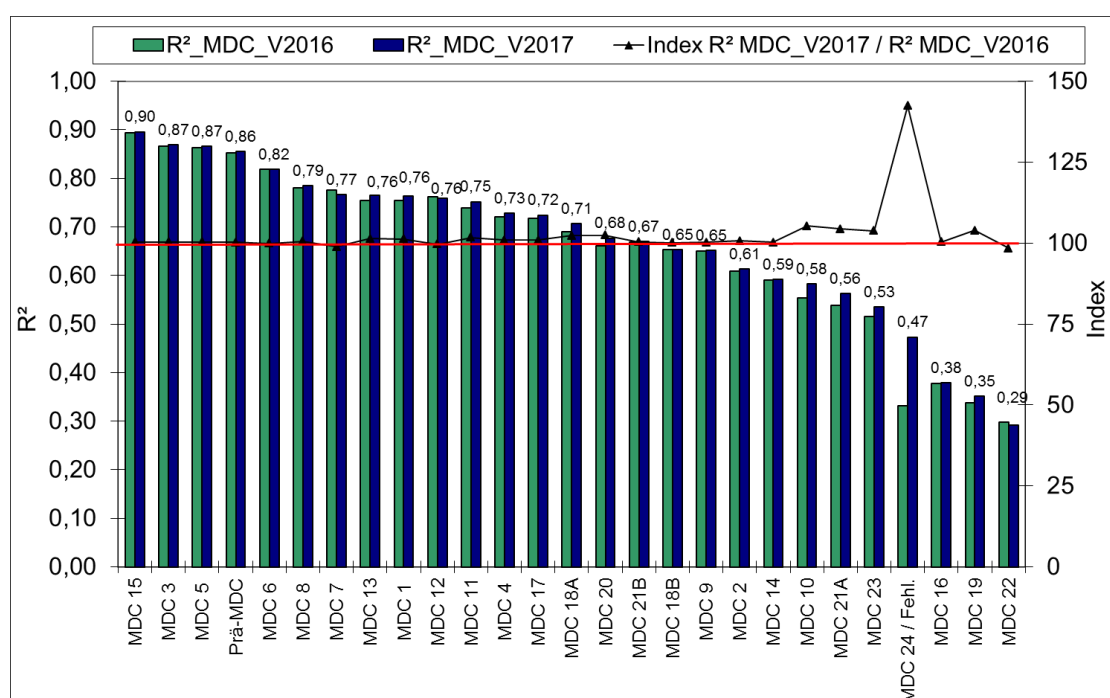


Abbildung 43: R<sup>2</sup>-Wert je MDC für die G-DRG-Systeme 2016 und 2017, Basis: Inlier (Sortierung nach R<sup>2</sup>-Wert für das G-DRG-System 2016), Datenjahr 2015

Die Darstellung zeigt die Unterschiede in der Varianzreduktion zwischen den MDCs. Lässt man in der Betrachtung die MDC *Fehler-DRGs* und *sonstige DRGs* bzw. die MDC 24 *Sonstige DRGs* unberücksichtigt, so ist in 23 von 26 MDCs eine gleichbleibende oder verbesserte Varianzreduktion im Vergleich des G-DRG-Systems 2017 gegenüber dem G-DRG-System 2016 zu verzeichnen.

In den folgenden MDCs wurden die deutlichsten prozentualen Steigerungen des R<sup>2</sup>-Wertes erreicht:

- MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* (Index 105,3)
- MDC 21A *Polytrauma* (Index 104,4)
- MDC 19 *Psychische Krankheiten und Störungen* (Index 104,0)
- MDC 23 *Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens* (Index 103,9)

Die Varianzreduktion in den MDCs, die in beiden Versionen des G-DRG-Systems knapp die Hälfte der analysierten Fälle stellen (48,5%), hat sich wie folgt verändert:

- MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*: von 0,7546 auf 0,7639 (Index 101,2)
- MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*: von 0,8632 auf 0,8657 (Index 100,3)
- MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*: von 0,8188 auf 0,8184 (Index 100,0)
- MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*: von 0,7806 auf 0,7852 (Index 100,6)

### 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 2015) für die analysierten DRGs – folgende Situation (siehe Tab. 25):

Homogenitäts- koeffizient Kosten	G-DRG-System 2016		G-DRG-System 2017		Verände- rung des Anteils
	Anzahl	Anteil (in %)	Anzahl	Anteil (in %)	Veränderung (in %)
Bereich					
unter 60%	15	1,3	14	1,2	- 9,4
60 bis unter 65%	73	6,4	75	6,4	- 0,2
65 bis unter 70%	344	30,0	345	29,2	- 2,6
70 bis unter 75%	353	30,8	362	30,7	- 0,4
75% und mehr	362	31,6	385	32,6	+ 3,3
<b>Gesamt</b>	<b>1.147</b>		<b>1.181</b>		

Tabelle 25: Vergleich Homogenitätskoeffizient Kosten für die G-DRG-Systeme 2016 und 2017, Basis: Inlier, Datenjahr 2015

In der Klasse mit der höchsten Homogenität („75% und mehr“) ist ein Anstieg von 3,3% festzustellen.

### Analyse des Konfidenzintervalls der Fallkosten

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

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

Die analysierten DRGs wurden in Klassen eingeteilt, die den beschriebenen Anteil widerspiegeln. Abbildung 44 zeigt den DRG-Anteil in den verschiedenen Klassen für die G-DRG-Systeme 2016 und 2017.

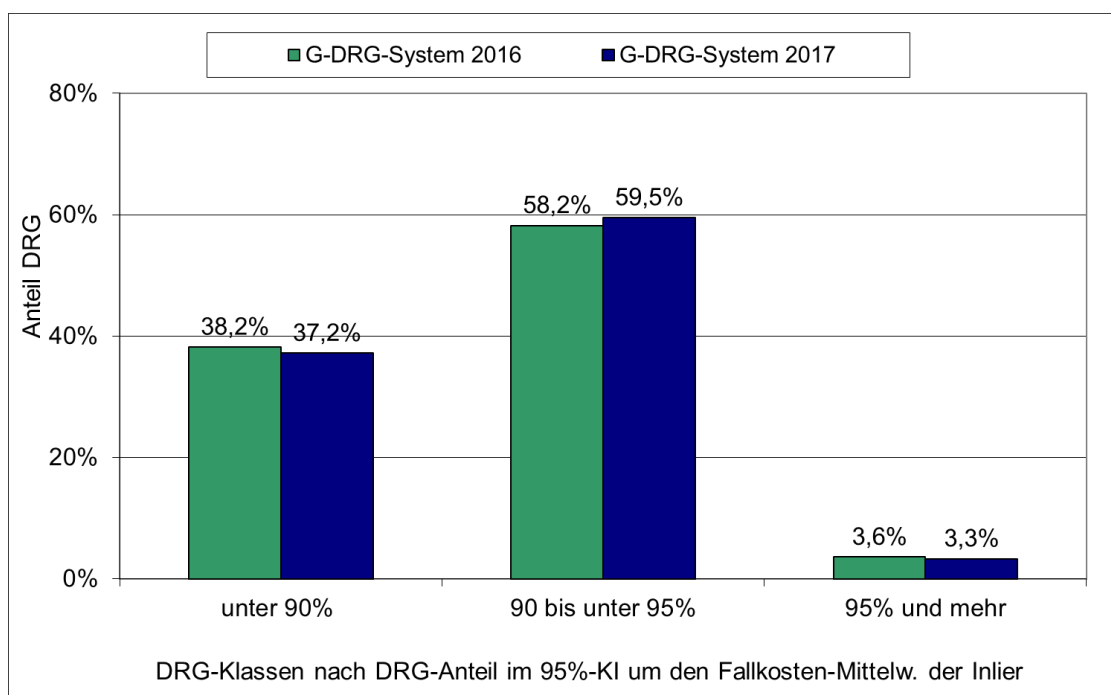


Abbildung 44: Vergleich der DRG-Klassen im 95%-Konfidenzintervall um den Fallkosten-Mittelwert der Inlier für die G-DRG-Systeme 2016 und 2017 bezüglich Fallanteil, Basis: Datenjahr 2015

Beim Vergleich des G-DRG-Systems 2017 mit dem G-DRG-System 2016 ist eine Verschiebung des DRG-Anteils von der Klasse „unter 90%“ hin zur Klasse „90% bis unter 95%“ festzustellen.

Diese Resultate unterstreichen insgesamt die Kostenhomogenität des G-DRG-Systems 2017.

### 3.4.4 Analyse der Verweildauer

#### 3.4.4.1 Verweildauervergleich der Datenjahre 2013, 2014 und 2015

Vor der Analyse auf Repräsentativität der Verweildauer wurde die Verweildauer in den Daten gem. § 21 KHEntgG untersucht. Als Analysebasis dienten die aus den drei Datenjahren 2013, 2014 und 2015 jeweils gemäß G-DRG-Version 2015 gruppierten Fälle in Hauptabteilungen ohne Fälle in nicht bewerteten DRGs (Anlage 3a). Der Analyse lagen rund 17,4 bzw. 17,6 bzw. 18,0 Mio. Fälle zugrunde.

Im Durchschnitt ergab sich in den Daten gem. § 21 KHEntgG ein Verweildauerrückgang von 2,2% vom Datenjahr 2013 zum Datenjahr 2014 sowie ein Rückgang von 1,7% vom Datenjahr 2014 zum Datenjahr 2015 (siehe Tab. 26).

Daten gem. § 21 KHEntgG Hauptabteilung	Verweildauer- Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)
Datenjahr 2013	6,47		
Datenjahr 2014	6,33	- 0,14	- 2,2
Datenjahr 2015	6,22	- 0,11	- 1,7

Tabelle 26: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gem. § 21 KHEntgG, Basis: Datenjahre 2013 bis 2015, Hauptabteilungen, gruppiert nach G-DRG-Version 2015

Betrachtet man nur die Datenjahre 2014 und 2015, ergibt sich bei den 20 häufigsten DRGs, die 26,9% der Fälle in den Daten gem. § 21 KHEntgG des Jahres 2015 repräsentieren, ein Rückgang des Verweildauer-Mittelwerts von 0,11 Tagen bzw. 2,3%.

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 27 dargestellt.

Nach dieser DRG-Filterung ist ein Verweildauerrückgang vom Datenjahr 2014 zum Datenjahr 2015 von 2,9% für Fälle in Hauptabteilungen bzw. 2,5% 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 2013	5,67			4,09		
Datenjahr 2014	5,42	- 0,25	- 4,4	3,95	- 0,14	- 3,4
Datenjahr 2015	5,26	- 0,16	- 2,9	3,85	- 0,10	- 2,5

Tabelle 27: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gem. § 21 KHEntgG, Basis: Datenjahre 2013 bis 2015, DRGs mit Fallzahl > 20 in Haupt- und Belegabteilung

Im Vergleich zur Gesamtbetrachtung (siehe Tab. 26) beträgt der Mittelwert der Verweildauer für das aktuell vorliegende Datenjahr 2015 für Fälle in Hauptabteilungen nun statt 6,22 nur noch 5,26 Tage. Der Verweildauerrückgang zeigt sich mit 2,9% im Vergleich zu 1,7% 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. 45) veranschaulicht werden.

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



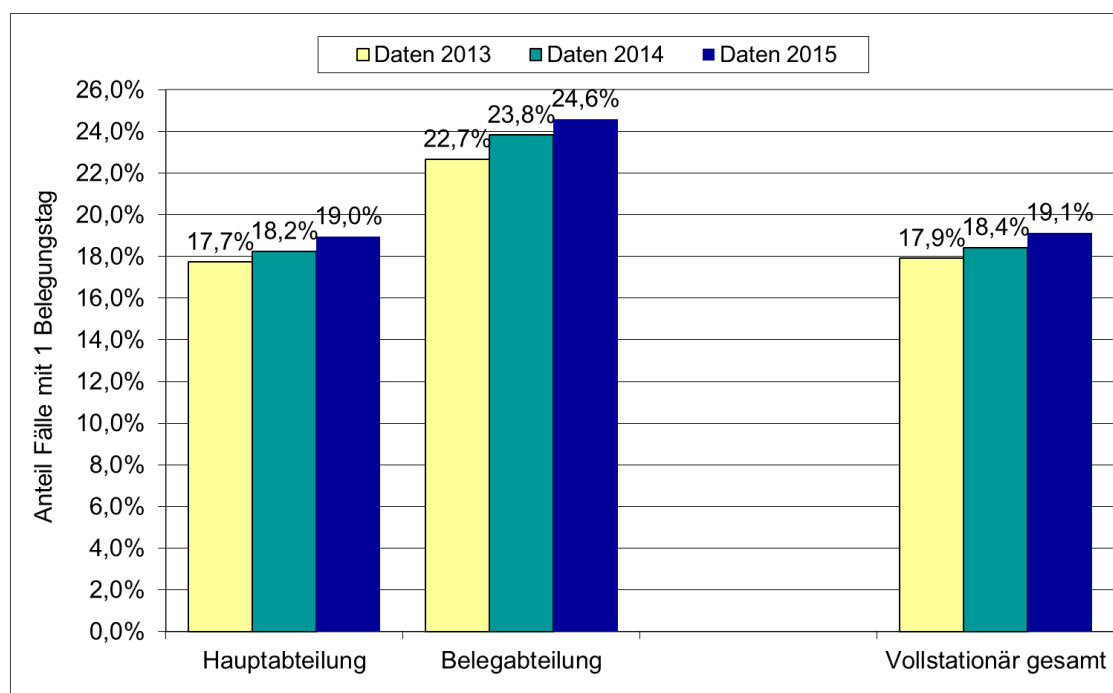


Abbildung 45: Entwicklung des Anteils der vollstationären Fälle mit einem Belegungstag an allen vollstationären Fällen, Basis: Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahre 2013 bis 2015

### 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 2017 definierten Inlier in Hauptabteilungen betrachtet. Dabei wurden aufnahme- und/oder entlassverlegte Fälle entsprechend der DRG-Zuordnung (siehe Kap. 3.3.1.5) berücksichtigt.

Für die Daten der Kalkulationskrankenhäuser wurde durch die differenzierten Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen (siehe Kap. 3.3.1.1) und dazugehörige Einzelnachfragen ein hoher Detaillierungsgrad der Plausibilisierung erreicht. Für die rund 22,1 Mio. Datensätze gem. § 21 KHEntgG wurden medizinische Plausibilitätsprüfungen durchgeführt (vgl. dazu auch Kap. 2.1 und 2.2).

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

### Überblick über das analytische Vorgehen

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

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

Nicht einbezogen in die Analyse der Verweildauer wurden folgende DRGs:

- 24 Ein-Belegungstag-DRGs
- 58 DRGs mit weniger als 30 Fällen
- 5 rein teilstationäre DRGs

Diese Einschränkungen schlossen insgesamt 82 DRGs aus der Analyse aus. Der Analyse lagen somit 1.173 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. 46): Für 954 der 1.173 analysierten DRGs (81%) ist diese geringer als  $\pm 0,5$  Tage, 1.108 DRGs (94%) unterscheiden sich um höchstens  $\pm 1$  Tag und für 1.152 DRGs (98%) beträgt diese gerundet höchstens  $\pm 2$  Tage.

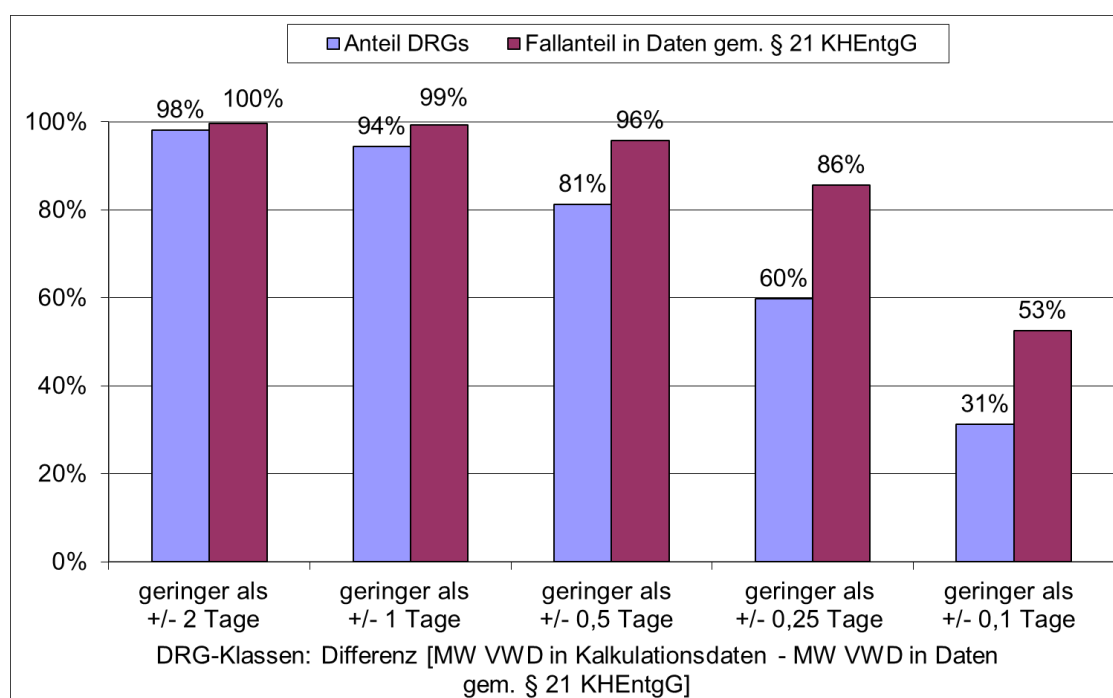


Abbildung 46: Häufigkeitsverteilung Differenzen der Verweildauer-Mittelwerte (Daten der Kalkulationskrankenhäuser – Daten gem. § 21 KHEntgG), getrennt nach DRG- und Fallanteil, Basis: Inlier, Datenjahr 2015

Im Hinblick auf die Fallanteile in den Daten gem. § 21 KHEntgG wird in der Analyse deutlich, dass 86% 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 96% aller analysierten Fälle.

### Analyse des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer

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

Teilt man die DRGs auf Basis der Inlier bezüglich des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer in Klassen ein, so ergibt sich die in Abbildung 47 dargestellte empirische Häufigkeitsverteilung der Homogenitätsklassen. Die Häufigkeitsverteilungen der Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und der Daten gem. § 21 KHEntgG unterscheiden sich nur geringfügig.

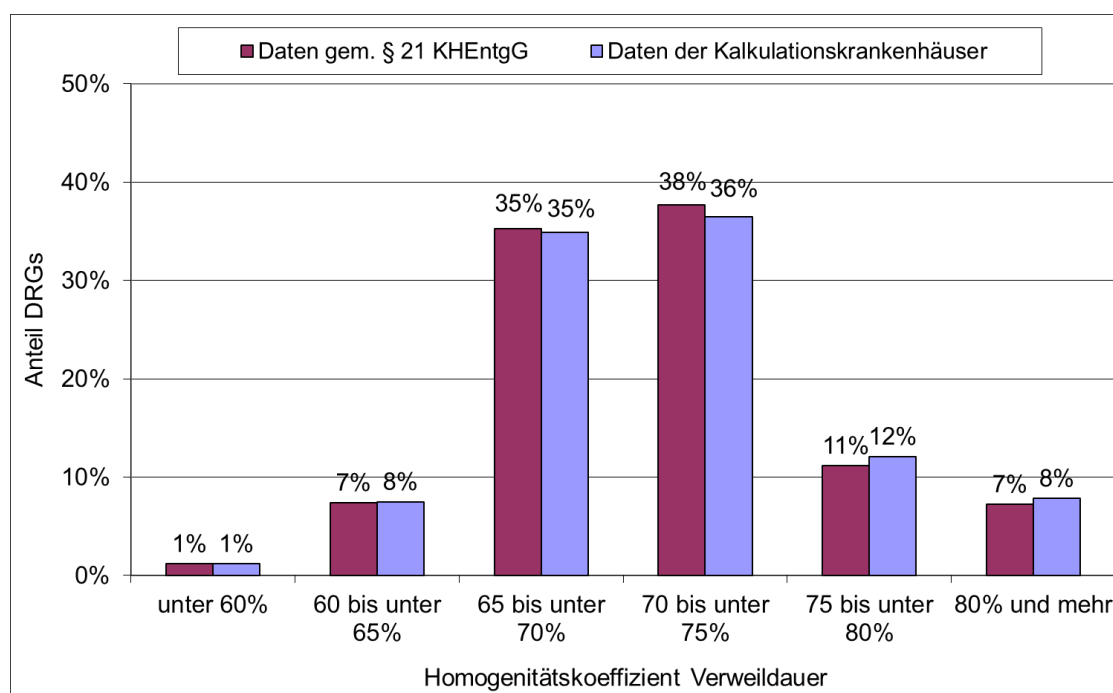


Abbildung 47: Häufigkeitsverteilung der Verweildauer-Homogenitätskoeffizientenklassen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 KHEntgG, Basis: Inlier, Datenjahr 2015

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

Für 1.155 von 1.173 DRGs (98%) liegt der Index zwischen 95 und 105, d.h. die relative Abweichung zwischen den Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und der Daten gem. § 21 KHEntgG beträgt höchstens +/- 5%. Eine Abweichung von höchstens +/- 2,5% liegt bei 1.070 DRGs (91% von 1.173 DRGs) vor.

Man kann also insgesamt betrachtet eine hohe Übereinstimmung der Homogenitätskoeffizienten der Verweildauern feststellen.

**Fazit**

1. Die Analyse der Verweildauer, die hilfsweise als Parameter für die Repräsentativitätsprüfung der Kostenhomogenität herangezogen wurde, ergab für den überwiegenden Teil der analysierten 1.173 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 2017 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. Bereits in diesem Jahr haben zahlreiche Krankenhäuser aus Datenschutzgründen für den Datenaustausch mit dem InEK das InEK-Datenportal verwendet. Mit Hilfe des InEK-Datenportals können Daten zwischen dem Kalkulationskrankenhaus und dem InEK schnell und sicher ausgetauscht werden. Um den Anforderungen des Datenschutzes zukünftig noch mehr Rechnung tragen zu können, ist ab sofort nur noch ein Datenaustausch über das InEK-Datenportal möglich. Zur weiteren Vereinfachung der Kommunikation mit dem InEK werden Teile der bisher über Excel-Tabellen zu liefernden Informationen (Informationen zur Kalkulationsgrundlage, Teilnahmeerklärung) bereits in der kommenden Kalkulationsrunde durch eine komfortable Datenliefermöglichkeit über das InEK-Datenportal ersetzt. Die Kalkulationskrankenhäuser erhalten Anfang 2017 weitere Informationen zu den neuen Inhalten des Datenportals. Damit können die Datenaustauschprozesse beginnend mit dem Datenjahr 2016 noch sicherer, schneller und komfortabler für die Kalkulationskrankenhäuser gestaltet werden.

### ***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. Dazu gibt das InEK regelmäßig zu Beginn des Kalkulationsjahres Anpassungen und Ergänzungen zur Kalkulationsmethodik heraus. Die zahlreichen seit Herausgabe des Kalkulationshandbuchs, Version 3.0, herausgegebenen Anpassungen und Ergänzungen wurden in eine aktualisierte Fassung des Kalkulationshandbuchs integriert (Version 4.0). Damit wurden die zahlreichen Anpassungen und Ergänzungen quasi in einer neuen Ausgabe des Kalkulationshandbuchs verschriftlicht. Mit der Herausgabe des neuen Kalkulationshandbuchs ändert sich auch das Aussehen der Kalkulationsmatrix. Neben die Aufteilung der Kostenstellengruppe 11 (Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche) in die drei Kostenstellengruppen 11 (Diagnostische Bereiche), 12 (Therapeutische Verfahren) und 13 (Patientenaufnahme) (vgl. Kap. 6.3.8 und 6.3.9, Anlage 6 des Kalkulationshandbuchs) tritt zusätzlich der separate Ausweis der Kosten für extern bezogene medizinische Behandlungsleistungen in der Kostenartengruppe 6c (bislang Bestandteil der Kostenartengruppe 6b, vgl. u.a. Kap. 5.1.1, Anlage 5 des Kalkulationshandbuchs). Die Erweiterung der

Kalkulationsmatrix tritt mit Wirkung für das Datenjahr 2016 in Kraft und wird entsprechend im Rahmen der Kostenkalkulation des Datenjahres 2016 bereits die Basis für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2018 darstellen (die Erweiterung der Kostenmatrix ist ab dem Datenjahr 2016 ebenso für die Kalkulation im Entgeltbereich „PSY“ gültig). Folglich erfordert die Erweiterung der Kalkulationsmatrix für das Datenjahr 2016 korrespondierende Anpassungen der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen. Bereits an dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass in allen Veröffentlichungen des InEK zum G-DRG-System 2018 die erweiterte Kalkulationsmatrix ebenfalls umgesetzt wird.

Der Schwellenwert für die Abrechnungsfähigkeit des intrabudgetären Zusatzentgelts ZE20XX-98 für die Gabe von Blutgerinnungsfaktoren soll für das G-DRG-System 2018 durch das InEK überprüft werden. Der Übermittlung plausibler Angaben von allen betroffenen Krankenhäusern für die Gabe von Blutgerinnungsfaktoren im Datensatz gem. § 21 KHEntgG und insbesondere im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung durch die Kalkulationskrankenhäuser kommt damit eine besondere Bedeutung zu.

### ***Abbildung der Fallschwere***

Mit dem G-DRG-System 2017 wurde die Abbildung der Pflege mit Hilfe des durch OPS-Kodes dokumentierbaren Pflegebedarfs von Patienten, wie in Kapitel 3.3.2.1 dargestellt, noch einmal deutlich verbessert. Die Analyse hinsichtlich der Rolle des dokumentierbaren Pflegebedarfs als Kostentrenner und damit seiner potentiellen Gruppierungsrelevanz wird in den kommenden Jahren auf erwartbar verbesserter Datenbasis fortgesetzt. Zusätzlich zu den bereits etablierten OPS-Kodes stehen im Datenjahr 2016 zusätzlich OPS-Kodes für Patienten, die im Sinne des § 14 SGB XI pflegebedürftig und gem. § 15 SGB XI einer Pflegestufe zugeordnet sind (OPS-Kode 9-984), für weitere Analysen zur Verfügung.

## Anhang

### *Übersicht*

**Tabelle A-1:**

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

291 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 mit kombinierter Pankreastransplantation oder Alter < 6 Jahre
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation, ohne kombinierte Pankreastransplantation, Alter > 5 Jahre
A02Z	Transplantation von Niere und Pankreas
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden
A04B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom oder mit Graft-versus-Host-Krankheit Grad III und IV, mit Gabe bestimmter Stammzellen oder Alter < 16 Jahre, mit bestimmter Entnahme oder Stammzellboost
A04C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, < 16 J., od. GVHD Grad III/IV od. auß. b. Plasmozytom, mit Gabe best. Stammz. od. GVHD III/IV od. HLA-versch., mit best. Entn. od. SZ-Boost, od. m. intensivm. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / 2760 P.
A04D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit Graft-versus-Host-Krankheit Grad III und IV, oder außer bei Plasmozytom, HLA-verschieden oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
A04E	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom
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 intensivmed. Komplexbeh. > 4900 / 4600 / 4600 Punkte, mit kompl. OR-Proz. und kompliz. Konst. od. ECMO ab 384 Stunden od. mit Polytrauma od. Alter < 16 J. oder intensivmed. Komplexbeh. > - / 3220 / - Punkte
A07C	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 4900 / 4600 / 4600 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, ohne ECMO ab 384 Stunden, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2484 Punkte
A09A	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit IntK > 2352 / 1932 / 2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder kompl. OR-Proz. und Alter < 16 Jahre, mit IntK > 1764 / 1932 / - P. oder mit sehr kompl. Eingr. und IntK > - / 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. > 1764 / 1656 / 2208 P. oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre
A11A	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre
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 oder komplizierender Konstellation
A60B	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, Alter < 16 Jahre
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag
A61A	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, mit äußerst schweren CC
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
B01A	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Alter < 18 Jahre
B01B	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Alter > 17 Jahre
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

DRG	DRG-Text
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte komplizierende 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 äuß. schw. CC
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
B16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 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 WS-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre oder ohne best. komplexe Prozedur, mit intraop. neurophysiol. Monitoring oder komplexer Diagnose oder best. Gefäßinterventionen oder Bohrlochtrepation mit äußerst schweren CC
B20C	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter < 3 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff
B20D	Kraniotomie oder große WS-OP mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre oder ohne best. komplexe Prozedur, ohne intraop. neurophysiol. Monitoring, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Gefäßinterventionen, ohne Bohrlochtrepation oder ohne äuß. schwere CC
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

DRG	DRG-Text
B45Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B66A	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder mit komplizierender Konstellation
B66C	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
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, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
D20A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 11 Bestrahlungen
D20B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 11 Bestrahlungen
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

DRG	DRG-Text
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen
D33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
D35Z	Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen und Tonsillen bei bösartiger Neubildung
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, mit starrer Endoskopie
E08A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 10 Bestrahlungen
E08D	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, 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

DRG	DRG-Text
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
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
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.
F06F	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne kompl. Konstellation, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne Karotiseingriff, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne intraoperative Ablation, ohne schwerste CC
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Konstellation oder komplexer Operation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
F07B	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, mit Reoperation an Herz oder Perikard, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Operation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte
F07C	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, ohne Reoperation an Herz oder Perikard, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Operation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte
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
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, mit äußerst schweren CC
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an weniger als 8 Tagen, ohne äußerst schwere CC
G29A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 9 Bestrahlungen
G29B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 9 Bestrahlungen
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane



DRG	DRG-Text
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, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
H16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 10 Bestrahlungen
H16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 10 Bestrahlungen
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
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

DRG	DRG-Text
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 Mehretageneingriffe an der unteren Extremität
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
I54B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 9 Bestrahlungen
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
I66G	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne Amyloidose, ohne Arthropatie, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbeh. > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, ohne kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung
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, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
J18A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 10 Bestrahlungen

DRG	DRG-Text
J18B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 10 Bestrahlungen
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
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K64A	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K64B	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
L03Z	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm

DRG	DRG-Text
L12A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
L12B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 9 Tagen
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
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, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
M10B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 8 Tagen 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 Multiviszeraler Eingriff
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
N16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 10 Bestrahlungen
N16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 10 Bestrahlungen oder Brachytherapie
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N38Z	Komplizierende Konstellation mit best. op. Eingriff bei Krankheiten u. Störungen der weibl. Geschlechtsorg. od. Beckenevisz. bei der Frau u. radikale Vulvektomie od. best. Lymphadenekt. mit äuß. schw. CC, mit kompl. Eingriff od. kompliz. Konstellation

DRG	DRG-Text
O01A	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen (SSW) oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Mehrlingschwangerschaft
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
O01C	Sectio caesarea mit mehreren kompliz. Diag., Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 SSW, oh. best. kompliz. Faktoren od. mit kompliz. Diag., bis 25 SSW od. mit Tamponade einer Blutung od. Thromboembolie in Gestationsperiode m. OR-Proz., oh. äuß. schw. CC
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Konstellation
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur
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, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 240 Stunden

DRG	DRG-Text
P05A	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren
P05B	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P05C	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P06A	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren oder Dialyse
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, ohne Dialyse
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
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

DRG	DRG-Text
P62C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P63Z	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden
P64Z	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden
P65A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen
P65B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem
P65C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem
P66A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 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, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem
P66C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit schwerem Problem, mit Hypothermiebehandlung
P67B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Proz., ohne Beatmung > 95 Std., mit schwerem Problem, ohne Hypothermiebehandlung oder mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Proz., neugeborener Mehrling
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

DRG	DRG-Text
R01B	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur oder ohne äußerst schwere CC, mit aufwendigem Eingriff an der Wirbelsäule
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R03Z	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC, oder mit bestimmter OR-Prozedur mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder mindestens 10 Bestrahlungen
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC, weniger als 10 Bestrahlungen
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, Alter > 17 Jahre



DRG	DRG-Text
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
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

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
R63A	Andere akute Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter > 17 Jahre
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
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
R66Z	Akute myeloische Leukämie oder andere akute Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter < 18 Jahre
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit
S63A	Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit mit Herzinfarkt oder bei chronisch ischämischer Herzkrankheit oder äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, außer bei chronisch ischämischer Herzkrankheit, ohne äußerst schwere CC
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer OR-Prozedur, komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte
T36Z	Int. Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandsp. bei infektiösen und parasitären Krankheiten od. OR-Proz. b. inf. u. paras. Krankh. m. komplexer OR-Proz., kompliz. Konst. oder bei Zust. N. Organtranspl. mit int. Komplexbeh. > 392 / 368 / - Aufwandsp.
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
T60B	Sepsis mit kompliz. Konst. od. b. Z.n. Organ-Tx, oh. äuß. schw. CC, oh. IntK > 392 / 368 / - Punkte od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z.n. Organ-Tx, m. kompl. Diag. od. äuß. schw. CC, Alt. < 18 J. od. m. Para- / Tetrapl. od. kompliz. ERCP od. schwerste CC
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation
T64A	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit 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:**

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

DRG	DRG-Text
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie
C03B	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE) oder bestimmtem Eingriff an der Retina oder bei bösartiger Neubildung des Auges
C03C	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), ohne bestimmten Eingriff an der Retina, außer bei bösartiger Neubildung des Auges
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 oder bestimmte Eingriffe an der Linse
C14Z	Andere Eingriffe am Auge
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre, ohne 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, ohne Resektion des Felsenbeins
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, Mund und Hals ohne komplizierende Diagnose
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung, ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen
D30A	Tonsillektomie außer bei 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 außer kleine Eingriffe an Ohr, Nase 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 plastische Rekonstruktion der Nase 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
G24B	Eingriffe bei Hernien, ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand
G26B	Andere Eingriffe am Anus, Alter > 13 Jahre, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, ohne kleinen Eingriff am Rektum
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
I20H	Eingriffe am Fuß ohne kompl. Eingr., Alter > 15 Jahre, ohne Arthrode-se am Großzehengrundgelenk, ohne Osteosynth. einer Mehrfragment-Fx, ohne bestimmte Knochen-Tx, ohne wenig kompl. Eingriff an mehr als einem Strahl, ohne Osteotomie, ohne Synovialektomie

DRG	DRG-Text
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
I27D	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebe-Tx ohne bestimmte Diagnose oder ohne bestimmten Eingriff, ohne Tx einer Zehe als Fingersersatz, ohne äuß. schw. CC oder schw. CC oder ohne bestimmten 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
I43B	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, ohne äußerst schwere CC
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
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff, ohne komplexe Diagnose an Becken/Oberschenkel oder ohne bestimmten endoprothetischen 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 Injektionsbehandlung an Ureter oder Harnblase, ohne äußerst schwere CC oder ohne bestimmte kleine Eingriffe
L20B	Transurethrale Eingr. außer Prostatares. und kompl. Ureterorenoskop. ohne ESWL, mit kompl. Eingriff od. fluoreszenzgest. TUR der Harnbl. od. andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie, ohne äuß. schw. CC od. Alter < 16 J. od. Alter > 89 J.
L20C	Transurethrale Eingr. außer Prostatares. und kompl. Ureterorenoskop. ohne ESWL, ohne kompl. Eingr., ohne fluoreszenzgest. TUR der Harnbl. od. and. Eingr. an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, ohne äuß. schw. CC, Alter > 15 J. und Alter < 90 J.
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne best. hochaufw. Beh., ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, ohne best. aufw. Beh., ohne bestimmte schwere Infektionen, ohne best. mäßig aufw. Beh., Alter > 5 und < 90 Jahre

DRG	DRG-Text
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 > 15 Jahre
M02B	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC
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
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	Hysterekt. auß. b. BNB m. Beckenbodenpl. od. Brachyth. b. Krankh./Stör. weibl. Geschl.Org., > 1 BT, m. auß. schw. CC/selekt. Gefäßembol. od. Ovariekt./kompl. Ingr. an Tubae ut. auß. b. BNB, oh. auß. schw. od. schw. CC, oh. Fistelverschl., Alter < 16 J.
N21A	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder komplexe Myomenukleation, mit aufwendigem Eingriff
O01D	Sekundäre Sectio caesarea m. mehrer. kompliz. Diagn., Schwangerschaftsdauer > 33 vollendete Wochen (SSW), oh. intraut. Ther., oh. kompliz. Konst., ohne Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diagn., mit od. ohne kompliz. Diagn., oh. auß. schw. CC
O01E	Sekundäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose
O01F	Primäre Sectio caesarea ohne auß. schwere CC, mit komplizierender oder komplexer Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen (SSW) oder sekundäre Sectio caesarea, ohne komplizierende oder komplexe Diagnose, SSW > 33 vollendete Wochen
O01G	Primäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose
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

DRG	DRG-Text
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
P66D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem
P67C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Proz., ohne Beatmung > 95 Std., mit schwerem Problem, ohne Hypothermiebehandlung oder mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Proz., neugeborener Einling
P67E	Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Prozedur



**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](http://www.g-drq.de)) zu finden.

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
A02.1	Salmonellensepsis	Abwertung
A04.7	Enterokolitis durch Clostridium difficile	Aufwertung
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
A16.2	Lungentuberkulose ohne Angabe einer bakteriologischen, molekularbiologischen oder histologischen Sicherung	Abwertung
A16.9	Nicht näher bezeichnete Tuberkulose der Atmungsorgane ohne Angabe einer bakteriologischen, molekularbiologischen oder histologischen Sicherung	Abwertung
A31.0	Infektion der Lunge durch sonstige Mykobakterien	Abwertung
A32.7	Listeriensepsis	Abwertung
A40.0	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe A	Abwertung
A40.1	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe B	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

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
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
A41.51	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
A48.1	Legionellose mit Pneumonie	Abwertung
A48.2	Legionellose ohne Pneumonie [Pontiac-Fieber]	Abwertung
A49.0	Staphylokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	Abwertung
A49.1	Streptokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	Abwertung
A49.2	Infektion durch Haemophilus influenzae nicht näher bezeichneter Lokalisation	Abwertung
A81.2	Progressive multifokale Leukenzephalopathie	Abwertung
B00.1	Dermatitis vesicularis durch Herpesviren	Abwertung
B00.4	Enzephalitis durch Herpesviren	Abwertung
B00.8	Sonstige Infektionsformen durch Herpesviren	Abwertung
B01.1	Varizellen-Enzephalitis	Abwertung
B01.9	Varizellen ohne Komplikation	Abwertung
B02.0	Zoster-Enzephalitis	Abwertung
B02.2	Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems	Abwertung
B02.8	Zoster mit sonstigen Komplikationen	Abwertung
B16.9	Akute Virushepatitis B ohne Delta-Virus und ohne Coma hepaticum	Abwertung
B17.1	Akute Virushepatitis C	Abwertung
B17.8	Sonstige näher bezeichnete akute Virushepatitis	Abwertung
B17.9	Akute Virushepatitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
B18.1	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus	Abwertung
B18.2	Chronische Virushepatitis C	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
B18.8	Sonstige chronische Virushepatitis	Abwertung
B18.9	Chronische Virushepatitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
B20	Infektiöse und parasitäre Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	Abwertung
B22	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten 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
B25.88	Sonstige Zytomegalie	Abwertung
B25.9	Zytomegalie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
B37.1	Kandidose der Lunge	Abwertung
B37.4	Kandidose an sonstigen Lokalisationen des Urogenitalsystems	Abwertung
B37.7	Candida-Sepsis	Abwertung
B37.81	Candida-Ösophagitis	Abwertung
B37.88	Kandidose an sonstigen Lokalisationen	Abwertung
B44.0	Invasive Aspergillose der Lunge	Abwertung
B44.1	Sonstige Aspergillose der Lunge	Abwertung
B44.7	Disseminierte Aspergillose	Abwertung
B44.8	Sonstige Formen der Aspergillose	Abwertung
B44.9	Aspergillose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
B48.7	Mykosen durch opportunistisch-pathogene Pilze	Abwertung
B59	Pneumozystose	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

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
B95.42	Streptokokken, Gruppe G, als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.5	Nicht näher bezeichnete Streptokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.6	Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.7	Sonstige Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.8	Nicht näher bezeichnete Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B96.3	Haemophilus und Moraxella als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
C15.0	Bösartige Neubildung: Zervikaler Ösophagus	Abwertung
C15.1	Bösartige Neubildung: Thorakaler 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
C15.9	Bösartige Neubildung: Ösophagus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia	Abwertung
C16.1	Bösartige Neubildung: Fundus ventriculi	Abwertung
C16.2	Bösartige Neubildung: Corpus ventriculi	Abwertung
C16.3	Bösartige Neubildung: Antrum pyloricum	Abwertung
C16.4	Bösartige Neubildung: Pylorus	Abwertung
C16.5	Bösartige Neubildung: Kleine Krümmung des Magens, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C16.6	Bösartige Neubildung: Große Krümmung des Magens, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C16.8	Bösartige Neubildung: Magen, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung
C16.9	Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C17.2	Bösartige Neubildung: Ileum	Abwertung
C17.9	Bösartige Neubildung: Dünndarm, nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	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
C18.9	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
C22.0	Leberzellkarzinom	Abwertung
C22.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom	Abwertung
C22.7	Sonstige näher bezeichnete Karzinome der Leber	Abwertung
C22.9	Bösartige Neubildung: Leber, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C23	Bösartige Neubildung der Gallenblase	Abwertung
C24.1	Bösartige Neubildung: Ampulla hepatopancreatica [Ampulla Vateri]	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
C25.4	Bösartige Neubildung: Endokriner Drüsenanteil des Pankreas	Abwertung
C25.8	Bösartige Neubildung: Pankreas, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung
C25.9	Bösartige Neubildung: Pankreas, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C33	Bösartige Neubildung der Trachea	Abwertung
C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	Abwertung
C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
C34.2	Bösartige Neubildung: Mittellappen (-Bronchus)	Abwertung
C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	Abwertung
C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung
C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C38.3	Bösartige Neubildung: Mediastinum, Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	Abwertung
C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens	Abwertung
C66	Bösartige Neubildung des Ureters	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
C71.6	Bösartige Neubildung: Zerebellum	Abwertung
C71.7	Bösartige Neubildung: Hirnstamm	Abwertung
C71.8	Bösartige Neubildung: Gehirn, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung
C71.9	Bösartige Neubildung: Gehirn, nicht näher bezeichnet	Abwertung
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 2015	ICD-Text 2015	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
C78.4	Sekundäre bösartige Neubildung des Dünndarmes	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
C79.82	Sekundäre bösartige Neubildung der Genitalorgane	Abwertung
C79.83	Sekundäre bösartige Neubildung des Perikards	Abwertung
C79.88	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen	Abwertung
C79.9	Sekundäre bösartige Neubildung nicht näher bezeichneter Lokalisation	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	Abwertung
C80.9	Bösartige Neubildung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C81.2	Gemischtzelliges (klassisches) Hodgkin-Lymphom	Abwertung
C81.7	Sonstige Typen des (klassischen) Hodgkin-Lymphoms	Abwertung
C81.9	Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C82.0	Follikuläres Lymphom Grad I	Abwertung
C82.1	Follikuläres Lymphom Grad II	Abwertung
C82.2	Follikuläres Lymphom Grad III, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C82.9	Follikuläres Lymphom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C83.0	Kleinzelliges B-Zell-Lymphom	Abwertung
C83.1	Mantelzell-Lymphom	Abwertung
C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	Abwertung
C83.8	Sonstige nicht follikuläre Lymphome	Abwertung
C83.9	Nicht follikuläres Lymphom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C84.0	Mycosis fungoides	Abwertung
C84.4	Peripheres T-Zell-Lymphom, nicht spezifiziert	Abwertung
C84.8	Kutanes T-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C84.9	Reifzelliges T/NK-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C85.1	B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C85.7	Sonstige näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms	Abwertung
C85.9	Non-Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C88.00	Makroglobulinämie Waldenström: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C88.01	Makroglobulinämie Waldenström: In kompletter 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



ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
C90.31	Solitäres Plasmozytom: In kompletter Remission	Abwertung
C91.00	Akute lymphatische Leukämie [ALL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C91.01	Akute lymphatische Leukämie [ALL]: In kompletter Remission	Abwertung
C91.10	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C91.11	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: In kompletter Remission	Abwertung
C91.70	Sonstige lymphatische Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
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
C92.90	Myeloische Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C92.91	Myeloische Leukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission	Abwertung
C93.00	Akute Monoblasten-/Monozytenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C93.01	Akute Monoblasten-/Monozytenleukämie: In kompletter Remission	Abwertung
C93.10	Chronische myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C93.11	Chronische myelomonozytäre Leukämie: In kompletter Remission	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
C93.90	Monozytenleukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C93.91	Monozytenleukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission	Abwertung
C96.2	Bösartiger Mastzelltumor	Abwertung
C96.9	Bösartige Neubildung des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C97	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen	Abwertung
D46.2	Refraktäre Anämie mit Blastenüberschuss [RAEB]	Abwertung
D47.0	Histiozyten- und Mastzelltumor unsicheren oder unbekannten Verhaltens	Neuaufnahme
D47.1	Chronische myeloproliferative Krankheit	Neuaufnahme
D47.3	Essentielle (hämorrhagische) Thrombozythämie	Neuaufnahme
D47.4	Osteomyelofibrose	Neuaufnahme
D47.5	Chronische Eosinophilen-Leukämie [Hypereosinophiles Syndrom]	Neuaufnahme
D50.0	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)	Abwertung
D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	Aufwertung
D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet	Auf- und Abwertung
D52.0	Alimentäre Folsäure-Mangelanämie	Abwertung
D52.8	Sonstige Folsäure-Mangelanämien	Abwertung
D52.9	Folsäure-Mangelanämie, nicht näher bezeichnet	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
D56.9	Thalassämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D58.9	Hereditäre hämolytische Anämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D59.1	Sonstige autoimmunhämolytische Anämien	Abwertung
D59.4	Sonstige nicht-autoimmunhämolytische Anämien	Abwertung
D59.8	Sonstige erworbene hämolytische Anämien	Abwertung
D59.9	Erworbene hämolytische Anämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
D60.8	Sonstige erworbene isolierte aplastische Anämien	Abwertung
D61.18	Sonstige arzneimittelinduzierte aplastische Anämie	Abwertung
D61.19	Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D61.2	Aplastische Anämie infolge sonstiger äußerer Ursachen	Abwertung
D61.8	Sonstige näher bezeichnete aplastische Anämien	Abwertung
D61.9	Aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D62	Akute Blutungsanämie	Abwertung
D63.0	Anämie bei Neubildungen	Abwertung
D64.1	Sekundäre sideroachrestische [sideroblastische] Anämie (krankheitsbedingt)	Abwertung
D65.0	Erworbene Afibrinogenämie	Abwertung
D65.1	Disseminierte intravasale Gerinnung [DIG, DIC]	Auf- und Abwertung
D65.2	Erworbene Fibrinolyseblutung	Abwertung
D65.9	Defibrinationssyndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D66	Hereditärer Faktor-VIII-Mangel	Abwertung
D68.01	Erworbenes Willebrand-Jürgens-Syndrom	Abwertung
D68.09	Willebrand-Jürgens-Syndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D68.21	Hereditärer Faktor-II-Mangel	Abwertung
D68.22	Hereditärer Faktor-V-Mangel	Abwertung
D68.23	Hereditärer Faktor-VII-Mangel	Abwertung
D68.24	Hereditärer Faktor-X-Mangel	Abwertung
D68.28	Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren	Abwertung
D68.32	Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren	Abwertung
D68.33	Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)	Abwertung
D68.34	Hämorrhagische Diathese durch Heparine	Abwertung
D68.35	Hämorrhagische Diathese durch sonstige Antikoagulanzen	Abwertung
D68.38	Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und nicht näher bezeichnete Antikörper	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
D68.4	Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	Abwertung
D68.5	Primäre Thrombophilie	Abwertung
D68.6	Sonstige Thrombophilien	Abwertung
D68.8	Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien	Abwertung
D68.9	Koagulopathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D69.0	Purpura anaphylactoides	Abwertung
D69.1	Qualitative Thrombozytendefekte	Abwertung
D69.2	Sonstige nichtthrombozytopenische Purpura	Abwertung
D69.3	Idiopathische thrombozytopenische Purpura	Abwertung
D69.40	Sonstige primäre Thrombozytopenie: Als transfusionsrefraktär bezeichnet	Abwertung
D69.41	Sonstige primäre Thrombozytopenie: Nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet	Abwertung
D69.52	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ I	Abwertung
D69.53	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II	Abwertung
D69.57	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, als transfusionsrefraktär bezeichnet	Abwertung
D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet	Abwertung
D69.59	Sekundäre Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D69.60	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet: Als transfusionsrefraktär bezeichnet	Abwertung
D69.61	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet: Nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet	Abwertung
D69.80	Hämorrhagische Diathese durch Thrombozytenaggregationshemmer	Abwertung
D69.88	Sonstige näher bezeichnete hämorrhagische Diathesen	Abwertung
D69.9	Hämorrhagische Diathese, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D70.10	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase unter 4 Tage	Abwertung
D70.11	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 10 Tage bis unter 20 Tage	Abwertung
D70.13	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 4 Tage bis unter 7 Tage	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
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
D80.3	Selektiver Mangel an Immunglobulin-G-Subklassen [IgG-Subklassen]	Abwertung
D80.4	Selektiver Immunglobulin-M-Mangel [IgM-Mangel]	Abwertung
D80.8	Sonstige Immundefekte mit vorherrschendem Antikörpermangel	Abwertung
D80.9	Immundefekt mit vorherrschendem Antikörpermangel, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D82.0	Wiskott-Aldrich-Syndrom	Abwertung
D82.1	Di-George-Syndrom	Abwertung
D82.3	Immundefekt mit hereditär defekter Reaktion auf Epstein-Barr-Virus	Abwertung
D82.9	Immundefekt in Verbindung mit schwerem Defekt, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D83.9	Variabler Immundefekt, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D84.1	Defekte im Komplementsystem	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
D86.3	Sarkoidose der Haut	Abwertung
D86.8	Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen	Abwertung
D86.9	Sarkoidose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
E05.0	Hyperthyreose mit diffuser Struma	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
E05.1	Hyperthyreose mit toxischem solitärem Schilddrüsenknoten	Abwertung
E05.2	Hyperthyreose mit toxischer mehrknotiger Struma	Abwertung
E05.4	Hyperthyreosis factitia	Abwertung
E05.5	Thyreotoxische Krise	Abwertung
E10.01	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.11	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.20	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.21	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.30	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.40	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.41	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
E10.60	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.61	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.72	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.73	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.74	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
E10.75	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, 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
E11.20	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.21	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.30	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.31	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.40	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.41	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.50	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.51	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.60	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.61	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.72	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.73	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.75	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
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	Streichung
E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.01	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.11	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.20	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.21	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.30	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.31	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
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



ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
E13.72	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.74	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.75	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.80	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.81	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: 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
E14.20	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.21	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.30	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.31	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.60	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.61	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.72	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.74	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
E14.75	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.90	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.91	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E15	Hypoglykämisches Koma, nichtdiabetisch	Abwertung
E20.9	Hypoparathyreoidismus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
E21.0	Primärer Hyperparathyreoidismus	Abwertung
E21.1	Sekundärer Hyperparathyreoidismus, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
E21.2	Sonstiger Hyperparathyreoidismus	Abwertung
E21.3	Hyperparathyreoidismus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
E23.0	Hypopituitarismus	Abwertung
E23.2	Diabetes insipidus	Abwertung
E24.0	Hypophysäres Cushing-Syndrom	Abwertung
E24.2	Arzneimittelinduziertes Cushing-Syndrom	Abwertung
E24.8	Sonstiges Cushing-Syndrom	Abwertung
E24.9	Cushing-Syndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
E27.1	Primäre Nebennierenrindeninsuffizienz	Abwertung
E27.2	Addison-Krise	Abwertung
E34.0	Karzinoid-Syndrom	Abwertung
E41	Alimentärer Marasmus	Abwertung
E43	Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E44.0	Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E44.1	Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E45	Entwicklungsverzögerung durch Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E46	Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E53.8	Mangel an sonstigen näher bezeichneten Vitaminen des Vitamin-B-Komplexes	Abwertung
E56.1	Vitamin-K-Mangel	Abwertung
E61.1	Eisenmangel	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
E64.0	Folgen der Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E64.1	Folgen des Vitamin-A-Mangels	Abwertung
E64.8	Folgen sonstiger alimentärer Mangelzustände	Abwertung
E64.9	Folgen eines nicht näher bezeichneten alimentären Mangelzustandes	Abwertung
E66.02	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: 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
E85.0	Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose	Neuaufnahme
E85.1	Neuropathische heredofamiliäre Amyloidose	Neuaufnahme
E85.2	Heredofamiliäre Amyloidose, nicht näher bezeichnet	Neuaufnahme
E85.3	Sekundäre systemische Amyloidose	Neuaufnahme
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
E89.1	Hypoinsulinämie nach medizinischen Maßnahmen	Abwertung
E89.2	Hypoparathyreoidismus nach medizinischen Maßnahmen	Abwertung
E89.6	Nebennierenrinden- (Nebennierenmark-) Unterfunktion nach medizinischen Maßnahmen	Abwertung
F00.0	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit frühem Beginn (Typ 2)	Abwertung
F00.1	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)	Abwertung
F00.2	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form	Abwertung
F00.9	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F01.1	Multiinfarkt-Demenz	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	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
F02.3	Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom	Abwertung
F02.4	Demenz bei HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	Abwertung
F05.0	Delir ohne Demenz	Abwertung
F05.1	Delir bei Demenz	Abwertung
F05.8	Sonstige Formen des Delirs	Abwertung
F05.9	Delir, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F06.0	Organische Halluzinose	Abwertung
F06.2	Organische wahnhafte [schizophreniforme] Störung	Abwertung
F06.3	Organische affektive Störungen	Abwertung
F07.0	Organische Persönlichkeitsstörung	Abwertung
F10.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch	Abwertung
F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	Abwertung
F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	Abwertung
F10.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir	Abwertung
F10.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Psychotische Störung	Abwertung
F10.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom	Abwertung
F10.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	Abwertung
F10.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen	Abwertung
F11.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
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
F11.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Psychotische Störung	Abwertung
F11.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Amnestisches Syndrom	Abwertung
F11.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	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
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
F13.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Psychotische Störung	Abwertung
F13.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Amnestisches Syndrom	Abwertung
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

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
F13.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	Abwertung
F14.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Koka-in: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	Abwertung
F14.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Koka-in: Schädlicher Gebrauch	Abwertung
F14.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Koka-in: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	Abwertung
F15.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	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
F15.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Entzugssyndrom	Abwertung
F15.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Entzugssyndrom mit Delir	Abwertung
F15.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Psychotische Störung	Abwertung
F15.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Amnestisches Syndrom	Abwertung
F15.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	Abwertung
F15.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen	Abwertung
F15.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
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
F19.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Entzugssyndrom mit Delir	Abwertung
F19.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Psychotische Störung	Abwertung
F19.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Amnestisches Syndrom	Abwertung
F19.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	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
F20.2	Katatone Schizophrenie	Abwertung
F20.3	Undifferenzierte Schizophrenie	Abwertung
F20.8	Sonstige Schizophrenie	Abwertung
F20.9	Schizophrenie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F23.2	Akute schizophreniforme psychotische Störung	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
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
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
F31.8	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
F84.0	Frühkindlicher Autismus	Abwertung
F84.1	Atypischer Autismus	Abwertung
F84.4	Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien	Abwertung
F84.8	Sonstige tief greifende Entwicklungsstörungen	Abwertung



ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
F84.9	Tief greifende Entwicklungsstörung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G00.0	Meningitis durch Haemophilus influenzae	Abwertung
G00.8	Sonstige bakterielle Meningitis	Abwertung
G00.9	Bakterielle Meningitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G01	Meningitis bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten	Abwertung
G03.9	Meningitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G04.2	Bakterielle Meningoenzephalitis und Meningomyelitis, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
G04.8	Sonstige Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis	Abwertung
G04.9	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G05.2	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten	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
G12.0	Infantile spinale Muskelatrophie, Typ I [Typ Werdnig-Hoffmann]	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

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.20	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.21	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.90	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Ohne Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.91	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Mit Wirkungsfluktuation	Abwertung
G35.0	Erstmanifestation einer multiplen Sklerose	Abwertung
G35.10	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	Abwertung
G35.20	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	Abwertung
G35.9	Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	Abwertung
G40.6	Grand-mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit mal)	Abwertung
G41.0	Grand-mal-Status	Abwertung
G41.2	Status epilepticus mit komplexfokalen Anfällen	Abwertung
G41.8	Sonstiger Status epilepticus	Abwertung
G41.9	Status epilepticus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G46.3	Hirnstammsyndrom	Abwertung
G46.4	Kleinhirnsyndrom	Abwertung
G61.0	Guillain-Barré-Syndrom	Abwertung
G70.0	Myasthenia gravis	Abwertung
G71.0	Muskeldystrophie	Abwertung
G71.2	Angeborene Myopathien	Abwertung
G71.9	Primäre Myopathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G80.0	Spastische tetraplegische Zerebralparese	Abwertung
G80.1	Spastische diplegische Zerebralparese	Abwertung
G80.2	Infantile hemiplegische Zerebralparese	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
G80.3	Dyskinetische Zerebralparese	Abwertung
G80.8	Sonstige infantile Zerebralparese	Abwertung
G80.9	Infantile Zerebralparese, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie	Abwertung
G81.1	Spastische Hemiparese und Hemiplegie	Abwertung
G81.9	Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.02	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.03	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.09	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.12	Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.13	Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.19	Spastische Paraparese und Paraplegie: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.22	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.23	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.29	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.33	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.39	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.42	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.43	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.49	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.52	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.53	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
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
G91.29	Normaldruckhydrozephalus, 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
G97.0	Austritt von Liquor cerebrospinalis nach Lumbalpunktion	Abwertung
G97.1	Sonstige Reaktion auf Spinal- und Lumbalpunktion	Abwertung
G97.2	Intrakranielle Druckminderung nach ventrikulärem Shunt	Abwertung
I05.0	Mitralklappenstenose	Abwertung
I05.2	Mitralklappenstenose mit Insuffizienz	Abwertung
I05.8	Sonstige Mitralklappenkrankheiten	Abwertung
I07.1	Trikuspidalklappeninsuffizienz	Abwertung
I08.0	Krankheiten der Mitralklappen- und Aortenklappen, kombiniert	Abwertung
I08.1	Krankheiten der Mitralklappen- und Trikuspidalklappen, kombiniert	Abwertung
I08.2	Krankheiten der Aorten- und Trikuspidalklappen, kombiniert	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
I08.3	Krankheiten der Mitral-, Aorten- und Trikuspidalklappe, kombiniert	Abwertung
I08.8	Sonstige Krankheiten mehrerer Herzklappen	Abwertung
I08.9	Krankheit mehrerer Herzklappen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I09.8	Sonstige näher bezeichnete rheumatische Herzkrankheiten	Abwertung
I11.00	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung
I11.01	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung
I13.00	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Ohne 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
I23.6	Thrombose des Vorhofes, des Herzohres oder der Kammer als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt	Abwertung
I23.8	Sonstige akute Komplikationen nach akutem Myokardinfarkt	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
I24.0	Koronarthrombose ohne nachfolgenden Myokardinfarkt	Abwertung
I24.1	Postmyokardinfarkt-Syndrom	Abwertung
I24.8	Sonstige Formen der akuten ischämischen Herzkrankheit	Abwertung
I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	Abwertung
I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	Abwertung
I27.0	Primäre pulmonale Hypertonie	Auf- und Abwertung
I30.1	Infektiöse Perikarditis	Abwertung
I30.8	Sonstige Formen der akuten Perikarditis	Abwertung
I30.9	Akute Perikarditis, nicht näher bezeichnet	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
I39.0	Mitralklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
I39.1	Aortenklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
I42.0	Dilatative Kardiomyopathie	Abwertung
I42.1	Hypertrophische obstruktive Kardiomyopathie	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
I42.2	Sonstige hypertrophische Kardiomyopathie	Abwertung
I42.6	Alkoholische Kardiomyopathie	Abwertung
I42.7	Kardiomyopathie durch Arzneimittel oder sonstige exogene Substanzen	Abwertung
I42.80	Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie [ARVCM]	Abwertung
I42.88	Sonstige Kardiomyopathien	Abwertung
I42.9	Kardiomyopathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I43.0	Kardiomyopathie bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten	Abwertung
I43.1	Kardiomyopathie bei Stoffwechselkrankheiten	Abwertung
I43.8	Kardiomyopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
I44.1	Atrioventrikulärer Block 2. Grades	Abwertung
I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	Abwertung
I45.5	Sonstiger näher bezeichneter Herzblock	Abwertung
I45.6	Präexzitations-Syndrom	Abwertung
I45.9	Kardiale Erregungsleitungsstörung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I46.0	Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung	Abwertung
I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	Abwertung
I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	Abwertung
I47.9	Paroxysmale Tachykardie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I48.3	Vorhofflattern, typisch	Abwertung
I48.4	Vorhofflattern, atypisch	Abwertung
I49.0	Kammerflattern und Kammerflimmern	Abwertung
I50.00	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	Abwertung
I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	Abwertung
I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	Abwertung
I51.3	Intrakardiale Thrombose, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
I60.1	Subarachnoidalblutung, von der A. cerebri media ausgehend	Abwertung
I60.4	Subarachnoidalblutung, von der A. basilaris ausgehend	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
I60.6	Subarachnoidalblutung, von sonstigen intrakraniellen Arterien ausgehend	Abwertung
I60.7	Subarachnoidalblutung, von nicht näher bezeichneter intrakranieller Arterie ausgehend	Abwertung
I60.8	Sonstige Subarachnoidalblutung	Abwertung
I60.9	Subarachnoidalblutung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	Abwertung
I61.1	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, kortikal	Abwertung
I61.2	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I61.4	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



ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	Abwertung
I65.0	Verschluss und Stenose der A. vertebralis	Abwertung
I65.1	Verschluss und Stenose der A. basilaris	Abwertung
I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	Abwertung
I65.3	Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien	Abwertung
I66.0	Verschluss und Stenose der A. cerebri media	Abwertung
I66.8	Verschluss und Stenose sonstiger zerebraler Arterien	Abwertung
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
I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	Abwertung
I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	Abwertung
I71.00	Dissektion der Aorta nicht näher bezeichneter Lokalisation, ohne Angabe einer Ruptur	Abwertung
I71.01	Dissektion der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	Abwertung
I71.03	Dissektion der Aorta, thorakoabdominal, ohne Angabe einer Ruptur	Abwertung
I71.3	Aneurysma der Aorta abdominalis, 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
I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
I74.4	Embolie und Thrombose der Extremitätenarterien, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I74.5	Embolie und Thrombose der A. iliaca	Abwertung
I74.8	Embolie und Thrombose sonstiger Arterien	Abwertung
I74.9	Embolie und Thrombose nicht näher bezeichneter Arterie	Abwertung
I80.0	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten	Abwertung
I80.1	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der V. femoralis	Abwertung
I80.20	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der Beckenvenen	Abwertung
I80.28	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten	Abwertung
I80.3	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der unteren Extremitäten, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I80.81	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis tiefer Gefäße der oberen Extremitäten	Abwertung
I81	Pfortaderthrombose	Abwertung
I82.0	Budd-Chiari-Syndrom	Abwertung
I82.2	Embolie und Thrombose der V. cava	Abwertung
I82.80	Embolie und Thrombose der Milzvene	Abwertung
I82.88	Embolie und Thrombose sonstiger näher bezeichneter Venen	Abwertung
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
I97.0	Postkardiotomie-Syndrom	Abwertung
I97.1	Sonstige Funktionsstörungen nach kardiochirurgischem Eingriff	Abwertung
I97.8	Sonstige Kreislaufkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
I97.9	Kreislaufkomplikation nach medizinischer Maßnahme, nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
I98.2	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, ohne Angabe einer Blutung	Abwertung
I98.3	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, mit Angabe einer Blutung	Abwertung
J01.1	Akute Sinusitis frontalis	Abwertung
J01.3	Akute Sinusitis sphenoidalis	Abwertung
J01.4	Akute Pansinusitis	Abwertung
J01.8	Sonstige akute Sinusitis	Abwertung
J01.9	Akute Sinusitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J05.1	Akute Epiglottitis	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	Auf- und Abwertung
J15.0	Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae	Abwertung
J15.1	Pneumonie durch Pseudomonas	Abwertung
J15.3	Pneumonie durch Streptokokken der Gruppe B	Abwertung
J15.4	Pneumonie durch sonstige Streptokokken	Abwertung
J15.5	Pneumonie durch Escherichia coli	Abwertung
J15.6	Pneumonie durch andere gramnegative Bakterien	Abwertung
J15.7	Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae	Abwertung
J15.8	Sonstige bakterielle Pneumonie	Abwertung
J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J16.0	Pneumonie durch Chlamydien	Abwertung
J16.8	Pneumonie durch sonstige näher bezeichnete Infektionserreger	Abwertung
J17.1	Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
J17.2	Pneumonie bei Mykosen	Abwertung
J17.3	Pneumonie bei parasitären Krankheiten	Abwertung
J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J18.2	Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	Abwertung
J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J20.1	Akute Bronchitis durch Haemophilus influenzae	Abwertung
J20.2	Akute Bronchitis durch Streptokokken	Abwertung
J20.8	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	Abwertung
J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J38.00	Lähmung der Stimmlippen und des Kehlkopfes: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
J38.01	Lähmung der Stimmlippen und des Kehlkopfes: Einseitig, partiell	Abwertung
J38.02	Lähmung der Stimmlippen und des Kehlkopfes: Einseitig, komplett	Abwertung
J38.03	Lähmung der Stimmlippen und des Kehlkopfes: Beidseitig, partiell	Abwertung
J38.4	Larynxödem	Abwertung
J39.0	Retropharyngealabszess und Parapharyngealabszess	Abwertung
J41.1	Schleimig-eitrige chronische Bronchitis	Abwertung
J41.8	Mischformen von einfacher und schleimig-eitriger chronischer Bronchitis	Abwertung
J42	Nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis	Abwertung
J43.1	Panlobuläres Emphysem	Auf- und Abwertung
J43.2	Zentrilobuläres Emphysem	Abwertung
J43.8	Sonstiges Emphysem	Auf- und Abwertung
J43.9	Emphysem, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J44.01	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 $\geq$ 35 % und $<$ 50 % des Sollwertes	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
J44.02	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 $\geq$ 50 % und $<$ 70 % des Sollwertes	Abwertung
J44.03	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 $\geq$ 70 % des Sollwertes	Abwertung
J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	Abwertung
J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 $<$ 35 % des Sollwertes	Abwertung
J44.11	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 $\geq$ 35 % und $<$ 50 % des Sollwertes	Abwertung
J44.12	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 $\geq$ 50 % und $<$ 70 % des Sollwertes	Abwertung
J44.13	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 $\geq$ 70 % des Sollwertes	Abwertung
J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	Abwertung
J44.80	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 $<$ 35 % des Sollwertes	Abwertung
J44.81	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 $\geq$ 35 % und $<$ 50 % des Sollwertes	Abwertung
J47	Bronchiektasen	Abwertung
J67.7	Befeuchter- und Klimaanlage-Lunge	Abwertung
J67.9	Allergische Alveolitis durch nicht näher bezeichneten organischen Staub	Abwertung
J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	Abwertung
J69.8	Pneumonie durch sonstige feste und flüssige Substanzen	Abwertung
J70.0	Akute Lungenbeteiligung bei Strahleneinwirkung	Abwertung
J70.1	Chronische und sonstige Lungenbeteiligung bei Strahleneinwirkung	Abwertung
J70.4	Arzneimittelinduzierte interstitielle Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
J80.01	Mildes Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]	Abwertung
J80.02	Moderates Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]	Abwertung
J80.03	Schweres Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]	Abwertung
J80.09	Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS], Schweregrad nicht näher bezeichnet	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
J85.1	Abszess der Lunge mit Pneumonie	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
J94.2	Hämatothorax	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
J95.80	Iatrogener Pneumothorax	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
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
J96.09	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
J98.2	Interstitielles Emphysem	Abwertung
J98.50	Mediastinitis	Abwertung
J99.8	Krankheiten der Atemwege bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
K12.23	Wangenabszess	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
K25.5	Ulcus ventriculi: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Perforation	Abwertung
K26.0	Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung	Abwertung
K26.4	Ulcus duodeni: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung	Abwertung
K26.5	Ulcus duodeni: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Perforation	Abwertung
K28.0	Ulcus pepticum jejuni: Akut, mit Blutung	Abwertung
K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	Abwertung
K31.1	Hypertrophische Pylorusstenose beim Erwachsenen	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
K31.5	Duodenalverschluss	Abwertung
K31.82	Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung	Abwertung
K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	Abwertung
K43.3	Parastomale Hernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	Abwertung
K44.1	Hernia diaphragmatica mit 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
K56.0	Paralytischer Ileus	Abwertung
K56.2	Volvulus	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
K57.11	Divertikulose des Dünndarmes ohne Perforation und Abszess, mit Blutung	Abwertung
K57.31	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	Abwertung
K57.33	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	Abwertung
K57.91	Divertikulose des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	Abwertung
K57.93	Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	Abwertung
K62.5	Hämorrhagie des Anus und des Rektums	Abwertung
K65.0	Akute Peritonitis	Abwertung
K65.8	Sonstige Peritonitis	Abwertung
K65.9	Peritonitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung



ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
K66.1	Hämoperitoneum	Abwertung
K70.2	Alkoholische Fibrose und Sklerose der Leber	Abwertung
K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	Abwertung
K70.4	Alkoholisches Leberversagen	Abwertung
K71.6	Toxische Leberkrankheit mit Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
K71.7	Toxische Leberkrankheit mit Fibrose und Zirrhose der Leber	Abwertung
K71.9	Toxische Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K72.0	Akutes und subakutes Leberversagen	Abwertung
K72.1	Chronisches Leberversagen	Abwertung
K72.71	Hepatische Enzephalopathie Grad 1	Abwertung
K72.72	Hepatische Enzephalopathie Grad 2	Abwertung
K72.73	Hepatische Enzephalopathie Grad 3	Abwertung
K72.74	Hepatische Enzephalopathie Grad 4	Abwertung
K72.79	Hepatische Enzephalopathie, Grad nicht näher bezeichnet	Abwertung
K72.9	Leberversagen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K74.0	Leberfibrose	Abwertung
K74.3	Primäre 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
K75.2	Unspezifische reaktive Hepatitis	Abwertung
K75.4	Autoimmune Hepatitis	Abwertung
K75.8	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Leberkrankheiten	Abwertung
K75.9	Entzündliche Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K76.3	Leberinfarkt	Abwertung
K76.7	Hepatorenales Syndrom	Abwertung
K77.8	Leberkrankheiten bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
K80.01	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer 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
K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.51	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.80	Sonstige Cholelithiasis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.81	Sonstige Cholelithiasis: Mit Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K81.0	Akute Cholezystitis	Abwertung
K82.1	Hydrops der Gallenblase	Abwertung
K82.2	Perforation der Gallenblase	Abwertung
K82.3	Gallenblasenfistel	Abwertung
K83.0	Cholangitis	Abwertung
K83.2	Perforation des Gallenganges	Abwertung
K85.10	Biliäre akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation	Abwertung
K85.11	Biliäre akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation	Abwertung
K85.20	Alkoholinduzierte akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation	Abwertung
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

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
K85.91	Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Mit Organkomplikation	Abwertung
K86.0	Alkoholinduzierte chronische Pankreatitis	Abwertung
K86.1	Sonstige chronische Pankreatitis	Abwertung
K86.2	Pankreaszyste	Abwertung
K86.3	Pseudozyste des Pankreas	Abwertung
K91.2	Malabsorption nach chirurgischem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
K91.3	Postoperativer Darmverschluss	Abwertung
K91.4	Funktionsstörung nach Kolostomie oder Enterostomie	Abwertung
K91.80	Generalisierte Mukositis bei Immunkompromittierung	Abwertung
K91.82	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
L03.8	Phlegmone an sonstigen Lokalisationen	Abwertung
L03.9	Phlegmone, nicht näher bezeichnet	Abwertung
L12.0	Bullöses Pemphigoid	Abwertung
L12.8	Sonstige Pemphigoidkrankheiten	Abwertung
L12.9	Pemphigoidkrankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
L40.5	Psoriasis-Arthropathie	Abwertung
L89.10	Dekubitus 2. Grades: Kopf	Abwertung
L89.11	Dekubitus 2. Grades: Obere Extremität	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
L89.12	Dekubitus 2. Grades: Dornfortsätze	Abwertung
L89.13	Dekubitus 2. Grades: Beckenkamm	Abwertung
L89.14	Dekubitus 2. Grades: Kreuzbein	Abwertung
L89.15	Dekubitus 2. Grades: Sitzbein	Abwertung
L89.16	Dekubitus 2. Grades: Trochanter	Abwertung
L89.17	Dekubitus 2. Grades: Ferse	Abwertung
L89.18	Dekubitus 2. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	Abwertung
L89.19	Dekubitus 2. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
L89.20	Dekubitus 3. Grades: Kopf	Abwertung
L89.21	Dekubitus 3. Grades: Obere Extremität	Abwertung
L89.22	Dekubitus 3. Grades: Dornfortsätze	Abwertung
L89.23	Dekubitus 3. Grades: Beckenkamm	Abwertung
L89.24	Dekubitus 3. Grades: Kreuzbein	Abwertung
L89.25	Dekubitus 3. Grades: Sitzbein	Abwertung
L89.26	Dekubitus 3. Grades: Trochanter	Abwertung
L89.27	Dekubitus 3. Grades: Ferse	Abwertung
L89.28	Dekubitus 3. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	Abwertung
L89.29	Dekubitus 3. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
L89.31	Dekubitus 4. Grades: Obere Extremität	Abwertung
L89.33	Dekubitus 4. Grades: Beckenkamm	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
M00.96	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M00.99	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
M05.20	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthrit: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M05.21	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthrit: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M05.22	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthrit: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M05.23	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthrit: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M05.24	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthrit: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M05.25	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthrit: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M05.26	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthrit: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M05.27	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthrit: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M05.28	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthrit: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M05.29	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthrit: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M05.34	Seropositive chronische Polyarthrit mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M05.38	Seropositive chronische Polyarthrit mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M05.39	Seropositive chronische Polyarthrit mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M07.19	Arthritis mutilans: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M07.30	Sonstige psoriatische Arthritiden: Mehrere Lokalisationen	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
M07.31	Sonstige psoriatische Arthritiden: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M07.32	Sonstige psoriatische Arthritiden: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M07.33	Sonstige psoriatische Arthritiden: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M07.34	Sonstige psoriatische Arthritiden: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M07.35	Sonstige psoriatische Arthritiden: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M07.36	Sonstige psoriatische Arthritiden: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M07.37	Sonstige psoriatische Arthritiden: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M07.38	Sonstige psoriatische Arthritiden: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M07.39	Sonstige psoriatische Arthritiden: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M08.20	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M08.21	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M08.22	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M08.23	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M08.24	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M08.25	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
M08.26	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M08.27	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M08.28	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M08.29	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M30.1	Panarteriitis mit Lungenbeteiligung	Abwertung
M30.8	Sonstige mit Panarteriitis nodosa verwandte Zustände	Abwertung
M31.4	Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom]	Abwertung
M31.6	Sonstige Riesenzellarteriitis	Abwertung
M31.9	Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
M32.1	Systemischer Lupus erythematodes mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen	Abwertung
M32.8	Sonstige Formen des systemischen Lupus erythematodes	Abwertung
M32.9	Systemischer Lupus erythematodes, nicht näher bezeichnet	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
M48.44	Ermüdungsbruch eines Wirbels: Thorakalbereich	Abwertung
M48.48	Ermüdungsbruch eines Wirbels: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	Abwertung
M48.49	Ermüdungsbruch eines Wirbels: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M48.53	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Zervikothorakalbereich	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
M48.54	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Thorakalbereich	Abwertung
M48.55	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Thorakolumbalbereich	Abwertung
M48.58	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	Abwertung
M48.59	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M49.52	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Zervikalbereich	Abwertung
M49.53	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Zervikothorakalbereich	Abwertung
M49.55	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Thorakolumbalbereich	Abwertung
M49.56	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Lumbalbereich	Abwertung
M49.57	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Lumbosakralbereich	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
M60.09	Infektiöse Myositis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M62.08	Muskeldiastase: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M62.09	Muskeldiastase: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M62.10	Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M62.11	Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M62.12	Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M62.13	Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung



ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
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
M62.28	Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M62.29	Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
M62.30	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M62.31	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Streichung
M62.32	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Streichung
M62.33	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Streichung
M62.34	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Streichung
M62.35	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Streichung
M62.36	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Streichung
M62.37	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Streichung
M62.38	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Streichung
M62.39	Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Streichung
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
M62.45	Muskelkontraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M62.46	Muskelkontraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
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	Auf- und 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]	Auf- und 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
M62.80	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M62.81	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
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
M84.15	Nichtvereinigung der Frakturenden [Pseudarthrose]: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	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
M84.28	Verzögerte Frakturheilung: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M84.29	Verzögerte Frakturheilung: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M84.40	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M84.41	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M84.42	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M84.43	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
M84.44	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M84.45	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M84.46	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M84.47	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M84.48	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M84.49	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M86.17	Sonstige akute Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M86.18	Sonstige akute Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M86.19	Sonstige akute Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M86.28	Subakute Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M86.29	Subakute Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M86.45	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M86.46	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M86.49	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M90.70	Knochenfraktur bei Neubildungen: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M90.71	Knochenfraktur bei Neubildungen: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M90.72	Knochenfraktur bei Neubildungen: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
M90.73	Knochenfraktur bei Neubildungen: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M90.74	Knochenfraktur bei Neubildungen: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M90.75	Knochenfraktur bei Neubildungen: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M90.76	Knochenfraktur bei Neubildungen: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M90.77	Knochenfraktur bei Neubildungen: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M90.78	Knochenfraktur bei Neubildungen: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M90.79	Knochenfraktur bei Neubildungen: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M96.80	Elektiv offen belassenes Sternum nach thoraxchirurgischem Eingriff	Abwertung
M96.88	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen	Abwertung
M96.9	Krankheit des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
N00.9	Akutes nephritisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet	Abwertung
N04.9	Nephrotisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet	Abwertung
N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	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

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
N15.11	Perinephritischer Abszess	Abwertung
N17.01	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 1	Abwertung
N17.02	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 2	Abwertung
N17.03	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 3	Abwertung
N17.09	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium nicht näher bezeichnet	Abwertung
N17.11	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 1	Abwertung
N17.12	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 2	Abwertung
N17.13	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 3	Abwertung
N17.19	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium nicht näher bezeichnet	Abwertung
N17.81	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 1	Abwertung
N17.82	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 2	Abwertung
N17.83	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 3	Abwertung
N17.89	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium nicht näher bezeichnet	Abwertung
N17.91	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 1	Abwertung
N17.92	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2	Abwertung
N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	Abwertung
N17.99	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium nicht näher bezeichnet	Abwertung
N18.1	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 1	Abwertung
N18.2	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2	Abwertung
N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3	Abwertung
N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4	Abwertung
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	Auf- und Abwertung
N18.80	Einseitige chronische Nierenfunktionsstörung	Abwertung
N20.1	Ureterstein	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
N30.0	Akute Zystitis	Abwertung
N30.8	Sonstige Zystitis	Streichung
N30.9	Zystitis, nicht näher bezeichnet	Streichung
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
N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	Abwertung
N39.40	Reflexinkontinenz	Abwertung
N39.41	Überlaufinkontinenz	Abwertung
N39.42	Dranginkontinenz	Abwertung
N39.48	Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz	Abwertung
N41.0	Akute Prostatitis	Abwertung
N82.1	Sonstige Fisteln zwischen weiblichem Harn- und Genitaltrakt	Abwertung
N82.4	Sonstige Fisteln zwischen weiblichem Genital- und Darmtrakt	Abwertung
O03.0	Spontanabort: Inkomplett, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens	Auf- und Abwertung
O03.1	Spontanabort: Inkomplett, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung	Auf- und Abwertung
O03.2	Spontanabort: Inkomplett, kompliziert durch Embolie	Auf- und Abwertung
O03.3	Spontanabort: Inkomplett, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen	Auf- und Abwertung
O03.4	Spontanabort: Inkomplett, ohne Komplikation	Auf- und Abwertung
O03.5	Spontanabort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens	Auf- und Abwertung
O03.6	Spontanabort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung	Auf- und Abwertung
O03.7	Spontanabort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Embolie	Auf- und Abwertung



ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
O03.8	Spontanabort: Komplette oder nicht näher bezeichnet, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen	Auf- und Abwertung
O03.9	Spontanabort: Komplette oder nicht näher bezeichnet, ohne Komplikation	Auf- und Abwertung
O09.3	Schwangerschaftsdauer: 20. Woche bis 25 vollendete Wochen	Neuaufnahme
O09.4	Schwangerschaftsdauer: 26. Woche bis 33 vollendete Wochen	Neuaufnahme
O09.5	Schwangerschaftsdauer: 34. Woche bis 36 vollendete Wochen	Neuaufnahme
O09.6	Schwangerschaftsdauer: 37. Woche bis 41 vollendete Wochen	Neuaufnahme
O09.7	Schwangerschaftsdauer: Mehr als 41 vollendete Wochen	Neuaufnahme
O23.0	Infektionen der Niere in der Schwangerschaft	Aufwertung
O67.8	Sonstige intrapartale Blutung	Streichung
O67.9	Intrapartale Blutung, nicht näher bezeichnet	Streichung
P27.1	Bronchopulmonale Dysplasie mit Ursprung in der Perinatalperiode	Abwertung
P27.9	Nicht näher bezeichnete chronische Atemwegserkrankung mit Ursprung in der Perinatalperiode	Abwertung
P71.4	Transitorischer Hypoparathyreoidismus beim Neugeborenen	Abwertung
P71.9	Transitorische Störung des Kalzium- und Magnesiumstoffwechsels beim Neugeborenen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
P74.3	Störungen des Kaliumgleichgewichtes beim Neugeborenen	Abwertung
P90	Krämpfe beim Neugeborenen	Abwertung
P92.2	Trinkunlust beim Neugeborenen	Abwertung
Q02	Mikrozephalie	Abwertung
Q03.0	Fehlbildungen des Aquaeductus cerebri	Abwertung
Q03.8	Sonstiger angeborener Hydrozephalus	Abwertung
Q03.9	Angeborener Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
Q04.2	Holoprosenzephalie-Syndrom	Abwertung
Q04.3	Sonstige Reduktionsdeformitäten des Gehirns	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
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
Q06.1	Hypoplasie und Dysplasie des Rückenmarks	Abwertung
Q06.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Rückenmarks	Abwertung
Q07.0	Arnold-Chiari-Syndrom	Abwertung
Q11.2	Mikrophthalmus	Abwertung
Q20.0	Truncus arteriosus communis	Abwertung
Q20.4	Doppeleinstromventrikel [Double inlet ventricle]	Abwertung
Q20.5	Diskordante atrioventrikuläre Verbindung	Abwertung
Q20.9	Angeborene Fehlbildung der Herzhöhlen und verbindender Strukturen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
Q21.0	Ventrikelseptumdefekt	Abwertung
Q21.2	Defekt des Vorhof- und Kammerseptums	Abwertung
Q21.3	Fallot-Tetralogie	Abwertung
Q22.1	Angeborene Pulmonalklappenstenose	Abwertung
Q22.2	Angeborene Pulmonalklappeninsuffizienz	Abwertung
Q22.4	Angeborene Trikuspidalklappenstenose	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
Q23.3	Angeborene Mitralklappeninsuffizienz	Abwertung
Q23.4	Hypoplastisches Linksherzsyndrom	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
Q23.9	Angeborene Fehlbildung der Aorten- und Mitralklappe, nicht näher bezeichnet	Abwertung
Q24.0	Dextrokardie	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
Q25.5	Atresie der A. pulmonalis	Abwertung
Q25.6	Stenose der A. pulmonalis (angeboren)	Abwertung
Q25.7	Sonstige angeborene Fehlbildungen der A. pulmonalis	Abwertung
Q26.2	Totale Fehleinmündung der Lungenvenen	Abwertung
Q26.6	Fistel zwischen V. portae und A. hepatica (angeboren)	Abwertung
Q31.5	Angeborene Laryngomalazie	Abwertung
Q31.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Kehlkopfes	Abwertung
Q32.0	Angeborene Tracheomalazie	Abwertung
Q32.2	Angeborene Bronchomalazie	Abwertung
Q32.3	Angeborene Bronchusstenose	Abwertung
Q33.6	Hypoplasie und Dysplasie der Lunge	Abwertung
Q35.1	Spalte des harten Gaumens	Abwertung
Q35.5	Spalte des harten und des weichen Gaumens	Abwertung
Q39.0	Ösophagusatresie ohne Fistel	Abwertung
Q39.1	Ösophagusatresie mit Ösophagotrachealfistel	Abwertung
Q42.2	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Anus mit Fistel	Abwertung
Q42.3	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Anus ohne Fistel	Abwertung
Q42.9	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Dickdarmes, Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
Q43.1	Hirschsprung-Krankheit	Abwertung
Q44.5	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Gallengänge	Abwertung
Q44.6	Zystische Leberkrankheit [Zystenleber]	Abwertung
Q52.0	Angeborenes Fehlen der Vagina	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
Q61.2	Polyzystische Niere, autosomal-dominant	Abwertung
Q62.2	Angeborener Megaureter	Abwertung
Q75.0	Kraniosynostose	Abwertung
Q75.3	Makrozephalie	Abwertung
Q75.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen der Schädel- und Gesichtsschädelknochen	Abwertung
Q76.1	Klippel-Feil-Syndrom	Abwertung
Q76.3	Angeborene Skoliose durch angeborene Knochenfehlbildung	Abwertung
Q78.0	Osteogenesis imperfecta	Abwertung
Q78.8	Sonstige näher bezeichnete Osteochondrodysplasien	Abwertung
Q79.0	Angeborene Zwerchfellhernie	Abwertung
Q79.1	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Zwerchfells	Abwertung
Q79.2	Exomphalus	Abwertung
Q79.4	Bauchdeckenaplasie-Syndrom	Abwertung
Q85.1	Tuberöse (Hirn-) Sklerose	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
Q90.9	Down-Syndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
Q92.0	Vollständige Trisomie, meiotische Non-disjunction	Abwertung
Q93.5	Sonstige Deletionen eines Chromosomenteils	Abwertung
Q99.8	Sonstige näher bezeichnete Chromosomenanomalien	Abwertung
R04.2	Hämoptoe	Abwertung
R04.8	Blutung aus sonstigen Lokalisationen in den Atemwegen	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
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	Auf- und 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
R65.9	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS], nicht näher bezeichnet	Abwertung
S02.0	Schädeldachfraktur	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
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
S05.8	Sonstige Verletzungen des Auges und der Orbita	Abwertung
S06.1	Traumatisches Hirnödem	Abwertung
S06.21	Diffuse Hirnkontusionen	Abwertung
S06.30	Umschriebene Hirn- und Kleinhirnverletzung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
S06.31	Umschriebene Hirnkontusion	Abwertung
S06.33	Umschriebenes zerebrales Hämatom	Abwertung
S06.38	Sonstige umschriebene Hirn- und Kleinhirnverletzungen	Abwertung
S06.5	Traumatische subdurale Blutung	Abwertung
S06.70	Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma: Weniger als 30 Minuten	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
S12.21	Fraktur des 3. Halswirbels	Abwertung
S12.22	Fraktur des 4. Halswirbels	Abwertung
S12.25	Fraktur des 7. Halswirbels	Abwertung
S12.7	Multiple Frakturen der Halswirbelsäule	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
S13.13	Luxation von Halswirbeln: C3/C4	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
S13.16	Luxation von Halswirbeln: C6/C7	Abwertung
S13.18	Luxation von Halswirbeln: Sonstige	Abwertung
S13.2	Luxation sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile im Bereich des Halses	Abwertung
S14.70	Verletzung des zervikalen Rückenmarkes: Höhe nicht näher bezeichnet	Abwertung
S14.74	Verletzung des Rückenmarkes: C4	Abwertung
S15.1	Verletzung der A. vertebralis	Abwertung
S15.2	Verletzung der V. jugularis externa	Abwertung
S15.8	Verletzung sonstiger Blutgefäße in Höhe des Halses	Abwertung
S15.9	Verletzung eines nicht näher bezeichneten Blutgefäßes in Höhe des Halses	Abwertung
S22.00	Fraktur eines Brustwirbels: Höhe nicht näher bezeichnet	Abwertung
S22.01	Fraktur eines Brustwirbels: T1 und T2	Abwertung
S22.02	Fraktur eines Brustwirbels: T3 und T4	Abwertung
S22.03	Fraktur eines Brustwirbels: T5 und T6	Abwertung
S22.04	Fraktur eines Brustwirbels: T7 und T8	Abwertung
S22.05	Fraktur eines Brustwirbels: T9 und T10	Abwertung
S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	Abwertung
S22.1	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
S22.5	Instabiler Thorax	Abwertung
S25.0	Verletzung der Aorta thoracica	Abwertung
S26.0	Traumatisches Hämoperikard	Abwertung
S26.81	Prellung des Herzens	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
S26.9	Verletzung des Herzens, nicht näher bezeichnet	Abwertung
S27.0	Traumatischer Pneumothorax	Abwertung
S27.1	Traumatischer Hämatothorax	Abwertung
S27.2	Traumatischer Hämato-pneumothorax	Abwertung
S27.32	Rissverletzung der Lunge	Abwertung
S27.5	Verletzung der Trachea, Pars thoracica	Abwertung
S27.6	Verletzung der Pleura	Abwertung
S27.83	Verletzung: Ösophagus, Pars thoracica	Abwertung
S32.00	Fraktur eines Lendenwirbels: Höhe nicht näher bezeichnet	Abwertung
S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	Abwertung
S32.02	Fraktur eines Lendenwirbels: L2	Abwertung
S32.03	Fraktur eines Lendenwirbels: L3	Abwertung
S32.04	Fraktur eines Lendenwirbels: L4	Abwertung
S32.05	Fraktur eines Lendenwirbels: L5	Abwertung
S32.1	Fraktur des Os sacrum	Abwertung
S32.2	Fraktur des Os coccygis	Abwertung
S32.4	Fraktur des Acetabulums	Abwertung
S32.5	Fraktur des Os pubis	Abwertung
S32.82	Fraktur: Lendenwirbelsäule und Kreuzbein, Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
S32.83	Fraktur: Becken, Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
S32.89	Fraktur: Sonstige und multiple Teile des Beckens	Abwertung
S35.5	Verletzung von Blutgefäßen der Iliakalregion	Abwertung
S36.12	Rissverletzung der Leber, nicht näher bezeichnet	Abwertung
S36.13	Leichte Rissverletzung der Leber	Abwertung
S36.16	Sonstige Verletzungen der Leber	Abwertung
S36.83	Verletzung: Retroperitoneum	Abwertung
S37.00	Verletzung der Niere, nicht näher bezeichnet	Abwertung
S37.01	Prellung und Hämatom der Niere	Abwertung
S37.30	Verletzung der Harnröhre: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
S37.38	Verletzung der Harnröhre: Sonstige Teile	Abwertung
S72.00	Schenkelhalsfraktur: Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	Abwertung



ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
S72.04	Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal	Abwertung
S72.05	Schenkelhalsfraktur: Basis	Abwertung
S72.08	Schenkelhalsfraktur: Sonstige Teile	Abwertung
S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	Abwertung
S72.40	Distale Fraktur des Femurs: Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
S72.8	Frakturen sonstiger Teile des Femurs	Abwertung
S72.9	Fraktur des Femurs, Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
T79.3	Posttraumatische Wundinfektion, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T79.5	Traumatische Anurie	Abwertung
T79.7	Traumatisches subkutanes Emphysem	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
T81.7	Gefäßkomplikationen nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T82.0	Mechanische Komplikation durch eine Herzklappenprothese	Abwertung
T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät	Abwertung
T82.2	Mechanische Komplikation durch Koronararterien-Bypass und Klappentransplantate	Abwertung
T82.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäßtransplantate	Abwertung
T82.4	Mechanische Komplikation durch Gefäßkatheter bei Dialyse	Abwertung
T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	Abwertung
T82.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Herzklappenprothese	Abwertung
T83.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Harntrakt	Abwertung
T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
T84.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Knochengegeräte, -implantate oder -transplantate	Abwertung
T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	Abwertung
T84.9	Nicht näher bezeichnete Komplikation durch orthopädische Endoprothese, Implantat oder Transplantat	Abwertung
T85.0	Mechanische Komplikation durch einen ventrikulären, intrakraniellen Shunt	Abwertung
T85.2	Mechanische Komplikation durch eine intraokulare Linse	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
T85.78	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	Abwertung
T85.81	Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate im Nervensystem	Abwertung
T85.88	Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T86.03	Chronische Graft-versus-host-Krankheit, begrenzte Form	Abwertung
T86.04	Chronische Graft-versus-host-Krankheit, ausgeprägte Form	Abwertung
T86.09	Graft-versus-host-Krankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
T86.10	Akute Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates	Abwertung
T86.11	Chronische Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates	Abwertung
T86.19	Sonstige und nicht näher bezeichnete Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Nierentransplantates	Abwertung
T86.41	Chronische Funktionsverschlechterung eines Lebertransplantates	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
T86.49	Sonstige und nicht näher bezeichnete Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Lebertransplantates	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
T88.6	Anaphylaktischer Schock als unerwünschte Nebenwirkung eines indikationsgerechten Arzneimittels oder einer indikationsgerechten Droge bei ordnungsgemäßer Verabreichung	Abwertung
T91.3	Folgen einer Verletzung des Rückenmarkes	Abwertung
U50.40	Schwere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 20-35 Punkte	Neuaufnahme
U50.41	Schwere motorische Funktionseinschränkung: Motorischer FIM: 31-42 Punkte	Neuaufnahme
U50.50	Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 0-15 Punkte	Neuaufnahme
U50.51	Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung: Motorischer FIM: 13-30 Punkte	Neuaufnahme
U51.20	Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Erweiterter Barthel-Index: 0-15 Punkte	Neuaufnahme
U51.21	Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Kognitiver FIM: 5-10 Punkte	Neuaufnahme
U51.22	Schwere kognitive Funktionseinschränkung: MMSE: 0-16 Punkte	Neuaufnahme
U55.11	Erfolgte Registrierung zur Herztransplantation: Mit Dringlichkeitsstufe U [Urgency]	Neuaufnahme
U55.12	Erfolgte Registrierung zur Herztransplantation: Mit Dringlichkeitsstufe HU [High Urgency]	Neuaufnahme
U55.21	Erfolgte Registrierung zur Lungentransplantation: Mit Dringlichkeitsstufe U [Urgency]	Neuaufnahme
U55.22	Erfolgte Registrierung zur Lungentransplantation: Mit Dringlichkeitsstufe HU [High Urgency]	Neuaufnahme
U55.31	Erfolgte Registrierung zur Herz-Lungen-Transplantation: Mit Dringlichkeitsstufe U [Urgency]	Neuaufnahme

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
U55.32	Erfolgte Registrierung zur Herz-Lungen-Transplantation: Mit Dringlichkeitsstufe HU [High Urgency]	Neuaufnahme
U60.1	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit: Kategorie A	Abwertung
U60.2	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit: Kategorie B	Abwertung
U61.1	Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit: Kategorie 1	Abwertung
U61.2	Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit: Kategorie 2	Abwertung
U61.3	Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit: Kategorie 3	Abwertung
U80.00	Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin [MRSA]	Abwertung
U80.01	Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine oder Oxazolidinone und ohne Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin	Abwertung
U80.10	Streptococcus pneumoniae mit Resistenz gegen Penicillin oder Oxacillin	Abwertung
U80.20	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
U80.6	Pseudomonas aeruginosa und andere Nonfermenter mit Resistenz gegen Carbapeneme, Chinolone, Amikacin, Ceftazidim oder Piperacillin/Tazobactam	Abwertung

ICD 2015	ICD-Text 2015	Kategorie
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
Z34	Überwachung einer normalen Schwangerschaft	Abwertung
Z43.0	Versorgung eines Tracheostomas	Abwertung
Z75.70	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Niere	Neuaufnahme
Z75.74	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Niere-Pankreas	Neuaufnahme
Z75.75	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Pankreas	Neuaufnahme
Z75.76	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Dünndarm	Neuaufnahme
Z75.77	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Leber	Neuaufnahme
Z93.0	Vorhandensein eines Tracheostomas	Abwertung
Z94.0	Zustand nach Nierentransplantation	Abwertung
Z94.1	Zustand nach Herztransplantation	Abwertung
Z94.4	Zustand nach Lebertransplantation	Abwertung
Z94.80	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation ohne gegenwärtige Immunsuppression	Abwertung
Z94.81	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression	Abwertung
Z94.88	Zustand nach sonstiger Organ- oder Gewebetransplantation	Abwertung
Z95.80	Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems	Abwertung

**Tabelle A-4-1:**

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

DRG	DRG-Text
863Z	Neonatale Diagnose ohne Bezug zu Alter oder Gewicht
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation, ohne kombinierte Pankreastransplantation, Alter > 5 Jahre
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden
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.
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 3680 / 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.
A07E	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1656 / - Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation
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
A11H	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne IntK > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne schwerste CC, mit äußerst schweren 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.

DRG	DRG-Text
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
A42A	Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie oder mit schwersten CC, Alter > 15 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, ohne komplizierende Konstellation, Alter < 16 Jahre
A61A	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, mit äußerst schweren CC
A61B	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, ohne äußerst schwere CC
B02B	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, mehr als 8 Bestrahlungen oder mit bestimmtem komplexen Eingriff bei Neubildung oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
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.
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 16 Jahre
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation
B47B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, weniger als 14 Behandlungstage
B63Z	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion
B66B	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre, ohne komplizierende Konstellation
B66C	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
B70G	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme
B77Z	Kopfschmerzen
B86Z	Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet und Krankheit des Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet
C02B	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita außer bei bösartiger Neubildung
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, Alter > 15 Jahre
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina
C16Z	Aufwendige Eingriffe am Auge, Alter < 6 Jahre
C61Z	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges
C63Z	Andere Erkrankungen des Auges
D01B	Kochleaimplantation, unilateral
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D06A	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter < 6 Jahre oder Alter > 15 Jahre, mit komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose, mit Resektion des Felsenbeins
D20B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 11 Bestrahlungen
D25C	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen
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.
D67Z	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle



DRG	DRG-Text
E01A	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose
E02A	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter < 10 Jahre
E64B	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre
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
E75A	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 10 Jahre
E77C	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne kompliz. Konst., ohne hochkomplexe Diagnose, ohne kompl. Diagn. bei Z.n. Organtransplantation, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 196 / - / - Aufwandsp., mit schwersten oder äuß. schw. CC
F01A	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit kompliz. Faktoren oder myokardstimulierendes System oder aufwendige Sondenentf. mit kompliz. Faktoren oder Zwei-Kammer-Stimulation mit kompliz. Faktoren
F02B	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Ein-Kammer-Stimulation
F07C	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, ohne Reoperation an Herz oder Perikard, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Operation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte
F12D	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff
F15Z	Perkutane Koronarangioplastie mit komplizierender Konstellation mit komplexer Diagn. u. hochkompl. Intervention od. m. Angioplastie, Alt. < 16 J. oder inv. kardiolog. Diagnostik, mit kompliz. Konstellation od. Endokarditis, mehr als 2 Belegungstage
F28A	Amputation mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder mit Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC
F39B	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC
F49A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, mit komplexem Eingriff oder Alter < 10 Jahre
F61A	Infektiöse Endokarditis mit komplizierender Diagnose oder mit komplizierender Konstellation

DRG	DRG-Text
F65B	Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte
F73A	Synkope und Kollaps, Alter < 14 Jahre, ein Belegungstag
F75C	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schweren CC bei mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre und Alter < 18 Jahre
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
G01Z	Eviszeration des kleinen Beckens
G17B	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, 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
G23B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre, mit laparoskopischer Adhäsiolyse oder Alter < 14 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung
G24A	Eingriffe bei Hernien, mit plastischer Rekonstruktion der Bauchwand
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / - Aufwandspunkte und < 1177 / 1105 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G40Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G70A	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
G70B	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
H02A	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen bei bösartiger Neubildung oder Alter < 14 Jahre oder mit bestimmter biliodigestiver Anastomose
H07A	Cholezystektomie mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation

DRG	DRG-Text
H16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 10 Bestrahlungen
H41A	Bestimmte ERCP mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, mit Zugang durch retrograde Endoskopie
H61A	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Pfortaderthrombose
H64Z	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen
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
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
I17Z	Operationen am Gesichtsschädel
I23A	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule mit komplizierendem Eingriff am Knochen
I27B	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen mit äußerst schweren CC oder bei BNB mit schweren CC oder Transplantation einer Zehe als Fingersersatz, ohne bestimmte Diagnose oder ohne komplexen Eingriff
I29A	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, bei komplizierender Diagnose oder Eingriff an mehreren Lokalisationen
I42B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 14 Tage
I44A	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, mit äußerst schweren CC oder Korrektur einer Brustkorbdeformität
I44C	Verschiedene Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente
I60Z	Frakturen am Femurschaft, Alter < 3 Jahre
I64A	Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie

DRG	DRG-Text
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.
J09B	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre
J11A	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit bestimmtem Eingriff bei komplizierender Diagnose oder bei Para- / Tetraplegie oder selektive Embolisation bei Hämangiom
J16B	Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J61B	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Diagnose
J64B	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC
J67Z	Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte bis moderate Hauterkrankungen
J68B	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, Alter > 9 Jahre
K04Z	Große Eingriffe bei Adipositas
K09B	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff, mit komplexem Eingriff
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen
K60B	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre und multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K60D	Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC oder multiplen Komplikationen oder Ketoazidose oder Koma, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K60F	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose
L02A	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter < 10 Jahre oder Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung mit Multiviszeraeingriff oder Verschluss einer Blasenektrophie
L04B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, oder bestimmte Eingriffe an der Harnblase, Alter > 15 Jahre
L06C	Injektionsbehandlung an Ureter oder Harnblase

DRG	DRG-Text
L11Z	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC
L13A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, mit CC
L17A	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter < 16 Jahre
L18A	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit äußerst schweren CC
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
L38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L62A	Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
L63B	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung, Alter > 5 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
L68A	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 16 Jahre
L68B	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 15 Jahre
L69A	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
L70B	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder hämolytisch-urämisches Syndrom
L73Z	Harnblasenlähmung, mehr als ein Belegungstag
L74Z	Bestimmte Krankheiten und Störungen der Harnorgane bei Para- / Tetraplegie
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

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
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
M38Z	Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, mit hoch- und mittelgradig komplexer Chemotherapie
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane
N11B	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder äußerst schwere CC
N14Z	Hysterekt. auß. b. BNB m. Beckenbodenpl. od. Brachyth. b. Krankh./Stör. weibl. Geschl.Org., > 1 BT, m. auß. schw. CC/selekt. Gefäßembol. od. Ovariekt./kompl. Eingr. an Tubae ut. auß. b. BNB, oh. auß. schw. od. schw. CC, oh. Fistelverschl., Alter < 16 J.
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
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
O05B	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, ein Belegungstag od. oh. Cerclage, oh. Muttermundverschluss, oh. Cholezystektomie, oh. kompl. OR-Prozedur, oh. bestimmte intrauterine Operation am Feten, mit fetoskopischer Hochfrequenzablation von Gefäßen
O40Z	Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hystero- tomie oder bestimmte Amnionpunktion
O63Z	Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hystero- tomie
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 143 und < 481 Stunden oder Eingriff bei univentrikulärem Herzen
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur
P61E	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P62B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur

DRG	DRG-Text
P64Z	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden
P65D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem
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
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
Q61B	Andere Erkrankungen der Erythrozyten, ohne äußerst schwere CC
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
R01D	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder mindestens 10 Bestrahlungen
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC, weniger als 10 Bestrahlungen
R11A	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
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, Alter > 17 Jahre
R60F	Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern

DRG	DRG-Text
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation oder Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, Alter < 16 Jahre
R61D	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit auß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie, ohne schwerste CC
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne kompliz. Konstellation, ohne Agranul., ohne Portimpl., ohne Komplexbeh. MRE, ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie, ohne auß. schw. CC, mit kompl. Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter < 16 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
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
R63A	Andere akute Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter > 17 Jahre
R63C	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC
R63F	Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren 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
R66Z	Akute myeloische Leukämie oder andere akute Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter < 18 Jahre
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation
T01D	OR-Proz. bei infektiösen/parasitären Krankh. oh. best. kompl. OR-Proz., oh. kompliz. Konstell., auß. bei Z.n. Organ-Tx, oh. best. Eingr. od. auß. bei Sepsis, oh. best. Eingr. bei Hüftendoproth. od. plast. Rekonstr. Brustwand, oh. best. mäß. kompl. Eingr.



DRG	DRG-Text
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
T60F	Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme
T63C	Andere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation
T64B	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag
U60B	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
U61Z	Schizophrenie, wahnhafte und akut psychotische Störungen
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen
U66Z	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen oder psychische Störungen in der Kindheit
V60A	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom oder HIV-Krankheit
X01C	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schw. CC oder 1 BT
X07B	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation eines Fingers oder einer Zehe
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.
Y62A	Andere Verbrennungen, Alter < 6 Jahre
Y63Z	Verbrennungen, ein Belegungstag

**Tabelle A-4-2:**

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

DRG	DRG-Text
A09A	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit IntK > 2352 / 1932 / 2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder kompl. OR-Proz. und Alter < 16 Jahre, mit IntK > 1764 / 1932 / - P. oder mit sehr kompl. Eingr. und IntK > - / 2208 / - P.
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
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
A36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 1104 / 1656 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 P. bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / - / 552 und < - / - / 829 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen
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
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte komplizierende 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
B04B	Beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC oder mehrzeitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen oder äußerst schwere CC
B68C	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose
B69C	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurol. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Std., ohne auß. schw. CC oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls oder mit auß. schw. CC

DRG	DRG-Text
B69D	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne äußerst schwere CC
B70D	Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose oder systemische Thrombolyse, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std. oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std.
B70E	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolyse
B70F	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne komplexen zerebrovaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose, ohne systemische Thrombolyse
C02A	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung
C07B	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE)
C12Z	Andere Rekonstruktionen der Augenlider
C14Z	Andere Eingriffe am Auge
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D05A	Komplexe Parotidektomie
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose
D16Z	Materialentfernung an Kiefer und Gesicht
D25B	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung
E01B	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose

DRG	DRG-Text
E02B	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, mit aufwendigem Eingriff oder schwerste CC, Alter > 9 Jahre
E05A	Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Eingriffe zur Entfernung von intrakraniell Gewebe, mit bestimmten Eingriffen bei Brustkorbdeformität oder mit äußerst schweren CC
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 oder Alter < 18 Jahre
E06B	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum, oh. äuß. schw. CC, Alter < 16 J. od. mit off. chirurg. Pleurolyse mit Eingriff an Lunge/Pleura od. best. atyp. Lungenresek. od. best. Brustkorbkorr.
E65A	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung mit äuß. schw. CC od. mit komplizierender Diagnose od. best. hochaufw. Behandlung od. Bronchitis u. Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äuß. schw. Od. schw. CC, Alter < 1 J., mit RS-Virus-Infekt.
E66B	Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose
E77B	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplizierender Konstellation oder hochkomplexer Diagnose oder kompl. Diagn. bei Z.n. Organtransplantation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte
E79C	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter < 1 Jahr, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne best. mäßig aufwendige Behandlung
F01D	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder intensivmed. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
F01G	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, ohne intensivmed. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung
F06A	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
F12B	Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem ohne äußerst schwere CC, ohne ablativ Maßnahme, ohne PTCA oder Implantation eines Herzschrittmachers ohne aufwendige Sondenentfernung mit komplizierenden Faktoren
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

DRG	DRG-Text
F12G	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne isolierte offen chirurgische Sondenimplantation, ohne Sondenentfernung mit intraluminal expandierbarer Extraktionshilfe
F12I	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders
F17A	Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem oder Alter < 16 Jahre
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
F39A	Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC
F41A	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt mit äußerst schweren CC
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte
F43C	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 15 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte OR-Prozedur
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 15 Jahre
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, 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, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne kompl. Diagnose, mit best. Eingr.
F50D	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung, ohne bestimmte Ablation
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC
F59B	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit aufwendigem Eingriff oder Mehrfacheingriff oder bestimmter Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
F60A	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC
F62E	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung, ein Belegungstag
F64Z	Hautulkus bei Kreislauferkrankungen
F68B	Angeborene Herzkrankheit, Alter > 5 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte
F70A	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren CC
F71A	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit katetergestützter elektrophysiologischer Untersuchung des Herzens oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung
F77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
G08B	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, ohne äußerst schwere CC
G10Z	Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz
G17A	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, bei bösartiger Neubildung
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
G22C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolektomie bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, mit äußerst schweren CC
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
G66Z	Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 55 Jahre und mit CC
G72B	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane, Alter > 2 Jahre oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 2 Jahre und Alter < 56 Jahre oder ohne CC

DRG	DRG-Text
G77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
H02B	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte biliodigestive Anastomose
H05Z	Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen
H36B	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 und < 981 / 829 / - Aufwandspunkte
H60Z	Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC
I02A	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit schwerem Weichteilschaden, mit äußerst schweren CC und komplexer OR-Prozedur
I05A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodeese, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC
I05C	Anderer großer Gelenkersatz ohne Implantation einer inversen Endoprothese am Schultergelenk
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
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
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 oder Alter < 6 Jahre
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
I09D	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne kompl. Eingr., ohne WK-Ersatz, ohne versch. kompl. Eingr. an mehreren Seg., mit best. aufw. Wirbelsäuleneingr., mit best. Kyphoplastie, ohne best. Eingr. an Schädel, Gehirn, Rückenmark od. WS
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
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
I13F	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne Revision einer Endoprothese am Kniegelenk, mit bestimmter offener Reposition oder Implantation von alloplastischem Knochenersatz
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula, Alter < 16 Jahre
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk
I20E	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, mit Eingriff an mehr als einem Strahl oder chronischer Polyarthritits oder Diabetes mellitus mit Komplikation
I24Z	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm
I28A	Komplexe Eingriffe am Bindegewebe
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, ohne komplizierende Diagnose oder ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen
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
I32G	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe
I36Z	Beidseitige Implantation oder Wechsel einer Endoprothese an Hüft- und/oder Kniegelenk
I43A	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, mit äußerst schweren CC
I44B	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, ohne äußerst schweren CC oder ohne Korrektur einer Brustkorbdeformität
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff, ohne komplexe Diagnose an Becken/Oberschenkel oder ohne bestimmten endoprothetischen Eingriff



DRG	DRG-Text
I59Z	Andere Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk oder mäßig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm oder bestimmte geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese
I64B	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC
I66H	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, ein Belegungstag
I71A	Muskel- und Sehnenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, mit Zerebralparese oder Kontraktur
I71B	Muskel- und Sehnenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur
I79Z	Fibromyalgie
I95Z	Implantation einer Tumorendoprothese oder Knochentotalersatz am Femur
I97Z	Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung
J24A	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, mit Prothesenimplantation oder bestimmter Mamma-reduktionsplastik
K06C	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse u. Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, außer bei BNB, oh. äuß. schw. oder schw. CC, mit Eingriffen an der Schilddrüse außer kleine Eingriffe, oh. Thyreoidektomie durch Sternotomie
K07Z	Andere Eingriffe bei Adipositas
K15E	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie
K60C	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 17 Jahre oder ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder schwerste Ernährungsstörungen oder äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
K63B	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K63C	Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
K77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
L19Z	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC oder perkutane Thermoablation der Niere
L37Z	Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L60A	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, oder mit Dialyse und akutem Nierenversagen und äußerst schweren CC oder mit Dialyse und komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre
L63E	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne best. hochaufw. Beh., ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, ohne best. aufw. Beh., ohne bestimmte schwere Infektionen, ohne best. mäßig aufw. Beh., Alter > 2 und < 6 Jahre
L64C	Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Urethrastriktur, andere leichte bis moderate Erkrankung der Harnorgane, bestimmte Beschwerden und Symptome der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
M01B	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC
M04A	Eingriffe am Hoden oder bestimmte Eingriffe an der Prostata, mit äußerst schweren CC oder bei Fournier-Gangrän
M06Z	Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen oder Stanzbiopsie an der Prostata, ein Belegungstag
M09B	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
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
N11A	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
N21A	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder komplexe Myomenukulation, mit aufwendigem Eingriff
N38Z	Komplizierende Konstellation mit best. op. Eingriff bei Krankheiten u. Störungen der weibl. Geschlechtsorg. od. Beckenevisz. bei der Frau u. radikale Vulvektomie od. best. Lymphadenekt. mit äuß. schw. CC, mit kompl. Eingriff od. kompliz. Konstellation
N62A	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose
N62B	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne komplexe Diagnose
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
Q02B	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter < 6 Jahre
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R11B	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit schweren CC
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe 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
R14Z	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Therapie mit offenen Nukliden bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als ein Belegungstag
R63G	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit mit Herzinfarkt oder bei chronisch ischämischer Herzkrankheit oder äußerst schweren CC
T01B	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne best. kompl. OR-Prozedur, ohne kompliz. Konstellation, außer bei Zustand nach Organ-Tx, mit best. Eingr. bei Sepsis od. best. Eingr. bei Hüftendoprothese od. plast. Rekonstr. Brustwand
V40Z	Qualifizierter Entzug

DRG	DRG-Text
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
W61A	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender Diagnose
W61B	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe, ohne komplizierende Diagnose
X05A	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, mit komplexem Eingriff
X05B	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff
X06C	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 66 Jahre, ohne komplexen Eingriff
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers
X60Z	Verletzungen und allergische Reaktionen
X64Z	Andere Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung
Y02A	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation oder anderen Eingriffen bei Sepsis oder mit kompliz. Konst., hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte
Y03B	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC
Z01B	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von Harnblasengewebe
Z03Z	Nierenspende (Lebendspende)

**Tabelle A-4-3:**

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

DRG	DRG-Text
801B	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit hochkomplexer OR-Prozedur oder mit komplizierender Konstellation
801C	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit komplexer OR-Prozedur oder anderem Eingriff an Kopf und Wirbelsäule oder mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder Alter < 1 Jahr oder bei Para- / Tetraplegie
801D	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter OR-Prozedur oder mit intensivmediz. Komplexbeh. > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte oder bestimmte nicht ausgedehnte OR-Prozedur mit neurolog. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
802A	Bestimmte nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose oder andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte
802B	Andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit mäßig komplexer OR-Prozedur
802C	Andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne mäßig komplexe OR-Prozedur
802D	Wenig komplexe nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation
A01B	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 Stunden oder mit Transplantatabstoßung oder mit kombinierter Nierentransplantation oder mit kombinierter Pankreastransplantation oder Alter < 6 Jahre
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A04D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit Graft-versus-Host-Krankheit Grad III und IV, oder außer bei Plasmozytom, HLA-verschieden oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
A04E	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom
A05A	Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2646 / 2484 / - Aufwandspunkte
A05B	Herztransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2646 / 2484 / - Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
A06A	Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2940 / 3680 / 5520 Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff
A06C	Beatmung > 1799 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / - Aufwandspunkte
A07C	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 4900 / 4600 / 4600 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, ohne ECMO ab 384 Stunden, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2484 Punkte
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. > 1764 / 1656 / 2208 P. oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre
A11A	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre
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
A11E	Beatmung > 249 Stunden, mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 P., ohne kompliz. Konstellation, Alter > 15 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 828 / - Aufwandspunkte
A11F	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation oder intensivmed. Komplexbehandlung > - / - / 1104 P. oder Alter < 6 Jahre
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
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
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
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre oder AB0-inkompatible Transplantation oder schwerste CC
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion
A36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 und < 981 / 1105 / 1657 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder komplizierende Konstellation bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit Entfernung eines Organtransplantates oder komplexer OR-Prozedur oder äußerst schweren CC oder komplizierender Konstellation
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber-, Dünndarm- oder Nieren-Pankreas-Transplantation
A69Z	Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste
B01A	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Alter < 18 Jahre
B01B	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Alter > 17 Jahre
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

DRG	DRG-Text
B04A	Interventionelle oder beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC
B04C	Bestimmte interventionelle Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, ohne mehrzeitige Eingriffe, ohne beidseitige Eingriffe, ohne äußerst schwere CC
B04D	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, ohne mehrzeitige Eingriffe, ohne beidseitige Eingriffe, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte interventionelle Eingriffe
B07Z	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC oder komplizierender Diagnose
B09Z	Andere Eingriffe am Schädel
B12Z	Implantation eines Herzschrittmachers bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
B16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 11 Bestrahlungen
B16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 11 Bestrahlungen
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
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.
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
B20B	Kraniotomie oder große WS-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre oder ohne best. komplexe Prozedur, mit intraop. neurophysiol. Monitoring oder komplexer Diagnose oder best. Gefäßinterventionen oder Bohrlochtrepanation mit äußerst schweren CC



DRG	DRG-Text
B20C	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter < 3 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff
B20D	Kraniotomie oder große WS-OP mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre oder ohne best. komplexe Prozedur, ohne intraop. neurophysiol. Monitoring, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Gefäßinterventionen, ohne Bohrlochtrepanation oder ohne äuß. schwere CC
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
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
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
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
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

DRG	DRG-Text
B44D	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, ohne Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B47A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mindestens 14 Behandlungstage
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen
B60A	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag
B61A	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt
B64Z	Delirium
B66D	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
B67A	Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung
B67B	Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung
B68A	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
B68D	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B69A	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden
B69B	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, mit äußerst schweren CC
B70A	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit komplizierender Diagnose
B70B	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierende Diagnose oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 -/- Aufwandspunkte
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.
B70I	Apoplexie, ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
B71A	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose oder Komplexbehandlung der Hand, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren oder schweren CC
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
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
B76D	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit EEG oder bestimmter Diagnose, ohne komplexe Diagnose, ohne angeborene Fehlbildung, Alter < 1 Jahr
B76E	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schw. CC, Alter > 2 Jahre, ohne kompl. Diagn. oder ohne auß. schw. oder schwere CC, mit EEG oder best. Diagnose, ohne kompl. Diagn., ohne angeb. Fehlbild., Alter > 0 Jahre
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

DRG	DRG-Text
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 oder bestimmter aufwendiger / hochaufwendiger Behandlung
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung
B85A	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit hochkomplexer Diagnose oder mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose
B85B	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, ohne hochkomplexe Diagnose
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
C01A	Komplexe Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen
C01B	Andere Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen oder Amnionmembrantransplantation oder Biopsien an kraniellen Gefäßen
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
C03B	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE) oder bestimmtem Eingriff an der Retina oder bei bösartiger Neubildung des Auges
C03C	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), ohne bestimmten Eingriff an der Retina, außer bei bösartiger Neubildung des Auges
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE), Amnionmembrantransplantation oder Alter < 16 Jahre
C08B	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse oder bestimmte Eingriffe an der Linse
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

DRG	DRG-Text
C62Z	Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen
C64Z	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides
C65Z	Bösartige Neubildungen des Auges
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, ohne Resektion des Felsenbeins
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC
D12A	Andere aufwendige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D13B	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals ohne komplizierende Diagnose
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
D20A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 11 Bestrahlungen
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
D29Z	Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung
D30B	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals außer kleine Eingriffe an Ohr, Nase und Hals, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff, ohne komplexe Diagnose
D30C	Kleine Eingriffe an Ohr, Nase und Hals ohne äußerst schwere CC
D36Z	Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, mit starrer Endoskopie

DRG	DRG-Text
D60B	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne starre Endoskopie
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
D64Z	Laryngotracheitis, Laryngospasmus und Epiglottitis
D65Z	Verletzung und Deformität der Nase
D66Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals
E02C	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwendigen Eingriff, ohne schwerste CC, Alter > 9 Jahre, mehr als ein Belegungstag
E05C	Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Eingriffe zur Entfernung von intrakraniell Gewebe, ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 17 Jahre
E06A	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum mit äußerst schweren CC
E06C	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum, oh. äuß. schw. CC, Alter > 15 J., oh. off. chirurg. Pleurolyse m. Eingriff an Lunge/Pleura, oh. best. atyp. Lungenresek., oh. best. Brustkorbbkorrektur
E08A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 10 Bestrahlungen
E08D	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 10 Bestrahlungen
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane

DRG	DRG-Text
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
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
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC
E63A	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie oder Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter < 16 Jahre oder bestimmte invasive kardiologische Diagnostik
E63B	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie oder Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte invasive kardiologische Diagnostik
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
E65B	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, mit FEV1 < 35% und mehr als ein Belegungstag oder Alter < 1 Jahr oder mit bestimmter mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung oder starrer Bronchoskopie
E65C	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, ohne FEV1 < 35% oder ein Belegungstag oder Alter > 1 Jahr, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, ohne starre Bronchoskopie
E66A	Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose
E69A	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung, Alter < 1 Jahr ohne RS-Virus-Infektion oder bei Para- / Tetraplegie

DRG	DRG-Text
E69B	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als 1 BT u. Alter > 55 J. od. mit äuß. schw. od. schw. CC, Alt. > 0 J. od. 1 BT od. oh. äuß. schw. od. schw. CC, Alt. < 1 J. od. flex. Bronchoskopie, Alt. < 16 J., od. best. mäßig aufw. Beh., m. RS-Virus-Infekt.
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
E70B	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter > 2 Jahre
E71B	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, mit Bronchoskopie oder bestimmter Lungenbiopsie oder mit endoskopischer Biopsie am Respirationstrakt, mit Chemotherapie
E71C	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne Bronchoskopie, ohne bestimmte Lungenbiopsie, mit endoskopischer Biopsie am Respirationstrakt, ohne Chemotherapie
E71D	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne Bronchoskopie, ohne bestimmte Lungenbiopsie, ohne endoskopische Biopsie am Respirationstrakt
E73A	Pleuraerguss mit äußerst schweren CC
E73B	Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC
E74Z	Interstitielle Lungenerkrankung
E75B	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter > 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
E77D	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder angeborenem Fehlbildungssyndrom oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung
E79A	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit komplizierender Konstellation oder bestimmter aufwendiger / hochaufwendiger Behandlung
E79D	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 0 Jahre, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne best. mäßig aufwendige Behandlung



DRG	DRG-Text
F01B	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation mit komplizierenden Faktoren oder neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mehr als 24 Stunden mit komplizierenden Faktoren
F01C	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode, ohne komplizierende Faktoren
F01E	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff oder Zwei-Kammer-Stimulation, ohne kompliz. Fakt., ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte mit äußerst schweren CC oder best. Sondenentfernung
F01F	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation oder aufwendige Sondenentfernung
F02A	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Drei-Kammer-Stimulation
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
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.
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

DRG	DRG-Text
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 oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 /- Aufwandspunkte
F07B	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, mit Reoperation an Herz oder Perikard, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Operation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 /- Aufwandspunkte
F08A	Rekonstruktive Gefäßeingriffe mit komplizierenden Konstellationen oder komplexe Vakuumbehandlung oder thorakoabdominales Aneurysma oder komplexer Aorteneingriff
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
F09A	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre
F09C	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC
F12A	Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem mit äuß. schw. CC oder ablativ. Maßnahmen oder PTCA oder mit aufwendiger Sondenentfernung mit kompliz. Faktoren oder mit Revision eines Herzschrittm. oder AICD ohne Aggregatw. mit kompliz. Faktoren
F12C	Implantation eines Herzschrittmachers, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
F12F	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, Alter > 15 Jahre, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen
F12H	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, mit Implantation eines Ereignisrekorders
F13A	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen
F13B	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC, ohne mehrzeitige Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe
F13C	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen ohne äußerst schwere CC
F14A	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit äußerst schweren CC
F14B	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe, ohne äußerst schwere CC
F17B	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammersystem, Alter > 15 Jahre
F18A	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder mit aufwendiger Sondenentfernung
F18B	Revision Herzschrittmacher od. Kardioverter / Defibrillator (AICD) oh. Aggregatw., Alt. < 16 J. od. mit äuß. schw. CC, oh. kompl. Eingr., oh. aufwend. Sondenentf. od. Alt. > 15 J., oh. äuß. schw. CC mit kompl. Eingr., mit intralum. exp. Extraktionshilfe
F18C	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, mit komplexem Eingriff, ohne intraluminale expandierende Extraktionshilfe
F18D	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, ohne komplexen Eingriff
F19A	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC
F19B	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC oder Radiofrequenzablation über A. renalis, Alter < 18 Jahre
F19C	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre

DRG	DRG-Text
F21A	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation II
F21B	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation II, mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation I
F21C	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit mäßig komplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Punkte
F21D	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / 368 Punkte, mit bestimmtem anderen Eingriff
F21E	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, oh. hochkomplexen Eingriff, oh. komplexen Eingriff, oh. komplizierende Konstellation, oh. mäßig komplexen Eingriff, oh. intensivmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / 368 Punkte, oh. bestimmten anderen Eingriff
F24A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit 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 komplexem Hauteingriff
F27C	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodesse des Fußes, ohne komplexen Hauteingriff, mit mäßig komplexem Eingriff
F27D	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodesse des Fußes, ohne komplexen Hauteingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff
F28B	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC
F28C	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere oder schwere CC
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

DRG	DRG-Text
F42Z	Operation b. kompl. angeb. Herzfehler, Hybridchirurgie, best. Herzklappeneingriffe od. and. Eingriffe m. Herz-Lungen-Maschine m. invas. kardiolog. Diagnostik bei Kindern od. best. rekonstruktive Gefäßeingriffe oh. Herz-Lungen-Maschine m. kompl. Eingriff
F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems ohne IntK > 392 / 552 / 552 Punkte, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder bestimmter OR-Prozedur oder IntK > - / 368 / - Punkte
F48Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
F49D	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 14 Jahre, mit kardialen Mapping oder schweren CC bei mehr als einem Belegungstag
F49G	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Eingr.
F50A	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation im linken Vorhof oder hochkomplexer Ablation oder Implantation eines Ereignisrekorders
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
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
F59C	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit bestimmtem Eingriff oder anderem Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag
F59D	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne aufwendigen oder bestimmten Eingriff, ohne Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
F62A	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder komplizierender Diagnose oder mit bestimmter hochaufwendiger Behandlung mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Punkte oder komplizierender Konstellation
F62B	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder komplizierender Diagnose oder mit bestimmter hochaufwendiger Behandlung, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne komplizierende Konstellation
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne best. hochaufw. Behandlung, mehr als ein Belegungstag mit best. akuten Nierenversagen mit äußerst schweren CC
F62D	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne best. hochaufw. Beh., mehr als ein Belegungstag, ohne best. akutes Nierenversagen oder ohne äußerst schwere CC
F63A	Venenthrombose mit äußerst schweren CC
F63B	Venenthrombose ohne äußerst schwere CC
F66A	Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC
F66B	Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC
F67B	Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder schweren CC oder bestimmter mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung
F67C	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter < 18 Jahre
F67D	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter > 17 Jahre
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte
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
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung
F72A	Angina pectoris mit äußerst schweren CC
F72B	Angina pectoris ohne äußerst schwere CC
F73B	Synkope und Kollaps, Alter > 13 Jahre oder mehr als ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
F74Z	Thoraxschmerz und sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems
F75A	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC bei mehr als ein Belegungstag
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schweren CC bei mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre
F75D	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schweren CC bei mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre
F95B	Interventioneller Septumverschluss, Alter > 18 Jahre
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
G02A	Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre od. best. Eingriffe an Dünn-/Dickdarm mit kompliz. Diagnose od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 368 / - Aufwandsp. od. Komplexbeh. MRE od. komplexer Eingriff u. Alter < 10 J.
G02B	Kompl. Eingriffe an Dünn- / Dickdarm oh. Eingriffe an den Verdauungsorg. bei angeb. Fehlbildung, Alt. > 1 J., oh. best. Eingriffe an Dünn- / Dickdarm, oh. kompliz. Diag., oh. IntK > 392 / - / - P., oh. Komplexbeh. MRE, oh. kompl. Eingriff od. Alt. > 9 J.
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
G04Z	Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre oder mit schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder bestimmte Eingriffe an abdominalen Gefäßen mit äußerst schweren CC oder Implantation eines Antireflux-Stimulationssystems
G07A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis mit äuß. schw. oder schw. CC oder kleine Eingr. an Dünn- und Dickdarm od. an abdom. Gefäßen ohne äußerst schwere CC, Alter < 3 Jahre oder mit bestimmten Eingriffen an abdominalen Gefäßen
G07B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre und Alter < 10 Jahre od. mit laparoskop. Adhäsiolyse od. Rektopexie
G07C	Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne laparoskopische Rektopexie

DRG	DRG-Text
G08A	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, mit äußerst schweren CC
G11A	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter < 10 Jahre
G12A	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur
G12B	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur, 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
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff
G16B	Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne plastische Rekonstruktion mit myokutanem Lap-pen, ohne IntK > - / 368 / - Aufwandspunkte
G18A	Best. Eingr. an Dünn- / Dickdarm od. Enterostomaanl. od. andere Eingr. am Darm m. äuß. schw. CC, m. hochkompl. Eingr. od. kompliz. Diag. od. m. sehr kompl. Eingr. od. aufwend. Eingr. m. äuß. schw. CC, m. IntK > - / 368 / - Punkte od. m. Komplexbeh. MRE
G18B	Bestimmte Eingriffe an Dünn-/ Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder anderer Eingriff am Darm mit äuß. schw. CC, mit sehr komplexem Eingriff oder aufwend. Eingriff mit äuß. schw. CC, ohne IntK > - / 368 / - Punkte, ohne Komplexbeh. MRE
G18C	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne aufwendigen Eingriff oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, mit komplexem Eingriff
G18D	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose
G19A	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, mit komplizierender Konstellation oder bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre 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
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



DRG	DRG-Text
G21A	Komplexe Adhäsilyse 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 Adhäsilyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder bestimmte andere Eingriffe an Darm und Enterostoma, mit äußerst schweren CC oder aufwendigem Eingriff am Darm
G21C	Bestimmte andere Eingriffe an Darm und Enterostoma, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff am Darm
G22A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsilyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung
G23C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsilyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 13 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung
G24B	Eingriffe bei Hernien, ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand
G26B	Andere Eingriffe am Anus, Alter > 13 Jahre, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, ohne kleinen Eingriff am Rektum
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an weniger als 8 Tagen, ohne äußerst schwere CC
G29A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 9 Bestrahlungen
G29B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 9 Bestrahlungen
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1470 / 1380 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G37Z	Multiviszeraleingriff 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
G46A	Komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC, Alter < 15 Jahre oder andere Gastroskopie bei schw. Krankh. der Verd. organe, mit äußerst schweren CC, Alter < 15 Jahre

DRG	DRG-Text
G46B	Komplexe therapeutische Gastroskopie mit schw. CC od. and. Gastroskopie bei äuß. schw. CC, bei schw. Krankh. der Verdauungsorgane, Alter > 14 Jahre, od. bestimmte Gastroskopie, Alter < 15 Jahre od. mit kompliz. Faktoren od. ERCP mit and. endoskop. Eingr.
G46C	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsorgane und äuß. schw. oder schw. CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit kompliz. Faktoren, ohne ERCP mit and. endoskop. Eingr.
G47Z	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe
G48B	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, ohne schwere Darminfektion, außer bei Zustand nach Organtransplantation
G50Z	Komplexe therapeutische Gastroskopie und bestimmte andere Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 14 Jahre
G52Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung
G64A	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC
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
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
G72A	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter < 3 Jahre
G73Z	Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
G74Z	Hämorrhoiden
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
H06A	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit bestimmtem Eingriff und komplexer Diagnose, Dialyse, komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation
H06D	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas, ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation, ohne selektive Embolisation, ohne selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie
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
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
H09B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC oder ohne äußerst schwere CC, mit bestimmtem Eingriff am Pankreas oder bei bösartiger Neubildung
H09C	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff am Pankreas, außer bei bösartiger Neubildung
H12A	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff
H12B	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen, ohne äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas

DRG	DRG-Text
H40A	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung 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 oder bestimmte endoskopische Eingriffe
H44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H61C	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose, Alter > 16 Jahre
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, mit akuter Pankreatitis oder Leberzirrhose oder bestimmter nichtinfektiöser Hepatitis, Alter < 16 Jahre
H62B	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, mit akuter Pankreatitis oder Leberzirrhose oder bestimmter nichtinfektiöser Hepatitis, Alter > 15 Jahre
H63A	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und best. nichtinfekt. Hepatitiden, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose und äußerst schw. oder schw. CC oder mit kompl. Diagnose oder äußerst schw. oder schw. CC, Alter < 1 J.
H63B	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 0 Jahre
H63C	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose und ohne äußerst schwere oder schwere CC
H77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H78Z	Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I01Z	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose
I02B	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, auß. an d. Hand, m. kompliz. Konst., Eingr. an mehr. Lokal. od. schw. Weichteilschaden, m. auß. schwer. CC od. kompl. OR-Proz. oder mit hochkompl. Gewebetransplantation oder bei bösart. Neub. und kompl. OR-Prozedur

DRG	DRG-Text
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
I02D	Kleinflächige oder großflächige Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit äußerst schweren CC
I03B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrodesse od. Alter < 16 Jahre oder beidseitige od. mehrere gr. Eingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, ohne äuß. schw. CC, ohne mehrzeit. Wechsel, ohne Eingr. an mehr. Lok.
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse
I05B	Implantation einer inversen Endoprothese am Schultergelenk
I06C	Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Wirbelsäule ohne schwere entzündliche Erkrankung oder ohne bestimmten Eingriff an Wirbelsäule
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.
I08D	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit Mehrfacheingriff oder mit komplexer Diagnose oder mit komplexer Prozedur oder mit äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre
I08E	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne äußerst schwere CC, mit mäßig komplexem Eingriff, mit bestimmter Osteotomie 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, 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
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
I09B	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne sehr komplexe Osteosynthese, ohne mehrzeitigen komplexen Eingriff, mit komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
I09C	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne kompl. Eingr., ohne WK-Ersatz, ohne versch. kompl. Eingr. an mehreren Seg., mit best. aufw. Wirbelsäuleneingr., mit best. Kyphoplastie, mit best. Eingr. am Schädel, Gehirn, Rückenmark 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
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
I13A	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff oder keramischem Knochenersatz, mit komplizierendem Eingriff an Humerus und Tibia oder aufwendiger Osteosynthese
I13B	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff oder keramischem Knochenersatz, ohne komplizierenden Eingriff an Humerus und Tibia, ohne aufwendige Osteosynthese
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

DRG	DRG-Text
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
I13G	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne Revision einer Endoprothese am Kniegelenk, ohne bestimmte offene Reposition, ohne Implantation von alloplastischem Knochenersatz
I15B	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, ohne bestimmten intrakraniellen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an der Mandibula oder Alter > 15 Jahre
I16Z	Andere Eingriffe am Schultergelenk oder an der Klavikula, oder offene Repositionen bei einer Klavikulafraktur
I18A	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff oder mit beidseitigem Eingriff am Kniegelenk
I20A	Eingriffe am Fuß mit mehreren hochkomplexen Eingriffen oder Teilwechsel Endoprothese des unteren Sprunggelenks, mit hochkomplexem Eingriff und komplexer Diagnose oder bestimmter Arthrodesen
I20B	Eingriffe am Fuß mit mehreren komplexen Eingriffen oder hochkomplexem Eingriff oder Teilwechsel Endoprothese d. unteren Sprunggelenks oder bei Zerebralparese oder mit komplexem Eingriff und komplexer Diagnose oder mit Eingriff an Sehnen des Rückfußes
I21Z	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder bestimmte Eingriffe an der Klavikula
I22A	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit großfläch. Gwebetransplantation, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, schwerem Weichteilschaden oder komplexer Gwebetransplantation mit schweren CC
I22B	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kleinflächiger Gwebetransplantation od. mit großflächiger Gwebetransplantation ohne kompliz. Konst., oh. Ingr. an mehreren Lokal., oh. schw. Weichteilschaden, oh. kompl. Gwebetranspl. m. schw. CC
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe- / Hauttransplantation
I27A	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gwebetransplantationen mit bestimmter Diagnose und bestimmtem Eingriff oder mit äußerst schweren CC oder bei BNB mit schweren CC, mit bestimmter Diagnose und komplexem Eingriff
I27C	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gwebetransplantationen mit schweren CC oder bei BNB oder mit bestimmtem Eingriff am Weichteilgewebe, mehr als ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
I27D	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebe-Tx ohne bestimmte Diagnose oder ohne bestimmten Eingriff, ohne Tx einer Zehe als Fingersersatz, ohne äuß. schw. CC oder schw. CC oder ohne bestimmten Eingriff am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag
I28B	Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe, mehr als ein Belegungstag
I28C	Andere Eingriffe am Bindegewebe oder ein Belegungstag
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
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
I41Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I42A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mind. 14 Tage
I43B	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, 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
I50Z	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne schweren Weichteilschaden, ohne äußerst schwere oder schwere CC
I54A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 9 Bestrahlungen



DRG	DRG-Text
I54B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 9 Bestrahlungen
I65C	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter > 16 Jahre, ohne äußerst schwere CC
I66A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, mehr als ein Belegungstag, mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte
I66B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
I66E	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Amyloidose oder Arthropatie, mehr als ein Belegungstag, ohne äuß. schw. CC, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Punkte, ohne kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung 7 bis 13 Behandlungstage
I66F	Frakturen an Becken und Schenkelhals, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
I66G	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne Amyloidose, ohne Arthropatie, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbeh. > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, ohne kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag
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
I73Z	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes
I74A	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß mit äußerst schweren oder schweren CC oder unspezifische Arthropathien
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

DRG	DRG-Text
I75B	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne CC oder Entzündungen von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln ohne äußerst schwere oder schwere CC
I76A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren CC oder septische Arthritis mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre
I76B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder septische Arthritis ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
I77Z	Mäßig schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk
I78Z	Leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk
I87Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J01Z	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei bösartiger Neubildung an Haut, Unterhaut und Mamma
J02A	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extr. bei Ulkus od. Infektion / Entzündung od. ausgedehnte Lymphad. od. Gewebetranspl. mit mikrovask. Anastomos., mit äuß. schw. CC bei Para- / Tetraplegie od. mit 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
J08A	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit kompl. Diagnose oder mit Eingr. an Kopf u. Hals od. äußerst schw. CC, mit kompl. Proz. od. Eingr. an d. Haut der unt. Extremität b. Ulkus od. Infekt. / Entzünd. b. Para- / Tetrapl., mit äußerst schw. CC
J08B	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexe Prozedur, mit bestimmtem Eingriff an Haut, Unterhaut und Mamma, mit äußerst schweren CC
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
J10B	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma außer bei bösartiger Neubildung

DRG	DRG-Text
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
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, mit bestimmtem Eingriff
J11D	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, ohne bestimmten Eingriff
J18A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 10 Bestrahlungen
J18B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 10 Bestrahlungen
J21Z	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit Lymphknotenexzision oder schweren CC
J22Z	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit Weichteildeckung oder Mehrfachtumoren der Haut oder Erysipel
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
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
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

DRG	DRG-Text
J64A	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus mit äußerst schweren CC
J65Z	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma
J77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre
K06A	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus mit IntK > 392 / 368 / - Punkte oder bei BNB, mit äußerst schweren CC oder Parathyreoidektomie oder äußerst schwere oder schwere CC, mit Thyreoidektomie durch Sternotomie
K06B	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, bei BNB oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder Eingriffe an der Schilddrüse außer kleine Eingriffe, mit Thyreoidektomie durch Sternotomie
K09A	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit hochkomplexem Eingriff oder mit bestimmtem Eingriff und Alter < 7 Jahre oder äußerst schwere CC
K14Z	Andere Eingriffe an der Nebenniere oder ausgedehnte Lymphadenektomie
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, außer hochkomplexe Radiojodtherapie
K25Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit bestimmter OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 6 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K60E	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag
K62A	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetrapleg. oder mit komplizierender Diagnose oder endoskopischer Einlage eines Magenballons oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit bestimmter aufwendiger / hochaufwendiger Behandlung
K62B	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie, ohne komplizierende Diagnose, ohne endoskopische Einlage eines Magenballons, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung

DRG	DRG-Text
K64A	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
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
L02B	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz, oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse
L03Z	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm
L06A	Bestimmte kleine Eingriffe an der Harnblase mit äußerst schweren CC
L06B	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne Injektionsbehandlung an Ureter oder Harnblase, ohne äußerst schwere CC oder ohne bestimmte kleine Eingriffe
L09A	Andere Eingriffe bei Erkr. der Harnorgane mit Anlage Dialyseshunt bei akuter Niereninsuff. od. bei chron. Niereninsuff. mit Dialyse od. auß. Anl. Dialyseshunt, m. Kalziphylaxie, od. mit kompl. OR-Proz. od. kompl. Eingr., Alter < 2 J. od. auß. schw. CC
L09B	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane mit Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse oder außer Anlage e. Dialyseshunts, m. Kalziphylaxie, Alter > 1 Jahr, ohne äußerst schwere CC
L09C	Andere Eingr. b. Erkrankungen der Harnorgane auß. Anlage Dialyseshunt, oh. Kalziphylaxie, 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
L09D	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne Schilddrüsenresektion
L10Z	Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung ohne Multiviszeraleingriff oder Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, mit großem Eingriff am Darm
L12B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 9 Tagen
L13B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC, mit bestimmtem Eingriff

DRG	DRG-Text
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter > 15 Jahre
L20C	Transurethrale Eingr. außer Prostatares. und kompl. Ureterorenoskop. ohne ESWL, ohne kompl. Eingr., ohne fluoreszenzgest. TUR der Harnbl. od. and. Eingr. an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, ohne äuß. schw. CC, Alter > 15 J. und Alter < 90 J.
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L40Z	Diagnostische Ureterorenoskopie
L44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L60B	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse und komplizierenden Faktoren oder äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
L60C	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
L60D	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
L62C	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
L63C	Infektionen der Harnorgane mit äuß. schw. CC, ohne best. hochaufw. Beh., ohne Komplexbeh. bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, mit Komplexbeh. bei multiresistenten Erregern oder best. aufw. Beh.
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne best. hochaufw. Beh., ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, ohne best. aufw. Beh., ohne bestimmte schwere Infektionen, ohne best. mäßig aufw. Beh., Alter > 5 und < 90 Jahre
L69B	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 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
M03C	Eingriffe am Penis, Alter > 17 Jahre
M10B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 8 Tagen oder interstitielle Brachytherapie
M11Z	Transurethrale Laserdestruktion und -resektion der Prostata

DRG	DRG-Text
M37Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Erkrankungen und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane oder Eingriffe am Hoden bei Fournier-Gangrän mit äußerst schweren CC
M60A	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC
M60C	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hoch- und mittelgradig komplexe Chemotherapie
M64Z	Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane und Sterilisation beim Mann
N01A	Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraleingriff
N01B	Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszeraleingriff
N01C	Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit schweren CC
N01D	Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC
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.
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.
N05A	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder 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
N09B	Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, kleine Eingriffe an Blase oder Uterus
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation und kleine Eingriffe an Vagina und Vulva

DRG	DRG-Text
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
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
N16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 10 Bestrahlungen
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
N34Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N60A	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC
N60B	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
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
O04A	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma mit komplexem Eingriff
O04B	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma, ohne komplexen Eingriff
O05A	Cerclage und Muttermundverschluss oder Cholezystektomie oder komplexe OR-Prozedur oder bestimmte intrauterine Operation am Feten, mehr als ein Belegungstag
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



DRG	DRG-Text
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
P05C	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P06A	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren oder Dialyse
P06C	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden
P60C	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt, ohne Beatmung > 24 Stunden
P61A	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur
P62A	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur
P66C	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem
P66D	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem
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-Proz., ohne Beatmung > 95 Std., mit schwerem Problem, ohne Hypothermiebehandlung oder mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Proz., neugeborener Mehr­ling
P67C	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Proz., ohne Beatmung > 95 Std., mit schwerem Problem, ohne Hypothermiebehandlung oder mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Proz., neugeborener Einling
P67D	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, mit bestimmter Prozedur oder neugeborener Mehr­ling

DRG	DRG-Text
P67E	Neugeborener Einling, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Prozedur
Q01Z	Eingriffe an der Milz
Q02A	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems mit äußerst schweren CC
Q02C	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre
Q60B	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytenstörung, Alter < 1 Jahr
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
Q62Z	Andere Anämie
Q63A	Aplastische Anämie, Alter < 16 Jahre
Q63B	Aplastische Anämie, Alter > 15 Jahre
R01C	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur, ohne aufwendigen Eingriff an der Wirbelsäule
R03Z	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC, oder mit bestimmter OR-Prozedur mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
R04A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC
R04B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderer OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R11C	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC

DRG	DRG-Text
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit komplexer 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
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder schwersten CC
R60E	Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC oder mit lokaler Chemotherapie oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Sepsis oder 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
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
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
R63B	Andere akute Leukämie mit Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre oder schwerste 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
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer OR-Prozedur, komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte
T01C	OR-Proz. bei infektiösen/parasitären Krankh. oh. best. kompl. OR-Proz., oh. kompliz. Konstell., auß. bei Z.n. Organ-Tx, oh. best. Eingr. od. auß. bei Sepsis, oh. best. Eingr. bei Hüftendoproth. od. plast. Rekonstr. Brustwand, mit best. mäß. kompl. Eingr.
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
T60B	Sepsis mit kompliz. Konst. od. b. Z.n. Organ-Tx, oh. auß. schw. CC, oh. IntK > 392 / 368 / - Punkte od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z.n. Organ-Tx, m. kompl. Diag. od. auß. schw. CC, Alt. < 18 J. od. m. Para- / Tetrapl. od. kompliz. ERCP od. schwerste CC
T60C	Sepsis m. kompliz. Konst. od. b. Z.n. Organ-Tx, oh. auß. schw. CC, oh. IntK > 392 / 368 / - Punkte od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z.n. Organ-Tx, m. kompl. Diag. od. auß. schw. CC, Alt. > 17 J., oh. Para- / Tetrapl., oh. kompliz. ERCP, oh. schwerste CC
T60D	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
T60E	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne intensmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Aufwandsp., mehr als ein Belegungstag
T60G	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne intensmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Aufwandsp., ein Belegungstag
T61Z	Postoperative und posttraumatische Infektionen
T62A	Fieber unbekannter Ursache mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre
T62B	Fieber unbekannter Ursache ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 6 Jahre
T63B	Bestimmte virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation
T64C	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose

DRG	DRG-Text
T77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen
U42B	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter > 18 Jahre, mindestens 14 Behandlungstage
U42C	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter > 18 Jahre, weniger als 14 Behandlungstage
V60B	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, ohne HIV-Krankheit
V61Z	Drogenintoxikation und -entzug
V63Z	Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit
V64Z	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit
W02A	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen
W02B	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen
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
X01A	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, freier Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder komplizierender Diagnose oder komplexer Prozedur, mit äußerst schweren CC
X01B	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, mit komplexer Diagnose oder Prozedur oder äußerst schw. CC, mehr als 1 BT
X04Z	Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität
X06A	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerst schweren CC
X06B	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, Alter > 65 Jahre oder mit schweren CC oder mit komplexem Eingriff
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten

DRG	DRG-Text
X62Z	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung oder bestimmte Erfrierungen und andere Traumata
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. äuß. schw. CC, kompliz. Diagn., kompl. Proz., Dialyse od. Beatm. > 24 Std.
Y02D	Andere Verbrenn. m. Hauttr. od. and. Eingr. oh. äuß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn., oh. komplexe Proz., oh. Dialyse, oh. Beat. > 24 Std., oh. kompliz. Konst., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., oh. best. Spalthauttranspl., Alter > 17 J.
Y03A	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter < 16 Jahre oder 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 oder allergologische Provokationstestung bis 2 Belegungstage

**Tabelle A-5:**

Gegenüberstellung der DRGs je MDC (siehe Kap. 3.4.1.1)

<b>MDC</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Anzahl DRGs 2016</b>	<b>Anzahl DRGs 2017</b>	<b>Verän- derung (in %)</b>
00	Prä-MDC	75	75	0
01	MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	108	111	+ 2,8
02	MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges	33	32	- 3,0
03	MDC 03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Hal- ses	56	58	+ 3,6
04	MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	66	68	+ 3,0
05	MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	151	157	+ 4,0
06	MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	83	83	0
07	MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	44	46	+ 4,5
08	MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	145	155	+ 6,9
09	MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	50	51	+ 2,0
10	MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoff- wechselkrankheiten	39	40	+ 2,6
11	MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	68	67	- 1,5
12	MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	27	27	0
13	MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	34	36	+ 5,9
14	MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wo- chenbett	25	25	0
15	MDC 15 Neugeborene	42	42	0
16	MDC 16 Krankheiten des Blutes, der blut- bildenden Organe und des Immunsystems	16	16	0
17	MDC 17 Hämatologische und solide Neu- bildungen	50	51	+ 2,0
18A	MDC 18A HIV	7	7	0

<b>MDC</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Anzahl DRGs 2016</b>	<b>Anzahl DRGs 2017</b>	<b>Verän- derung (in %)</b>
18B	MDC 18B Infektiöse und parasitäre Erkrankungen	22	23	+ 4,5
19	MDC 19 Psychische Krankheiten und Störungen	11	13	+ 18,2
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	11	11	0
23	MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	14	14	0
24	MDC 24 Sonstige DRGs	0	10	
-1	Fehler-DRGs und sonstige DRGs	9	3	- 66,7
<b>Gesamt</b>		<b>1.220</b>	<b>1.255</b>	<b>+ 2,9</b>