

# InEK

## Abschlussbericht

### Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2023

Klassifikation, Katalog, Bewertungsrelationen

Siegburg, den 21. Dezember 2022

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

Telefon 0 22 41 - 93 82 - 0

Fax 0 22 41 - 93 82 - 36

Internet [Internetseite des InEK](#)



## Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>1 EINFÜHRUNG .....</b>	<b>1</b>
<b>2 METHODIK DER WEITERENTWICKLUNG .....</b>	<b>2</b>
<b>2.1 Datenerhebung und Datenprüfung .....</b>	<b>2</b>
2.1.1 Datenerhebung .....	2
2.1.2 Datenprüfung .....	2
<b>2.2 Datenaufbereitung .....</b>	<b>2</b>
<b>2.3 Versionsüberleitung der ICD-10- und OPS-Klassifikationen.....</b>	<b>3</b>
<b>3 AG-DRG-SYSTEM 2023.....</b>	<b>4</b>
<b>3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse .....</b>	<b>4</b>
<b>3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung .....</b>	<b>8</b>
3.2.1 Datenbasis .....	8
3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung .....	8
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 .....	14
3.2.2.3 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge .....	15
3.2.3 Ausgliederung der Pflegepersonalkosten .....	17
3.2.4 Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes .....	20
3.2.4.1 Sachkostenkorrektur .....	20
3.2.4.2 Gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen .....	21
3.2.5 Gestufte Dämpfung.....	23
3.2.5.1 Dämpfungsansatz für die Berechnung des aG-DRG-Katalogs .....	23
3.2.5.2 Dämpfungsansatz für die Berechnung des Pflegeerlös-Katalogs .....	33
<b>3.3 Schwerpunkte der Weiterentwicklung.....</b>	<b>36</b>
3.3.1 Anpassung der Methodik .....	36
3.3.1.1 Aktualisierung der Plausibilitätsprüfungen .....	36
3.3.1.2 Berechnung der Bewertungsrelationen für Belegversorgung .....	41
3.3.1.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen .....	43
3.3.1.4 Überarbeitung der CCL-Matrix.....	45
3.3.1.5 Einbeziehung von verlegten Fällen und Überliegern .....	50
3.3.1.6 Berechnung der Bezugsgröße .....	52
3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation .....	53
3.3.2.1 COVID-19.....	53
3.3.2.2 Leistungen mit hohem Sachkostenanteil .....	58
3.3.2.3 Abdominalchirurgie .....	60
3.3.2.4 Augenheilkunde .....	65
3.3.2.5 Eingriffe an Haut, Unterhaut, Mamma .....	66
3.3.2.6 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen .....	68
3.3.2.7 Andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens .....	70

3.3.2.8	Gastroenterologie.....	71
3.3.2.9	Gefäßchirurgie und -interventionen / Angiologie .....	75
3.3.2.10	Geschlechtskonflikt .....	77
3.3.2.11	Globale Funktionen .....	78
3.3.2.12	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde.....	81
3.3.2.13	Infektiöse und parasitäre Krankheiten .....	82
3.3.2.14	Intensivmedizin .....	83
3.3.2.15	Kardiologie und Herzchirurgie.....	84
3.3.2.16	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane .....	92
3.3.2.17	Neurologie und Neurochirurgie .....	94
3.3.2.18	Schlaganfallbehandlung.....	96
3.3.2.19	Onkologie .....	97
3.3.2.20	Operative Gynäkologie .....	99
3.3.2.21	Polytrauma .....	100
3.3.2.22	Sonstige DRGs .....	101
3.3.2.23	Unfallchirurgie/Orthopädie .....	101
3.3.2.24	Urologie .....	107
3.3.2.25	Verletzungen und Vergiftungen .....	110
3.3.2.26	Versorgung von Kindern .....	112
3.3.2.27	Wirbelsäulenchirurgie .....	115
3.3.3	Integration neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden .....	117
3.3.4	Sortierung.....	118
3.3.5	Erstellung der G-DRG-Versionen aufgrund von ICD- und OPS-Anpassungen.....	120
3.3.5.1	Anpassungen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen .....	120
3.3.5.2	Überleitung auf die ab 1. Januar 2023 gültigen Versionen.....	120
3.3.5.3	Behandlung nicht identischer Codes mit „Vorgängerkode“ .....	121
3.3.5.4	Behandlung nicht identischer Codes ohne „Vorgängerkode“ (neue Codes) .....	123
3.3.6	Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien.....	125
3.3.7	Schlichtungsausschuss.....	125
<b>3.4</b>	<b>Statistische Kennzahlen.....</b>	<b>127</b>
3.4.1	Wesentliche Ergebnisse und Änderungen zum Vorjahr .....	127
3.4.1.1	Erweiterung und Umbau der Fallgruppen.....	127
3.4.1.2	Nicht bewertete DRGs .....	127
3.4.1.3	Zusatzentgelte.....	127
3.4.2	Analyse des Pauschalierungsgrades.....	133
3.4.3	Statistische Güte der Klassifikation.....	135
3.4.4	Analyse der Verweildauer .....	138
3.4.4.1	Verweildauervergleich der Datenjahre 2019, 2020 und 2021 .....	138
3.4.4.2	Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer .....	140
<b>4</b>	<b>PERSPEKTIVEN DER WEITERENTWICKLUNG .....</b>	<b>144</b>
	<b>ANHANG .....</b>	<b>146</b>

## Abkürzungen

Abs.	Absatz
aG-DRG	German Diagnosis Related Groups (nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)
AICD	Automatic Implantable Cardioverter Defibrillator; Automatischer implantierbarer Kardioverter/Defibrillator
AML	Akute myeloische Leukämie
BA	Belegabteilung
BAnz	Bundesanzeiger
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BNB	Bösartige Neubildung
BT	Belegungstag
bzw.	beziehungsweise
CC	Complication or Comorbidity; Komplikation oder Komorbidität
CCL	Complication or Comorbidity Level; Schweregrad einer Komplikation oder Komorbidität
CLL	Chronische lymphatische Leukämie
d.h.	das heißt
DJ	Datenjahr
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien
DRG	Diagnosis Related Group; Diagnosebezogene Fallgruppe
DRG-EKV 2023	Verordnung zu den Entgeltkatalogen für DRG-Krankenhäuser für das Jahr 2023 (DRG-Entgeltkatalogverordnung 2023)
ECCE	Extrakapsuläre Extraktion der Linse
ECMO	Extrakorporale Membranoxygenierung
EEG	Elektroenzephalographie
EFTR	Endoskopische Vollwandexzision [Endoscopic Full Thickness Resection]
EHEC	Enterohämorrhagische Escherichia coli
ERCP	Endoskopisch retrograde Cholangio-Pankreatikographie
ESD	Endoskopische submukosale Dissektion
etc.	et cetera
FEV1	Forced Expiratory Volume (Einsekundenausatem-Kapazität)
FPV	Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 20xx (Fallpauschalenvereinbarung 20xx)
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
ggf.	gegebenenfalls

gem.	gemäß
GM	German Modification (ICD-10-GM)
HA	Hauptabteilung
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HK	Homogenitätskoeffizient (der Kosten)
HWS	Halswirbelsäule
ICD	International Classification of Diseases; Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Ausgabe für die Zwecke des SGB V
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
IntK	Intensivmedizinische Komplexbehandlung
ISS	Injury Severity Score
i.V.m.	in Verbindung mit
KDE	Kodierempfehlung
KHBV	Krankenhaus-Buchführungsverordnung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
KI	Konfidenzintervall
KK	Komplizierende Konstellationen
KOR	Komplexe OR-Prozeduren
MDC	Major Diagnostic Category; Hauptdiagnosegruppe
med.	medizinisch
Mio.	Millionen
MRE	Multiresistente Erreger
MS	Multiple Sklerose
mVWD	mittlere Verweildauer
MW	Mittelwert
n	Anzahl der Fälle
NONMRE	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
Nr.	Nummer
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
OGV	Obere Grenzverweildauer
OP	Operation

OPS	Operationenschlüssel nach § 301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
OR	Operating Room; operativ
PCCL	Patient Clinical Complexity Level; Patientenbezogener Gesamtschweregrad
PPR	Pflegepersonalregelung
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
PPV	Pars-Plana-Vitrektomie
Prä-MDC	den MDCs vorgeschaltete Hauptdiagnosegruppe
PTCA	Perkutane Koronarangioplastie
Qu.	Quantil
R <sup>2</sup>	Varianzreduktion
RG	Relativgewicht
SAPS	Simplified Acute Physiology Score
SGB	Sozialgesetzbuch
SIRS	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom
SIRT	Selektive interne Radiotherapie
TE	Transfusionseinheiten
TIA	Transitorische ischämische Attacke
TIPS	Transjugulärer intrahepatischer portosystemischer Shunt
TISS	Therapeutic Intervention Scoring System
u.a.	unter anderem
UGV	Untere Grenzverweildauer
VWD	Verweildauer
WS	Wirbelsäule
z.B.	zum Beispiel
ZE	Zusatzentgelt





## 1 Einführung

Dieser Bericht stellt Verfahrensweisen und Ergebnis der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für 2023 vor. Die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen wurden gem. § 17b Abs. 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) erstmals für 2020 aus dem G-DRG-System ausgegliedert und deren Vergütung gleichzeitig in einen separaten Pflegeerlös-Katalog überführt. Ein so massiver Eingriff in ein bestehendes Vergütungssystem hat mehrjährige Auswirkungen, insbesondere auf die Grenzziehung zwischen den beiden Vergütungsbereichen „aG-DRG-Fallpauschalen“ versus „Pflegeerlös-Budget“, die im vorliegenden Bericht ebenfalls adressiert werden.

Zahlreiche Vorschläge der medizinischen Fachgesellschaften, der Verbandsorganisationen der Krankenhäuser und Krankenkassen sowie weiterer Institutionen im „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2023 (Vorschlagsverfahren 2023)“ haben Erfahrungen der klinischen Praxis und medizinisches Expertenwissen in die Weiterentwicklung einfließen lassen. Allen, die sich am diesjährigen Vorschlagsverfahren beteiligt haben, sei an dieser Stelle gedankt.

Wir bedanken uns ganz besonders bei den 202 Krankenhäusern, die durch ihre aktive freiwillige Teilnahme an der Kostenkalkulation und ihr unvermindert großes Engagement an der Bereitstellung einer soliden Datenbasis gearbeitet haben. Ohne dieses Engagement der Kalkulationskrankenhäuser wäre die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems in der vorliegenden Form nicht möglich. Den gesetzlichen Vorgaben zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation folgend, wurden 2016 und 2017 Krankenhäuser zur Teilnahme an der Kostendatenerhebung verpflichtet. Für die 38 im Jahr 2016 gezogenen Krankenhäuser endete die Teilnahmeverpflichtung mit der Datenlieferung im vergangenen Jahr (Datenjahr 2020). Von den 2016 verpflichteten Krankenhäusern nehmen 15 Häuser auf freiwilliger Basis weiterhin an der Kostendatenerhebung teil. Für die im Jahr 2017 gezogenen Krankenhäuser endete die verpflichtende Teilnahme an der Kostendatenerhebung mit Lieferung der diesjährigen Daten (Datenjahr 2021). Aufgrund der auslaufenden Verpflichtungen hatten die Vertragsparteien auf Bundesebene eine erneute Ziehung von Krankenhäusern konsentiert. Am 23. September 2022 wurden dem aktualisierten Ziehungskonzept entsprechend 30 Krankenhäuser für die kommenden fünf Jahre (Datenjahre 2022–2026) zur Teilnahme an der Kostendatenerhebung verpflichtet. Den 23 zur diesjährigen Teilnahme verpflichteten Häusern sei an dieser Stelle ebenfalls sehr herzlich für ihr Engagement gedankt. Ihre aktive Beteiligung leistete einen Beitrag zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation.

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

Das InEK legte den Selbstverwaltungspartnern (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) am 26. August 2022 den Entwurf des aG-DRG-Systems und des Pflegeerlös-Katalogs 2023 vor. Nach ausführlicher Beratung der Fach- und Entscheidungsgremien konnten die Selbstverwaltungspartner einen Konsens zur klassifikatorischen Weiterentwicklung des aG-DRG-Fallpauschalen-Katalogs 2023 sowie zum Pflegeerlös-Katalog 2023 und den dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen erzielen. Keine Einigung wurde hinsichtlich der

Fragestellung erzielt, ob und ggf. inwieweit der in den Kalkulationsdaten beobachtete Zuwachs bei den Pflegepersonalkosten Auswirkungen auf die Normierung des Fallpauschalen-Katalogs 2023 hat. Mit Schreiben vom 11. Oktober 2022 erklärte der GKV-Spitzenverband das Scheitern der diesbezüglichen Verhandlungen. Da sich die Vertragsparteien auf Bundesebene nicht abschließend einigen konnten, erfolgte die Festsetzung des aG-DRG-Fallpauschalen-Katalogs und des Pflegeerlös-Katalogs für 2023 gem. § 17b Abs. 7 Satz 1 Nr. 1 KHG per Rechtsverordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Die entsprechende „Verordnung zu den Entgeltkatalogen für DRG-Krankenhäuser für das Jahr 2023 (DRG-Entgeltkatalogverordnung 2023 – DRG-EKV 2023)“ wurde am 24. November 2022 im Bundesanzeiger (BAnz AT vom 24.11.2022 V1) veröffentlicht.

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

Für die Mitarbeiter der InEK GmbH

Dr. Frank Heimig  
Geschäftsführer

Christian Jacobs  
Abteilungsleiter  
Medizin

Dr. Michael Rabenschlag  
Abteilungsleiter  
Ökonomie

Mathias Rusert  
Bereichsleiter  
Statistische  
Auswertungen

Siegburg, im Dezember 2022

## 2 Methodik der Weiterentwicklung

Dieses Kapitel beschreibt in zusammengefasster Form die wesentlichen im Regelwerk für die Pflege und Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems niedergelegten methodischen Schritte. Die für die Weiterentwicklung für das Jahr 2023 erforderlichen Anpassungen der Methodik werden in Kapitel 3.3.1 im Einzelnen beschrieben. Analoge Darstellungen der Vorgehensweise finden sich in älteren Berichten zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems. Diese stehen auf der [Internetseite des InEK](#) im Archiv zum Herunterladen zur Verfügung.

### 2.1 Datenerhebung und Datenprüfung

#### 2.1.1 Datenerhebung

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

Die an der Kostenerhebung teilnehmenden Krankenhäuser stellen neben den Leistungsdaten und den fallbezogenen Kostendaten auch ergänzende Fallinformationen bereit:

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

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

- Überliegerbereinigung

Als Überlieger galten Behandlungsfälle, die vor dem 1. Januar 2021 aufgenommen, aber erst 2021 entlassen wurden. Für die Weiterentwicklung wurden nur Überlieger berücksichtigt, für die das Kalkulationskrankenhaus eine Erklärung über die Vollständigkeit des auf das Vorjahr entfallenden Kostenanteils im Datensatz abgegeben hatte.

- Korrektur Zusatzentgelte

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

## 2.3 Versionsüberleitung der ICD-10- und OPS-Klassifikationen

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

Für identische Codes ergibt sich keine Notwendigkeit einer Überleitung.

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

- Klassifikatorische Überleitung
- Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

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

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

Eine detaillierte Erläuterung des Verfahrens findet sich in Kapitel 3.3.5.

### 3 aG-DRG-System 2023

#### 3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Das aG-DRG-System 2023 umfasst insgesamt 1.292 DRGs. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Veränderungen zur Vorjahresversion:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
aG-DRG-System 2023	1.292	± 0
davon im Fallpauschalen-Katalog, Hauptabteilung	1.235	± 0
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	42	± 0
davon rein teilstationäre DRGs	15	± 0
davon bewertet (Anlage 1c)	2	± 0

Tabelle 1: Überblick über das aG-DRG-System 2023

Im Zusatzentgelte-Katalog (Anlage 2 DRG-EKV 2023) befinden sich 74 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 79). Die Anzahl der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 DRG-EKV 2023) liegt bei 154 (Vorjahr: 151).

Für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems wurden in der Datenerhebung gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG Angaben zu ca. 19,2 Mio. Fällen (Entgeltbereich „DRG“) aus 1.415 Krankenhäusern aus dem Datenjahr 2021 übermittelt.

Nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen lag die Anzahl der Kalkulationskrankenhäuser mit 240 im Datenjahr 2021 um 32 niedriger als im Vorjahr. Der Rückgang der Kalkulationsteilnehmer erklärte sich u.a. durch das Auslaufen der verpflichtenden Teilnahme der Krankenhäuser aus der ersten Ziehung 2016. Die auswertbare Fallmenge aus den Kalkulationskrankenhäusern betrug ca. 3,6 Mio. Fälle. Die Anzahl der vollstationären Fälle aus den Kalkulationskrankenhäusern (ca. 3,4 Mio. Fälle) sank im Vergleich zum Datenjahr 2020 (mit 3,8 Mio. Fällen) um 7,7%.

#### COVID-19

Die Corona-Pandemie prägte die Weiterentwicklung des Entgeltsystems auf zweierlei Weise. Zum einen bestand die Herausforderung, eine geeignete Methodik zu entwickeln, um den systematisch verzerrenden Einflüssen der deutlichen Fallzahlrückgänge der Jahre 2020 und 2021 auf die DRG-Kostendaten zu begegnen, was mit der in Kapitel 3.2.5.1 ausführlich dargestellten gestuften Dämpfung der Relativgewichtsveränderungen gelungen ist.

Zum anderen war bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems auch die klassifikatorische Abbildung der COVID-19-Fälle im DRG-Algorithmus selbst zu überprüfen. Nachdem für das aG-DRG-System 2021 wegen fehlender COVID-19-Fälle im Datenjahr 2019 Grouper-Anpassungen nur mit einer „heuristischen Herangehensweise“ möglich waren, wurden im Jahr 2020, also dem ersten Jahr der Corona-Pandemie, bereits 176.000 COVID-19-Fälle in deutschen Krankenhäusern stationär behandelt, sodass für das aG-DRG-System 2022 eine breite Datengrundlage zur Verfügung stand. Für die aktuelle Weiterentwicklung auf Grundlage der Fälle des Jahres 2021 stand mit 385.000

Fällen in den Gesamtdaten und einem entsprechenden Anstieg auch in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser eine größere Datenbasis zur Verfügung, die sich zudem auch inhaltlich ausdifferenziert hat. Neben die „wegen COVID-19“ behandelten Fälle treten im Jahr 2021 verstärkt auch Fälle, die (eher) „mit COVID-19“ behandelt wurden (wobei der Übergang zwischen den beiden Gruppen ein Stück weit fließend ist). Zudem lagen erstmals auch in relevantem Umfang Leistungsinformationen auch zu weiteren COVID-19-assoziierten Zuständen vor, wie z.B. zum *multisystemischen Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19* („Kawasaki-like-Syndrom“, vor allem bei Kindern).

Im Ergebnis führten die umfangreichen Analysen rund um die COVID-19-Fälle des Jahres 2021 im Wesentlichen

- zu einer weitgehenden Bestätigung der in den Vorjahren bereits umgesetzten klassifikatorischen COVID-19-bezogenen Anpassungen, was auch einzelne Nachschärfungen und Ergänzungen einschließt,
- zu einer noch breiteren und ausdifferenzierteren Abbildung von COVID-19-Fällen aller Ausprägungen im Entgeltsystem mit Etablierung weiterer spezifischer DRG-Zuordnungen (in 31 weiteren DRGs) wie auch einer präziseren Berücksichtigung im CCL-Schweregradsystem,
- zur Feststellung, dass die COVID-19-Fälle des Datenjahres 2021 insgesamt eine systemweite „Überdeckung“ aufweisen, die nur dann auszugleichen wäre, wenn in stark überdeckten DRGs (namentlich E79C Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose) Fälle mit Pneumonie und COVID-19 nicht in eine niedriger bewertete DRG eingruppiert worden wären als Fälle „nur“ mit Pneumonie, was weder sachgerecht noch vermittelbar erscheint.

Eine umfassende Darstellung der Analysen und Ergebnisse zu COVID-19 findet sich in Kapitel 3.3.2.1.

### ***Gestufte Dämpfung***

Die Corona-Pandemie führt aufgrund des massiven Fallzahlrückgangs zwischen den Datenjahren 2019 und 2021 zu einem deutlichen kostenrechnerischen Effekt, der sich in den einzelnen Fallpauschalen in relevantem Ausmaß mit unterschiedlich starker Ausprägung zeigt. Gleichzeitig war zu beobachten, dass sich aufgrund der Corona-Pandemie die Datenjahre 2020 und 2021 recht ähnlich waren. Entsprechend wurde nach ausführlichen Beratungen mit den Vertragsparteien auf Bundesbene konsentiert, in diesem Jahr den letztjährigen zweistufigen Ansatz bei der Weiterentwicklung nicht weiter zu verfolgen, sondern auf einen Ansatz der gestuften Dämpfung zu wechseln. Bei diesem Ansatz werden die Sachkostenentwicklung zwischen 2019 und 2021 sowie die klassifikatorischen Auswirkungen vollständig berücksichtigt und die kostenrechnerischen Effekte auf die Kostensätze bei der Kostendatenerhebung sachgerecht in Abhängigkeit von den Fallpauschalen-bezogenen Auswirkungen des Fallzahlrückgangs zwischen 2019 und 2021 gedämpft. Mit diesem Ansatz war eine klassifikatorische Weiterentwicklung auf Basis der aktuellen Kosten- und Leistungsdaten 2021 wieder möglich. Details zum Ansatz der gestuften Dämpfung finden sich im Kapitel 3.2.5.

### ***Kalkulation des Gesamtsystems auf Grundlage aktueller Daten***

Im Vorjahr kam ein zweistufiges Kalkulationsverfahren zum Einsatz, bei dem – sehr verkürzt dargestellt – die Abbildung der COVID-19-Fälle auf Grundlage des Datenjahres 2020 durchgeführt wurde, alle weiteren Systemumbauten sowie die Kalkulation der Fallpauschalen-Katalogwerte jedoch auf vorpandemische Daten aus 2019 zurückgriffen

(ausführlich dargestellt im Abschlussbericht für 2022). Entsprechend war eine vollständige Kalkulation auf Grundlage der aktuellsten Leistungs- und Kostendaten in diesem Jahr aus vielerlei Gründen höchst wünschenswert. Die (für 2022 erstmals nicht in vollem Umfang durchgeführte) jährliche Neukalkulation und Neuklassifikation anhand möglichst aktueller Daten dient insbesondere der Berücksichtigung der

- Kostenentwicklung (z.B. Sachkostenveränderung zwischen 2019 und 2021),
- Leistungsentwicklung (z.B. Veränderungen der Corona-Pandemie) sowie
- Entwicklung der Leistungsdarstellung (z.B. erstmals in 2021 spezifische OPS-Kodierung von Leistungen verschiedener Stroke Units).

Da mit dem Konzept der gestuften Dämpfung eine kalkulatorische Antwort auf die systematische Verzerrung von Kostendatensätzen aufgrund des pandemiebedingten Fallzahlrückgangs gefunden werden konnte, war die Verwendung der aktuellsten Kosten- und Leistungsdaten nicht nur geboten, sondern auch sachgerecht möglich. Dies gestattete die Berücksichtigung aktueller Kostenentwicklungen, beispielsweise bei Leistungen mit hohem Sachkostenanteil, wie auch die Analyse der aktuellsten Leistungsdaten.

### **Leistungen mit hohem Sachkostenanteil**

Dank der durch die weiterentwickelte Methodik möglich gewordenen Nutzung der Daten des Jahres 2021 konnten Anregungen aus dem Vorschlagsverfahren wie auch eigene Analyseansätze in bewährter Weise bearbeitet werden, was auch viele Leistungen mit hohem Sachkostenanteil betraf und zu einer im Vergleich zum Vorjahr stark erhöhten Zahl von Veränderungen bei solchen Leistungen beitrug. Beispielsweise konnten innovative Verfahren wie die *Koronare Lithoplastie* oder die *Motorisierte Spiralendoskopie* für 2023 verbessert abgebildet werden. Eine ausführlichere Darstellung dazu findet sich in Kapitel 3.3.2.2.

Solche Neuuzuordnungen sachkostenlastiger Leistungen, meist im Sinne spezifischer Aufwertungen, stellen jedoch nur die auffälligste Auswirkung der Kalkulation mit aktuellen Daten im Hinblick auf die Leistungen mit hohem Sachkostenanteil dar. Mindestens ebenso bedeutsam dürfte die Neukalkulation (ohne Neuklassifikation) von definitorisch nicht oder nur wenig veränderten DRGs auf aktueller Datengrundlage sein, die sich in vielen DRGs in einem (im Vergleich zum Datenjahr 2019) relevant veränderten Niveau der Sachkosten (steigend wie sinkend) ausdrückt. Bedeutsam ist auch, dass für 2023 praktisch alle Zusatzentgelte des Fallpauschalen-Katalogs wieder auf Basis des neuesten Datenjahres berechnet werden konnten.

Zusammenfassend stellt der Fallpauschalen-Katalog 2023 für die sachgerechte Abbildung von Leistungen mit hohem Sachkostenanteil eine erhebliche Verbesserung dar, die in ihrem Umfang über den typischen Umfang der jährlichen Weiterentwicklung hinausgehen dürfte, auch weil zwischen dem Katalog 2022 und dem Katalog 2023 – wie dargestellt – nicht ein, sondern zwei Datenjahre liegen und sich gerade in Bezug auf die Sachkosten medizinischer Leistungen in zwei Jahren eine Vielzahl relevanter zu berücksichtigender Veränderungen zeigt.

### **Kinder**

Grundsätzlich erfolgt in jedem Jahr auf der Basis der jeweils aktuellen Kalkulationsdaten eine umfassende Analyse der Abbildung von Kindern im aG-DRG-System, aus der sich typischerweise eine Vielzahl von Systemveränderungen ergibt. Dies können sowohl neue Kinder-DRGs sein („Kindersplits“) als auch der Wegfall solcher, auf aktuellen Daten nicht mehr gerechtfertigter (weil nicht mehr zur Besserstellung von Kindern führender) Splits. Im Vergleich zur zweistufigen Kalkulation des Vorjahres, bei der die Ein-

gruppierung von Kindern im Entgeltsystem primär auf Grundlage bereits weitgehend analysierter Daten des Vorpandemiejahres 2019 erfolgte, waren die Analysen für 2023 auch dank der einheitlichen und aktuellen Datengrundlage ergiebiger.

Im aG-DRG-System 2023 finden sich insgesamt 342 DRGs, in denen das Kindesalter höhergruppierend wirkt. Insgesamt wurden 14 neue oder erweiterte Alterssplits für Kinder geschaffen. Zusätzlich erfolgt eine weiter ausdifferenzierte Abbildung der Neonatologie in der eigenständigen MDC 15 *Neugeborene*, in der beispielsweise die Abbildung intrazerebraler Blutungen und aufwendiger Behandlungen bei Hüftluxation bei Neugeborenen verbessert wurde.

Neben den bekannten Alterssplits und der spezifischen Abbildung von Neugeborenen werden Kinder im G-DRG-System auch durch kinderspezifische OPS-Kodes, die Sortierung der DRGs unter Berücksichtigung der höheren Tageskosten der Kinder und durch sachgerechte Langlieger-Zuschläge in besonderer Weise berücksichtigt. Hervorzuheben für 2023 ist die weitere Aufwertung der intensivmedizinischen Komplexbehandlung im Kindesalter und die erstmalige Berücksichtigung der Diagnose für das Multisystemische Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19. Eine umfassende Darstellung der Veränderungen bei der Versorgung von Kindern findet sich in Kapitel 3.3.2.26.

### **Schlaganfallbehandlung**

Im Datenjahr 2021 war erstmals eine differenzierte Verschlüsselung der Codes für die *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* (Stroke Unit) dahingehend möglich, ob die Behandlung auf einer Schlaganfalleinheit mit oder ohne kontinuierliche Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen durchgeführt wurde. Die Unterschiede bezüglich der neuen Codes hinsichtlich der geforderten Mindestmerkmale, die sich auch auf Personalausstattung, Qualifikation und Vorhalt von Leistungen beziehen, legten einen Kostenunterschied nahe, was von Hinweisen im Vorschlagsverfahren unterstützt wurde.

Im Ergebnis konnte für 2023 bereits im ersten Jahr der Erfassung eine Aufwertung der *Neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit kontinuierlicher Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen* sowohl in einer operativen Basis-DRG (B02) als auch bei konservativer Behandlung (Basis-DRG B70) umgesetzt werden. Letzteres zeigt, dass die Möglichkeit zur Durchführung bestimmter Interventionen auch einen Einfluss auf die Kosten der Fälle haben kann, die selbst gar keine solche Intervention benötigten. Eine weitergehende Darstellung der genannten Veränderungen findet sich in Kapitel 3.3.2.18.

### **Statistische Güte des Systems**

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

	aG-DRG-System 2022	aG-DRG-System 2023	Verbesserung (in %)
R <sup>2</sup> -Wert auf Basis aller Fälle	0,7605	0,7628	+0,3
R <sup>2</sup> -Wert auf Basis der Inlier	0,8416	0,8436	+0,2

Tabelle 2: Vergleich der Varianzreduktion  $R^2$ , aG-DRG-Systeme 2022 und 2023, Datenjahr 2021, Hauptabteilung, plausibilisiert, ohne explizite Ein-Belegungstag-DRGs und nicht bewertete DRGs



## 3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung

### 3.2.1 Datenbasis

#### 3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung

Für das Datenjahr 2021 wurden im Datenfeld „Entgeltbereich“ die Ausprägungen „DRG“, „PSY“ und „PIA“ übermittelt.

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

Den Umfang der Datenlieferungen für das Datenjahr 2021 gibt Tabelle 3 wieder. Die Zahlen der Erhebung von Kostendaten sind „davon“-Angaben der Datenerhebung gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG. Die Angaben in Tabelle 3 geben den Stand nach erfolgten Fehlerprüfungen in der Datenstelle und vor Durchführung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen wieder.

Kriterium	Erhebung von Daten gem. § 21 KHEntgG	Erhebung von Kostendaten
Anzahl Krankenhäuser	1.415	240
Anzahl Betten	401.190	96.717
Anzahl Fälle	19.212.603	4.009.550

Tabelle 3: Umfang der Datenlieferung, Entgeltbereich „DRG“, Datenjahr 2021 (Stand: 31. Mai 2022)

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

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

#### **Zusammensetzung der Datenlieferungen**

Alle Darstellungen zur Zusammensetzung der Datenlieferungen beziehen sich auf den in Tabelle 3 dokumentierten Umfang von 1.415 Krankenhäusern bzw. 240 Kalkulationskrankenhäusern. Abbildung 1 zeigt die regionale Zusammensetzung der Erhebungen nach dem Bundesland der einbezogenen Krankenhäuser.

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

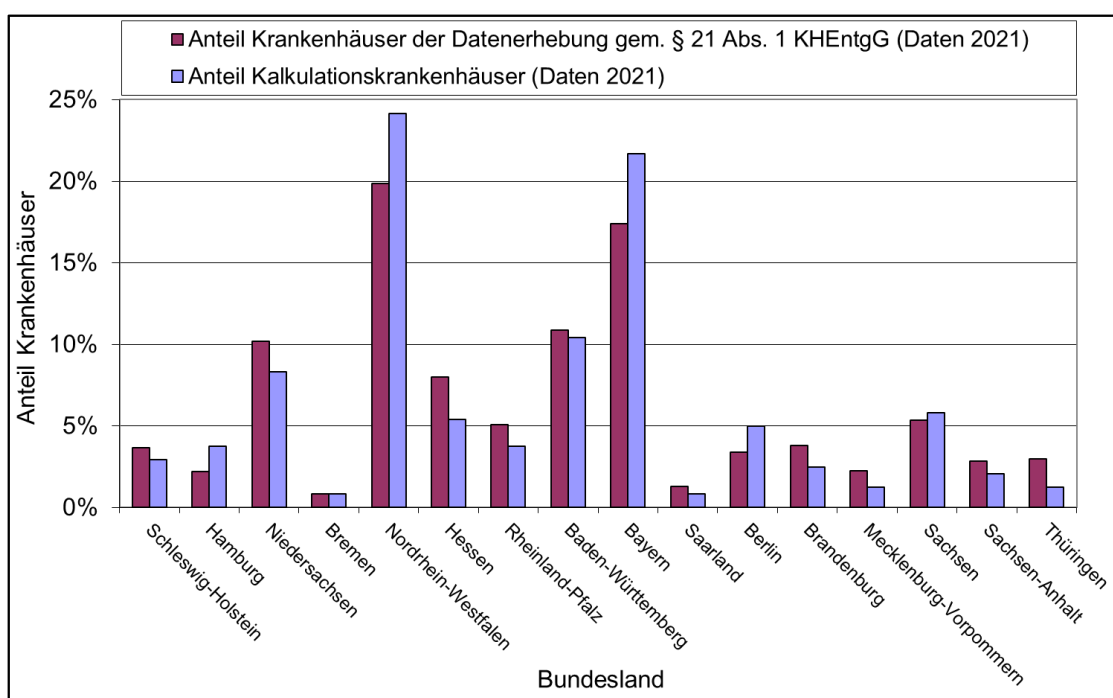


Abbildung 1: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser, Datenjahr 2021

Die Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser zeigt Abbildung 2. Wie schon in den vergangenen Jahren wird aus der Gegenüberstellung der Kalkulationskrankenhäuser mit Krankenhäusern der Datenerhebung gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG bei den Kalkulationskrankenhäusern ein Übergewicht der Krankenhäuser ab einer Größe von mehr als 300 Betten erkennbar. Andererseits sind bei den Kalkulationskrankenhäusern kleine Häuser mit bis zu 300 Betten mit einem geringeren Anteil als in der Datenerhebung gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG vertreten. Gleichzeitig stellt die höhere Beteiligung großer Krankenhäuser die Abdeckung des gesamten Leistungsspektrums mit ausreichenden Fallzahlen sicher.

Im Vergleich zum Vorjahr sinkt der Anteil der Kalkulationskrankenhäuser in den drei Bettengrößenklassen mit bis zu 600 Betten leicht, während dieser Anteil in zwei der drei Bettengrößenklassen ab 601 Betten leicht ansteigt.

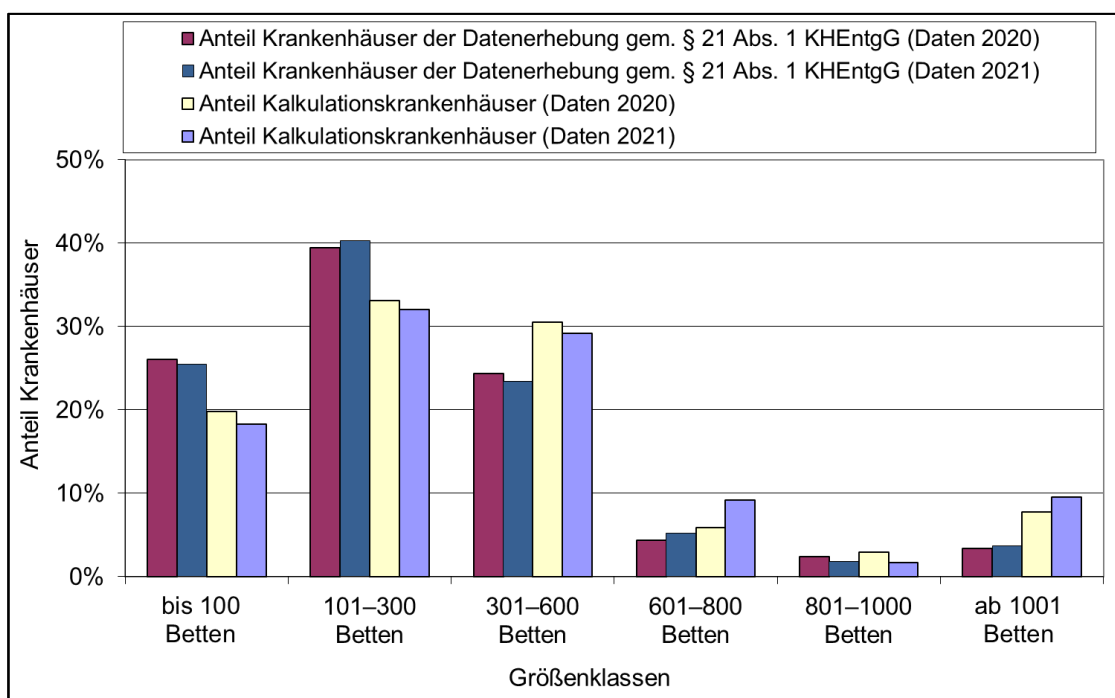


Abbildung 2: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser, Datenjahre 2020, 2021

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

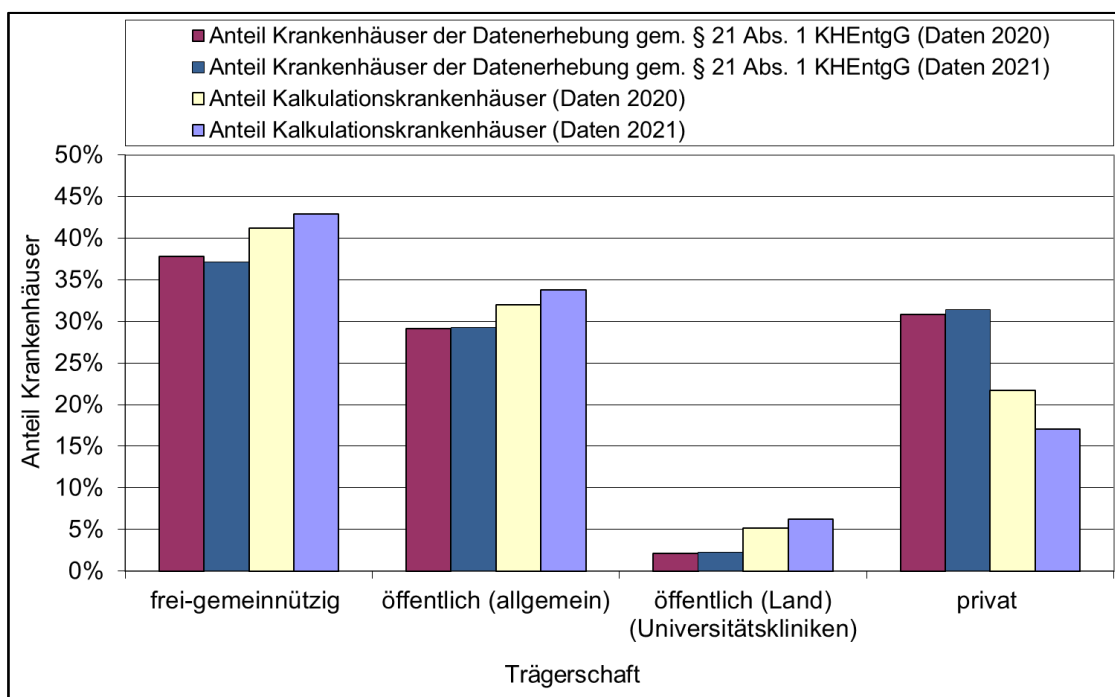


Abbildung 3: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Trägerschaft der Krankenhäuser, Datenjahre 2020, 2021

Die Gegenüberstellung der Kalkulationskrankenhäuser mit den Krankenhäusern der Datenerhebung gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG zeigt bei den Kalkulationskrankenhäusern ein Übergewicht der frei-gemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäuser. Andererseits sind bei den Kalkulationskrankenhäusern private Krankenhäuser mit einem geringeren Anteil als in der Datenerhebung gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG vertreten. Der Vergleich der beiden Datenjahre 2020 und 2021 zeigt einen leichten Anstieg des Anteils freigemeinnütziger und öffentlicher Kalkulationskrankenhäuser, während der Anteil bei privaten Kalkulationskrankenhäusern zurückgeht. Dies lässt sich insbesondere darauf zurückführen, dass die mit der ersten Ziehung 2016 verpflichteten Krankenhäuser im Datenjahr 2021 keiner Lieferverpflichtung mehr unterliegen und entsprechend Krankenhäuser aus der Kostendatenerhebung ausgeschieden sind.

### **Umfang der Datenlieferungen**

Der Anteil fehlerhafter Datensätze an den übermittelten Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG lag nach Auswertung der Datenstelle im Datenjahr 2021 mit 0,11% unverändert auf niedrigem Niveau (Datenjahr 2020: 0,09%).

Insgesamt stellten die Kalkulationskrankenhäuser 4.741.480 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 4,0 Prozeduren und 7,6 Nebendiagnosen auf. Die Kostendaten wiesen je Fall im Durchschnitt 27,7 verschiedene Kostenmodule aus. Nach Ausschluss der nicht DRG-relevanten Datensätze standen 4.009.550 Fälle mit Kosten- und Leistungsdaten im Datenjahr 2021 zur Verfügung (siehe Tabelle 3).

### **Bereinigungen und Korrekturen**

Tabelle 4 zeigt die von den verschiedenen Bereinigungs- und Korrekturmaßnahmen (siehe Kapitel 2.2) betroffenen Fallmengen. Die Prozentangaben beziehen sich auf die 4.009.550 geprüften Datensätze. Der hohe Fallanteil in der zweiten Zeile ist – wie im Vorjahr – durch die separaten Vergütungen von Mehrkosten aufgrund des Coronavirus begründet. Der jeweilige fallbezogene Bereinigungsbetrag für Corona-Mehrkosten liegt dabei im kleinen zweistelligen Eurobereich.

<b>Bereinigung/Korrektur</b>	<b>Anteil Datensätze (in %)</b>	<b>Maßnahme</b>
Korrektur Zusatzentgelte: Dialysekosten, Kosten für Faktorpräparate bei Bluterbehandlung	1,2	Bereinigung Dialysekosten, Kosten-separation
Korrektur sonstige Zusatzentgelte	90,9	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 4.009.550 Datensätze, Entgeltbereich „DRG“), Datenjahr 2021

### **Datenumfang nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen**

Nach den Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie den Bereinigungen und Korrekturen (siehe Kapitel 2.1, 2.2 und 3.3.1.1) standen schließlich 3.553.894 Datensätze im Datenjahr 2021 zur Verfügung. Auf Grundlage des Ergebnisses der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen mussten 15 Krankenhäuser ihre Kalkulationsdatensätze komplett stornieren (5,0% der Datensätze des Datenjahres 2021). Insgesamt wurden 11,4% der 4.009.550 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. Der Anteil plausibler Fälle lag im Datenjahr 2021 bei 89%.

<b>Abteilungsart</b>	<b>Fallzahl <u>vor</u> Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen</b>	<b>Fallzahl <u>nach</u> Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen</b>
Versorgung in Hauptabteilung	3.822.638	3.417.827
Belegärztliche Versorgung	35.115	31.623
Teilstationäre Versorgung	151.797	104.444
<b>Gesamt</b>	<b>4.009.550</b>	<b>3.553.894</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, Datenjahr 2021*

#### **3.2.1.2 Ergänzende Datenbereitstellung**

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

Neben dieser Differenzierung der Datenbasis ermöglicht die ergänzende Datenbereitstellung in Einzelfällen ein Verkürzen der sogenannten Kalkulationslücke durch die Abfrage von Leistungen und Leistungsdifferenzierungen aus der ICD-10-GM Version 2022 und dem OPS Version 2022 ebenso wie von Leistungen, die in diesen Katalogen noch nicht abgebildet sind. Diese standen in den regulären Daten der Kalkulationskrankenhäuser aus dem Jahr 2021 noch nicht zur Verfügung. Ohne die ergänzende Datenbereitstellung hätten diese Informationen erst in der Kalkulation des Jahres 2023 oder nach Einführung neuer Codes für 2023 erst im Jahr 2024 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.

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

Insgesamt haben 222 Krankenhäuser 336.415 Leistungsdaten übermittelt. Eine detaillierte Übersicht über die ergänzend bereitgestellten Leistungsdaten zeigt Tabelle 6.

Daten	Anzahl Krankenhäuser	Anzahl Daten
Leistungs- und Kostendaten zu Medikamenten	220	233.535
Leistungs- und Kostendaten zu Blutprodukten	191	54.709
Leistungs- und Kostendaten zu Neurostimulatoren, mit Angaben zum Typ des Implantats	93	2.283
Leistungs- und Kostendaten zu minimalinvasiven Operationen an Herzklappen, mit Angaben zum Typ des Implantats	56	14.553
Leistungs- und Kostendaten zu Stentgraft-Prothesen an der Aorta	46	449
Leistungsdaten zur Beatmungsentwöhnung	137	9.944
Leistungsdaten zu anderen operativen und interventionellen Verfahren	28	311
Leistungsdaten zu Dialysen	164	18.939

Tabelle 6: Übersicht ergänzende Datenbereitstellung, Datenjahr 2021

Da sich an der ergänzenden Datenbereitstellung nahezu alle an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser beteiligen, diese Informationen aber nicht aus allen gem. § 21 KHEntgG zur Datenlieferung verpflichteten Krankenhäusern vorliegen, wird zwar eine bessere Beurteilung von Mehrkosten bestimmter Verfahren ermöglicht, eine siche-

re Abschätzung über die bundesweite Leistungsmenge ist aber nicht in jedem Fall möglich. Infolgedessen ist es nur bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen möglich, den DRG-Algorithmus basierend auf den Daten der ergänzenden Datenbereitstellung umzubauen. Zur Analyse und Bewertung zusatzentgeltrelevanter Leistungen sind die ergänzenden Daten aber unverzichtbar.

## **3.2.2 Vorschlagsverfahren**

### **3.2.2.1 Grundzüge des Verfahrens**

Wie in den vergangenen Jahren hatten die Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG das InEK erneut beauftragt, das sogenannte „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2023 (Vorschlagsverfahren für 2023)“ durch ein regelhaftes Verfahren zu führen. Die Konzeption des Verfahrens (siehe Punkt 1–4) entsprach im Wesentlichen den vorangegangenen Vorschlagsverfahren:

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

Das Vorschlagsverfahren für 2023 wurde am 30. November 2021 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 2. Juni 2022 auf der Internetseite des InEK veröffentlicht.

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

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

### **3.2.2.2 Beteiligung**

Die Beteiligung am Verfahren bewegte sich in einem ähnlichen Rahmen wie im Vorjahr. Insgesamt sind 202 Vorschlagssendungen eingegangen. Dabei wurden 84 Vorschlagssendungen von Fachgesellschaften oder Verbänden sowie weitere 118 Vorschlagssen-

dungen von Einzelpersonen/Institutionen eingebracht. Da eine Vorschlagssendung aus mehreren Teilvorschlägen (also Vorschlägen zu verschiedenen Problemstellungen oder DRGs) bestehen konnte, ergaben sich rund 260 rechenbare einzelne Vorschläge. Dazu kamen Vorschläge aus den beiden vorherigen Vorschlagsverfahren, die erst in diesem Jahr rechenbar waren, typischerweise weil die beschriebenen Leistungen erst in den Kalkulationsdaten der Jahre 2020 oder 2021 zweifelsfrei identifizierbar waren. Im Zuge der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für 2022 im Vorjahr kam erstmalig und ausnahmsweise ein Stufenmodell zum Einsatz. Aufgrund von Fallzahlrückgängen und Kostenanstiegen waren die Kostendaten des Jahres 2020 lediglich für die kostenorientierte Abbildung von COVID-19-Fällen geeignet, während erforderliche Umsetzungsarbeiten zur Fehlerkorrektur, zur Fortsetzung mehrjähriger Weiterentwicklungsarbeiten, zur Einbindung des medizinischen Fortschritts und zu Veränderungen in den ICD- und OPS-Klassifikationen auf Basis der Daten des Jahres 2019 durchgeführt wurden. Eine Analyse erstmals anhand der Kalkulationsdaten des Jahres 2020 identifizierbarer Leistungen war somit überwiegend erst in diesem Jahr möglich.

Die meisten Vorschläge gingen zu den Fachgebieten Zusatzentgelt-Prozeduren, Gefäßchirurgie, Kardiologie sowie Gastroenterologie ein. Eine detaillierte Aufstellung der vorschlagenden Institutionen, Organisationen und Einzelpersonen kann der Zusammenstellung der Vorschläge entnommen werden, die auf der [Internetseite 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 Einzelcodes 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 aG-DRG-Systems zu finden. Dies wurde auch in diesem Jahr in sehr unterschiedlichem Maße von den Vorschlagenden berücksichtigt. Auf die Schwierigkeiten bei der Berücksichtigung mangels konkreter oder außerhalb des vorgegebenen Rahmens befindlicher Vorschläge wurde bereits in der Beantwortung der Einzelvorschläge, in älteren Abschlussberichten sowie in Vorträgen und Veranstaltungen zur Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems hingewiesen.

Beim Vorschlagsverfahren für 2023 war die Mehrzahl der eingebrachten Vorschläge auf den Daten der Kalkulationskrankenhäuser direkt simulierbar. Aber auch bei den nicht direkt simulierbaren Vorschlägen fand sich eine Verschiebung hin zu Lösungen innerhalb des Systems. Nicht direkt simulierbare Vorschläge waren insbesondere:

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

Die Weiterentwicklung der Klassifikationen ICD-10-GM und OPS ist Aufgabe des BfArM. Darauf wurde in der Verfahrensbeschreibung hingewiesen. Die im Vorschlagsverfahren eingegangenen Vorschläge zur Neuformulierung von Codes wurden an die zuständigen Stellen weitergeleitet, allerdings hatte dies keine Verlängerung der dortigen Annahmefrist (28. Februar 2022) 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  
Bei der Bearbeitung der CCL-Matrix wurden in diesem Jahr wieder detaillierte Prüfungen von Diagnosen und Diagnosegruppen im Hinblick auf beispielsweise streitbefangene, wenig belastbare Kodierung und Besonderheiten bei der Verschlüsselung durchgeführt. Schließlich wurden für das aG-DRG-System 2023 zahlreiche Diagnosen in die CCL-Matrix aufgenommen bzw. aufgewertet oder aus der CCL-Matrix gestrichen. Zudem erfolgte eine Neubewertung der CCL-Werte von Diagnosen in einzelnen DRGs. Vorschläge aus dem Vorschlagsverfahren bezüglich der Neugruppierung einzelner Diagnosen wurden nur bei eindeutigen Simulationsergebnissen und einer relevanten Fallzahl implementiert. Die Überarbeitung der CCL-Matrix wird in Kapitel 3.3.1.4 detailliert beschrieben.
- Vorschläge zur Bildung neuer DRGs aufgrund neuer ICD-/OPS-Kodes  
Simulationen auf den Daten der Kalkulationskrankenhäuser konnten nur anhand von Codes durchgeführt werden, die in den Datensätzen vorhanden waren oder aufgrund einer ergänzenden Datenbereitstellung zur Verfügung standen. Mit neu beantragten Codes wurde wie oben beschrieben verfahren. Wurden diese Codes vom BfArM in die Klassifikationen aufgenommen, können sie ab dem Jahr 2023 verschlüsselt werden und stehen dann spätestens im Jahr 2024 in den Kalkulationsdaten zur Analyse zur Verfügung. Vorschläge, die auf Codes des Jahres 2022 basieren, wurden weitestgehend auf Codes des Jahres 2021 übergeleitet. War dies nicht möglich, wurden diese Vorschläge für eine erneute Bearbeitung im nächsten Jahr vorgemerkt.
- Duplikate  
Wie in den Vorjahren wurden einige Vorschläge text- oder inhaltsidentisch von mehreren Institutionen/Personen eingebracht. Ein Vorteil ergab sich durch mehrfache Einsendungen nicht. Eine Priorisierung bei Mehrfachnennung fand nicht statt.
- Vorschläge zur Änderung der Deutschen Kodierrichtlinien  
Der Schwerpunkt der diesjährigen Überarbeitung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) war die Einarbeitung von Klarstellungen und redaktionellen Anpassungen. Grundlagen hierfür waren umfangreiche Hinweise im Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für 2023. Weiterhin wurden die DKR an Änderungen der Diagnosen-/Prozedurenklassifikation sowie der aG-DRG-Klassifikation für 2023 angepasst.
- Vorschläge zur Änderung von Rahmenbedingungen des aG-DRG-Systems  
Vorschläge, die grundsätzlich von den Rahmenbedingungen der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPV) für das Jahr 2022 abwichen bzw. außerhalb der Systemarchitektur des aG-DRG-Systems lagen, wurden auf innerhalb des aG-DRG-Systems simulierbare Hinweise untersucht

oder flossen in die Diskussion bei der Änderung methodischer Ansätze (z.B. Wiederaufnahmeregelung) ein.

- Vorschläge zur Herausnahme einzelner Fachgebiete, Erkrankungen, Einrichtungen

Wie bereits in den Vorjahren gingen nur noch wenige Vorschläge zur Herausnahme einzelner Fachgebiete/Erkrankungen/Einrichtungen im Vorschlagsverfahren ein. Primär war es Ziel des Verfahrens, eine Lösung innerhalb des aG-DRG-Systems zu finden. Einige DRGs wurden jedoch im Fallpauschalen-Katalog für das Jahr 2023 nicht mit einer Bewertungsrelation belegt (Anlagen 3a und 3b der DRG-EKV 2023) und müssen daher vor Ort zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern verhandelt werden. Diese Nichtbelegung mit einer Bewertungsrelation wurde nicht auf Antrag durchgeführt, sondern anhand einer Gesamtwürdigung objektiver Kriterien wie Homogenität, Langlieger-Anteil, Fallzahl etc. entschieden.

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

### **3.2.3 Ausgliederung der Pflegepersonalkosten**

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

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

Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung bildete die Grundlage für die Pflegepersonalkosten-Ausgliederung im InEK.

In Kostenstellengruppe 13 werden zahlreiche Kostenstellen mit unterschiedlicher Personalausstattung zusammengefasst. Welcher Umfang der krankenhausbezogenen Kostendaten dabei jeweils auf Pflegepersonalkosten in bettenführenden Aufnahmestationen entfällt, ist den Kalkulationsdatensätzen nicht zu entnehmen. Eine anteilige Ausgliederung der Pflegepersonalkosten ist auf alleiniger Basis der übermittelten Kostendaten nicht möglich. Daher wurde bei den Kalkulationsteilnehmern die Information erhoben, welcher Anteil der in Kostenstellengruppe 13 gebuchten Pflegepersonalkosten auf Pflegepersonal in bettenführenden Aufnahmestationen entfiel und den Vorgaben entsprechend ausgegliedert werden musste. Die Rückmeldungen der Krankenhäuser wurden auf Nachvollziehbarkeit unter Berücksichtigung der in den vergangenen Jahren erfragten Angaben plausibilisiert. Auf Basis der Rückmeldungen wurde nach Abschluss der Plausibilisierungen die anteilige Ausgliederung der Pflegepersonalkosten in Kostenstellengruppe 13 (Patientenaufnahme) auf der Fallebene umgesetzt.

Die Ausgliederung sei am Beispiel der DRG L60C *Niereninsuffizienz [...]* für das Datenjahr 2019 verdeutlicht. Abbildung 4 zeigt die DRG L60C auf Basis der vollständigen Kosten, die von den Kalkulationsteilnehmern für das Datenjahr 2019 an das InEK übermittelt wurden (Kosten vor Ausgliederung der Pflegepersonalkosten). Vor der Pflegepersonalkosten-Ausgliederung zeigte die DRG L60C durchschnittliche Fallkosten von 5.220,54 € (davon 1.550,44 € Pflegepersonalkosten).

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

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

Die Pflegepersonalkosten in den Kostenstellengruppen 1 (Normalstation, 1.016,74 €), 2 (Intensivstation, 323,65 €) und 3 (Dialyse, 182,33 €) wurden vollständig ausgegliedert. Auf Basis der oben genannten Befragung der Kalkulationskrankenhäuser wurden die anteiligen Pflegepersonalkosten in Kostenstellengruppe 13 (Patientenaufnahme, 19,61 € der insgesamt gebuchten 24,36 €) ausgegliedert. Nach der Pflegepersonalkosten-Ausgliederung reduzieren sich die durchschnittlichen Fallkosten auf 3.678,23 € (siehe Abbildung 5). Damit wurden in der DRG L60C insgesamt Pflegepersonalkosten in Höhe von 1.542,33 € ausgegliedert.

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

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

In der „Vereinbarung von Grundsätzen für die Systementwicklung 2020 gemäß § 4 Abs. 4 Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung (DRG-Grundlagenvereinbarung)“ vom 6. Mai 2019 konsentierten die Vertragsparteien auf Bundesebene, dass pflegeorientierte Zusatzentgelte im aG-DRG-System verbleiben. Die pflegeorientierten Zusatzentgelte ZE 162/163 für erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten und ZE 60/145 für die (spezialisierte) palliativmedizinische Komplexbehandlung wurden für das aG-DRG-System 2023 entsprechend kalkuliert (Details siehe Kapitel 3.4.1.3).

### **Pflegeerlös-Katalog 2023**

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

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

Für die Berechnung der tagesbezogenen Bewertungsrelationen wurden die ausgegliederten Pflegepersonalkosten aller plausiblen Fälle (Inlier, Kurz- und Langlieger) des Datenjahres 2021 verwendet. Die durchschnittlichen tagesbezogenen Pflegepersonalkosten je DRG ergaben sich als Verhältnis der Summe der ausgegliederten Pflegepersonalkosten des Fallkollektivs der DRG und der Summe der Verweildauer der entsprechenden Fälle.

Da sich die pandemiebedingten kostenrechnerischen Effekte auch bei den tagesbezogenen Pflegepersonalkosten zeigten, wurde das Verfahren der gestuften Dämpfung auch bei der Berechnung der Bewertungsrelationen für den Pflegeerlös-Katalog angewandt (siehe Kapitel 3.2.5.2).

Für die unbewerteten DRGs in den Anlagen 3a und 3b DRG-EKV 2023 wurden ebenfalls tagesbezogene Bewertungsrelationen für den Pflegeerlös-Katalog berechnet. Voraussetzung dafür war, dass mindestens 20 Fälle aus mindestens drei Kalkulationskrankenhäusern vorlagen. Auf diese Weise konnten für 27 der 42 unbewerteten DRGs der Anlage 3a DRG-EKV 2023 und zwei der 13 unbewerteten DRGs der Anlage 3b DRG-EKV 2023 tagesbezogene Bewertungsrelationen berechnet werden.

Gem. § 8 Abs. 5 FPV wurden die 15 unbewerteten DRGs ohne kalkulierte Bewertungsrelation der Anlage 3a DRG-EKV 2023 mit dem Wert 1,0000 und die elf unbewerteten DRGs ohne kalkulierte Bewertungsrelation der Anlage 3b DRG-EKV 2023 mit dem Wert 0,5000 versehen.

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

Um aus den tagesbezogenen Kostenwerten dimensionslose Bewertungsrelationen zu erzeugen, mussten die durchschnittlichen tagesbezogenen Pflegepersonalkosten durch eine entsprechende Bezugsgröße dividiert werden, d.h. der Pflegeerlös-Katalog musste normiert werden. Die Normierung erfolgte nach der Maßgabe, dass die durchschnittliche tagesbezogene Bewertungsrelation in Deutschland den Wert 1,0 annimmt. Dazu wurden alle vollstationären Fälle der Daten nach § 21 Abs. 1 KHEntgG für das Datenjahr 2021 bei Versorgung durch Haupt- oder Belegabteilungen mit den entsprechenden Verweildauertagen bewertet. Um im Durchschnitt den Wert 1,0 zu erzielen, musste eine Bezugsgröße von 209,75 € verwendet werden (weitere Details siehe Kapitel 3.2.5.2).

### **3.2.4 Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes**

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

#### **3.2.4.1 Sachkostenkorrektur**

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben am 9. April 2020 eine Vereinbarung zur Sachkostenkorrektur konsentiert, nach der diese für das aG-DRG-System zu 60% umgesetzt wird. Die Sachkostenkorrektur verfolgt das Ziel, den Erlösanteil für die in den Bewertungsrelationen enthaltenen Sachkosten auf die Höhe der tatsächlich durchschnittlich angefallenen Kosten abzusenken. Die Sachkostenkorrektur wird dabei als reiner Umverteilungseffekt nach der Pflegepersonalkosten-Ausgliederung umgesetzt, d.h. die Korrektur der Sachkosten (absenkende Berücksichtigung) geht mit einer korrespondierenden Aufwertung der Personal- und Infrastrukturkosten einher. Durch die Sachkostenkorrektur wird der Case-Mix in Deutschland (Summe der effektiven Bewertungsrelationen aller Fälle in Deutschland) – von unvermeidbaren Rundungsdifferenzen abgesehen – nicht verändert. Krankenhausbezogen können sich in Abhängigkeit von der Leistungsstruktur unterschiedliche Auswirkungen auf den krankenhausindividuellen Case-Mix ergeben.

#### **Grundlagen**

Der Sachkostenkorrektur unterliegen die in der Kostenmatrix separat ausgewiesenen Sachkosten für Medikamente (Kostenartengruppe 4a, 4b), Implantate (Kostenartengruppe 5), medizinischen Sachbedarf (Kostenartengruppe 6a, 6b) und extern bezogene

medizinische Leistungen (Kostenartengruppe 6c). Die übrigen in Krankenhäusern anfallenden Sachkosten wie beispielsweise für Energie, Lebensmittel und Instandhaltung werden in der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur (Kostenartengruppen 7, 8) abgebildet und bei der Sachkostenkorrektur nicht absenkend berücksichtigt.

### **Umsetzung**

Um das Ziel der Sachkostenkorrektur zu erreichen, müssten die in Abbildung 5 grün hinterlegten Sachkosten nicht durch die Bezugsgröße, sondern durch den Bundesbasisfallwert für 2023 dividiert werden. Dieser liegt zum Zeitpunkt der Katalogerstellung allerdings nicht vor. Diesem Wert am nächsten liegt das Berechnungsergebnis gem. § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntgG für 2022, das als gewichteter Mittelwert der landesweiten Basisfallwerte für 2022 den Bundesbasisfallwert für 2022 darstellt. Die Differenz zwischen der Bezugsgröße (3.808,48 €) und dem Berechnungsergebnis gem. § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntgG (3.833,07 €) beträgt 24,59 € (=0,64%). Die in der Sachkostenvereinbarung festgelegte Umsetzung zu 60% wird dadurch erreicht, dass 60% der Differenz von 24,59 € (= 14,75 € bzw. 0,39%) bei der Sachkostenkorrektur berücksichtigt werden. Entsprechend wird als Divisor für die Sachkosten der Wert 3.823,23 € (= 3.808,48 € + 14,75 € – im Folgenden Berech60 genannt) verwendet. Damit bei der Division mit dem Berech60-Wert der nationale Case-Mix nicht absinkt, können bei der Ermittlung der Bewertungsrelationen die übrigen Kostenarten ebenfalls nicht mehr durch die Bezugsgröße dividiert werden. Vielmehr ist ein Korrekturwert so zu ermitteln, dass bei Division der Sachkosten durch Berech60 und der Division der Personal- und Infrastrukturkosten (nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten) durch den Korrekturwert der nationale Case-Mix dem Wert entspricht, der sich bei Anwendung der Bezugsgröße als einheitlicher Divisor ergeben hätte. Als Korrekturwert für den Fallpauschalen-Katalog 2023 ergibt sich dann 3.803,85 €.

Bei der Umsetzung der Sachkostenkorrektur ergibt sich eine reine Umverteilung von der anteiligen Bewertung der Sachkosten hin zur anteiligen Bewertung der Personal- und Infrastrukturkosten nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten. Der anteiligen Absenkung der Sachkostenbewertung um 0,39% steht eine korrespondierende anteilige Aufwertung der Personal- und Infrastrukturkosten in Höhe von 0,12% gegenüber. Da der Abstand zwischen Bezugsgröße und Berechnungsergebnis gem. § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntgG in diesem Jahr gering ist, nimmt die Sachkostenkorrektur ebenfalls eine geringe Dimension an – mithin ergibt sich ein geringer Umverteilungseffekt. Diese geringe Differenz ist der Tatsache geschuldet, dass die Entwicklung der Bezugsgröße auch durch die pandemiebedingten kostenrechnerischen Effekte beeinflusst wird und die Methodik der Sachkostenkorrektur diesen Effekt nicht „auffangen“ kann. Zugegebenermaßen wurde bei der Etablierung der Methodik der Sachkostenkorrektur nicht davon ausgegangen, dass sich ein solches Szenario bei der Umsetzung ergeben würde.

### **3.2.4.2 Gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen**

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

## Umsetzung

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

DRG	Bezeichnung
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, ohne bestimmten anderen Eingriff an der Wirbelsäule
I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff, mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als 1 Belegungstag, Alter < 18 Jahre oder mit bestimmtem anderen kleinen Eingriff
I10F	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als ein Belegungstag oder ohne bestimmten anderen kleinen Eingriff, Alter > 17 Jahre
I10G	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne wenig komplexen Eingriff oder ein Belegungstag, mit anderem kleinen Eingriff
I10H	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne anderen kleinen Eingriff
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne best. kompliz. Faktoren, ohne komplexe Diagnose an Becken/OS, ohne best. endoproth. Eingriff, ohne gelenkpl. Eingriff am Hüftgelenk, ohne Impl. oder Wechsel einer Radiuskopfprothese, ohne Entf. Osteosynthesemat.
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh., mit Wirbelsäulenfraktur
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh., oh. Wirbelsäulenfraktur
I68F	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag oder Prellung am Oberschenkel

Tabelle 7: DRGs mit gezielter Absenkung der Bewertungsrelationen; grün hinterlegt: DRGs mit gezielter Absenkung in Abhängigkeit von der Median-Fallzahl, Fallpauschalen-Katalog 2023

Für die DRGs I68D, I68E und I68F sind zwei Berechnungen vorzunehmen:

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

Die unterschiedlichen Bewertungsrelationen werden im Fallpauschalen-Katalog in zwei Anlagen dargestellt. Die Bewertungsrelationen bei Leistungserbringung oberhalb der jeweiligen Median-Fallzahl finden sich in Anlage 1d DRG-EKV 2023 bei Versorgung durch Hauptabteilungen und Anlage 1e DRG-EKV 2023 bei Versorgung durch Belegabteilungen). Im Fallpauschalen-Katalog bei Versorgung durch Hauptabteilungen (Anlage 1a DRG-EKV 2023) bzw. bei Versorgung durch Belegabteilungen (Anlage 1b DRG-EKV 2023) sind die Bewertungsrelationen für die Leistungserbringung bis einschließlich der jeweiligen Median-Fallzahl eingetragen. Die gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen wurde gemeinsam mit der Sachkostenkorrektur nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten als integrierter Gesamtprozess durchgeführt. Entsprechend ergeben

sich durch die gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen – wie in der Vereinbarung vorgesehen – keine Auswirkungen auf das nationale Case-Mix-Volumen.

### **3.2.5 Gestufte Dämpfung**

Die Corona-Pandemie hat zu erheblichen Veränderungen in Umfang und Art der von den Krankenhäusern erbrachten Leistungen und damit einhergehend auch der Kostendaten bei den Kalkulationskrankenhäusern geführt. Im vergangenen Jahr resultierte daraus ein modifizierter zweistufiger Ansatz bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems. Auch in diesem Jahr wurden die Bewertungsrelationen für 2023 nicht in der „vorpandemisch etablierten Weise“ berechnet. Anstelle jedoch wie im Vorjahr die DRG-Kalkulation größtenteils auf Daten des vorpandemischen Jahres 2019 zu stützen, kam für 2023 erstmals ein sogenannter „Dämpfungsansatz“ zum Einsatz. Die solchermaßen modifizierte Vorgehensweise gestattete die aus vielerlei Gründen wünschenswerte Verwendung der aktuellsten Kosten- und Leistungsdaten bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems. Die folgenden Unterkapitel beschreiben den Dämpfungsansatz für die Berechnung des aG-DRG-Katalogs 2023 und des Pflegeerlös-Katalogs 2023.

#### **3.2.5.1 Dämpfungsansatz für die Berechnung des aG-DRG-Katalogs**

Die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme in den Entgeltbereichen „DRG“ und „PSY“ erstreckt sich für die Krankenhäuser und das InEK nicht nur über die Datenlieferzeiträume und Hauptphasen der Weiterentwicklung im Frühsommer und Sommer eines Jahres, sondern beginnt schon Monate früher. Bereits zu Beginn des Jahres sind die Vorbereitungen für die Datenannahme der Kosten- und Leistungsdaten abzuschließen, damit die Krankenhäuser genügend Zeit haben, die Daten entsprechend aufzubereiten. Daher sind grundlegende konzeptionelle Entscheidungen bereits zu Jahresbeginn zu treffen, die dann bis in den Sommer hinein präzisiert und umgesetzt werden. Die Corona-Pandemie führt dazu, dass die seit Jahren etablierten Methoden zur Kalkulation der Entgeltkataloge bezüglich ihrer Auswirkungen zu hinterfragen und bereits die ersten grundlegenden Entscheidungen für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems im Vergleich zur vorpandemischen Zeit unter großer Unsicherheit zu treffen sind.

Vorbereitende nach der letztjährigen Kalkulation durchgeführte Analysen zeigten auf Basis der Kostendaten des Datenjahres 2020 einen großen Einfluss des systemweit unterschiedlich ausgeprägten Fallzahlrückgangs infolge der Corona-Pandemie auf die Kalkulation der Fallpauschalen. Auf Basis der dritten unterjährigen Datenlieferung nach § 21 Abs. 3b Nr. 3 KHEntgG für das Jahr 2021 konnte Mitte Januar 2022 ermittelt werden, dass sich die Fallzahl im Datenjahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr insgesamt stabilisiert hat. Damit war zu erwarten, dass die Kostendaten des Datenjahres 2021 den Kostendaten des Datenjahres 2020 ähneln würden. Weiterführende Analysen zeigten die Notwendigkeit einer Neukalkulation des Fallpauschalen-Katalogs insbesondere wegen der Kosten- und Leistungsentwicklung: Aufgrund der im letzten Jahr umgesetzten zweistufigen Vorgehensweise basiert der aG-DRG-Katalog des Jahres 2022 im Wesentlichen auf Kostendaten des Jahres 2019. Ohne eine Neukalkulation wären die zugrunde liegenden Kosteninformationen im Anwendungsjahr 2023 damit bereits vier Jahre alt. Zudem hat sich die Leistungserbringung in den Krankenhäusern mit Ausbruch der Corona-Pandemie geändert. So hat sich die Fallzahl seit 2019 deutlich verringert (um 13,5%) und das Spektrum der erbrachten Leistungen hat sich verändert. Die regelmäßige Neukalkulation und Neuklassifikation auf Grundlage möglichst aktueller Daten trägt darüber hinaus auch der Entwicklung der Leistungsdarstellung Rechnung, in diesem Jahr z.B. der OPS-Kodierung von Leistungen verschiedener Stroke Units oder



der veränderten Erfassung der Beatmungsstunden. In seinem „Konzept Weiterentwicklung Entgeltsysteme 2023 auf Grundlage des Datenjahres 2021“, welches das InEK Anfang Februar 2022 an seine Träger und das Bundesministerium für Gesundheit übermittelt hat, wurde dargelegt, warum eine Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2023 erforderlich ist. Sowohl der Verzicht auf eine Weiterentwicklung des Entgeltsystems für 2023 als auch eine Berechnung auf Grundlage der Daten des Jahres 2019 stellten demzufolge keine sinnvollen Optionen dar.

Unklar war und ist auch bei Veröffentlichung dieses Abschlussberichts, wie sich die Inanspruchnahme stationärer Leistungen im Jahr 2023 entwickeln wird. Dabei stellt sich nicht nur die Frage, ob der Fallzahlrückgang im Vergleich zu 2019 vollständig oder in Teilen wieder aufgeholt wird, sondern auch, ob und wie unterschiedlich sich die Fallzahlen in den einzelnen Leistungen und bei den einzelnen Krankenhäusern entwickeln werden. Neben den genannten Gründen für eine Neukalkulation war ein Ziel der Weiterentwicklung in diesem Jahr, allein aufgrund kalkulatorischer Effekte falsch-hoch oder falsch-niedrig kalkulierte Leistungen mit entsprechend großen Verteilungseffekten bei den Krankenhäusern zu vermeiden.

Trotz der beschriebenen Unklarheit über die zukünftige Leistungsentwicklung ist es durch Austausch und Berücksichtigung der unterschiedlichen Ansichten in der zuständigen Arbeitsgruppe der Selbstverwaltungspartner gelungen, sich gemeinsam auf eine Methodik zur Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems zu verständigen, die einen großen Teil der Unsicherheiten abfängt. In fünf Videokonferenzen der Arbeitsgruppe wurde das Konzept in Folienpräsentationen erläutert, mit Hilfe von Simulationsrechnungen konkretisiert und in einem aus unserer Sicht sehr konstruktiven Miteinander bis in den Sommer hinein weiterentwickelt.

Wie aufgrund der Voranalysen zu erwarten war, ist die Datenlage im Datenjahr 2021 insgesamt dem Datenjahr 2020 coronabedingt ähnlicher als dem Datenjahr 2019. Die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Kostendaten im Datenjahr 2021 sind insbesondere durch kostenrechnerische Effekte und die veränderte Fallzusammensetzung bedingt. Sie zeigen sich in allen DRGs mit relevantem Ausmaß und in sehr unterschiedlicher Ausprägung. Die Veränderung der durchschnittlichen Fallkosten einer DRG hängt zu einem großen Teil von der Stärke der Fallzahlveränderung dieser DRG ab. „Aufschiebbare Leistungen“ mit typischerweise geringerem Leistungsumfang zeigen in den Daten einen tendenziell stärkeren Fallzahlrückgang als „nicht aufschiebbare Leistungen“. Daher steigen im Ergebnis die durchschnittlichen Fallkosten tendenziell einfacher Leistungen relativ stärker als die durchschnittlichen Fallkosten tendenziell komplexerer Leistungen. Die Auswirkungen der Corona-Pandemie erzeugen zudem eine hohe Streuung bei den durchschnittlichen Fallkosten. In einigen DRGs steigen die durchschnittlichen Fallkosten insbesondere bedingt durch den Fallzahlrückgang deutlich; in einigen DRGs zeigt sich hingegen nur ein vermeintlicher Rückgang der durchschnittlichen Fallkosten. In einigen Leistungsbereichen lässt sich darüber hinaus – in Kontinuität zu den Vorjahren – auch eine bedeutsame Sachkostenentwicklung feststellen.

Um den geschilderten Unsicherheiten für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems wirkungsvoll zu begegnen und zudem der Notwendigkeit der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems Rechnung zu tragen, lassen sich für die Berechnung des aG-DRG-Katalogs 2023 folgende drei Kernpunkte benennen:

1. Die Sachkostenentwicklung seit dem Jahr 2019 – bezogen auf dem Einzelfall zugeordnete Sachkosten – wird vollständig berücksichtigt. Bei den dem Einzelfall zugeordneten Sachkosten spielen kalkulatorische Effekte infolge des Fallzahlrückgangs eine untergeordnete Rolle.

2. Bei DRGs mit einer von der durchschnittlichen Fallzahlveränderung stark abweichenden Fallzahlveränderung zeigt sich ein erheblicher verzerrender kalkulatorischer Einfluss der Fallzahlveränderung auf die Entwicklung der „Restkosten“. Dieser Effekt wird mit einem gestuften Dämpfungsansatz abgemildert.
3. Notwendige klassifikatorische Anpassungen werden vollständig umgesetzt.

Auf die einzelnen Kernpunkte wird im Folgenden näher eingegangen.

### ***Berücksichtigung der Sachkostenentwicklung zwischen 2019 und 2021***

In der InEK-Kostenmatrix wird zwischen dem Einzelfall zugeordneten Sachkosten (Spalten 4b, 5 und 6b) und über Verteilungsschlüssel zugeordnete Sachkosten (Spalten 4a und 6a) sowie Sachkosten für von Dritten bezogene medizinische Behandlungen (Spalte 6c) unterschieden (siehe Abbildung 6). In den Spalten 4a und 4b werden Arzneimittel, in Spalte 5 Implantate und in den Spalten 6a und 6b der übrige medizinische Bedarf erfasst. Bei den dem Einzelfall zugeordneten Sachkosten spielen kalkulatorische Effekte infolge des Fallzahlrückgangs eine untergeordnete Rolle, weil diese variablen Kosten direkt mit der Fallzahl korrelieren. Diese Einzelkosten fallen nur an, wenn entsprechende Leistungen erbracht werden – bei sinkender Fallzahl werden korrespondierend weniger Arzneimittel, Implantate etc. verbraucht. Darüber hinaus ist zu erwarten, dass die Kosten der der Einzelkostenzuordnung unterliegenden Artikel nicht oder nur in geringem Maße von der Corona-Pandemie beeinflusst werden. Bei den anderen Sachkosten zeigen sich einerseits stärkere Einflüsse der Corona-Pandemie auf die Kostenhöhe und die Verbrauchsmengen (z.B. bei persönlicher Schutzausrüstung, Corona-Test-Kits). Andererseits sind kalkulatorische Effekte aufgrund der Kostensatzberechnung insbesondere bei den Infrastrukturkosten (Kostenartengruppe 7 und 8) zu beachten.

Die Entwicklung der Sachkosten in den Spalten 4b, 5 und 6b (im Folgenden kurz „Sachkosten“) seit 2019 wurde bei der diesjährigen Weiterentwicklung des aG-DRG-Katalogs voll berücksichtigt. Die Kosten in den übrigen Spalten, vor allem also die Kosten für Personal und Infrastruktur, bilden die „Restkosten“. Bei den Kosten für den Pflegedienst in Spalte 2 werden nur die nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten verbliebenen Kosten einbezogen. Die Dämpfung bezieht sich ausschließlich auf die „Restkosten“. Dies erfordert eine Aufspaltung der ermittelten Relativgewichte (RG) nach Sachkosten- und „Restkosten“-Komponente (siehe für ein konkretes Beispiel Abbildung 8 bis Abbildung 10).

		Personalkosten			Sachkosten						Infrastruktur	
		1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8
1	Normalstation											
2	Intensivstation											
3	Dialyse											
4	OP-Bereich											
5	Anästhesie											
6	Kreißsaal											
7	Kardiologie											
8	Endoskopie											
9	Radiologie											
10	Laboratorien											
11	Diagnost. Bereiche											
12	Therapeut. Verfahren											
13	Patientenaufnahme											

Abbildung 6: InEK-Kostenmatrix. Die Veränderung zwischen 2019 und 2021 der hervorgehobenen dem Einzelfall zugeordneten Sachkosten in den Spalten 4b (Arzneimittel), 5 (Implantate) und 6b (übriger medizinischer Bedarf) wird vollständig berücksichtigt. Der Dämpfungsansatz bezieht sich nur auf die „Restkosten“ in den übrigen Spalten.

Anmerkung: Der beim Dämpfungsansatz verwendete Begriff der „Sachkosten“ unterscheidet sich vom Sachkostenbegriff der Sachkostenkorrektur, bei der die Spalten 4a, 4b, 5, 6a, 6b und 6c als Sachkosten zählen. Die Sachkostenkorrektur wurde methodisch wie in den Vorjahren umgesetzt (siehe Kapitel 3.2.4).

### **Dämpfung in Abhängigkeit von der Fallzahlveränderung**

Vom Datenjahr 2019 zum Datenjahr 2021 ist die Fallzahl in Deutschland infolge der Corona-Pandemie um 13,5% zurückgegangen. Darunter finden sich sowohl Leistungen, bei denen der Fallzahlrückgang deutlich ausgeprägter war, als auch Leistungen mit unterdurchschnittlichem Fallzahlrückgang oder sogar steigender Fallzahl (z.B. einige DRGs aus der MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane*, in die ein Großteil der COVID-19-Fälle eingruppiert wird).

Bei DRGs, die relativ zur durchschnittlichen Fallzahlveränderung vom Jahr 2019 zum Jahr 2021 deutlich stärker in der Fallzahl gesunken sind, zeigt sich häufig ein starker kalkulatorischer Einfluss der Fallzahlveränderung auf die „Restkosten“, da sich die vergleichsweise weniger stark verändernden Kosten auf deutlich weniger Fälle verteilen. Umgekehrt zeigen DRGs, die in der Fallzahl deutlich weniger stark gesunken oder sogar angestiegen sind, einen stark senkenden Einfluss auf die „Restkosten“. Bei unveränderter Kalkulation wie in den Vorjahren hätten sich diese Einflüsse in einer entsprechenden Veränderung der Bewertungsrelationen widerspiegelt mit sehr unterschiedlichen Folgen für die einzelnen Krankenhäuser.

Der gestufte Dämpfungsansatz begegnet dem verzerrenden kalkulatorischen Einfluss ausgewogen und sachgerecht in der folgenden Weise: Die Dämpfung wirkt bei DRGs stärker, wenn diese mit ihrer Fallzahlveränderung stärker vom Durchschnitt abweichen. Hierzu wurden in Abhängigkeit von der Fallzahlveränderung drei Dämpfungsstufen bei +4%, +2% und 0% bzw. -4%, -2% und 0% für die Dämpfung des Anstiegs bzw. des Rückgangs der Bewertungsrelationen eingeführt (siehe Abbildung 7): Bei einem überdurchschnittlich starken Fallzahlrückgang von mehr als 20,5% wird der stark steigernde Einfluss der Fallzahlveränderung auf die „Restkosten“ vollständig gedämpft. Die „Restkosten“-Komponente des Relativgewichts darf nicht steigen. Umgekehrt wird bei einem unterdurchschnittlichen Fallzahlrückgang von weniger als 6,5% oder einem Fallzahlanstieg der stark senkende Einfluss der Fallzahlveränderung auf die „Restkosten“ voll-

ständig gedämpft. Die „Restkosten“-Komponente am Relativgewicht darf nicht sinken. Bei einer Fallzahlveränderung zwischen  $-20,5\%$  und  $-15,5\%$  ist ein Anstieg der „Restkosten“-Komponente bis  $2\%$  und bei einer Fallzahlveränderung zwischen  $-15,5\%$  und  $-13,5\%$  ein Anstieg bis  $4\%$  möglich; bei einer Fallzahlveränderung zwischen  $-13,5\%$  und  $-11,5\%$  ist ein Rückgang bis  $4\%$ , bei einer Fallzahlveränderung zwischen  $-11,5\%$  und  $-6,5\%$  ein Rückgang bis  $2\%$  gestattet. In der Fallzahl – relativ gesehen – steigende DRGs (= Fallzahlrückgang geringer als  $13,5\%$  oder Fallzahlanstieg) mit steigenden „Restkosten“ werden nicht gedämpft. Ebenso werden DRGs mit – relativ gesehen – sinkender Fallzahl (= Fallzahlrückgang größer als  $13,5\%$ ) und sinkenden „Restkosten“ nicht gedämpft. Damit ist der Dämpfungsansatz symmetrisch um die durchschnittliche Fallzahlveränderung von  $-13,5\%$ . Bei der Berechnung des aG-DRG-Katalogs 2023 sind die tatsächliche Fallzahlveränderung und die tatsächliche Veränderung der Kostenkomponenten zwischen den Jahren 2019 und 2021 relevant.

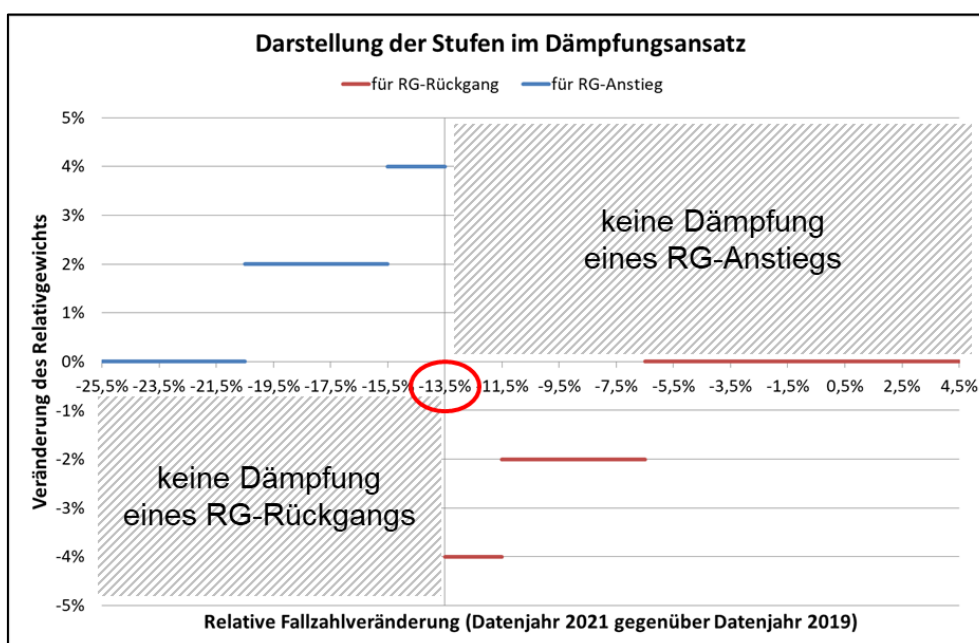


Abbildung 7: Grafische Veranschaulichung des gestuften Dämpfungsansatzes für die Berechnung des aG-DRG-Katalogs 2023

Etwas verkürzt dargestellt, könnte man zusammenfassen, dass bei DRGs, deren Fallzahl überdurchschnittlich stark sinkt, ein möglicher Anstieg des Relativgewichts begrenzt wird, da dieser mit hoher Sicherheit auf kalkulatorische Effekte der erheblich geringeren Fallzahl zurückzuführen ist. Ebenso wird bei DRGs, deren Fallzahl nur gering zurückgeht oder gar steigt, ein möglicher Rückgang des Relativgewichts begrenzt, der in diesem Fall ebenfalls höchstwahrscheinlich zumindest überwiegend kalkulatorisch begründet ist. Bei „gegenläufigen“ Entwicklungen (sinkendes Relativgewicht bei deutlich zurückgehender Fallzahl oder steigendes Relativgewicht bei nur gering zurückgehender oder gar steigender Fallzahl) wird hingegen nicht gedämpft, da bei diesen Konstellationen nicht von einem überwiegenden kalkulatorischen Effekt auszugehen ist.

Der Dämpfungsansatz wird exemplarisch an zwei Beispielen erläutert, wobei sich die genannten Relativgewichtskomponenten auf den am 2. September 2022 in der Abschlusspräsentation der diesjährigen Kalkulation und Weiterentwicklung der Entgeltsysteme vorgestellten Fallpauschalen-Katalog beziehen.

### Beispiel 1: DRG O60A Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen [...]

Im Beispiel der DRG O60A greift die Dämpfung: In der DRG O60A war der Fallzahlrückgang vom Jahr 2019 zum Jahr 2021 mit 10,2% nämlich geringer als der durchschnittliche Fallzahlrückgang über alle Leistungen von 13,5%. Gemäß dem Dämpfungsansatz (siehe hierzu Abbildung 7) wird der Rückgang der Relativgewichtskomponente der „Restkosten“ auf einen Rückgang von 2% begrenzt. D.h. die „Restkosten“-Komponente des Relativgewichts darf höchstens um 2% zurückgehen.

Im ersten Schritt wurden die Relativgewichte der DRG O60A für den aktuellen aG-DRG-Katalog 2022 (jeweils linker Balken) und in einem auf den Kostendaten des Jahres 2021 kalkulierten aG-DRG-Katalogs (jeweils zweiter Balken von links) den Kosten in den Kostendaten 2019 bzw. 2021 entsprechend in eine Sachkosten-Komponente und eine „Restkosten“-Komponente zerlegt (siehe Abbildung 8). Die DRG O60A enthält nur in geringem Umfang Sachkosten.

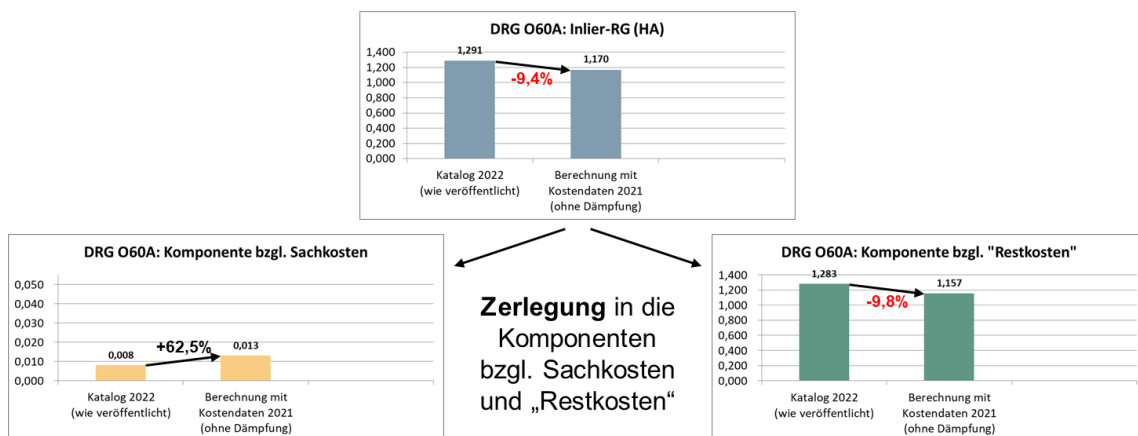


Abbildung 8: Zerlegung des Inlier-Relativgewichts der DRG O60A in die Komponenten Sachkosten und „Restkosten“

Der Anstieg der Sachkosten-Komponente um +0,005 (von 0,008 auf 0,013) wird vollständig berücksichtigt; der Rückgang der „Restkosten“-Komponente in Höhe von 9,8% wird hingegen auf 2% begrenzt, d.h. statt von 1,283 auf 1,157 zu fallen, wird der Rückgang auf 1,257 begrenzt (siehe jeweils die rechten Balken in Abbildung 9). Durch Zusammenfügen der Komponenten Sachkosten und „Restkosten“ ergibt sich nach Dämpfung der „Restkosten“ ein Relativgewicht von insgesamt 1,270. Statt um 9,4% geht das Inlier-Relativgewicht der DRG O60A nach Dämpfung insgesamt „nur“ um 1,6% zurück. Dass der Rückgang der Bewertungsrelation im Ergebnis nicht bei 2% liegt, sondern mit 1,6% etwas geringer ist, ergibt sich aus der vollständigen Berücksichtigung der positiven Sachkostenentwicklung.

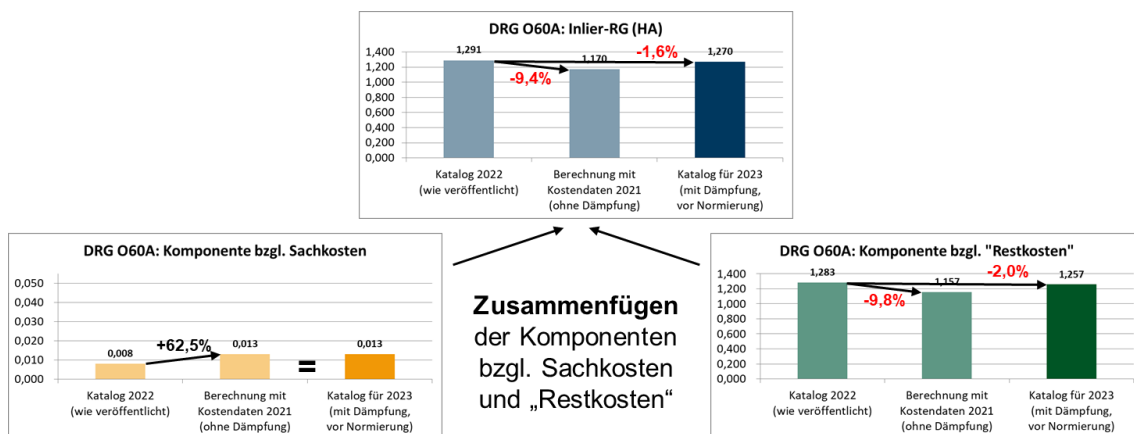


Abbildung 9: Zusammenfügen der Sachkostenkomponente und der gedämpften Komponente aus „Restkosten“ zum Inlier-Relativgewicht der DRG O60A nach Dämpfung

**Beispiel 2:** DRG E79A Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose [...],

Im Beispiel der DRG E79A wird nicht gedämpft: Die DRG E79A zeigt einen Fallzahlanstieg von 1,7%. Gemäß dem Dämpfungsansatz (siehe Abbildung 7 ) wäre somit ein Rückgang der Relativgewichtskomponente der „Restkosten“ auf 0% (= kein Rückgang) zu dämpfen. Da die „Restkosten“-Komponente des Inlier-Relativgewichts aber um 2,0% steigt, greift der Dämpfungsansatz hier nicht. Das Inlier-Relativgewicht der DRG wird somit vollständig mit den Kostendaten des Jahres 2021 kalkuliert.

Mit dem gestuften Dämpfungsansatz wird dem verzerrenden kalkulatorischen Einfluss der unterschiedlich starken Fallzahlveränderungen ausgewogen und sachgerecht begegnet: Die Dämpfung berücksichtigt die in den letzten Jahren etablierte Sachkostenkorrektur und ist differenziert bezüglich der Verweildauergruppen (Inlier, Kurz- und Langlieger, Verlegte) und der Versorgungsart (Hauptabteilung und Belegabteilung). Für die Belegabteilung werden die Fallzahlveränderung der Fälle in den Belegabteilungen und so eine ggf. unterschiedliche Verteilung im Vergleich zur Hauptabteilung berücksichtigt.

Bei der umfangreichen Analyse fielen einige wenige DRGs auf, bei denen sich Verteilung und Fallzahlentwicklung vom Jahr 2019 zum Jahr 2021 in der Kalkulationsstichprobe und in Deutschland unterscheiden. Dies adressiert die Frage der Repräsentativität der Stichprobe: Beispielsweise fällt die Fallzahl einzelner DRGs in Deutschland stark, aber bei den Kalkulationskrankenhäusern nicht oder nur wenig – oder umgekehrt. Hier erschien ein manuelles Eingreifen unvermeidbar, um hieraus resultierende unerwünschte Effekte beispielsweise bei DRGs für die Behandlung von Verbrennungen oder DRGs der Geburtshilfe in der Belegabteilung zu vermeiden: Bei fünf DRGs wird nun ein Rückgang, bei zwei DRGs ein Anstieg des Relativgewichts gedämpft, weil anstelle der relativen Fallzahlveränderung in Deutschland die deutlich abweichende Fallzahlveränderung der Kalkulationsstichprobe zugrunde gelegt wurde.

Im aG-DRG-Katalog 2023 wird bezüglich des Inlier-Relativgewichts der Hauptabteilung

- bei 446 DRGs, die für ein Case-Mix-Volumen in Höhe von rund 6,3 Mio. Bewertungsrelationen stehen, ein Rückgang gedämpft,
- bei 219 DRGs, die für ein Case-Mix-Volumen in Höhe von etwa 2,4 Mio. Bewertungsrelationen stehen, ein Anstieg gedämpft und
- bei 567 DRGs, die für ein Case-Mix-Volumen in Höhe von gut 6,2 Mio. Bewertungsrelationen stehen – d.h. bei knapp der Hälfte der DRGs –, nicht gedämpft,

wobei sich die obigen Case-Mix-Volumina auf den aG-DRG-Katalog 2022 beziehen.

Abbildung 10 zeigt, dass sich ohne Dämpfung auf Ebene der einzelnen Krankenhäuser zum Teil starke Veränderungen beim Case-Mix-Volumen im Vergleich zum Vorjahreskatalog von über 16% ergeben hätten. Mit der Dämpfung kann dem effektiv begegnet und die Anzahl der „Ausreißer“ reduziert werden. Die aus den Auswirkungen resultierende Verteilung der Krankenhäuser liegt nach der Dämpfung im Bereich der Verteilungen in den vorpandemischen Jahren.

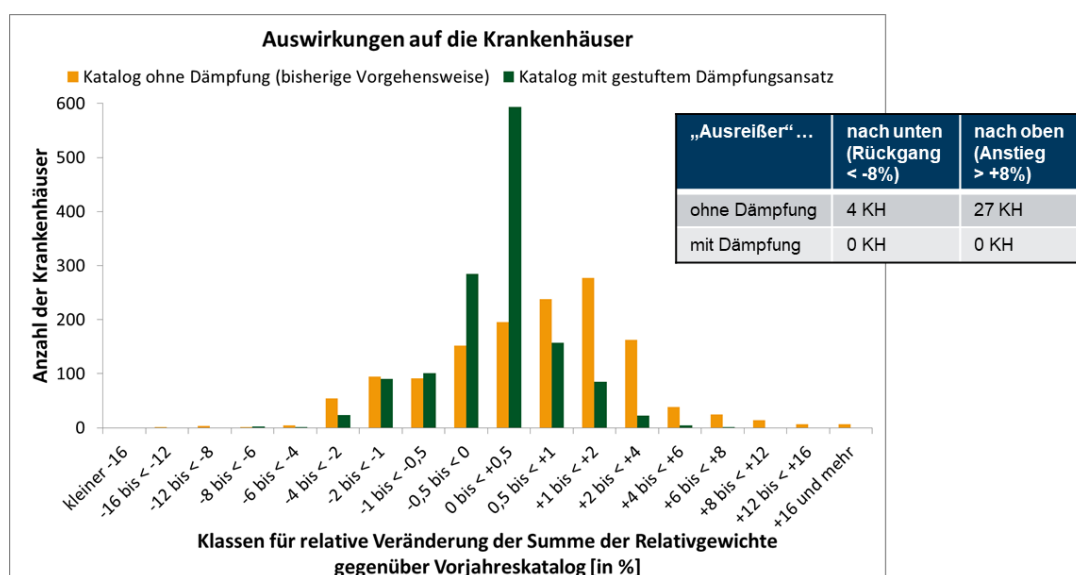


Abbildung 10: Auswirkung der gestuften Dämpfung des aG-DRG-Katalogs auf Ebene der einzelnen Krankenhäuser vor klassifikatorischen Umbauten

### **Dämpfung und klassifikatorische Weiterentwicklung**

Die oben vorgestellte Dämpfung ist bislang von einem unveränderten aG-DRG-Groupen ausgegangen. Auf diese Weise kann die beim Dämpfungsansatz verwendete Fallzahlveränderung vom Datenjahr 2019 zum Datenjahr 2021 im aG-DRG-System 2022 gemessen werden. Die klassifikatorische Weiterentwicklung geht in der Regel mit einer neuen Eingruppierung für bestimmte Fälle einher, für welche die Abbildung im aG-DRG-System angepasst werden soll (z.B. durch Zuordnung zu einer höherrangigen DRG aufgrund höherer Fallkosten). In diesem Abschnitt wird beschrieben, wie die oben vorgestellte Dämpfung und die klassifikatorische Weiterentwicklung verknüpft sind.

Zunächst wurden die beiden Effekte aus Dämpfung (in einem System ohne Veränderung der Eingruppierung der Fälle) und klassifikatorischer Weiterentwicklung (in einem System mit Veränderung der Eingruppierung der Fälle, aber ohne irgendeine Dämpfung)

fung) unabhängig voneinander gemessen. Durch eine sequenzielle Verkettung der beiden Teilschritte wurden schließlich Dämpfung und klassifikatorische Weiterentwicklung so zusammengefügt, dass die Dämpfung der „Restkosten“ bei der klassifikatorischen Weiterentwicklung entsprechend ihrer Wirkung Berücksichtigung findet. Die klassifikatorische Weiterentwicklung muss nämlich die unabhängig davon ermittelten Effekte aus der Dämpfung berücksichtigen, wenn sich die Eingruppierung von Fällen aus nach oben oder nach unten gedämpften DRGs ändert. Um dies zu gewährleisten, nehmen die aufgrund klassifikatorischer Anpassungen „wandernden“ Fälle die Auswirkung der Dämpfung auf ihr Relativgewicht aus ihrer „Herkunfts“-DRG in ihre „Ziel“-DRG als „Bonus“ oder „Malus“ mit (= Bonus-Malus-Regelung). Generell sind dabei verschiedene Konstellationen denkbar: Umgruppierung von Fällen aus nach oben, nach unten oder nicht gedämpften DRGs in DRGs mit Dämpfung nach oben oder unten (ggf. mit anderen Faktoren) oder ohne Dämpfung. Die Umsetzung wird nachfolgend am Beispiel der Basis-DRG T63 *Virale Erkrankung* im Detail erklärt. Auf die Sachkosten-Komponente, deren Entwicklung voll berücksichtigt und daher nicht gedämpft wird, hat das Vorgehen keine Auswirkungen.

### Beispiel 3: Basis-DRG T63 *Virale Erkrankung*

Wie bereits geschildert, mildert die Dämpfung der Relativgewichte verzerrende Effekte in Bezug auf die Durchschnittskosten, die sich kalkulatorisch aus unterschiedlich starken Fallzahlveränderungen ergeben. Dies zeigt sich z.B. an den beiden DRGs T63A und T63B der Basis-DRG T63 *Virale Erkrankung*: Die DRG T63A weist mit  $-11,5\%$  einen unterdurchschnittlichen Fallzahlrückgang auf (siehe Tabelle 8). Die „Restkosten“-Komponente steigt in dieser DRG um  $0,8\%$ . Da dies im Dämpfungsansatz nicht auf einen verzerrenden Einfluss hinweist (siehe Abbildung 7), wird die DRG T63A im Ergebnis nicht gedämpft. Die DRG T63B steigt im Zuge der Corona-Pandemie in der Fallzahl um  $152,3\%$ . In der „Restkosten“-Komponente zeigt sich ein hieraus resultierender kostenverzerrender Einfluss, sie sinkt um  $21,8\%$ . Aufgrund des Dämpfungsansatzes wird der Rückgang bei  $0\%$ , also vollständig gedämpft (siehe Abbildung 7). Die Auswirkung der Dämpfung auf den effektiven Case-Mix der Fälle in der DRG T63B beträgt je Fall  $+0,15837$  Relativgewichte, d.h. aufgrund der vollständigen Dämpfung des Rückgangs der „Restkosten“-Komponente steigt das effektive Relativgewicht der Fälle in der DRG T63B durchschnittlich um  $0,15837$ .

DRG	Veränderung Fallzahl	Veränderung „Restkosten“-Komponente	verzerrender Einfluss	Dämpfung	Auswirkung der Dämpfung auf den effektiven Case-Mix der Fälle der DRG je Fall
T63A	$-11,5\%$	$+0,8\%$	nein	nein	0,000
T63B	$+152,3\%$	$-21,8\%$	ja	bei $0\%$ , darf nicht sinken	$+0,15837$

Tabelle 8: Auswirkung der gestuften Dämpfung auf die DRGs der Basis-DRG T63 *Virale Erkrankung*

Bei Analysen zur Abbildung von Kindern fielen bei der diesjährigen Weiterentwicklung in der DRG T63B Fälle im Kindesalter (Alter  $< 14$  Jahre) mit bestimmten komplexen Diagnosen (z.B. Hepatitis durch Zytomegalieviren) mit deutlich höheren Kosten auf. Weil eine Eingruppierung dieser Fälle in die DRG T63A sich in den anschließenden Simulationsrechnungen als sachgerecht erwies, werden diese Fälle zukünftig nicht mehr in die DRG T63B, sondern in die DRG T63A eingruppiert.



Ohne irgendeinen weiteren Eingriff würde für die von der DRG T63B in die DRG T63A umgruppierten Fälle Folgendes gelten: Vor der klassifikatorischen Anpassung gehören die Fälle zur DRG T63B, die anteilig „verzerrte, falsch-niedrige Kosten“ aufweist. Die hieraus entstehenden falsch-niedrigen Relativgewichte werden daher gedämpft; durchschnittlich erhält jeder Fall aufgrund der Dämpfung einen Bonus in Höhe von 0,15837 Relativgewichten. Nach dem klassifikatorischen Umbau liegen die Fälle in der DRG T63A ohne irgendeine Dämpfung, da für diese DRG kein „kostenverzerrender“ Effekt gemessen wurde. Die durch die kostenrechnerischen Effekte ausgelöste Dämpfung (als DRG-bezogener Durchschnittswert) der „wandernden“ Fälle würde während der Wanderung verschwinden und die eigentlich intendierte gestufte Dämpfung nicht mehr ihre volle Wirkung erzielen können.

Im Sinne der oben genannten Bonus-Malus-Regelung nehmen die von der DRG T63B in die DRG T63A „wandernden“ Fälle den in Tabelle 8 genannten Bonus in Höhe von 0,15837 Bewertungsrelationen in die DRG T63A mit. Dies bedeutet konkret, dass die 63 aus der DRG T63B in die DRG T63A wandernden Fälle einen Gesamtbonus von rund 9,977 Bewertungsrelationen ( $= 63 \times 0,15837$  Bewertungsrelationen) mitnehmen. Die DRG T63A hat in diesem Jahr keine weiteren Zugänge an Fällen aufgrund klassifikatorischer Anpassungen. Bezogen auf die insgesamt 1.060 Fälle in der DRG T63A bedeutet dies aufgrund des Umbaus einen Bonus je Fall von rund 0,009 Bewertungsrelationen ( $= 9,977$  Bewertungsrelationen / 1.060 Fälle). In der Konsequenz wird das Inlier-Relativgewicht der DRG T63A um 0,009 erhöht, wodurch Dämpfung und klassifikatorische Anpassung sachgerecht Berücksichtigung finden.

Die Bonus-Malus-Regelung ist ein standardisierter und nachprüfbarer Ansatz, der alle DRGs im Gesamtsystem in gleicher Weise behandelt. Um die Dimension der Auswirkungen durch die Bonus-Malus-Regelung abschätzen zu können, lässt sich zum gewählten Vorgehen Folgendes anmerken: Bei den allermeisten klassifikatorischen Anpassungen ist die Anzahl der „wandernden“ Fälle im Vergleich zur Fallzahl der betroffenen DRGs eher gering. Dies reduziert den Gesamteffekt, da sich ein relativ kleiner Bonus bzw. ein relativ kleiner Malus der „wandernden“ Fälle auf eine in der Regel deutlich größere Anzahl von Fällen verteilt. In vielen Konstellationen ist zudem die Auswirkung der Dämpfung und damit der Bonus oder Malus relativ gering. Typischerweise führt die Gesamtheit aller Umbauten eines Entwicklungssommers dazu, dass die Zugänge einer DRG aus verschiedenen „Herkunfts-DRGs“ kommen. Im Saldo heben sich bei einigen DRGs Bonus und Malus aus unterschiedlichen Umbauten in Teilen auf. Die Auswirkung der Bonus-Malus-Regelung im Gesamtsystem ist daher als „äußerst gering“ einzustufen: Gut 900 DRGs haben keinen Bonus oder Malus, d.h. der Bonus bzw. Malus beträgt 0,000 Bewertungsrelationen. Bei 169 DRGs ist der Bonus größer als +0,001 und bei 69 DRGs ist der Malus kleiner als -0,001 Bewertungsrelationen. Die Spannweite liegt zwischen -0,071 (größter Malus) und +0,274 (größter Bonus) und im Vergleich zum Case-Mix-Gesamtvolumen beträgt das absolute Bonus-Malus-Volumen rund 0,07%.

Aufgrund des gewählten Vorgehens konnten fast alle bislang entwickelten Routinen für die klassifikatorische Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems auch in diesem Jahr gewinnbringend eingesetzt werden – von der Plausibilisierung der Einzelfälle über die Analyse bestimmter Fallkonstellationen bis hin zur umfassenden Beurteilung einzelner Grouper-Anpassungen. Hierdurch konnte eine Vielzahl an notwendigen klassifikatorischen Anpassungen im aG-DRG-System, die in den spezifischen Fachkapiteln näher ausgeführt werden, bei „Kontrolle“ der in Teilen verzerrten „Restkosten“ umgesetzt werden. Das standardisierte Vorgehen mit der Bonus-Malus-Regelung bietet dabei ein hohes Maß an Transparenz trotz der insgesamt angepassten Vorgehensweise.

### ***Dämpfungsansatz und Normierung***

Nach Abschluss aller Umbauten erfolgte die Normierung in bewährter Vorgehensweise der Vorjahre, d.h. es gibt „keinen Katalogeffekt“ durch Dämpfung und Weiterentwicklung. Die Normierung ist damit insbesondere unabhängig vom Dämpfungsansatz. Der effektive Case-Mix für Deutschland bezogen auf das aktuelle Datenjahr 2021 gruppiert im aG-DRG-System 2022 entspricht unter Berücksichtigung normierungsrelevanter Veränderungen in den Kalkulationsdaten dem effektiven Case-Mix gruppiert im aG-DRG-System 2023. Die Berücksichtigung von „Ausnahmetatbeständen“ (wie z.B. neuen Zusatzentgelten) bei der Normierung erfolgt wie bisher (für weitere Details zur Normierung siehe Kapitel 3.3.1.6).

### ***Fazit zum Dämpfungsansatz bei der Berechnung des aG-DRG-Katalogs***

Wie im Konzept für die diesjährige Entwicklung dargelegt, war „Nichtstun“ und die Beibehaltung des letzten aG-DRG-Katalogs aus verschiedenen Gründen keine Alternative. Ebenso war eine Katalog-Berechnung wie in der vorpandemischen Zeit aufgrund der kalkulatorischen Verzerrungen nicht möglich. Der mit dem gestuften Dämpfungsansatz kalkulierte aG-DRG-Katalog beinhaltet neben der Sachkostenentwicklung zwischen 2019 und 2021 die klassifikatorische Weiterentwicklung und mildert dabei sachgerecht die verzerrenden kalkulatorischen Einflüsse aufgrund der unterschiedlichen Fallzahlentwicklungen ab. Auch in Unkenntnis darüber, welchen Verlauf die Corona-Pandemie im Jahr 2023 nehmen wird und wie sich die Fallzahlen zukünftig entwickeln werden, ist ein wichtiger Schritt in der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems gelungen.

Wir möchten uns daher an dieser Stelle noch einmal ganz herzlich für die konstruktiven Diskussionen in der Arbeitsgruppe der Selbstverwaltungspartner bedanken. Durch die vertrauensvolle und konstruktive Zusammenarbeit wurde aus einer anfänglich nur „vagen Idee“ ein tragfähiger und deutlich sachgerechterer Ansatz für die diesjährige Weiterentwicklung gefunden.

### **3.2.5.2 Dämpfungsansatz für die Berechnung des Pflegeerlös-Katalogs**

Seit der erstmals für das Jahr 2020 umgesetzten Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System sind zur Finanzierung der Kosten des Pflegedienstes Erlösbudgets gem. § 6a KHEntgG zu vereinbaren. Der seitdem vom InEK berechnete und veröffentlichte Pflegeerlös-Katalog hat zwar keine Auswirkung auf die Höhe der vereinbarten Pflegebudgets, aber dennoch eine Relevanz insbesondere für die Liquidität der Krankenhäuser und Krankenkassen.

Der für den aG-DRG-Katalog analysierte Einfluss der Fallzahlveränderungen auf die Kostensätze zeigt sich vollumfänglich auch bei den ausgegliederten Pflegepersonalkosten, die der Berechnung des Pflegeerlös-Katalogs zugrunde liegen. Wegen des Tagesbezugs beim Pflegeerlös-Katalog ist hier die Veränderung der Verweildauertage relevanter als die Fallzahlveränderung; die grundsätzliche Logik ist aber dieselbe wie bei der Berechnung des aG-DRG-Katalogs: Ein überdurchschnittlich hoher Rückgang der Anzahl an Verweildauertagen in einer DRG führt zu einem kalkulatorischen Anstieg des Pflege-Relativgewichts dieser DRG im Pflegeerlös-Katalog, da sich die vergleichsweise deutlich weniger stark verändernden Pflegepersonalkosten auf deutlich weniger Verweildauertage verteilen. Umgekehrt führt ein unterdurchschnittlicher Rückgang oder ein Anstieg der Anzahl an Verweildauertagen zu einem kalkulatorischen Rückgang des Pflege-Relativgewichts im Pflegeerlös-Katalog.

Den aus der unterschiedlich ausgeprägten Entwicklung der Anzahl der Verweildauertage entstehenden „Verzerrungen“ im Pflegeerlös-Katalog wurde ebenfalls mit einem gestuften Dämpfungsansatz begegnet: Der durchschnittliche Rückgang der Anzahl von Verweildauertagen zwischen 2021 und 2019 ist mit 14% etwas stärker ausgeprägt als der durchschnittliche Fallzahlrückgang in Höhe von 13,5%. Als sachgerecht erwiesen sich in Analysen dabei dieselben Stufen (in Höhe und Weite) wie bei der Berechnung des aG-DRG-Katalogs, symmetrisch um die durchschnittliche Veränderung der Anzahl der Verweildauertage in den DRGs (siehe Abbildung 11 ). In Abhängigkeit von der Veränderung der Anzahl der Verweildauertage wurden drei Dämpfungsstufen bei +4%, +2% und 0% bzw. -4%, -2% und 0% für die Dämpfung des Anstiegs bzw. Rückgangs der Pflegeerlös-Bewertungsrelationen eingeführt. Bei einem überdurchschnittlich starken Rückgang der Anzahl der Verweildauertage von mehr als 21% wird der stark steigende Einfluss der Veränderung der Anzahl der Verweildauertage auf die Pflegepersonalkosten vollständig gedämpft. Das Pflege-Relativgewicht im Pflegeerlös-Katalog darf nicht steigen. Umgekehrt wird bei einem unterdurchschnittlichen Rückgang der Anzahl der Verweildauertage von weniger als 7% bzw. einem Anstieg der Anzahl der Verweildauertage der stark senkende Einfluss der Veränderung der Anzahl der Verweildauertage auf die Pflegepersonalkosten vollständig gedämpft. Das Pflege-Relativgewicht im Pflegeerlös-Katalog darf nicht sinken. Bei einer Veränderung der Anzahl der Verweildauertage zwischen -21% und -16% ist ein Anstieg des Pflege-Relativgewichts im Pflegeerlös-Katalog bis 2%, beim einer Veränderung zwischen -16% und -14% ein Anstieg bis 4% möglich. Bei einer Veränderung der Anzahl der Verweildauertage zwischen -14% und -12% ist ein Rückgang des Relativgewichts im Pflegeerlös-Katalog bis 4%, bei einer Veränderung zwischen -12% und -7% ein Rückgang bis 2% gestattet. In der Anzahl der Verweildauertage – relativ gesehen – steigende DRGs (= Rückgang der Anzahl der Verweildauertage ist geringer als 14% oder Anstieg der Anzahl der Verweildauertage) mit steigenden Pflegepersonalkosten werden nicht gedämpft. Ebenso werden DRGs mit – relativ gesehen – sinkender Anzahl an Verweildauertagen (= Rückgang der Anzahl der Verweildauertage ist größer als 14%) und sinkenden Pflegepersonalkosten nicht gedämpft. Damit ist der Dämpfungsansatz für die Berechnung des Pflegeerlös-Katalogs ein symmetrischer Ansatz um die durchschnittliche Veränderung der Anzahl der Verweildauertage von -14%. Bei der Berechnung des Pflegeerlös-Katalogs 2023 wurde die tatsächliche Veränderung der Anzahl der Verweildauertage und die tatsächliche Veränderung der Pflegepersonalkosten zwischen den Jahren 2019 und 2021 ausgewertet.

Wie beim Fallpauschalen-Katalog wird die klassifikatorische Weiterentwicklung vollständig berücksichtigt (siehe oben). Die Sachkostenentwicklung spielt beim Pflegeerlös-Katalog allerdings keine Rolle, da nur die ausgegliederten Pflegepersonalkosten in die Berechnung eingehen. Sofern eine Kalkulation möglich war, wurden wie in den Vorjahren eigene Pflege-Bewertungsrelationen für die Leistungserbringung in Belegabteilungen berechnet. Wegen unterschiedlicher Verteilungen in der Kalkulationsstichprobe und in Deutschland war – wie bei der Berechnung des aG-DRG-Katalogs – manuelles Eingreifen bei einzelnen DRGs notwendig.

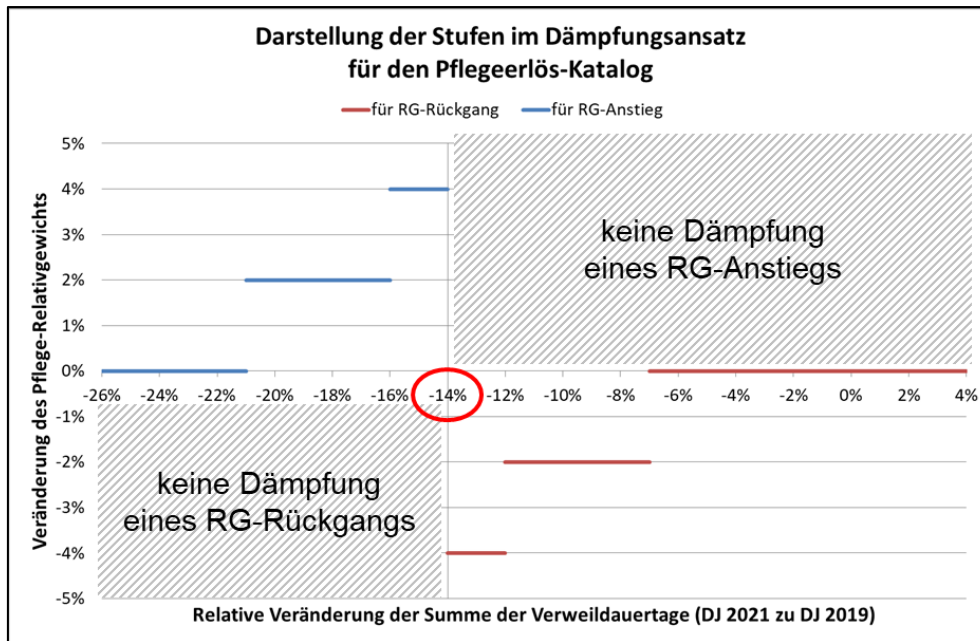


Abbildung 11: Grafische Veranschaulichung des gestuften Dämpfungsansatzes für die Berechnung des Pflegeerlös-Katalogs 2023, DJ=Datenjahr

An der grundsätzlichen Normierung des Pflegeerlös-Katalogs mit der Formel „Summe Verweildauertage = Summe Pflege-Bewertungsrelationen“ wurde auch in diesem Jahr festgehalten, bzw. anders formuliert, die Normierung des Pflegeerlös-Katalogs erfolgt durch eine eigenständige Bezugsgröße in der Weise, dass die durchschnittliche Bewertungsrelation je Verweildauertag dem Wert 1,0 entspricht. Die Normierung ist damit insbesondere unabhängig vom Dämpfungsansatz.

Die Bezugsgröße für den (gedämpften) Pflegeerlös-Katalog 2023 beträgt 209,75 Euro (Vorjahr: 155,71 Euro). Der Anstieg der Bezugsgröße um 54,04 Euro bzw. 34,71% resultiert aus dem starken Rückgang an Verweildauertagen zwischen den Jahren 2021 und 2019. Die Normierung des Pflegeerlös-Katalogs 2022 erfolgte auf Basis der Pflegepersonalkosten des Jahres 2019, die mit der Anzahl an Verweildauertagen der §-21-Daten 2020 gewichtet wurden. Die Normierung des Pflegeerlös-Katalogs 2023 hingegen basiert auf den Pflegepersonalkosten des Jahres 2021, die mit der Anzahl an Verweildauertagen der §-21-Daten 2021 gewichtet wurden.

### **Ergebnis für den Pflegeerlös-Katalog und Fazit**

Im Pflegeerlös-Katalog 2023 wird bezüglich des Pflege-Relativgewichts der Hauptabteilung

- bei 390 DRGs, die für ein Pflege-Case-Mix-Volumen in Höhe von rund 39,1 Mio. Pflege-Bewertungsrelationen stehen, ein Rückgang gedämpft,
- bei 309 DRGs, die für ein Pflege-Case-Mix-Volumen in Höhe von etwa 23,2 Mio. Pflege-Bewertungsrelationen stehen, ein Anstieg gedämpft und
- bei 560 DRGs, die für ein Pflege-Case-Mix-Volumen in Höhe von gut 35,4 Mio. Bewertungsrelationen stehen, nicht gedämpft.

Die Pflege-Case-Mix-Volumina beziehen sich auf den Pflegeerlös-Katalog 2022.

Wie Abbildung 12 veranschaulicht, hätte es ohne weiteres Eingreifen eine große Anzahl an Krankenhäusern gegeben, deren Summe an Pflege-Bewertungsrelationen aufgrund der kalkulatorischen Effekte deutlich angestiegen (in Teilen über 20%) oder deutlich zurückgegangen wäre mit entsprechenden Folgen für die Liquidität der Krankenhäuser. Mit der Dämpfung wurde dem effektiv begegnet. Bei den vereinzelt verbliebenen „Ausreißern“ handelt es sich um Fachkliniken mit nur sehr wenigen DRGs (z.B. 1 oder 2).

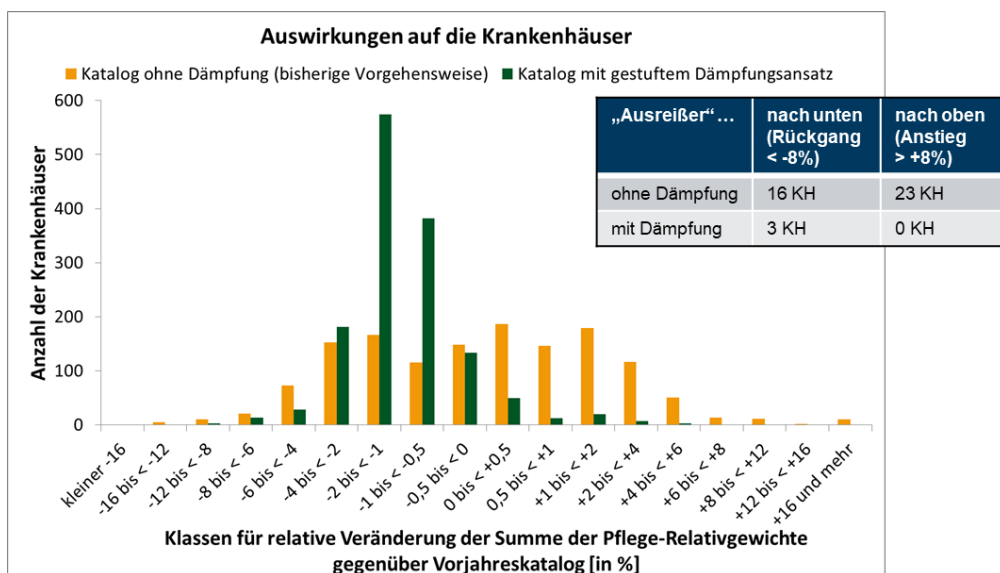


Abbildung 12: Auswirkung der gestuften Dämpfung des Pflegeerlös-Katalogs auf Ebene der einzelnen Krankenhäuser vor klassifikatorischen Umbauten

Der Pflegeerlös-Katalog ist zwar nicht budget-, aber liquiditätsrelevant. Insofern war es auch beim Pflegeerlös-Katalog notwendig, den verzerrenden Einfluss bei den Kosten aufgrund unterschiedlich starker Rückgänge bei der Anzahl der Verweildauertage abzumildern. Der Dämpfungsansatz reduziert die Anzahl der „Ausreißer“, die bei einem ungedämpften Katalog starke Anstiege oder Rückgänge von zum Teil über 20% bei ihren Pflege-Bewertungsrelationen zu verzeichnen gehabt hätten, deutlich.

### 3.3 Schwerpunkte der Weiterentwicklung

#### 3.3.1 Anpassung der Methodik

##### 3.3.1.1 Aktualisierung der Plausibilitätsprüfungen

Die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen analysieren, ob die von den Kalkulationskrankenhäusern übermittelten Datensätze den Anforderungen genügen und inhaltlich ein stimmiges Bild des Behandlungsfalls vermitteln. Die Prüfungen gehen der Frage nach, ob das methodische Vorgehen der Kostenkalkulation mit den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs bzw. die Kodierung mit den Vorgaben der Deutschen Kodierrichtlinien übereinstimmen. Der Zusammenhang zwischen den für einen Behandlungsfall dokumentierten medizinischen Informationen (z.B. Diagnose- und Prozedurenkodes, aber auch persönliche Patientenmerkmale) und den sich daraus begründenden Behandlungskosten steht bei den fallbezogenen Prüfungen im Mittelpunkt.

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

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

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

Die Auswirkungen der Corona-Pandemie führten zu kostenrechnerischen Effekten, so dass auch mit dem Datenjahr 2021 keine routinemäßige Weiterentwicklung des Entgeltsystems durchgeführt werden konnte. Die Schwerpunktverlagerung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen des vergangenen Jahres wurde im Hinblick auf die adjustierte Vorgehensweise bei der Weiterentwicklung ebenfalls angepasst. Um die Datenqualität der Daten 2021 im Vergleich zu den Daten 2020 besser einschätzen zu können, wurden die im vergangenen Jahr durchgeführten Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen auf Ebene aggregierter Kostenblöcke unverändert übernommen. Gleichzeitig wurde die intensive Betrachtung der Kalkulationsdatensätze auf Fallebene, die im vergangenen Jahr in den Hintergrund gerückt wurde, wieder in vollem Umfang aufgenommen.

Die Auswirkungen der Corona-Pandemie zeigten sich in den fallbezogenen Datensätzen insbesondere durch einen (erheblichen) Anstieg der Kostensätze einzelner Kostenarten im Vergleich zu einem „Vor-Corona-Zeitpunkt“ (konkret: Datenjahr 2019).

Erwartungsgemäß zeigten sich die Auswirkungen der Corona-Pandemie auch im Datenjahr 2021 in unterschiedlicher Art und Weise. Beispielsweise wiesen die variablen Kosten für einen Großteil von Arzneimitteln und Medizinprodukten keine nennenswerten pandemiebedingten Kostensteigerungen auf. Aufgrund der tendenziell geringeren Fallzahlen bei planbaren Leistungen wurden auf der aggregierten Ebene korrespondierend geringere Gesamtkosten für diese Einzelkosten (z.B. Implantatkosten) beobachtet.

Hingegen zeigten die Sachkosten für „pandemiebezogene Produkte“ wie z.B. für persönliche Schutzausrüstung, Desinfektionsmittel und „Corona-Testkits“ unterschiedliche Entwicklungen. Einerseits waren die Produktkosten im ersten Pandemiejahr teilweise sehr hoch und fielen im Zeitverlauf zusehends auf niedrigere Niveaus. Andererseits wurden die Einkaufsmengen der Produkte aufgrund der bestehenden Hygienevorgaben in den einzelnen Einrichtungen gesteigert. In Summe nahmen die Kostensteigerungen im Zeitverlauf unterschiedliche Dimensionen an und ergeben je nach krankenhausesindividueller Situation ein entsprechendes Mischbild ab. Zusammenfassend waren Kostenveränderungen bei den aggregierten Sachkosten im Wesentlichen in Abhängigkeit von der Leistungszusammensetzung und -entwicklung zu beobachten. Bei den Personalkosten ergaben sich bedingt durch die geringere Auslastung während der Pandemie bei

der Kostenträgerrechnung weiterhin hohe Kostensätze. Veränderungen der Personalkosten auf der aggregierten Ebene waren typischerweise von krankenhausesindividuellen Ursachen, beispielsweise einem Auf- bzw. Abbau von Personal oder tarifvertraglichen Anpassungen, geprägt.

Wegen der Corona-Pandemie wurden die Abläufe in den Krankenhäusern den Anforderungen zum Schutz der Patientinnen und Patienten sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angepasst. Dafür wurde z.B. eine Umwidmung von Stationen zu „Corona-Stationen“ mit entsprechenden Isolations- und Behandlungsmöglichkeiten vorgenommen, Sicherheitspersonal (temporär) eingestellt, um Zutrittsbeschränkungen zu prüfen und ggf. durchzusetzen, oder Personal zwischen einzelnen Stationen in Abhängigkeit von der jeweiligen Inanspruchnahme verlagert. Diese Personalverlagerungen konnten von den Kalkulationsteilnehmern teilweise nicht vollständig in der Kostenrechnung nachvollzogen werden. Dadurch ergaben sich auf Kostenstellenebene in Abhängigkeit vom Nachvollzug der Personalverlagerungen in der Kostenrechnung unterschiedliche Auswirkungen auf die kalkulatorischen Kostensätze.

Für die Plausibilisierung der Kalkulationsdaten haben die Kalkulationsteilnehmer die im Krankenhaus durchgeführten pandemiebedingten Maßnahmen beschrieben und die möglichen Auswirkungen auf die Kostendatenerhebung erläutert (ggf. als erste Einschätzung). Darüber hinaus wurden Informationen über zusätzliche pandemiebedingte Kosten, beispielsweise für persönliche Schutzausrüstung und „Corona-Testkits“, eingeholt. Die Informationen und Darlegungen der Krankenhäuser lieferten einen wichtigen Baustein für die Plausibilisierung der Kostendatenlieferung. Die Darlegungen pandemiebedingter Maßnahmen wurden insbesondere bei der Plausibilisierung von im Vergleich zum Vorjahr bzw. zum Datenjahr 2019 auffälligen Kostensätzen herangezogen. In der Regel ließen sich für Auffälligkeiten pandemiebedingte Ursachen identifizieren.

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

Auf Krankenhausebene wurde die inhaltlich korrekte Umsetzung fundamentaler Kalkulationsgrundsätze unter Berücksichtigung der Darlegungen der Krankenhäuser zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie geprüft. Integraler Bestandteil dieser Datenprüfungen waren die zusätzlichen Angaben aus den Informationen zur Kalkulationsgrundlage. Dadurch wurde ein von den Einzelfällen unabhängiger Gesamtüberblick über das Kalkulationskrankenhaus gewonnen. Die inhaltliche Plausibilisierung der Kalkulationsdaten auf Krankenhausebene umfasste insbesondere die Kalkulationsbereiche mit zentraler Bedeutung für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems, die Abgrenzung zwischen aG-DRG-Entgeltbereich und Pflegeerlös-Budget sowie die durch die Corona-Pandemie geänderte Kosten- und Leistungssituation in den Krankenhäusern.

Die Darlegungen der Krankenhäuser zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie sowie deren kostenrechnerischer Bedeutung wurden mit den übermittelten Kosten- und Leistungsdaten abgeglichen. Insbesondere die kostenrechnerische Situation eigens eingerichteter Corona-Stationen mit teilweise recht hohen Kostensätzen konnte auf diese Weise plausibilisiert werden. Lediglich Datensätze mit vom Krankenhaus bestätigter fehlerhafter Berechnung, die ein verzerrendes Bild der tatsächlichen Kostensituation darstellten, wurden aus der weiteren Betrachtung ausgeschlossen. Die Auswirkungen der pandemiebedingten kostenrechnerischen Effekte wurden durch die Vorgehensweise der gestuften Dämpfung abgemildert und die relevanten Kostensituationen adäquat berücksichtigt (siehe auch Kapitel 3.2.5).

Die aggregierten Pflegepersonalkosten sind zwischen den Datenjahren 2020 und 2021 nochmals angestiegen. Die Veränderung von Pflegepersonalkosten ist in der Regel das Resultat multifaktorieller Einflussfaktoren. Zur Plausibilisierung der Kostenanstiege

wurden die intertemporalen Veränderungen bei den Kalkulationskrankenhäusern nachgefragt und um eine Aufschlüsselung nach den folgenden Einflussfaktoren gebeten:

- Veränderungen der Tarifgehälter (z.B. Tarifsteigerungen, Änderungen der Eingruppierung)
- Anstieg der Personalkosten durch Aufbau von Personal (z.B. durch neue Stellen, Stellenwiederbesetzung, Umwandlung von Teilzeitkräften in Vollzeitkräfte)
- Anstieg der Personalzahlen durch erhöhten Einsatz von Fremdpersonal
- Einmalzahlungen (z.B. außertarifliche Zahlungen)
- Buchungstechnische Veränderungen insbesondere im Hinblick auf die Vorbereitungen zur Vereinbarung eines Pflegebudgets gem. § 6a KHEntgG
- Geänderte Berücksichtigung von Überliegerfällen (vollständige versus unvollständige Kosten auf Überliegerfällen)
- Sonstige Einflussfaktoren (z.B. Beitragssteigerung bei der Zusatzversorgung, Einsatz von Personal auf COVID-Stationen, das auf anderer Kostenstelle gebucht ist, z.B. OP-Personal auf COVID-Station)

Die sonstigen Einflussfaktoren sollten von den Kalkulationskrankenhäusern gesondert erläutert werden, um eruieren zu können, welche weiteren Faktoren Einfluss auf die Personalkostenentwicklung hatten. Bei der Aufschlüsselung sollten die Angaben soweit technisch/inhaltlich möglich sowohl das jeweilige Kostenvolumen als auch die korrespondierende Anzahl an Vollkräften umfassen.

Nach den Darlegungen der Kalkulationskrankenhäuser resultierten die beobachteten Anstiege der Pflegepersonalkosten im Wesentlichen aus einem Anstieg der Beschäftigtenzahlen (inkl. einem verstärkten Einsatz von Fremdpersonal) und einem Anstieg der tariflichen Löhne und Gehälter.

Zur Umsetzung der Vorgaben der Vertragsparteien auf Bundesebene zur Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Stationen wurden die Kalkulationskrankenhäuser befragt, in welchem Umfang Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Aufnahmestationen in Kostenstellengruppe 13 (Patientenaufnahme) enthalten waren. Bei nennenswerten Kostenunterschieden im Vergleich zu den beiden Vorjahren (Datenjahre 2019 und 2020) wurde zur Plausibilisierung der Kostendaten die Ursache hinterfragt. Typischerweise lagen entweder strukturelle Unterschiede vor (Auf- oder Abbau von Betten in bettenführenden Aufnahmestationen) oder die buchhalterische Kostenzuordnung von in Aufnahmestationen beschäftigtem Personal wurde zwischen den Datenjahren geändert. Die von den Krankenhäusern bereitgestellten Informationen zum Umfang der Pflegepersonalkosten in bettenführenden Aufnahmestationen wurden für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf der Fallebene verwendet.

### ***Prüfungen auf Fallebene***

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

Für die fallindividuelle Kostenzuordnung im OP-Bereich, in der Anästhesie und auf den Intensivstationen standen in gewohnter Weise zusätzliche Kosten- und Leistungsinformationen für die Plausibilitätsprüfungen zur Verfügung. Für die Plausibilisierung der



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

Die von den Kalkulationskrankenhäusern je Intensivaufenthalt übermittelten gewichteten und ungewichteten Intensivstunden sowie die Angaben zu den einzelnen Intensivstationen in den Informationen zur Kalkulationsgrundlage wurden zu Plausibilitätsprüfungen herangezogen. Dabei wurden die Kostensätze des Ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes sowie die verwendeten Gewichtungsfaktoren selbst in den Fokus der Prüfungen gerückt. Bei der Kostenzuordnung auf den Intensivstationen wurde auch analysiert, ob die Gesamtsumme der zugeordneten Personalkosten auf Ebene des einzelnen Behandlungsfalles insbesondere bei besonders aufwendigen Patienten noch plausibel war. Gravierende Abweichungen bei der patientenindividuellen Verteilung der Verweildauer (VWD) zwischen Normalstation und Intensivstation gaben Anlass zur Nachfrage bei den Kalkulationskrankenhäusern, um fehlerhafte Kalkulationen oder Dokumentationen zu identifizieren und möglichst zu beseitigen. Dabei wurden die Darlegungen der Krankenhäuser zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die intensivmedizinischen Leistungsbereiche berücksichtigt.

Die diesjährigen fallbezogenen Plausibilisierungen nahmen auch die COVID-19-Fälle in den Blick, da mit dem Datenjahr 2021 aktualisierte Daten für die Behandlungskosten dieser Patientengruppe vorlagen. Die Datensätze bildeten die Grundlage für die kostenorientierte Verbesserung der Abbildung von COVID-19-Fällen. Entsprechend wurden die COVID-19-Fälle unter Berücksichtigung der Darlegungen der Krankenhäuser zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie plausibilisiert und Auffälligkeiten bei den Krankenhäusern nachgefragt. In der Regel ließen sich die Auffälligkeiten durch Besonderheiten in der Leistungserbringung oder Kostenzuordnung – bedingt durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie – erklären. Strukturelle Darlegungen ließen sich teilweise nicht auf einzelne Fälle herunterbrechen, da sich die Ursachen für auffällige Kostenwerte multifaktoriell zusammensetzen. Nur wenn im Einzelfall keine Erklärung für die Auffälligkeiten gefunden wurde und das Krankenhaus eine fehlerhafte Kostenzuordnung oder eine fehlerhafte Leistungsdokumentation als mögliche Ursache identifiziert hatte, wurden COVID-19-Fälle nicht für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems verwendet.

Die Rückmeldungen der Krankenhäuser auf die zahlreichen Nachfragen des InEK haben wichtige Impulse für die Weiterentwicklung sowohl des aG-DRG-Systems als auch der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen geliefert. Nicht zuletzt dienten die Nachfragen zur Überprüfung der Kongruenz zwischen der Pflegepersonalkosten-Ausgliederung bei der Weiterentwicklung des Entgeltsystems auf der einen Seite und

der Pflegepersonalkosten-Ausgliederung der einzelnen Krankenhäuser bei der Vereinbarung eines Pflegeerlös-Budgets gem. § 6a KHEntgG auf der anderen Seite.

### **Medizinische Plausibilitätsprüfungen**

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

### **3.3.1.2 Berechnung der Bewertungsrelationen für Belegversorgung**

Die Berechnung der Bewertungsrelationen für die DRGs mit belegärztlicher Versorgung sowie die normativ-analytische Ableitung bei nicht eigenständig kalkulierten DRGs wurde im Vergleich zu den Vorjahren unverändert durchgeführt. Die Berechnung von Bewertungsrelationen erfolgte entsprechend der in Kapitel 3.2.5.1 vorgestellten Vorgehensweise der gestuften Dämpfung.

#### **Kalkulation**

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

Einem langjährigen Trend folgend ging die Anzahl der Behandlungsfälle in belegärztlicher Versorgung im Datenjahr 2021 weiter zurück. In der Kalkulationsstichprobe wurde der Fallzahlrückgang durch das Auslaufen der verpflichtenden Teilnahme für die Krankenhäuser aus der ersten Ziehung im Jahr 2016 verstärkt. Dadurch lieferten einige Krankenhäuser mit einer nennenswerten Anzahl von Fällen in belegärztlicher Versorgung keine Kalkulationsdaten mehr. Wegen der reduzierten Anzahl an Kalkulationsda-

tensätzen konnten deutlich weniger DRGs für die Versorgung in Belegabteilungen eigenständig kalkuliert werden. Für die diesjährige Kalkulation standen 31.623 plausible Datensätze zur Verfügung, auf deren Basis 44 DRGs eigenständig kalkuliert werden konnten. Eine Aufstellung dieser DRGs befindet sich im Anhang (siehe Tabelle A-2). Wird die Gesamtheit der gelieferten Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG betrachtet, repräsentieren diese DRGs gut 55% aller abrechenbaren Belegfälle in Deutschland. Die Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung (Spalte 4, Teil b des Fallpauschalen-Katalogs) liegen bei den eigenständig kalkulierten DRGs nach durchgeführter Sachkostenkorrektur im Mittel 37,9% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tabelle 9).

Differenz Bewertungsrelation	DRGs kalkuliert	DRGs abgeleitet
Bis 10%	0	28
Über 10% bis 20%	4	359
Über 20% bis 30%	6	292
Über 30% bis 40%	13	4
Über 40% bis 50%	17	0
Über 50%	4	0
Mittelwert (ungew.)	37,9%	19,0%

Tabelle 9: Verteilung der Differenz der Bewertungsrelation Belegabteilung zur Bewertungsrelation Hauptabteilung, Datenjahr 2021

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

### **Normativ-analytische Ableitung**

Die Methodik der normativ-analytischen Ableitung wurde unverändert beibehalten. Auf Basis der Verweildauer-Strukturanalyse wurde bei 366 DRGs zusätzlich zum Abzug der Arztkosten ein Zu- bzw. Abschlag der verweildauerabhängigen Module vorgenommen (107 DRGs mit Zuschlag, 259 DRGs mit Abschlag). Dadurch wurden die Bewertungsrelationen für belegärztliche Versorgung den mittleren Verweildauern (mVWD) der Belegfälle in den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG angepasst. Die Bewertungsrelationen bei den abgeleiteten DRGs liegen im Ergebnis durchschnittlich 19,0% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tabelle 9). Bei 43,4% der DRGs wurden lediglich die Arztkosten abgezogen, ohne dass weitere Anpassungen vorgenommen wurden (siehe Tabelle 10). Die untere und die obere Grenzverweildauer wurden jeweils nach den üblichen Vorschriften abgeleitet. Entsprechend wurde für den Entgeltkatalog bei belegärztlicher Versorgung die obere Grenzverweildauer (OGV) im Vergleich zur Hauptabteilung 150 Mal abgesenkt und 46 Mal angehoben. Die untere Grenzverweil-

dauer (UGV) wurde im Vergleich zur Hauptabteilung 29 Mal abgesenkt und 7 Mal angehoben.

Verfahren	Anzahl DRGs
Zu- und Abschläge durch VWD-Anpassung	366
Nur Abzug Arztkosten	315
Eigenständig kalkulierte DRGs	44
<b>Gesamt</b>	<b>725</b>

Tabelle 10: Überblick Kalkulationsmethodik der DRGs bei belegärztlicher Versorgung, Datenjahr 2021

Für 509 DRGs, die für die Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert wurden, ließen sich in den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG keine Behandlungsfälle mit belegärztlicher Versorgung finden. Diese DRGs wurden aus dem Fallpauschalen-Katalog für belegärztliche Versorgung gestrichen. Die Anzahl der DRGs für belegärztliche Versorgung hat sich im Vergleich zum Vorjahr um 36 DRGs reduziert (Vorjahr: 761 DRGs).

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

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

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

### 3.3.1.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen

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

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

#### **Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung**

Für das Datenjahr 2021 wies die Beschaffenheit der Datenmenge für die DRGs A90A *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung* und A90B *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung* unverändert eine Verletzung der Kalkulationsbedingungen sowie eine mangelnde Kostendifferenz zwischen den DRG-Fallpauschalen auf, sodass die beiden Fallpauschalen nicht bewertet werden konnten. Die teilstationären geriatrischen Fallpauschalen werden unverändert als unbewertete DRG in Anlage 3b DRG-EKV 2023 ausgewiesen.

**Niereninsuffizienz, teilstationär**

Die teilstationären DRGs der Basis-DRG L90 *Niereninsuffizienz, teilstationär* wurden inhaltlich unverändert aus dem Vorjahr übernommen. Die Fallpauschale für teilstationäre Dialyse bei Kindern (L90A) konnte aufgrund der geringen Anzahl an Kalkulationsdatensätzen nicht bewertet werden; diese DRG verbleibt in Anlage 3b DRG-EKV 2023. Für die beiden anderen DRGs der Basis-DRG L90 lag eine ausreichende Anzahl von Kalkulationsdatensätzen vor. Die durchschnittlichen Kosten für die teilstationären DRGs L90B *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse* und L90C *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse* werden für insgesamt 1.204 Kalkulationsdatensätze zur DRG L90B und 139.076 Kalkulationsdatensätze zur DRG L90C in Tabelle 11 in modularer Struktur dargestellt. In Tabelle 12 und Tabelle 13 werden die häufigsten Hauptdiagnosen und in Tabelle 14 und Tabelle 15 die häufigsten Prozeduren abgebildet.

Bezeichnung	Kostenarten- gruppe	Kosten (€) L90B	Kosten (€) L90C
Ärztlicher Dienst	1	46,80	42,68
Funktions-/Medizinisch-technischer Dienst	3	7,18	6,18
Arzneimittel	4a	15,91	9,83
Arzneimittel Einzelkosten	4b	1,27	3,12
Implantate/Transplantate	5	–	0,01
Übriger med. Bedarf	6a	45,02	33,51
Übriger med. Bedarf Einzelkosten	6b	11,78	4,76
Sachkosten für von Dritten bezogene med. Behandlungsleistungen	6c	3,83	14,98
Med. Infrastruktur	7	28,04	21,57
Nicht med. Infrastruktur	8	63,52	55,03
<b>Gesamt</b>		<b>223,35</b>	<b>191,67</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*, Datenjahr 2021

Kode	Hauptdiagnose	Fälle
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	49
Z49.1	Extrakorporale Dialyse	29

Tabelle 12: Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90B, Datenjahr 2021

Kode	Hauptdiagnose	Fälle
Z49.1	Extrakorporale Dialyse	4.909
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	1.408

Tabelle 13: Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90C, Datenjahr 2021

Kode	Prozeduren	Anzahl
8-857.0	Peritonealdialyse: Intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	1.116
8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	68

Tabelle 14: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90B, Datenjahr 2021

Kode	Prozeduren	Anzahl
8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	76.539
8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	47.831
8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	7.263

Tabelle 15: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90C, Datenjahr 2021

### **Teilstationäre Leistungen bei Kindern**

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

Die Analysen der Fälle der teilstationären DRGs zeigten im ersten Jahr der Kodierung allerdings erhebliche Kostenunterschiede, auch zwischen den leistungserbringenden Krankenhäusern. Aufgrund dieser uneinheitlichen Datenlage war eine Bewertung der DRGs der MDC 25 für 2023 nicht möglich. Für eine ausführlichere Darstellung zu den teilstationären Kinder-DRGs siehe Kapitel 3.3.2.26.

#### **3.3.1.4 Überarbeitung der CCL-Matrix**

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

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

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

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

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

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

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

### ***Vorgehensweise der Überarbeitung***

Nachdem früher Diagnosen oder Diagnosegruppen überwiegend systemweit auf- bzw. abgewertet wurden, verlagerte sich die Anpassung der CCL-Werte in den letzten Jah-

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

Nach der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten für die „Pflege am Bett“ für das aG-DRG-System 2020 galt es zunächst zu klären, inwieweit die bestehenden CCL-Werte potentielle Kostenunterschiede einzelner Fälle noch erklären. Daher konzentrierten sich im Jahr 2019 die Anpassungen auf einige wenige Diagnosen, bei denen inhaltlich eine gewisse Nähe zum Pflegeaufwand der Patienten zu vermuten war. Im den vergangenen Jahren zeigten Analysen, dass nach der Herausnahme der Pflegepersonalkosten für eine Vielzahl von Diagnosen die Einstufung im CCL-Schweregrad-System nicht mehr oder nicht mehr in der aktuellen Höhe durch Mehrkosten begründet war. Dies zeigte sich in größerem Umfang als zuvor angenommen.

Obwohl im vergangenen Jahr erstmals Daten aus einem Anwendungsjahr eines G-DRG-Systems nach Ausgliederung vorlagen, erfolgten aufgrund der Auswirkungen der Corona-Pandemie Anpassungen nur in geringem Umfang: Von der mehrjährig angelegten Vorgehensweise der Vorjahre musste im Jahr 2021 abgewichen werden. Der in der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems 2021 verfolgte zweistufige Ansatz wurde auch bei der Analyse der CCL-Matrix verwendet. In Stufe 1 wurden ausschließlich punktuelle Anpassungen in der CCL-Matrix vorgenommen. Diese resultierten aus Korrekturen der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems 2021 sowie einer punktuellen Nachjustierung einiger Diagnosen, die in der Kalkulationsphase im Jahr 2020 nicht angepasst wurden. In Stufe 2 erfolgte eine kostenorientierte Bewertung der Diagnose U07.1 COVID-19, *Virus nachgewiesen*.

Nach einjähriger „Pause“ mit nur wenigen Anpassungen konnte in diesem Jahr der Prozess der Weiterentwicklung der CCL-Matrix fortgesetzt werden. Da bisher seit Ausgliederung der Pflege aus dem G-DRG-System noch keine grundlegende Überarbeitung des CCL-Systems stattgefunden hat, wurden nun unumgängliche Anpassungen einzelner Diagnosen und Diagnosegruppen (systemweit und in einzelnen Basis-DRGs) für das aG-DRG-System 2023 vorgenommen.

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

Im Datenjahr 2021 zeigte sich im Vergleich zu den Vorjahren ein deutlicher Anstieg in der Anzahl an Nebendiagnosen je Fall (siehe Abbildung 13). Dieser starke Anstieg der Anzahl der Nebendiagnosen je Fall ist im Jahr 2021 im Wesentlichen auf Kodierungen mit Bezug zur Corona-Pandemie zurückzuführen. Beispielsweise tragen im Datenjahr 2021 über 85% aller Fälle der Kalkulationsdaten die ICD-Kodes

Z11 *Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten*  
und

U99.0 *Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2*.



Im Jahr 2020 waren diese Codes, entsprechend sicher auch der damals noch geringeren Verfügbarkeit von Testverfahren, erst bei rund 40% aller Fälle kodiert, im vorpan-demischen Datenjahr 2019 spielten die Codes keine Rolle.

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

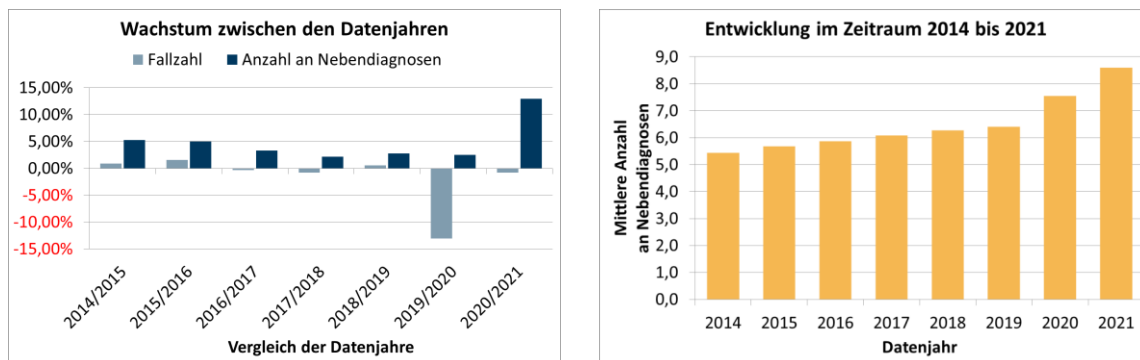


Abbildung 13: Vergleich des Wachstums von Fallzahl und Anzahl an Nebendiagnosen zwischen den Datenjahren (links) sowie Entwicklung der mittleren Anzahl an Nebendiagnosen je Fall (rechts) für die Datenjahre 2014 bis 2021, valide vollstationäre Fälle der §-21-Daten 2014 bis 2021

Bei internen Analysen wurden somit viele Diagnosen hinsichtlich ihrer Abbildung in der CCL-Matrix untersucht. Diese Analysen auf Basis des Datenjahres 2021 führten zur Anpassung der Werte bestimmter Diagnosen innerhalb mehrerer Basis-DRGs. In Abbildung 14 ist die Anzahl der Diagnosen mit DRG-spezifischen Aufwertungen und Abwertungen sowie Neuaufnahmen seit dem G-DRG-System 2017 dargestellt.

	für 2017	für 2018	für 2019	für 2020	für 2021	für 2022	für 2023
DRG-spezifische Abwertungen in 1-2 Basis-DRGs	938	553	726	467	635	197	691
DRG-spezifische Abwertungen in 3-9 Basis-DRGs	435	50	514	46	639	4	401
DRG-spezifische Abwertungen in 10-29 Basis-DRGs	2	16	208	7	436	4	61
DRG-spezifische Abwertungen >29 Basis-DRGs	107	171	16	78	227	1	68
Abwertungen aus dem Vorschlagsverfahren	24	18	22	0	2	0	9
Aufwertungen aus dem Vorschlagsverfahren	3	1	0	0	0	0	5
Weitere Aufwertungen	10	11	0	0	5	1	11
Neu aufgenommene Codes	42	7	1	1	27	0	2
<b>Gesamt</b> (beinhaltet Doppelnennungen)	<b>1.521</b>	<b>827</b>	<b>1.487</b>	<b>599</b>	<b>1.971</b>	<b>207</b>	<b>1.248</b>

Abbildung 14: Anzahl der Diagnosen mit verändertem CC-Level in der CCL-Matrix für 2017 bis 2023 (beinhaltet Doppelnennungen)

Nach einigen Jahren ohne nennenswerte Aufwertungen war in diesem Jahr eine verhältnismäßig große Anzahl an Aufwertungen möglich (siehe Abbildung 14). Darüber hinaus konnten auch Neuaufnahmen in die CCL-Matrix verzeichnet werden. Nach einem Jahr mit Corona-bedingter Zurückhaltung wurden für das aG-DRG-System 2023 wieder mehr Anpassungen der CCL-Matrix vorgenommen (siehe Abbildung 15).

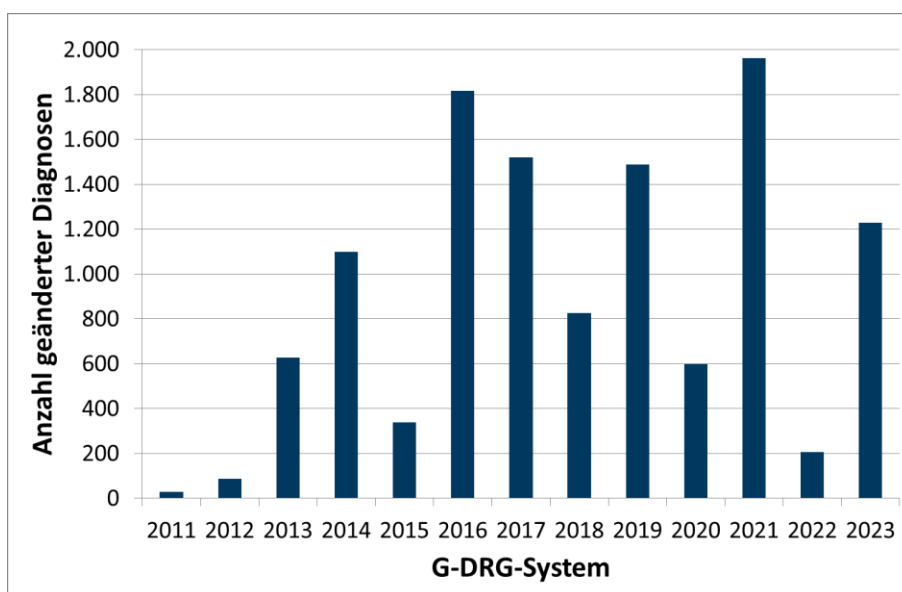


Abbildung 15: Anzahl veränderter Diagnosen für 2011 bis 2023

Nachdem die Diagnose U07.1 *COVID-19, Virus nachgewiesen* für das aG-DRG-System 2021 regelhaft mit dem CCL-Wert von 2 neu in die CCL-Matrix aufgenommen wurde, erfolgten im vergangenen Jahr eine kostenorientierte Überprüfung und Anpassungen der Bewertung der Diagnose. In der diesjährigen Weiterentwicklung wurde die Einstufung von Diagnosen mit COVID-19-Bezug in der CCL-Matrix als ein Schwerpunkt der Überarbeitung fortgesetzt.

Es erfolgte eine Neubewertung der Diagnose U07.1 *COVID-19, Virus nachgewiesen* in 22 Basis-DRGs:

- Aufwertung um 1 in 13 Basis-DRGs, in denen die Diagnose mit höheren Kosten verbunden ist
- Abwertung um 1 in neun Basis-DRGs, in denen sie einen geringeren Mehraufwand begründet

Darüber hinaus erfolgte eine Neuaufnahme der Diagnose U10.9 *Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet* mit einem CCL-Wert von 2 in elf relevanten Basis-DRGs (u.a. A13, E65, E79, G67, I66, I68). Diese Erkrankung wird auch als „Kawasaki-like-Syndrom“ bezeichnet und tritt zeitlich assoziiert mit COVID-19 ganz überwiegend bei Kindern auf.

### **Vorschlagsverfahren**

Die Beteiligung im Vorschlagsverfahren zu Anpassungen der CCL-Matrix lag in diesem Jahr auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr. Eine große Anzahl an Vorschlägen wurde von der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) eingereicht. Auf Basis dieser Vorschläge wurde, auch im Zusammenspiel mit den Vorschlägen aus den Vorjahren, eine umfassende Analyse der Bewertung vieler Diagnosen innerhalb der CCL-Matrix durchgeführt. Anpassungen und Neubewertungen sind jedoch nur in den Basis-DRGs möglich, in denen aussagekräftige Fallzahlen vorhanden sind. Nichtsdestotrotz lieferten die Vorschläge einen Anstoß für weitere Analysen.

Die detaillierten Analysen führten nicht nur zu einer Neuaufnahme gastroenterologischer Diagnose-Kodes in die CCL-Matrix, sondern auch zu zahlreichen Basis-DRG-spezifischen Aufwertungen für das aG-DRG-System 2023. Z.B. erfolgte so die systemweite Neuaufnahme der gastroenterologischen Diagnose B18.13 *Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 3* in die CCL-Matrix. Darüber hinaus konnten Basis-DRG-spezifische Aufwertungen gastroenterologischer Diagnose-Kodes in der CCL-Matrix vorgenommen werden (siehe Abbildung 16).

ICD	Bezeichnung
I85.0	<i>Ösophagusvarizen mit Blutung</i>
I98.3	<i>Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, mit Angabe einer Blutung</i>
K31.82	<i>Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung</i>
K55.32	<i>Angiodysplasie des Dünndarmes mit Blutung</i>
K74.72	<i>Leberzirrhose, Stadium Child-Pugh C</i>

Abbildung 16: Basis-DRG-spezifische Aufwertungen gastroenterologischer Diagnose-Kodes in der CCL-Matrix

### **Fazit der Überarbeitung der CCL-Matrix**

Die zurückhaltenden Anpassungen im vergangenen Jahr waren vor allem durch die veränderte Versorgungssituation aufgrund der Corona-Pandemie begründet. Zudem konnten im Datenjahr 2020 erstmals die Pflegepersonalkosten in den Krankenhäusern vollständig nach den Vorgaben des Pflegebudgets zugeordnet werden.

Nach einjähriger „Pause“ konnte daher nun die Wiederaufnahme der CCL-Anpassungen im Umfang der Vor-Corona-Jahre erfolgen, wobei eine verhältnismäßig große Anzahl an Aufwertungen und Neuaufnahmen vorgenommen werden konnte.

Grundsätzlich ist abschließend anzumerken, dass die Analyse der CCL-Matrix, bedingt durch die Auswirkungen der Pflegepersonalkosten-Ausgliederung auf das aG-DRG-System, ein mehrjähriger Prozess ist und demzufolge zum jetzigen Zeitpunkt als noch nicht abgeschlossen bezeichnet werden kann.

#### **3.3.1.5 Einbeziehung von verlegten Fällen und Überliegern**

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

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

Die je DRG zur Kalkulation des Relativgewichts herangezogene Fallmenge wurde regelhaft – unverändert gegenüber dem Vorjahr – durch Analyse des arithmetischen Kostenmittelwerts je Verlegungsart bestimmt. Dabei ergeben sich vier Fallkonstellationen, die sich auf die 1.292 DRGs wie in Tabelle 16 dargestellt verteilen (siehe auch Tabellen A-4-1 bis A-4-3 im Anhang).

Kalkulationsbasis	Anzahl DRGs	Anteil DRGs (in %)
Nicht verlegte Fälle	250	19,3
Nicht verlegte und zusätzlich aufnahmeverlegte Fälle	162	12,5
Nicht verlegte und zusätzlich entlassverlegte Fälle	228	17,6
Alle Fälle (nicht verlegte und zusätzlich aufnahme- oder entlassverlegte Fälle)	597	46,2
DRGs ohne Bewertung (Anlage 3a und 3b)	55	4,3
<b>Gesamt</b>	<b>1.292</b>	<b>100,0</b>

Tabelle 16: Überblick über die Berücksichtigung der Verlegungsarten im aG-DRG-System 2023

### Überlieger aus dem Vorjahr

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

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

Beispielsweise wäre die DRG A18Z *Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion* mit einer mittleren Verweildauer von 84,4 Tagen (Fallpauschalen-Katalog 2023) von einer Löschung vieler Überlieger stark betroffen, da rein rechnerisch rund ein Viertel der Fälle Überlieger aus dem Vorjahr oder Überlieger ins nächste Jahr sind. Unter den Langliegern dieser DRG ist der Anteil an Überliegern noch höher.

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

- Korrekte Kostenkalkulation
- Überleitbarkeit der verwendeten Codes

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

Eine klassifikatorische Voraussetzung für den Verbleib von Überliegern in den Kalkulationsdaten ist die Überleitbarkeit der Leistungsbezeichner (ICD- und OPS-Kodes). Bei einer Differenzierung von Codes (von 2020 auf 2021) ist diese unter Umständen nicht gegeben, da für Überlieger (die noch mit undifferenzierten Codes aus 2020 verschlüsselt sind) keine Information darüber verfügbar ist, mit welchem der inzwischen verfügbaren differenzierten Codes der Fall im Jahr 2021 verschlüsselt würde.

Ein Beispiel hierfür ist der Code 1-313 *Ösophagusmanometrie*. Mit dem OPS Version 2021 wurde der Code weiter differenziert:

- 1-313.0 *Ösophagusmanometrie: Durchzugsmanometrie*
- 1-313.1 *Ösophagusmanometrie: Hochauflösende Manometrie*
- 1-313.2 *Ösophagusmanometrie: Impedanz-Planimetrie*
- 1-313.x *Ösophagusmanometrie: Sonstige*

Wenn auf Grundlage neu ausdifferenzierter Codes z.B. eine neue DRG definiert wurde und daher Fälle, die 2020 mit dem gleichen Code verschlüsselt wurden, 2021 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 2020 in der Kalkulationsmenge verbleiben, beispielsweise wenn es sich um eine DRG mit sehr kleinen Fallzahlen handelt und der problematische Code (bei jeder möglichen Überleitungsentscheidung) ohne Gruppierungsrelevanz ist. Für die oben genannte DRG A18Z sind z.B. nur die Beatmungszeit und ein OPS-Code (Transplantation) gruppierungsrelevant. Haupt- oder Nebendiagnosen haben bei diesen Fällen nie einen Einfluss auf das Gruppierungsergebnis, sodass eine nicht überleitbare Diagnose keinen Grund darstellt, einen Überlieger aus der Kalkulationsmenge auszuschließen.

### 3.3.1.6 Berechnung der Bezugsgröße

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

Für den aG-DRG-Katalog 2022 ergab sich auf Basis der Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG für das Datenjahr 2021 eine Summe effektiver Bewertungsrelationen von 14.854.198. Unter Verwendung identischer Daten ergab sich für den aG-DRG-Katalog 2023 nach Umsetzung der Sachkostenvereinbarung und der Vereinbarung zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen (siehe Kapitel 3.2.3) eine Summe effektiver Bewertungsrelationen von 14.848.763. Die für die Normierung des aG-DRG-Katalogs 2023 erforderliche Bezugsgröße beträgt damit 3.808,48 €. Die Differenz der effektiven Bewertungsrelationen von –5.434 Case-Mix-Punkten wird im Folgenden erläutert.

Die Differenz beruht auf der erstmaligen Kostenbereinigung für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Zusatzentgelte. Dabei entfallen allein auf die erstmalige Kostenbereinigung des Zusatzentgelts ZE2023-190 *Längerfristige Beatmungsentwöhnung* –871 Case-Mix-Punkte.

Im Datenjahr 2021 stieg im Vergleich zum Datenjahr 2020 bei den Kalkulationskrankenhäusern die Gesamtsumme der Pflegepersonalkosten erneut an. Die Kalkulations Teilnehmer wurden nach den Ursachen dieses Anstiegs befragt. Als Ursachen für den Anstieg wurden in der Regel die (Wieder-)Besetzung offener Stellen im Pflegedienst, tarifliche Veränderungen in den Arbeitsentgelten, ein zusätzlicher Bedarf an Fremdpersonal – auch bedingt durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie – sowie die aktualisierte Zuordnung von Personal zu den Diensten „Pflegedienst“, „Funktionsdienst“ und „Medizinisch-technischer Dienst“ genannt. Die Aktualisierung der Zuordnung erfolg-

te insbesondere im Hinblick auf die Vereinbarung eines Pflegeerlös-Budgets. Bei den Veränderungen der Pflegepersonalkosten war die Frage zu klären, inwieweit diese bei der Normierung des aG-DRG-Systems zu berücksichtigen sind, um der zentralen Grundlage der Weiterentwicklung „Keine Doppelfinanzierung – keine fehlende Finanzierung“ Genüge zu tun. Aufgrund der multiplen Einflussfaktoren auf die krankenhausindividuelle Höhe der Pflegepersonalkosten lassen sich einzelne Einflussfaktoren nicht eindeutig isolieren und berechnen. Den Kalkulationsdaten und den damit korrespondierenden Darlegungen der Krankenhäuser ist in diesem Zusammenhang auch stets eine politische Bewertung gegenüberzustellen.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben in mehreren Sitzungen die Darlegungen der Krankenhäuser zu den verschiedenen Einflussfaktoren analysiert und bewertet. Im Ergebnis konnten sich die Vertragsparteien auf Bundesebene allerdings nicht auf eine gemeinsame Bewertung hinsichtlich der Normierung des aG-DRG-Systems 2023 verständigen. Der GKV-Spitzenverband erklärte daher am 11. Oktober 2022 das Scheitern der Verhandlungen. In Konsequenz erließ das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gem. § 17b Abs. 7 Satz 1 Nr. 1 KHG eine Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates (Verordnung zu den Entgeltkatalogen für DRG-Krankenhäuser für das Jahr 2023 – DRG-EKV 2023, BAnz AT 24.11.2022 V1). Mit der DRG-EKV 2023 legte das BMG seine Bewertung vor und verordnete eine neue Normierung des aG-DRG-Systems 2023 unter Berücksichtigung einer Absenkung des nationalen Case-Mix-Volumens „im Wert von rund 400 Millionen Euro bzw. 105.000 Bewertungsrelationen“.

Ein Vergleich der Bezugsgröße mit Werten vergangener Jahre ist schon wegen der in Kapitel 3.2.4 beschriebenen Umsetzung der Sachkostenvereinbarung, der Auswirkungen der Vereinbarung zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen sowie der nachträglich verordneten Absenkung des Case-Mix-Volumens durch die DRG-EKV 2023 nicht möglich.

### **3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation**

Im nachfolgenden Teil werden thematisch gegliedert die Veränderungen des aG-DRG-Systems für 2023 ausführlich dargestellt. Aufgrund der herausragenden Bedeutung des Themas beginnt dieser Teil mit der Darstellung der Veränderungen zur besseren Abbildung der COVID-19-Fälle im Entgeltsystem.

#### **3.3.2.1 COVID-19**

Neben der Berücksichtigung der Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Kostendaten des Jahres 2021 galt es im Zuge der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems auch, die Abbildung der COVID-19-Fälle selbst zu überprüfen. Wegen fehlender COVID-19-Fälle im Datenjahr 2019 waren für das Jahr 2021 Grupper-Anpassungen nur mit einer „heuristischen Herangehensweise“ möglich, wogegen im Datenjahr 2020, also dem ersten Jahr der Corona-Pandemie, bereits 176.000 COVID-19-Fälle behandelt wurden. Diese Zahl stieg im Datenjahr 2021 auf 385.000 Fälle. Während jedoch im Datenjahr 2020 vor allem Fälle vorlagen, die „wegen COVID-19“ behandelt wurden, fanden sich im Datenjahr 2021 auch viele Fälle, die (eher) „mit COVID-19“ behandelt wurden, wobei der Übergang zwischen den beiden Gruppen ein Stück weit fließend ist.

Insgesamt verteilen sich Fälle mit COVID-19, also mit der Diagnose U07.1 *COVID-19, Virus nachgewiesen*, systemweit auf 588 Basis-DRGs (siehe Abbildung 17). Allerdings finden sich die Hälfte dieser Fälle in nur 5, zwei Drittel in 12 Basis-DRGs.

Basis-DRG	Anteil an den Covid-19 Fällen
E79 Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	34,5%
A13 Beatmung > 95 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte	4,6%
E65 Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung oder Bronchitis und Asthma bronchiale [...]	4,2%
E77 Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	4,1%
T63 Virale Erkrankung	2,9%
E40 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden mit komplexer Prozedur oder [...]	2,6%
E75 Andere Krankheiten der Atmungsorgane oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose	2,2%
D63 Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege oder Blutung aus Nase und Rachen	2,1%
E69 Bronchitis und Asthma bronchiale oder Beschwerden und Symptome der Atmung ohne komplexe Diagnose [...]	1,9%
G67 Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane [...]	1,8%
A09 Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung [...]	1,8%
A11 Beatmung 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung [...]	1,7%
restliche Basis-DRGs	35,7%

Abbildung 17: Verteilung der COVID-19-Fälle, aG-DRG-System 2022

Bereits bei den Analysen der COVID-19-Fälle im vergangenen Jahr zeigte sich, dass die Kosten der COVID-19-Fälle allein nicht ausreichen, um die Sachgerechtigkeit ihrer Abbildung zu beurteilen. In einigen DRGs weisen die COVID-19-Fälle lange Verweildauern auf und erhalten entsprechende Zuschläge, auch Inlier mit hohen Verweildauern kommen häufig vor. Es erwies sich daher auch in diesem Jahr als zielgerichteter, neben den Kosten auch die (mittlere) Deckung der COVID-19-Fälle im Vergleich zur Deckung aller Fälle der jeweiligen DRG zu analysieren. Ein sehr ähnlicher Ansatz wird seit Jahren auch bei der Analyse der Extremkosten bzw. Kostenausreißer verwendet. Hierbei werden den bereinigten Ist-Kosten eines Falles die simulierten DRG-Erlöse in einem insgesamt ausgeglichenen System gegenübergestellt und so z.B. bei Langliegern über die Verweildauer auch Zuschläge berücksichtigt. Für die Beurteilung der Abbildung der COVID-19-Fälle wurde der Unterschied zur Deckung aller Fälle in der jeweiligen DRG verwendet.

Insgesamt wiesen die COVID-19-Fälle des Datenjahres 2021 bezüglich des aG-DRG-Katalogs 2022 eine „Überdeckung“ auf – über das ganze System und in der überwiegenden Anzahl der nach COVID-19 fallzahlstärksten Basis-DRGs. Eine Überdeckung in einigen „typischen Corona-DRGs“ führt auf Krankensebene jedoch nicht zum Ausgleich, wenn unterdeckte Leistungen nicht durch die überdeckten Leistungen kompensiert werden. Daher war eine differenzierte Analyse vonnöten, bei welcher COVID-19-Fällen noch eine Über- bzw. Unterdeckung bestand. Dabei zeigte sich, dass COVID-19-Fälle ohne weitere kodierte Sachverhalte in bestimmten DRGs, z.B. in der DRG E79C *Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose [...]*, vergleichsweise geringere Kosten und somit eine „Überdeckung“ aufwiesen und prinzipiell hätten abgewertet werden „müssen“. Derartige Abwertungen sind jedoch grundsätzlich nicht möglich, da ein Fall mit Pneumonie und COVID-19 nicht in eine niedriger bewertete DRG eingruppiert werden kann als ein Fall nur mit der Diagnose für Pneumonie.

### **COVID-19-Umbauten der Vorjahre**

Zunächst galt es die in den Vorjahren getätigten Umbauten anhand der aktuellen Daten des Jahres 2021 zu verifizieren, was weitgehend die sachgerechte Abbildung der COVID-19-Fälle bestätigte. Diese Anpassungen wurden bislang insbesondere in Kombination mit einer der folgenden Konstellationen vorgenommen:

- Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern (NONMRE) bzw. längerer Verweildauer
- Intensivmedizinische Komplexbehandlung (SAPS)

- Pneumonie
- PCCL, d.h. Summation verschiedener Nebenerkrankungen

In einigen Fällen wurden diesbezüglich jedoch auch punktuelle Anpassungen am Algorithmus vorgenommen, so in den DRGs B70A, E77C sowie I13B.

Die DRG B70A wurde im Vorjahr um Fälle mit COVID-19 und Komplexbehandlung bei nicht multiresistenten Erregern ab 10 Behandlungstagen oder einer Pneumonie erweitert, wobei neben Viruspneumonien und anderen, durch sehr spezifische andere Erreger verursachten Pneumonien auch eher unspezifische Diagnosen wie *Pneumonie, nicht näher bezeichnet* Teil der Definition waren. Letztere wurden aus der DRG B70A gestrichen, da die Kosten der Fälle mit COVID-19 und diesen Diagnosen keine Höhergruppierung mehr rechtfertigten.

Weiterhin waren im aG-DRG-System 2022 Fälle mit SARS-CoV-2 und SAPS oder NONMRE in der DRG E77C abgebildet. Anhand der Daten des Jahres 2021 wurde nun eine Präzisierung der Definition dieser DRG vorgenommen, da die Prozeduren für Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern ab 10 Tagen nicht mehr mit höheren Kosten verbunden waren. Während diese aus der Definition der DRG E77C gestrichen wurden, werden Fälle mit COVID-19 und intensivmedizinischer Komplexbehandlung weiterhin in diese DRG eingruppiert.

Im Vorjahr wurde die Definition der DRG I13B um Fälle mit COVID-19 und Komplexbehandlung bei nicht multiresistenten Erregern ab 5 Behandlungstagen ergänzt. Die Analyse der Kosten dieser Fälle auf Grundlage der Kalkulationsdaten des Jahres 2021 rechtfertigte jedoch keine Eingruppierung in diese DRG mehr, sodass im aG-DRG-System 2023 die Kombination der Diagnose *COVID-19, Virus nachgewiesen* und den Prozeduren für eine Komplexbehandlung bei nicht multiresistenten Erregern ab 5 Behandlungstagen aus der Bedingung der DRG I13B gestrichen wurde.

### **Klassifikatorische Weiterentwicklung**

Neben einer Überprüfung der bestehenden COVID-19-DRGs wurden zahlreiche weitere Konstellationen analysiert und letztlich eine Aufwertung in 31 DRGs umgesetzt – in Verbindung mit einem oder mehreren weiteren Attributen. So geht die Behandlung einer Infektion mit SARS-CoV-2 häufig mit einer notwendigen Isolierung des Patienten einher, wobei der entsprechende OPS-Kode 8-98g.\* *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern* unterscheidet zwischen:

- Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit
- Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit

Weiterhin wird bei diesen Prozeduren anhand der Behandlungsdauer differenziert, von „bis zu 4 Behandlungstage“ bis zu „mindestens 20 Behandlungstage“. Diese verschiedenen Abstufungen ermöglichen auch für das aG-DRG-System 2023 eine DRG-spezifische Abbildung von isolierten COVID-19-Fällen, z.B. innerhalb der Basis-DRG I02 *Großflächige Gewebe- / Hauttransplantation [...]* (siehe Abbildung 18).



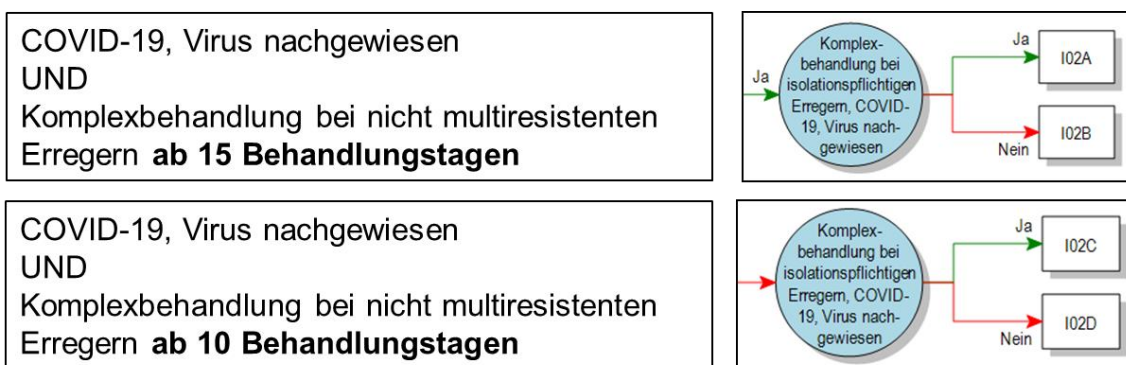


Abbildung 18: DRG-spezifische Abbildung isolierter COVID-19-Fälle in der Basis-DRG I02

Auch wurde innerhalb der Basis-DRG O65 *Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme* für Fälle mit der Diagnose *COVID-19, Virus nachgewiesen* und einer Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern die neue DRG O65A etabliert, die den erhöhten Aufwand der Behandlung dieser Fälle widerspiegelt.

Neben der Isolierung benötigen an COVID-19 erkrankte Patienten des Öfteren eine intensivmedizinische Behandlung. Eine entsprechende Analyse führte dazu, dass – zum Teil bei Vorliegen weiterer Parameter – die entsprechenden Fälle in mehreren DRGs aufgewertet wurden (siehe Abbildung 19).

DRG	Aufwertung von Fällen ...
I26A	COVID-19 und intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 828 / - Aufwandspunkte oder Komplexbehandlung bei NONMRE, mindestens 15 Belegungstage
E79A	COVID-19, Virus nachgewiesen und intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Punkte oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, mindestens 10 Belegungstage
F62B	COVID-19, Virus nachgewiesen und intensivmedizinische Komplexbehandlung > 0 / 0 / - Punkte
F71A	COVID-19, Virus nachgewiesen und intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Punkte
L60A	COVID-19, Virus nachgewiesen und intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Punkte
L60C	COVID-19, Virus nachgewiesen und intensivmedizinische Komplexbehandlung > 0 / 0 / 184 Punkte

Abbildung 19: DRG-spezifische Aufwertung von COVID-19-Fällen und intensivmedizinischer Behandlung

### Abbildung im CCL-Schweregradsystem

Neben der klassifikatorischen Abbildung der COVID-19-Fälle wurde auch eine kostenorientierte Überprüfung und Anpassung der Bewertung der Diagnose U07.1 bei der diesjährigen Weiterentwicklung des CCL-Schweregradsystems vorgenommen. In 13 Basis-DRGs, in denen die Diagnose mit höheren Kosten verbunden ist, wurde eine Aufwertung umgesetzt, eine Abwertung dagegen in neun Basis-DRGs, in denen sie einen geringeren Mehraufwand begründet.

### Weitere COVID-19-assoziierte Diagnosen

Die ICD-10-GM beinhaltet neben dem „typischen“ Kode U07.1 noch weitere COVID-19-assoziierte Diagnosen. So ist beispielsweise U09.9 *Post-COVID-19-Zustand, n. n. bez.* zu verwenden, wenn bei einer anderenorts klassifizierten Erkrankung angegeben werden soll, dass sie in Zusammenhang mit einer vorausgegangenen COVID-19-Infektion steht. Fälle mit dieser Diagnose zeigten in den Daten des Jahres 2021 jedoch keine

regelmäßigen Auffälligkeiten, sodass eine Berücksichtigung dieser Diagnose im aG-DRG-System 2023 nicht möglich war.

Inhalt weiterer Analysen war die Diagnose U10.9 *Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, n. n. bez.*, die auch als „Kawasaki-like-Syndrom“ bezeichnet wird und zeitlich assoziiert mit COVID-19 ganz überwiegend bei Kindern auftritt. Obwohl diese Diagnose ganz überwiegend als Hauptdiagnose Verwendung findet, konnte sie auch punktuell über das CCL-Nebendiagnose-System in bestimmten Basis-DRGs aufgewertet werden. Aber auch Fälle mit dieser Hauptdiagnose konnten gleich an mehreren Stellen innerhalb der Basis-DRG I66 *Andere Erkrankungen des Bindegewebes [...]* aufgewertet werden.

### Kalkulation und Nomenklatur der „K“-DRGs

Im Vorjahr wurden drei neue „reine“ COVID-19-DRGs – die sogenannten „K“-DRGs E42K, F77K und I87K – etabliert. Die Relativgewichte dieser „K“-DRGs wurden für den Katalog 2022 abgeleitet, indem die Relativgewichte der „Mutter“-DRGs um einen relativen Faktor erhöht wurden, der sich aus dem Kostenverhältnis der verschobenen COVID-19-Fälle zu den Fällen dieser „Mutter“-DRG ergab. Bei der diesjährigen Weiterentwicklung konnten die genannten DRGs nun anhand der regulären Kostendaten der COVID-19-Fälle des Jahres 2021 kalkuliert werden und verlieren somit ihren Sonderstatus, sodass für 2023 auch auf die besondere Benennung in Form der Endung „K“ verzichtet werden und die ehemaligen „K“-DRGs nun wieder mit „normalen“ Kürzeln versehen werden konnten (siehe Abbildung 20).



Abbildung 20: Änderung der Nomenklatur der vormaligen „K“-DRG E42A

### Fazit

Erneut konnten zahlreiche COVID-19-spezifische Anpassungen des aG-DRG-Systems umgesetzt werden. Neben der individuellen Aufwertung der Behandlung einer SARS-CoV-2-Infektion in 31 DRGs konnte über die Anpassung des CC-Werts der Diagnose U07.1 *COVID-19, Virus nachgewiesen* zudem die Abbildung der COVID-19-Fälle in zahlreichen weiteren DRGs verbessert werden. Zudem gelang es erstmals, auch Fälle mit einem Multisystemischen Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19 verbessert im aG-DRG-System abzubilden.

Im Ergebnis wurden knapp 11% der COVID-19-Fälle aufgrund der klassifikatorischen Weiterentwicklung in eine andere DRG eingruppiert und somit überwiegend aufgewertet. In der Gesamtbilanz wurde die Vergütung der im aG-DRG-System 2023 neu eingruppierten COVID-19-Fälle des Datenjahres 2021 deutschlandweit um gut 10 Mio. Euro gesteigert, vor allem in nicht typischen Corona-DRGs.

Auch konnte die Verteilung der Erlöse zwischen den DRGs und damit zwischen den Leistungserbringern deutlich verbessert werden, was letztlich „mehr Erlöse am richtigen Ort“ bedeutet und somit auch die gemessene Verschiebung von „Behandlung wegen COVID-19“ hin zu „Behandlung mit COVID-19“ aufnimmt.

Bei den Analysen zur Weiterentwicklung fließen auch die Daten der ersten unterjährigen Datenlieferung gem. § 21 Abs. 3b KHEntgG für das Jahr 2022 ein, sodass auf um-

fassender und aktueller Datenbasis COVID-19-Fälle im aG-DRG-System sachgerecht abgebildet sind.

### 3.3.2.2 Leistungen mit hohem Sachkostenanteil

Die der Kalkulation der DRG-Relativgewichte zugrunde liegende über mittlerweile rund zwanzig Jahre kontinuierlich weiterentwickelte Methodik erlaubt eine hochdifferenzierte Berücksichtigung der mit einer Krankenhausbehandlung verbundenen Sachkosten. Grundlage dafür ist zunächst die detaillierte Abbildung der Sachkosten medizinischer Leistungen in der Kalkulationsmatrix, wo für jeden Einzelfall Sachkosten separat kalkuliert und erfasst werden für:

- Arzneimittel: Kostenarten 4a und 4b (Gemeinkosten und fallbezogene Kosten)
- Implantate und Transplantate: Kostenart 5 (fallbezogene Kosten)
- Sonstiger medizinischer Bedarf, z.B. Katheter oder Verbandsmaterial: Kostenarten 6a und 6b (Gemeinkosten und fallbezogene Kosten)
- Weitere Sachkosten, z.B. für Lebensmittel, Energie: Kostenarten 7 und 8 (Infrastruktur)

Sachkosten, die die Kosten eines Falles prägen oder zumindest in sehr relevantem Maße beeinflussen, liegen mittlerweile praktisch ausschließlich fallbezogen kalkuliert vor – der jeweilige Einzelfall trägt also die Kosten der bei genau diesem Fall zum Einsatz gekommenen teuren Materialien (wie Implantate, teure Arzneimittel, Blutprodukte, Einwegmaterialien etc.). Zusätzlich sind Leistungen mit hohem Sachkostenanteil oft anhand spezifischer Leistungsbezeichner (meist OPS-Kodes) erkennbar. So ist auch eine weitgehende Plausibilisierung der übermittelten Fälle mit (tatsächlich oder erwartet) hohen Sachkosten möglich, die durch Informationen aus der ergänzenden Datenbereitstellung (siehe Kapitel 3.2.1.2) komplettiert wird. Die modulare Kostenerfassung ermöglicht zudem eine sachgerechte Berücksichtigung bei der Kalkulation der Relativgewichte einschließlich der Zu- und Abschläge für Lang- oder Kurzlieger. Kurz zusammengefasst ist die Datengrundlage für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems im Hinblick auf die sachgerechte und frühestmögliche Berücksichtigung von Sachkostenveränderungen, die oft mit medizinischem Fortschritt einhergehen, exzellent.

Vor diesem Hintergrund führten die Folgen der Corona-Pandemie, insbesondere ihre im Bericht bereits im Detail dargestellten systematischen Auswirkungen auf die Kostenkalkulation, zu einem gewissen Stillstand bei der Abbildung von Sachkostenveränderungen im Entgeltsystem. Beispielsweise wurde im Vorjahr die DRG-Kostenkalkulation für 2022 nicht wie „normalerweise“ vorgesehen auf Grundlage der damals aktuellsten Daten aus 2020, sondern überwiegend auf Basis der Daten des „Vor-Corona-Jahres“ 2019 gestützt. Veränderungen der DRG-Klassifikation, etwa auf Anregung im Vorschlagsverfahren, die der frühen sachgerechten Abbildung medizinischer Innovationen auf Grundlage der aktuellen Kosten- und Leistungsdaten dienen, entfielen in nennenswertem Maße. Immerhin war für 2022 auch dank einer ungebrochen guten Qualität der ergänzenden Datenbereitstellung eine aktuelle Kalkulation der Zusatzentgelt-Beträge für praktisch alle Medikamente und Blutprodukte sowie auch einige operative/interventionelle Verfahren möglich.

Ein Fortbestehen des teilweisen „Stillstands“ der Weiterentwicklung des DRG-Entgeltsystems im Hinblick auf die Berücksichtigung aktueller Sachkosten auch für 2023 wäre jedoch aus verschiedenen Gründen ungünstig gewesen:

- Ein Rückgang spezifischer Einzelkosten wäre erneut nicht erkennbar gewesen, z.B. bei auslaufenden Patenten von Arzneimitteln, Markteinführung Generika
- ebenso nicht der Anstieg von Einzelkosten bei spezifischen Themen, z.B. bei Neuerungen im medizinischen Sachbedarf
- Leistungsinformationen wären ebenfalls auf dem Stand von 2019, nicht 2021 gewesen, was insbesondere eine Beurteilung zwischenzeitlich neu eingeführter oder präzisierter OPS-Kodes unmöglich gemacht hätte
- Fallzahlen und Krankenhausspektrum neuer medizinischer Leistungen verändern sich häufig in den ersten Jahren der Einführung, oft im Sinne einer verbesserten Kalkulierbarkeit

Da Sachkosten in deutlich geringerem Maß als z.B. Personalkosten von den kalkulatorischen Auswirkungen der Pandemie beeinflusst sind, erschien die Verwendung der aktuellsten Kosten- und Leistungsdaten nicht nur geboten, sondern auch möglich. Voraussetzung dafür war, eine kalkulatorische Antwort auf die systematische Verzerrung von Personal- und Infrastrukturkosten in diesen Daten aufgrund des pandemiebedingten Fallzahlrückgangs zu finden. Nach Etablierung der in Kapitel 3.2.5.1 ausführlich dargestellten Methodik (gestufter Dämpfungsansatz) konnte für 2023 schließlich eine Neukalkulation wie auch Neuklassifikation (DRG-Umbau) in Art und Weise der „Prä-Pandemie-Jahre“ erfolgen.

So konnten Anregungen aus dem Vorschlagsverfahren wie auch eigene Ansätze in bewährter Weise auf Grundlage der aktuellsten Kostendaten untersucht werden, was auch viele Leistungen mit hohem Sachkostenanteil betraf und zu einer im Vergleich zum Vorjahr stark erhöhten Zahl von Veränderungen bei solchen Leistungen beitrug. Beispielsweise konnten verbessert abgebildet werden:

- Koronare Lithoplastie
- Hernieneingriffe mit Netz
- Motorisierte Spiralendoskopie
- Okkluder bei paravalvulärer Leckage
- Kombination offen chirurgischer Herzklappeneingriff und Implantation von Herzschrittmachern
- Kombinierte minimalinvasive Herzklappeneingriffe mit Beteiligung der Trikuspidalklappe
- Mechanische Fragmentation bei intrazerebralem Hämatom
- Unfallchirurgische Implantate wie Abstandshalter, Fixateur externe, Marknägel und weitere

Details zu den genannten (und weiteren) Veränderungen finden sich in den MDC- bzw. organbezogenen Kapiteln dieses Berichts, insbesondere zu den Bereichen Kardiologie, Herzchirurgie, Gastroenterologie, Allgemeinchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie.

Diese Neuordnungen von sachkostenlastigen Leistungen in einer nennenswerten Zahl von DRGs (überwiegend im Sinne spezifischer Aufwertungen) stellt jedoch nur die

auffälligste Auswirkung der Kalkulation mit aktuellen Daten im Hinblick auf die Leistungen mit hohem Sachkostenanteil dar. Sicher ebenso bedeutsam ist die Neukalkulation (ohne Neuklassifikation) von definitorisch nicht oder kaum veränderten DRGs auf aktueller Datengrundlage, die in vielen DRGs in einem (im Vergleich zum Datenjahr 2019) relevant veränderten Niveau der Sachkosten führt – was steigende wie auch sinkende Sachkosten betrifft.

An dieser Stelle sei nochmals darauf verwiesen, dass die Berücksichtigung von Sachkosten im DRG-Entgeltsystem 2023 für die Einzelkosten teurer Sachmittel in den Kostenarten 4b, 5 und 6b vollständig unabhängig von der erstmals durchgeführten gestuften Dämpfung von Relativgewichtsveränderungen ist, die sich ausschließlich auf die in diesem Zusammenhang so genannten „Restkosten“ bezieht (siehe Kapitel 3.2.5.1).

Für die Kalkulation des Fallpauschalen-Katalogs 2023 war zudem aufgrund der methodischen Anpassungen wie auch gesteigener Erfahrung im Umgang mit den Daten der Pandemiejahre eine im Vergleich zum Vorjahr deutlich stärkere Berücksichtigung der aktuellen Kostendaten für die Berechnung der Zusatzentgelt-Beträge möglich. Praktisch alle Zusatzentgelte konnten wieder in bewährter Weise auf Grundlage der aktuellsten Fall- und Sachkosten kalkuliert werden (siehe Kapitel 3.4.1.3), auch hier mit der Folge steigender wie auch sinkender Beträge – je nach Leistung.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Fallpauschalen-Katalog 2023 gerade für die sachgerechte Abbildung von Leistungen mit hohem Sachkostenanteil eine erhebliche Verbesserung darstellt, die in ihrem Umfang über den typischen Umfang der Weiterentwicklung „von Jahr zu Jahr“ hinausgehen dürfte. Dies gilt insbesondere, weil zwischen dem Katalog 2022 und dem Katalog 2023 – wie dargestellt – nicht ein, sondern zwei Datenjahre liegen und sich gerade in Bezug auf die Sachkosten medizinischer Leistungen in zwei Jahren eine Vielzahl relevanter zu berücksichtigender Veränderungen zeigt.

### 3.3.2.3 Abdominalchirurgie

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

Ausgehend von externen Vorschlägen und internen Analysen konnte im Ergebnis für das aG-DRG-System 2023 im Bereich der Abbildung von Fällen der Abdominalchirurgie eine Vielzahl von Änderungen vorgenommen werden.

Die folgende Auflistung gibt eine orientierende Darstellung derjenigen Basis-DRGs, die im Zuge der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2023 hinsichtlich ihrer Definitionskriterien (Basis-DRG oder Splitbedingungen) verändert wurden:

- G07 *Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis mit äuß. schw. od. schw. CC od. kl. Eingr. an Dünn- / Dickdarm [...]*
- G12 *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen*
- G18 *Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm [...]*
- G19 *Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum [...]*
- G21 *Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum [...]*

- G24 Eingriffe bei Hernien oder bestimmte partielle Resektion des Dickdarms
- G26 Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden
- G36 Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 1104 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
- G35 Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
- H01 Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 Jahre
- H02 Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen, Alter > 13 Jahre
- H06 Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas
- H08 Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand

Die einzelnen Umbauten im Bereich der Abdominalchirurgie sind nachfolgend beschrieben.

### Eingriffe am Gastrointestinaltrakt

Bei der Fortführung der Analysen der Vorjahre zeigten sich in verschiedenen operativen Basis-DRGs der MDC 06 Kostenauffälligkeiten. Für das aG-DRG-System 2023 wurde überwiegend durch kostengerechte Neuzuordnung von Prozeduren eine nennenswerte Anzahl von Detailveränderungen umgesetzt.

Für die Basis-DRG G18 Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm [...] wurden beispielsweise verschiedene Darmresektionen sowohl innerhalb der Basis-DRG G18, aber auch Basis-DRG-übergreifend neu zugeordnet. Einen Überblick darüber gibt Abbildung 21.

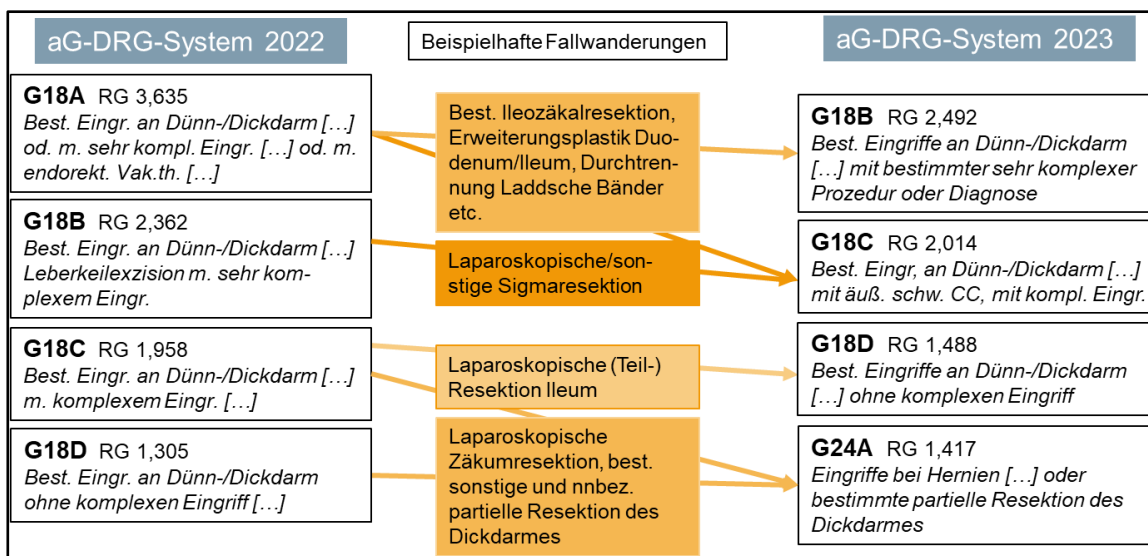


Abbildung 21: Umbau Basis-DRG G18

Darüber hinaus werden ab 2023 der Basis-DRG G18 Fälle mit bestimmten Eingriffen an Gefäßen im Abdominalbereich und äußerst schweren CC zugeordnet, die bisher in die

Basis-DRG G07 [...] oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder an abdominalen Gefäßen, ohne äußerst schwere CC [...] eingruppiert wurden und sich dort nicht sachgerecht vergütet zeigten. Durch die Zuordnung zu den DRGs G18A bzw. G18B konnten die betroffenen Fälle zum Teil deutlich aufgewertet werden.

Auch in der Basis-DRG G19 *Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum* [...] wurden in der DRG G19B *Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum* [...] mit komplexem Eingriff verschiedene Eingriffe identifiziert, die mit geringeren Kosten verbunden waren. Dazu zählen u.a. Prozeduren für eine endoskopische Naht am Ösophagus, eine Zwerchfellplastik, die Naht bestimmter viszeraler Arterien, laparoskopische und offen chirurgische Exzisionen/Destruktionen am Magen, eine Pyloroplastik, Eingriffe bei Magenvolvulus, eine Übernähung eines Ulkus am Darm oder eine Revision/Sondenentfernung eines Magenschrittmachers. Diese Eingriffe wurden aufwandsgerecht der DRG G19C [...] ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff zugeordnet.

Im diesjährigen Vorschlagsverfahren wurde darauf hingewiesen, dass die Kodierung einer Adhäsiolyse im Rahmen einer Herniotomie streitbefangen sei. Eingriffe bei Hernien werden im aG-DRG-System grundsätzlich der Basis-DRG G24 *Eingriffe bei Hernien* oder bei beidseitigen Eingriffen und einem Alter von > 55 Jahren der DRG G09Z *Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre* [...] zugeordnet. Eine zusätzlich durchgeführte Adhäsiolyse am Darm kann beispielsweise bei einem offen chirurgischen Zugang dazu führen, dass die jeweiligen Fälle stattdessen in die DRG G21A *Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 J., ohne äußerst schw. oder schw. CC* [...] eingruppiert werden, die in der aG-DRG-Version 2022 u.a. durch sogenannte „komplexe“ Adhäsiolysen (z.B. offen chirurgischer Zugang oder bestimmte Umsteigeoperationen) definiert wird. Im Vorschlagsverfahren wurde daher darum gebeten zu prüfen, ob sich bei Fällen mit der Hauptdiagnose „Leistenhernie“ eine zusätzlich kodierte Adhäsiolyse überhaupt als Kostentrenner eignet. Als Lösung wurde ebenso eingebracht, Fälle mit Leistenhernie aus der DRG G21A auszuschließen, wenn diese DRG durch die Kodierung einer „komplexen“ Adhäsiolyse erreicht wird. Bei der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden deshalb Fälle mit Adhäsiolyse detailliert untersucht. Im Ergebnis wurde die DRG G21A für Diagnosen präzisiert, bei denen bei durchgeführter Adhäsiolyse geringere Kosten in Vergleich zu anderen Fällen dieser DRG vorlagen. Dazu gehören Diagnosen für eine Hernia inguinalis und bestimmte andere Hernien, bestimmte Diagnosen für Gastritis, Appendizitis und Divertikulitis/Divertikulose, für Obstipation, für Analfisteln oder Analprolaps sowie beispielsweise für Bauch- und Beckenschmerzen. Die betroffenen Fälle werden zukünftig überwiegend in den DRGs G21B *Andere Eingriffe an Darm und Enterostoma* [...] und G07C *Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm* [...] abgebildet. Eigene Analysen bezüglich der DRG G21A führten zusätzlich dazu, dass Fälle mit einer Neuimplantation eines Kolostomas nicht mehr in diese DRG eingruppiert werden. Darüber hinaus wurde die DRG G21A hinsichtlich der Bedingung „Alter < 16 Jahre“ in dem Sinne präzisiert, dass bestimmte Eingriffe bei diesem Alter zukünftig nicht mehr in die DRG G21A führen. Dies betrifft lokale laparoskopische Exzisionen von erkranktem Gewebe des Dünndarms, Neueinpflanzungen und sonstige Revisionen von Enterostomata am Kolon und an sonstigen Lokalisationen sowie perianale und sonstige lokale Vollwandexzisionen am Rektum.

Die Analyse der Abbildung von Fällen mit dem Verschluss einer Hernie zeigte für das Datenjahr 2021, dass die Verwendung von alloplastischen/allogenen/xenogenen Materialien bei bestimmten Eingriffen bei Hernia umbilicalis oder epigastrica in der DRG G24C mit deutlich höheren Kosten verbunden war im Vergleich zu den übrigen Fällen

der DRG. Ab 2023 werden diese Fälle in der DRG G24B [...] mit *beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC* abgebildet und damit aufgewertet.

Bei einer systemweiten Überprüfung der DRGs für komplexe Vakuumbehandlung stand auch die DRG G35Z *Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* im Fokus. Analog zu DRGs für komplexe Vakuumbehandlung in anderen MDCs wurde die Definition der DRG G35Z in der Form angepasst, dass diese zukünftig erst ab einer Behandlungsdauer von 15 Tagen erreicht werden kann (siehe hierzu auch Kapitel 3.3.2.11). Zusätzlich wurden aufgrund geringerer Kosten dieser Leistungen die Prozeduren für die Revision einer Anastomose an sonstiger Lokalisation des Darms sowie für die Anlage oder den Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten sowie an sonstiger Lokalisation selektiv für die MDC 06 aus der Funktion „Komplexe Vakuumbehandlung“ gestrichen. Die betroffenen Fälle werden zukünftig in Abhängigkeit von den durchgeführten Eingriffen anderen operativen DRGs der MDC 06 zugeordnet.

Bei intensivmedizinisch behandelten Patienten in der MDC 06 zeigten sich Fälle der DRG G36B *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte [...]* mit einer thorakoabdominalen Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität kostenauffällig. Diese werden ab 2023 der DRG G36A *Intensivmedizinische Komplexbehandlung [...]* oder [...] mit *aufwendigem Eingriff* zugeordnet. Dadurch konnten hochkomplexe und bisher relevant unterdeckte Fälle im Sinne eines Extremkostenumbaus aufgewertet werden.

Bei der Behandlung von operativen Fällen der MDC 06 zeigten sich Fälle mit bestimmten Diagnosen als nicht sachgerecht abgebildet. Konkret konnten innerhalb der Basis-DRG G26 *Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter [...]* Fälle mit bestimmten Diagnosen (Haupt- oder Nebendiagnose) für eine Crohn-Krankheit z.B. am Magen oder Dünn-/Dickdarm in die DRG G26A [...] oder bei *bestimmter bösartiger Neubildung oder entzündlicher Darmerkrankung oder mit kleinem Eingriff am Rektum* aufgenommen und damit aufgewertet werden.

### **Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen**

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

Innerhalb der Basis-DRG G12 wurden Fälle mit bestimmten Eingriffen an Spincter Oddi und Papilla duodeni major, mit laparoskopischer Splenektomie sowie mit einer Inzision, Embolektomie und Thrombektomie am Truncus coeliacus und an sonstigen viszerale Arterien aus der DRG G12A *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur [...]* abgewertet und kostengerecht in der DRG G12C *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit wenig komplexer OR-Prozedur [...]* abgebildet.

Fälle mit bestimmten Biopsien an Lymphknoten, Milz und Thymus, mit dem Verschluss eines Tracheostomas sowie mit einer Exzision/Destruktion von erkranktem Gewebe der Bauchwand bzw. der Parametrien aus der DRG G12D [...], mit *bestimmtem Eingriff oder Alter < 14 Jahre oder bei bösartiger Neubildung der Verdauungsorgane* erwiesen



sich als weniger aufwendig. Diese Leistungen werden zukünftig in die DRG G12E *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe OR-Prozedur [...] ohne bestimmten Eingriff [...]* eingruppiert (siehe Abbildung 22).

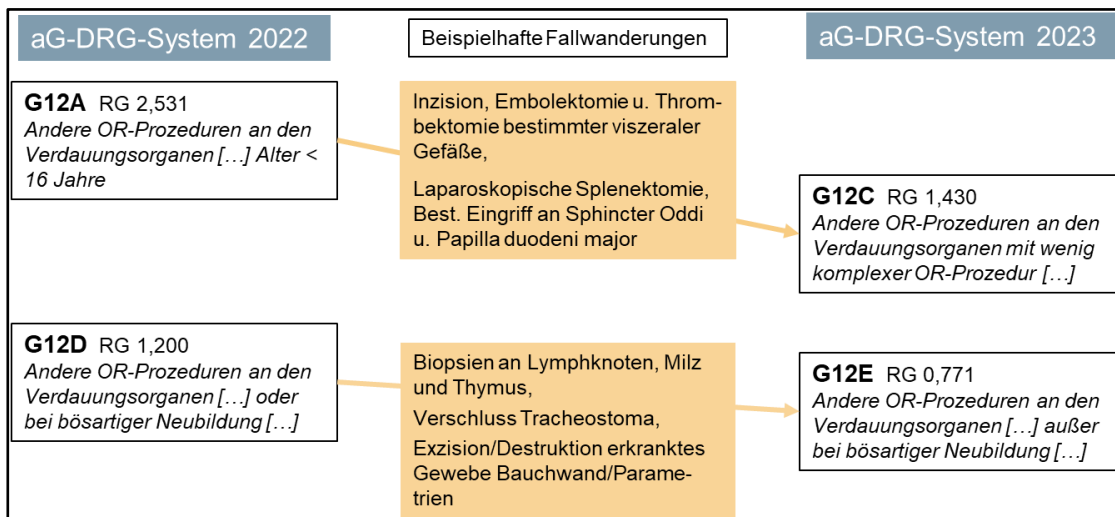


Abbildung 22: Umbau „Reste“-Basis-DRG G12

### Eingriffe an Pankreas und Leber

Große Eingriffe an der Leber werden im aG-DRG-System der Basis-DRG H01 *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff [...]* zugeordnet, in Verbindung mit bestimmten Gefäßeingriffen sogar direkt der DRG H01A *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff [...], mit kompl. Eingriff oder [...]*. Bei den Analysen des Jahres 2021 zeigten sich jedoch Behandlungsfälle mit Trisektorektomie [Resektion der Segmente 1 und 4 bis 8] oder sogenannter Trisegmentektomie [Resektion der Segmente 4 bis 8] bzw. Behandlungsfälle mit Naht von Arteria mesenterica superior und Vena cava inferior oder mit Resektion von Vena portae und Vena mesenterica superior mit Reanastomosierung mit geringeren Kosten verbunden als andere Fälle der DRG. Zukünftig werden die Fälle ihren Kosten entsprechend der DRG H09A *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit bestimmtem Eingriff mit äußerst schweren CC oder aufwendiger Eingriff am Dünndarm mit bestimmten komplizierenden Faktoren* bzw. der DRG H01B zugeordnet.

### Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen

Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen werden im aG-DRG-System der Basis-DRG H02 zugeordnet. Bei den Analysen des Jahres 2021 zeigten sich jedoch einige Verfahren nicht mehr mit höheren Kosten verbunden. Für das aG-DRG-System 2023 erfolgte dementsprechend die Neuuzuordnung von Behandlungsfällen mit endoskopischer biliodigestiver Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym) zum Magen und zum Duodenum oder mit offen chirurgischer Blutstillung bzw. mit Revision an den Gallengängen durch Umsteigen von laparoskopisch auf offen chirurgisch als selbständiger Eingriff zur DRG H09B *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, ohne bestimmten Eingriff oder ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff am Dünndarm mit bestimmten komplizierenden Faktoren*.

### **Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas**

Bei der Analyse der Daten des Jahres 2021 zeigten sich Fälle mit bestimmten kleinen Eingriffen an Leber und Bauchwand wie z.B. Nadelbiopsie an der Leber durch Inzision oder Exzision an der Bauchwand in der Basis-DRG H06 *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas* als kostenauffällig. Im aG-DRG-System 2023 werden diese Fälle ihren Kosten entsprechend sachgerecht der Basis-DRG H08 *Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand* zugeordnet. Für die Mehrzahl der betroffenen Fälle bedeutet die zukünftige Eingruppierung eine Abwertung in die DRG H08C *Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand, Alter > 11 Jahre*. Für pädiatrische Behandlungsfälle im Alter kleiner 12 Jahre, die zukünftig der H08B zugeordnet werden, bzw. für Behandlungsfälle mit einer komplexen Diagnose wie beispielsweise einer bösartigen Neubildung, die zukünftig der H08A zugeordnet werden, bedeutet die neue Eingruppierung jedoch eine deutliche Aufwertung.

### **3.3.2.4 Augenheilkunde**

In die MDC 02 *Krankheiten und Störungen des Auges* werden Fälle mit einer Hauptdiagnose für Erkrankungen an den Augen eingruppiert, damit auch typische Eingriffe an den Augen. Mit der Weiterentwicklung für das Jahr 2023 wurden erneut Neuuzuordnungen zur Verbesserung der sachgerechten Abbildung von Fällen mit ophthalmologischen Erkrankungen umgesetzt.

In der Basis-DRG C03 sind Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie (PPV) oder *Entfernung des Augapfels mit gleichzeitiger Einführung eines Implantates* oder Enukleationen und Eingriffe an der Orbita abgebildet. Fälle mit bestimmten Prozeduren für Pars-plana-Vitrektomie mit Entfernung subretinaler Membranen haben sich mit niedrigeren Kosten gezeigt und wurden aus der DRG C03B in die DRG C03C verschoben. Fälle mit bösartiger Neubildung an den Augen haben sich in der DRG C12Z *Andere Rekonstruktionen der Augenlider* mit erhöhten Kosten gezeigt und wurden in die DRG C03B aufgewertet.

In der Basis-DRG C04 sind Fälle mit Hornhauttransplantation sowie mit Insertion einer Keratoprothese abgebildet. Für 2021 wurde ein neuer OPS-Kode 5-125.42 *Insertion einer Keratoprothese ohne biologische Beschichtung, patientenindividuell* etabliert. Bei der OPS-Überleitung wurde der Code dem unspezifischen Code 5-125.x *Sonstige Hornhauttransplantation und Keratoprothetik* gleichgesetzt und war somit bislang in der Basis-DRG C20 *Eingriffe an Kornea, Sklera [...]* abgebildet. Für 2023 wurde der OPS-Kode 5-125.42 in die Basis-DRG C04 aufgenommen und somit den anderen Prozeduren für Insertion einer Keratoprothese gleichgesetzt.

In der Basis-DRG C08 werden Fälle mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder mit anderen Eingriffen am Auge wie Parazentese oder Vorderkammerspülung mit Einbringen von Medikamenten abgebildet. Für 2023 wurde die DRG C08A *Beidseitige extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE) [...] oder bestimmte andere Eingriffe am Auge bei angeborener Fehlbildung der Linse* um die Bedingung „Alter < 10 Jahre“ erweitert. Dadurch wurden Kinder aus verschiedenen operativen DRGs der MDC 02 aufgewertet.

In der Basis-DRG C20 sind Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, wie z.B. *Blepharoplastik* oder *Naht der Kornea*, abgebildet. Fälle mit Konjunktivoplastik am Auge durch Transplantation von Mund- oder

Nasenschleimhaut sowie von Bindehaut oder Stammzellen des Limbus haben sich mit erhöhten Kosten gezeigt und wurden aus der DRG C20B in die DRG C20A aufgewertet. Fälle mit weniger aufwendigem Eingriff an den Augen wie z.B. das *Eröffnen einer Tarsorrhaphie an Kanthus und Epikanthus* haben sich mit niedrigeren Kosten gezeigt und wurden aus der DRG C20A in die „Reste“-DRG C14Z *Andere Eingriffe am Auge* verschoben.

### 3.3.2.5 Eingriffe an Haut, Unterhaut, Mamma

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

#### Eingriffe an der Mamma

In der Basis-DRG J07 *Kleine Eingriffe an der Mamma mit bestimmter Lymphknotenexzision [...]* finden sich im aG-DRG-System 2022 hauptsächlich Fälle mit verschiedenen Brusteingriffen, z.B. partielle Resektionen vor allem bei bösartiger Neubildung. Jedoch zeigten sich Fälle mit einer Diagnose Z80.3 *Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] in der Familienanamnese* in der Basis-DRG J07 weniger kostenintensiv als die übrigen Fälle mit typischerweise manifester bösartiger Neubildung. Im aG-DRG-System 2023 erfolgte eine kostenentsprechende Zuordnung der Fälle mit dem Diagnosekode Z80.3 in die DRG J25Z *Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC*. Somit werden Fälle mit einer Diagnose für *Bösartige Neubildung der Brustdrüse in der Familienanamnese*, die wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartiger Neubildung eine Operation der Mamma erhalten, in der MDC 09 sachgerecht abgebildet (siehe Abbildung 23).

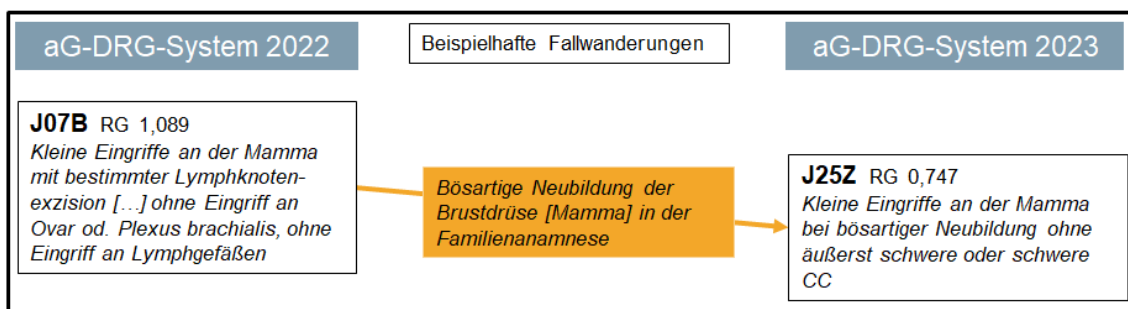


Abbildung 23: Neuordnung der Diagnose Z80.3 innerhalb der MDC 09

In der einfach gesplitteten Basis-DRG J10 *Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma* werden Fälle mit verschiedenen Eingriffen an der Haut, z.B. *Lappenplastiken, Exzisionen bei bösartiger Neubildung der Haut und Wundbehandlungen* abgebildet. Aufwendigere Fälle, z.B. bei kostenintensiven Begleiterkrankungen, werden in der DRG J10A *Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff* eingruppiert, wobei weniger aufwendige Fälle, z.B. mit *chirurgischer Wundtoilette und kleinflächiger Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut an der Hand*, der DRG J10B *Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff* zugeordnet werden.

In der DRG J10A *Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff* zeigten sich Fälle mit bestimmten lokalen, großflächigen Lappenplastiken (Transpositions- oder Verschiebe-Rotationsplastik oder einer temporären, großflächigen Weichteildeckung durch alloplastisches Material am Unterschenkel mit geringeren Kosten verbunden. Diese Fälle wurden kostenentsprechend vor allem in der DRG J22Z *Andere Hauttransplantation oder Debridement [...], ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit Weichteildeckung oder Mehrfachtumoren der Haut oder Erysipel* neu abgebildet.

In der DRG J10B *Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff* zeigten sich ebenfalls Fälle z.B. mit bestimmter großflächiger temporärer Weichteildeckung durch alloplastisches Material, bestimmter großflächiger Verschiebe-Rotationsplastik oder bestimmter Inzision der Nase, u.a. mit Drainage, mit geringeren Kosten verbunden. Es erfolgte eine Zuordnung der entsprechenden Fälle in verschiedene operative DRGs der MDC 09, mehrheitlich zur DRG J11C *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne kompliz. Diag., [...] od. bei BNB/Pemphigoid od. mit kl. Ingr. an d. Haut*.

Die vierfach differenzierte Basis-DRG J11 *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma* ist die operative „Reste“-DRG der MDC 09, in der u.a. Fälle mit eher MDC-untypischen operativen Eingriffen, wie z.B. an Gefäßen oder Gelenken oder an sonstigen Teilen am Kopf bei Neubildungen der Haut eingruppiert sind.

Mit geringeren Kosten verbunden waren in der DRG J11B u.a. Fälle mit Hautabszess und *Implantation eines Medikamententrägers an Oberschenkel und Knie*, weniger aufwendigen Eingriffen an Muskel, Sehne und Faszie oder an Haut und Unterhaut, z.B. *Inzision einer Faszie am Unterschenkel*, oder weiteren weniger aufwendigen Eingriffen an anderen Organen oder Strukturen, z.B. am Augenlid oder Hand. Diese werden kostenentsprechend den DRGs J11C und J11D neu zugeordnet.

In der Basis-DRG J21 *Andere Hauttransplantation oder Debridement mit Lymphknotenexzision oder schweren CC* werden u.a. Eingriffe bei bösartigem Melanom oder Hautabszessen mit einer Wundbehandlung, z.B. mit *Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie an Haut und Unterhaut*, abgebildet. Fälle mit bestimmten Eingriffen an Haut und Unterhaut der DRG J21Z zeigten sich mit geringeren Kosten verbunden als die übrigen Fälle der DRG, z.B. bestimmte Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße, u.a. mit/ohne Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie) oder *bestimmte chirurgische Wundtoilette [...] mit Einlegen eines Medikamententrägers*. Für das aG-DRG-System 2023 erfolgte eine kostenentsprechende Abwertung dieser Fälle aus der DRG J21Z in verschiedene operative DRGs innerhalb der MDC 09. Fälle u.a. mit bestimmter Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße, u.a. mit/ohne Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie) wurden der Basis-DRG J07 *Bestimmte Eingriffe an der Mamma mit Lymphknotenexzision [...]* zugeordnet. In die Basis-DRG J11 *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma* wurden z.B. Fälle mit *bestimmter chirurgischer Wundtoilette [...] mit Einlegen eines Medikamententrägers* verschoben.

In der Basis-DRG J24 *Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung* werden Fälle mit bestimmten *beidseitigen Mastopexien (mit Brustwarzentransplantat)* abgebildet und zeigten sich in der DRG J24B *Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, ohne Prothesenimplantation, ohne bestimmte Mammareduktionsplastik* hinsichtlich höherer Fallkosten auffällig, daher konnten sie für das aG-DRG-System 2023 entsprechend in die DRG J24A aufgewertet werden (siehe Abbildung 24).

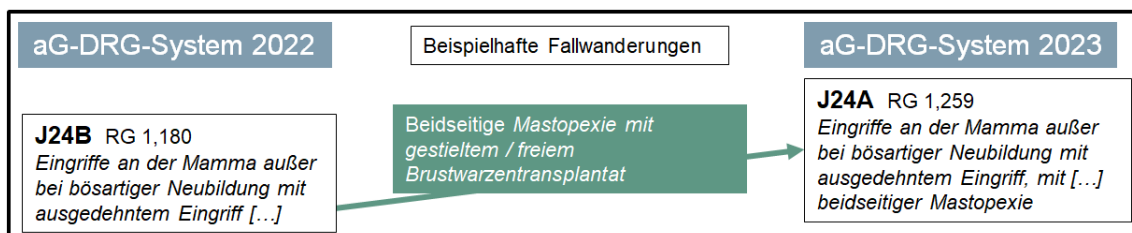


Abbildung 24: Beispielhafte Fallwanderung in der Basis-DRG J24 für das aG-DRG-System 2023

Ebenfalls wurden verschiedene Fälle aus der Basis-DRG J24 innerhalb der MDC 09 neu zugeordnet. In der DRG J24A *Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, mit Prothesenimplantation oder bestimmter Mammareduktionsplastik* zeigten sich Fälle mit dem Prozedurenkode 5-883.00 *Plastische Operation zur Vergrößerung der Mamma: Implantation einer Alloprothese, sonstige: Ohne gewebeverstärkendes Material* mit geringeren Kosten als andere Fälle der DRG und werden entsprechend zukünftig in der DRG J24B abgebildet.

In der DRG J24B zeigten sich bestimmte Fälle, z.B. mit *Implantation eines Hautexpanders an der Mamma, ohne gewebeverstärkendes Material* oder *Exzision einzelner axillärer Lymphknoten und Lymphgefäße, ohne Markierung*, als weniger kostenintensiv und werden entsprechend in der Basis-DRG J07 neu eingruppiert. Fälle mit bestimmten weniger aufwendigen Exzisionen, z.B. mit *Exzision der Brustwarze*, werden von der DRG J24C *Eingriffe an der Mamma [...], mit komplexem Eingriff* in die DRG J24D *Eingriffe an der Mamma [...], ohne komplexem Eingriff* verschoben.

In der Basis-DRG J61 *Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Behandlungstag, oder Hautulkus bei Para-/ Tetraplegie* werden u.a. Eingriffe bei bösartigem Melanom oder chronischen Erkrankungen der Haut, Diabetes mellitus assoziierte Hauterkrankungen oder verschiedene Para- und Tetraparesen/-plegien abgebildet. Für das aG-DRG-System 2023 erfolgt eine Neuordnung von aufwendigeren Fällen der DRG J61C *Schwere Erkrankungen der Haut, [...]* mit einer Diagnose für *Kaposi-Sarkom der Haut, Kaposi-Sarkom mehrerer Organe* oder *bullöses Pemphigoid* und damit eine kostensprechende Abbildung in der DRG J61B *Schwere Erkrankungen der Haut, [...], mit schwerer Erkrankung der Haut, ohne aufwendige Behandlung* (siehe Abbildung 25).



Abbildung 25: Aufwertung von Fällen in der Basis-DRG J61 für das aG-DRG-System 2023

### 3.3.2.6 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen

Für das aG-DRG-System 2023 wurde in der MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* u.a. die Abbildung von Eingriffen bei Adipositas in den Basis-

DRGs K04 *Große Eingriffe bei Adipositas* und K07 *Andere Eingriffe bei Adipositas* präzisiert.

So zeigten sich in der DRG K04Z Fälle mit *laparoskopischem Duodenal-Switch mit Bildung eines gemeinsamen Dünndarmschenkels [Common Channel] nach Herstellung eines Schlauchmagens* (zweite Sitzung) als weniger kostenintensiv gegenüber anderen Fällen der DRG. Für das aG-DRG-System 2023 werden diese Fälle der DRG K07A *Andere Eingriffe bei Adipositas mit bestimmten größeren Eingriffen am Magen oder Darm* zugeordnet.

In der Basis-DRG K07 zeigten sich im Datenjahr 2021 bestimmte Rekonstruktionen am Magen und kleine Eingriffe an der Mamma in der DRG K07A nicht mehr mit höheren Kosten verbunden, deshalb erfolgte für diese Fälle eine kostenentsprechende Abbildung in der DRG K07B (siehe Abbildung 26).

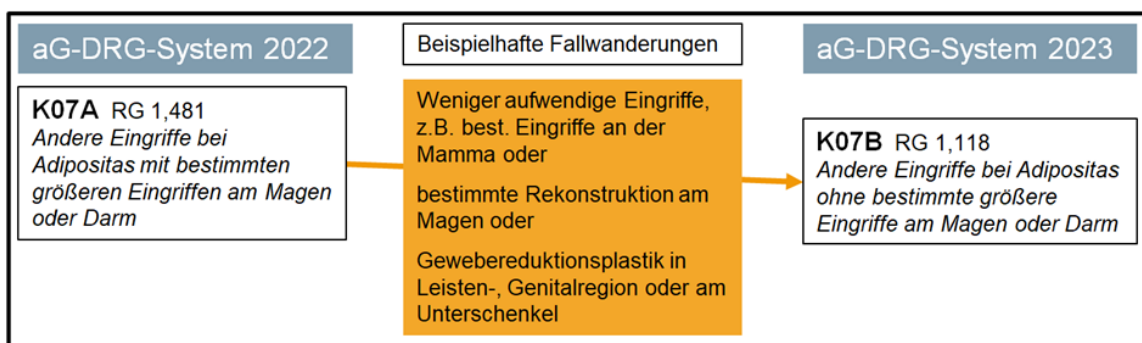


Abbildung 26: Beispielhafte Fallwanderungen der Basis-DRG K07 für das aG-DRG-System 2023

In der DRG K07B zeigten sich Fälle mit bestimmter Gewebereduktion an Haut und Unterhaut, z.B. der *Abtragung von Fettgewebe an der Bauchregion* als weniger kostenintensiv. Für entsprechende Fälle mit diesen Eingriffen erfolgte eine Neuuzuordnung zur DRG K06D (siehe Abbildung 27).

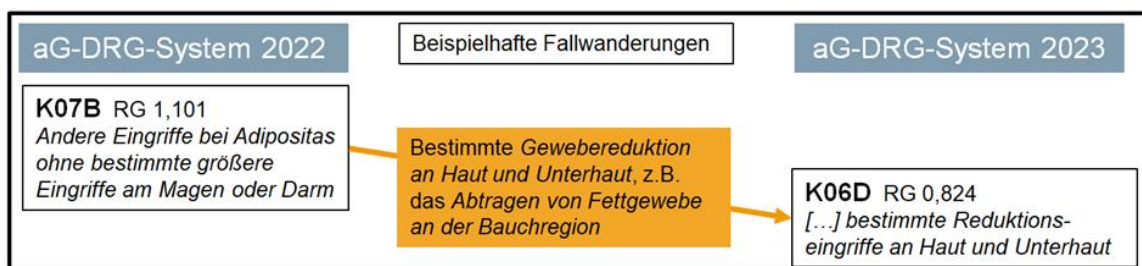


Abbildung 27: Beispielhafte Fallwanderungen von der DRG K07B in die DRG K06D für das aG-DRG-System 2023

In der MDC 10 werden neben Eingriffen bei Adipositas auch Fälle mit anderen endokrinen Eingriffen, z.B. in der operativen Basis-DRG K06 *Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus*, z.B. bei einer bösartigen Neubildung der Schilddrüse oder Struma, abgebildet.

Innerhalb der vierfach gesplitteten Basis-DRG K06 zeigten sich Fälle mit bestimmten Prozeduren, wie z.B. *partielle Nebenschilddrüsenresektion mit Exzision von erkranktem Gewebe* in der bisher am niedrigsten bewerteten DRG K06D *Eingriffe an der Schilddrü-*

se außer kleine Eingriffe [...] als weniger kostenintensiv im Vergleich zu den anderen Fällen der DRG. Für das aG-DRG-System 2023 wurde unterhalb der DRG K06D eine neue DRG K06E etabliert, um Fälle mit diesen weniger aufwendigeren Eingriffen kostentensprechend einzugruppieren (siehe Abbildung 28).

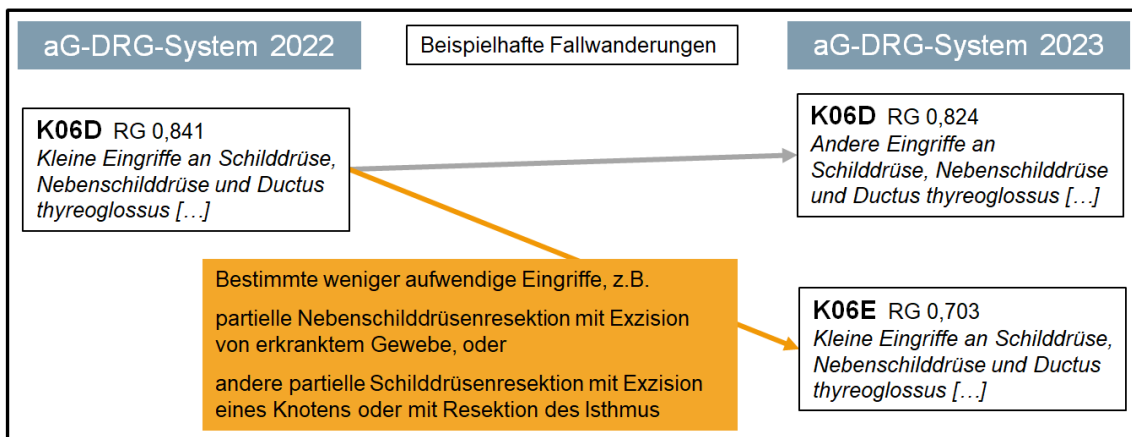


Abbildung 28: Split der DRG K06D und Etablierung der neuen DRG K06E für das aG-DRG-System 2023

Ebenfalls in der Basis-DRG K06 *Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus* zeigten einige Codes für kleinere, oft unspezifisch kodierte Eingriffe an der Schilddrüse (z.B. *Biopsie der Schilddrüse durch Inzision* oder *Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Nicht näher bezeichnet*) mit deutlich geringeren Kosten selbst im Vergleich zur neu geschaffenen DRG K06E. Eine Zuordnung der Eingriffe als operative Prozedur erwies sich insgesamt als nicht mehr sachgerecht, sodass zukünftig diese Fälle systemweit als operative Eingriffe im Sinne des DRG-Systems („OR-Prozeduren“) gestrichen werden und für das aG-DRG-System 2023 – bei Abwesenheit anderer operativer Eingriffe – typischerweise in den medizinischen Partitionen der jeweiligen MDCs abgebildet werden.

### 3.3.2.7 Andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

Neben „*Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen*“ (z.B. Aufnahme zu bestimmten Kontrolluntersuchungen oder auch zur Lebendspende) werden der MDC 23 auch Fälle mit Hauptdiagnosen aus dem Bereich *Symptome und abnorme Laborbefunde [...]* zugeordnet. Entsprechend ist das Spektrum der dort eingruppierten Fälle sehr breit, da – je nach gewählter Hauptdiagnose – eine Vielzahl von verschiedenen Behandlungen dort abgebildet wird.

In den Daten des Jahres 2021 zeigten sich in der Basis-DRG Z01 *OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen* einige operative Eingriffe als im Vergleich zu den übrigen Fällen der jeweiligen DRG mit geringeren Kosten verbunden. Im Ergebnis erfolgte für das aG-DRG-System 2023 eine Zuordnung von weniger kostenintensiven Fällen der DRG Z01B zur DRG Z01C, u.a. für:

- Bestimmte Keilexzisionen des Ovars
- Bestimmte Salpingoovarietomien
- Bestimmte Rekonstruktionen der Cervix uteri in der Gravidität

### 3.3.2.8 Gastroenterologie

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

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

#### ***ERCP und bestimmte endoskopische Eingriffe***

Im aG-DRG-System 2022 werden Behandlungsfälle der MDC 07 mit endoskopischer Sondierung oder Behandlung der Gallenwege oder des Pankreasgangs je nach Behandlungsaufwand in die fünffach ausdifferenzierte Basis-DRG H41 *ERCP [...]* eingruppiert. Aufwendige Fälle, z.B. mit Zugang durch retrograde Endoskopie, Radiofrequenzablation und endoskopische Stentimplantation oder äußerst schweren CC oder Kinder, sind den DRGs H41A, H41B und H41C zugeordnet. Der überwiegende Anteil der Fälle ist dagegen in den DRGs H41D und H41E abgebildet.

Fälle mit (alleiniger) Entfernung von alloplastischem Material in der Basis-DRG H41 und insbesondere in der DRG H41E zeigten sich in den Daten 2021 als mit geringeren Kosten verbunden. Die betroffenen Prozeduren sind im aG-DRG-System 2023 in der Basis-DRG H41 nicht mehr gruppierungsrelevant. Fälle mit Entfernung von alloplastischem Material und keinem anderen ERCP-Eingriff werden zukünftig je nach Hauptdiagnose in entsprechende konservative DRGs eingruppiert, überwiegend in die DRG H64Z *Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen*.

#### ***Erkrankungen der Leber***

Im Vorschlagsverfahren wurde ein deutlich erhöhter Aufwand bei Durchführung einer perkutanen Leberbiopsie bei Patienten im Kinder- und Jugendalter thematisiert. Im aG-DRG-System 2022 sind die Prozedurenkodes für die perkutane Leberbiopsie in der MDC 07 nicht gruppierungsrelevant und die Behandlungsfälle werden vornehmlich in die konservative DRG H63C eingruppiert. Die eingehenden Analysen der Daten des Jahres 2021 zeigten, dass betroffene Fälle mit einem Alter kleiner 18 Jahre mit deutlich höheren Kosten verbunden waren als andere Fälle der DRG. Im aG-DRG-System 2023 werden diese Fälle ihren Kosten entsprechend der DRG H63B *Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden und best. Erkrankungen der Gallenwege, mehr als ein Belegungstag, [...]* oder *Leberbiopsie, Alter < 18 J.* oder bei einem Alter unter einem Jahr der DRG H63A zugeordnet und damit deutlich aufgewertet.

#### ***Anlage eines portosystemischen Shunts (TIPS)***

Im aG-DRG-System 2022 werden Behandlungsfälle mit perkutanem Anlegen eines portosystemischen Shunts mit Stents (TIPS) der Basis-DRG H09 *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen und [...]* zugeordnet. Für Fälle mit



einem PCCL größer 3 besteht eine differenzierte Eingruppierung: Fälle mit Anlage eines portosystemischen Shunts mit gecoverten Stents werden der DRG H09A zugeordnet, wohingegen bei Verwendung eines oder mehrerer ungecoverter Stents eine Eingruppierung in die DRG H09B erfolgt. Behandlungsfälle mit PCCL kleiner 4 werden im Gegensatz dazu einheitlich in die DRG H09B eingruppiert. Im Vorschlagsverfahren wurde thematisiert, dass die letztgenannte Eingruppierung nicht sachgerecht sei, da die Kosten von ungecoverten im Vergleich zu gecoverten Stents deutlich niedriger seien, und eine Überprüfung der Abbildung angeregt. In den eingehenden Analysen der Daten des Jahres 2021 zeigten sich Fälle mit Anlage eines portosystemischen Shunts mit einem oder mehreren ungecoverten Stents in der Basis-DRG H09 tatsächlich mit deutlich geringeren Kosten verbunden als andere Fälle der DRG. Ihren Kosten entsprechend werden diese Fälle im aG-DRG-System 2023 der Basis-DRG H07 *Cholezystektomie und wenig komplexe Eingriffe an Gallenblase, Gallenwegen, Leber* und dort überwiegend der DRG H07B zugeordnet. Analysen der Daten des Jahres 2021 zeigten darüber hinaus, dass Fälle mit Anlage eines portosystemischen Shunts mit einem gecoverten Stent in der DRG H09A mit geringeren Kosten verbunden waren als andere Fälle der DRG. Zukünftig werden diese Fälle ihren Kosten entsprechend der DRG H01B *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 Jahre, ohne [...] zugeordnet*. Im aG-DRG-System 2023 werden damit nur noch Fälle mit portosystemischem Shunt mit perkutaner Anlage von zwei oder mehr gecoverten Stents und einem PCCL größer 3 in die DRG H09A eingruppiert. Zusammenfassend erfolgt durch die beschriebenen sachgerechteren Neuzuordnungen eine deutlich stärkere Differenzierung von Behandlungsfällen mit TIPS.

### **Endoskopie in der MDC 06**

Im Vorschlagsverfahren erreichten uns wieder zahlreiche Hinweise zur Abbildung endoskopischer Leistungen in der MDC 06. Thematisiert wurde dabei u.a. die Abbildung von Fällen mit einer motorisierten Spiral-Endoskopie. Dieses Verfahren ermöglicht die Untersuchung von tieferen Abschnitten des Darms (Jejunum, Ileum), die mit der „klassischen“ Endoskopie nicht oder nur eingeschränkt zugänglich sind. Zur technischen Unterstützung stehen dafür auch bereits Verfahren wie die Endoskopie in Push-and-pull-back-Technik (Ballon-Enteroskopie) zur Verfügung. Mit Hilfe der motorisierten Spiral-Endoskopie ist ein Zugang in den tiefen Dünndarm möglich. Der Dünndarm wird dabei über einen Spiraltubus mit integriertem Motor auf das Enteroskop aufgefädelt. Für dieses neue Verfahren wurden in den OPS Version 2021 zahlreiche neue Codes sowohl für diagnostische als auch für therapeutische Verfahren durch motorisierte Spiral-Endoskopie aufgenommen, die daher in diesem Jahr erstmals analysiert werden konnten. Im Vorschlagsverfahren wurde angeregt, die Abbildung von Fällen mit motorisierter Spiral-Endoskopie zu überprüfen und die jeweiligen Codes hinsichtlich ihrer Eingruppierung mit Endoskopien in Push-and-pull-back-Technik zumindest gleichzustellen. Trotz geringer Fallzahlen für einige der benannten Verfahren im ersten Jahr der Kodierung waren für das aG-DRG-System 2023 verschiedene Angleichungen der motorisierten Spiral-Endoskopie an das analoge Verfahren in Push-and-pull-back-Technik möglich. Dies gilt für die Elektro-, Laser- und Thermokoagulation und die lokale Exzision von erkranktem Gewebe des Dünndarms durch motorisierte Spiral-Endoskopie, die zukünftig in der MDC 06 als komplexe therapeutische und nicht mehr als andere Gastroskopie gewertet werden und damit aufgewertet wurden. Darüber hinaus werden Fälle mit einer diagnostischen Intestinoskopie durch motorisierte Spiral-Endoskopie zukünftig bei einer Hauptdiagnose für eine schwere Erkrankung der Verdauungsorgane (z.B. bösartige Neubildung, Ulcus mit Blutung oder Perforation) auch der Basis-DRG G46 *Verschie-*

denartig komplexe und andere Gastroskopie oder therapeutische ERCP zugeordnet. Abbildung 29 zeigt beispielhafte Fallverschiebungen durch diese Aufwertungen.

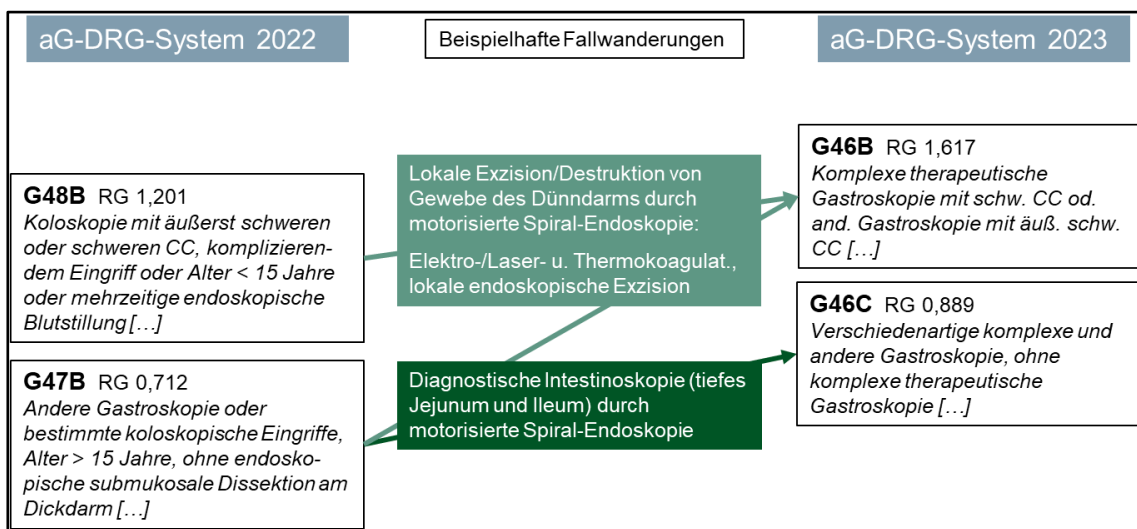


Abbildung 29: Beispielhafte Fallwanderungen für die Aufwertung von Fällen mit motorisierter Spiral-Endoskopie für das aG-DRG-System 2023

Entsprechende Verfahren am Dickdarm wurden bereits einheitlich im aG-DRG-System berücksichtigt. Ab 2023 werden damit Verfahren mit motorisierter Spiral-Endoskopie und analoge Verfahren in Push-and-pull-back-Technik überwiegend einheitlich eingruppiert.

Im Vorschlagsverfahren wurde darüber hinaus angeregt, die Abbildung von Fällen mit endoskopischer Vollwandexzision (EFTR) an Magen und Dünndarm zu analysieren. Dieses Verfahren wird zur Entfernung von Läsionen unter Einbeziehung aller Wand-schichten des Magens, Dünn-/Dickdarms und Rektums eingesetzt. An Magen und Dünndarm ist eine Kodierung mit spezifischen OPS-Kodes erst seit 2020 möglich. Am Dickdarm kann das Verfahren schon länger verschlüsselt werden. Die Eingruppierung erfolgt dabei mindestens in die Basis-DRG G47 *Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe* bzw. bei Vorliegen bestimmter komplizierender Faktoren in die Basis-DRG G48 *Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC [...]*. Am Magen und Dünndarm wurden die betroffenen Fälle bisher nur bei Vorliegen bestimmter Diagnosen (z.B. Tumor, entzündliche Darmerkrankung) oder einem Alter < 15 Jahre der Basis-DRG G47 zugeordnet. Laut Vorschlag der Fachgesellschaft sollte für diese beiden Lokalisationen zukünftig aber unabhängig von weiteren Faktoren eine Eingruppierung in die DRGs G46C *Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsorgane [...]* bzw. G47B [...], *Alter > 15 Jahre, ohne endoskopische submukosale Dissektion am Dickdarm oder mehr als ein Belegungstag* erfolgen. Die durchgeführten Analysen führten im Ergebnis zur Aufnahme der EFTR an Magen und Dünndarm in die Basis-DRG G47 und damit zur Gleichstellung mit der EFTR am Dickdarm in dieser Basis-DRG. Aufgewertet wurden dadurch vor allem Fälle, die zuvor der DRG G71Z *Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane zugeordnet* wurden. Bezüglich der EFTR am Dickdarm wurde zusätzlich angeregt, die betroffenen Fälle zukünftig unabhängig von weiteren Faktoren in die DRGs G46C bzw. G48B *Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, [...], ohne schwere Darminfektion, außer bei bösartiger Neubildung oder ohne äußerst schwere CC* einzugruppieren. Aufgrund geringerer Kos-

ten dieser Fälle im Vergleich zu den Fällen der DRGs G46C und G48B war eine weitere Aufwertung der EFTR am Dickdarm nicht möglich.

Seit der OPS-Version 2021 ist eine perianale endoskopische submukosale Dissektion (ESD) von erkranktem Gewebe des Rektums spezifisch kodierbar (OPS 5-482.g). Zuvor war dieses Verfahren als Inklusivum dem Code für die submuköse Exzision von erkranktem Gewebe des Rektums zugeordnet und konnte daher nicht spezifisch analysiert werden. Jedoch war auch dieser Code – analog zu Prozeduren für eine ESD an anderen Lokalisationen (Ösophagus, Magen, Dünndarm, Dickdarm) – bereits in der Definition der Basis-DRG G47 enthalten, sodass Fälle, bei denen eine ESD am Rektum vorgenommen wurde, bisher mindestens in die DRG G47B eingruppiert wurden. Diese einheitliche Zuordnung von Fällen mit ESD wurde nach umfassender Analyse bereits für das aG-DRG-System Version 2021 umgesetzt. Im diesjährigen Vorschlagsverfahren wurde darauf hingewiesen, dass die ESD am Rektum aufgrund der hohen Materialkosten in der DRG G47B nicht sachgerecht abgebildet sei, und eine Aufwertung der betroffenen Fälle in die DRGs G46C bzw. G48B vorgeschlagen. Im Ergebnis konnte für 2023 die ESD am Rektum für Fälle mit einem Belegungstag im Sinne einer Detailkorrektur in die DRG G47A *Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, Alter < 16 Jahre oder mit endoskopischer submukosaler Dissektion am Dickdarm, ein Belegungstag* aufgewertet und damit einer ESD am Dickdarm gleichgestellt werden. Aufgrund fehlender Mehrkosten der betroffenen Fälle konnte die vorgeschlagene weitergehende Aufwertung nicht umgesetzt werden.

Aufgrund eigener Analysen wurde die Abbildung einer sonstigen lokalen Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarms, endoskopisch, einfach (Push-Technik), angepasst. Diese Leistung wird zukünftig als „andere“ und nicht mehr als „komplexe therapeutische“ Gastroskopie in den Basis-DRGs G46, G47, G50 und G67 gewertet, auch um einen möglichen Anreiz zur unspezifischen Kodierung zu vermeiden.

### ***Funktion Komplizierende Konstellationen in MDC 06 und MDC 07***

Logische Definitionen und Ausdrücke, die an mehreren Stellen des G-DRG-Gruppierungsalgorithmus vorkommen, werden typischerweise in (globalen) „Funktionen“ zusammengefasst. Funktionen beinhalten Prozeduren und ggf. Diagnosen, die in unterschiedlichen Behandlungszusammenhängen jeweils einen höheren Ressourcenverbrauch bedingen. Ein Vorteil liegt in der Vereinfachung der logischen Ausdrücke in den Definitionen der DRGs. Wenn die Logik globaler Funktionen z.B. in manchen MDCs nicht optimal „passt“, ist ggf. die Etablierung modifizierter Funktionen erforderlich. Eine im G-DRG-System häufig genutzte Klasse von Funktionen sind die „Komplizierenden Konstellationen“ (KK). Die „Komplizierenden Konstellationen“ sind ein adäquates Mittel zur Berücksichtigung der individuellen Erkrankungsschwere an Stellen im G-DRG-Algorithmus, an denen einzelne Prozeduren und Nebendiagnosen die Unterschiede nicht mehr beschreiben können. Diese Funktionen stellen zudem ein wichtiges Instrument zur sachgerechteren Vergütung von Extremkostenfällen dar. Als „Komplizierende Konstellationen“ zählen z.B. Dialyse und vergleichbare Verfahren, Gabe von Blutprodukten und Plasma, Chemotherapie, Strahlentherapie, schwerste Gerinnungsstörungen und weitere Prozeduren und Diagnosen.

Die Analyse von Fällen der Basis-DRG H78Z *Bestimmte Komplizierende Konstellation bei best. Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* zeigte, dass folgende Codegruppen im Vergleich zu anderen mit geringeren Kosten assoziiert waren: Transfusion von bis zu drei Thrombozytenkonzentraten, Transfusion von bis zu 21 Einheiten Plasma, kontinuierliche Dialyse bis 24 Stunden oder bis zu drei therapeutische Plasmapheresen bzw. Doppelfiltrationsplasmapheresen. Demzufolge sind diese

Leistungen nicht mehr Bestandteil der Definition der Funktion „Komplizierende Konstellationen H78“.

In der MDC 06 zeigte sich in der Basis-DRG G40 *Komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* analog zur Basis-DRG H78, dass die Transfusion von bis zu 21 Einheiten Plasma, kontinuierliche Dialyse bis 24 Stunden und zusätzlich auch bis zu drei therapeutische Plasmapheresen bzw. Doppelfiltrationsplasmapheresen mit geringeren Kosten verbunden waren. Diese Prozeduren wurden aus der schon bestehenden Funktion „Komplizierende Konstellationen G40“, welche die DRG G40A *Bestimmte komplizierende Konstellation [...]* definiert, gestrichen und die Fälle damit überwiegend in die DRG G40B *Andere komplizierende Konstellation [...]* aufwandsgerecht eingruppiert.

#### **Weitere Änderungen in der MDC 06**

Eine Analyse bezüglich der Abbildung von Diagnosen in konservativen DRGs der MDC 06 zeigte, dass Fälle mit einer generalisierten Mukositis bei Immunkompromittierung (ICD-Kode K91.80) in der DRG G70B *Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre* nicht sachgerecht abgebildet waren. Zukünftig werden Fälle mit dieser Hauptdiagnose der DRG G70A *[...] Alter < 18 Jahre oder mit komplexer Diagnose* zugeordnet und damit aufgewertet.

### **3.3.2.9 Gefäßchirurgie und -interventionen / Angiologie**

Für diesen Teilbereich der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* ergab sich im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung zum aG-DRG-System 2023 nur eine moderate Anzahl von Änderungen. Betroffen von diesen Veränderungen ist u.a. die Abbildung von Fällen mit Revisionseingriffen in den beiden operativen Basis-DRGs F08 *Rekonstruktive Gefäßeingriffe [...]* und F28 *Bestimmte Amputation bei Kreislaufkrankungen an der unteren Extremität*.

#### **Rekonstruktive Gefäßeingriffe**

In der sechsfach differenzierte Basis-DRG F08 werden komplexere chirurgische und in geringerem Maß auch interventionelle Eingriffe, z.B. bei Aortenaneurysma oder bei pAVK mit Gangrän, abgebildet. Neben weiteren Kriterien kommt für die Ausdifferenzierung eine sogenannte „Mehretagenlogik“ zum Einsatz, die aufwendigere Fälle anhand von Eingriffen an mehr als einer Lokalisation (oder „Etage“) des Gefäßsystems identifiziert (z.B. DRGs F08B, F08D). Ein weiteres in der Basis-DRG F08 gruppierungsrelevantes und umfangreich geprüftes Kriterium sind Gefäßrevisionen.

Der Codebereich für die *Revision einer Blutgefäßoperation* wurde für das Datenjahr 2021 vom BfArM überarbeitet. So wurde der Code für den *Wechsel eines vaskulären Implantates* dahingehend differenziert, dass jetzt zwischen dem Wechsel in ein vaskuläres Implantat (5-394.30) und in ein vaskuläres Transplantat (5-394.31) unterschieden wird. Des Weiteren wurde der Codebereich um entsprechende Codes für den *Wechsel eines vaskulären Transplantates* (5-394.9\*) erweitert. Im Vorschlagsverfahren wurde eine ungleiche Gruppierungsrelevanz beider Codebereiche thematisiert, wobei für die Fallkosten nicht maßgeblich sei, ob beim Wechsel ein Implantat oder ein Transplantat entfernt wird.

Im aG-DRG-System 2022 werden Fälle mit *Wechsel eines vaskulären Implantates* innerhalb der Basis-DRG F08 den DRGs F08B und F08D zugeordnet, wohingegen sich Fälle mit *Wechsel eines vaskulären Transplantates* u.a. in die DRGs F08C und F08F

einsortieren. Bei den Analysen zeigten Fälle der Basis-DRG F08 mit *Wechsel eines vaskulären Transplantates* vergleichbare Kosten zu den höher eingruppierten Fällen mit *Wechsel eines vaskulären Implantates*. Für das aG-DRG-System 2023 erfolgte für Fälle mit *Wechsel eines vaskulären Transplantates* eine sachgerechte Aufwertung und damit Gleichstellung zu Fällen mit *Wechsel eines vaskulären Implantates* innerhalb der Basis-DRG F08.

In den DRGs F08D und F08E erwiesen sich Fälle mit rekonstruktivem Gefäßeingriff und bestimmten komplizierenden Konstellationen als deutlich aufwendiger als die anderen Fälle der jeweiligen DRG. Ihren höheren Kosten entsprechend wurden die komplexeren Fälle im aG-DRG-System 2023 in die DRG F08C *Rekonstruktive Gefäßeingriffe [...] od. best. kompl. Konstellation* aufgewertet (siehe Abbildung 30).

Als weniger aufwendig zeigten sich Fälle der DRG F08B *Rekonstruktive Gefäßeingriffe [...] mit [...] bestimmten Bypässen, mit äußerst schweren CC* und einem Verfahren zum *Anlegen eines anderen popliteocruralen Shunt und Bypasses an A. poplitea*. Diese Fälle wurden ebenfalls kostengerecht der DRG F08C zugeordnet.

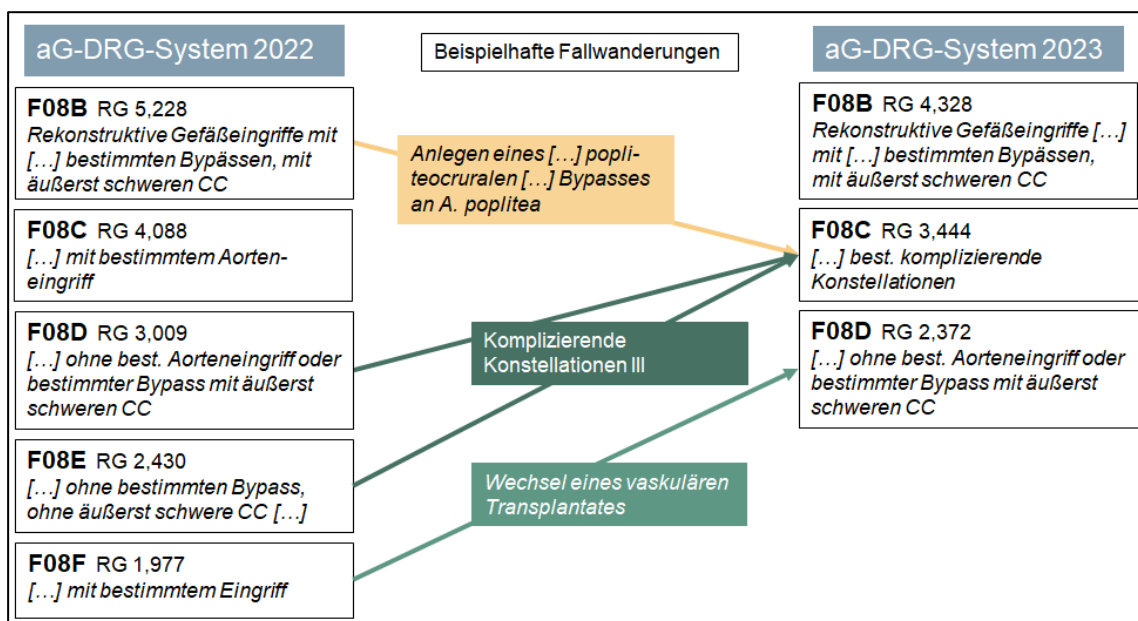


Abbildung 30: Beispielhafte Fallwanderungen innerhalb der Basis-DRG F08

## Amputationen

Die Amputation von Extremitäten bei Kreislauferkrankungen wird aufwandsabhängig und differenziert in den beiden Basis-DRGs F13 *Amputation [...] an oberer oder unterer Extremität [...]* und F28 *Bestimmte Amputation bei Kreislauferkrankungen an der unteren Extremität* abgebildet.

Innerhalb der DRG F28A *[...] mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder mit Hauttransplantation [...]* zeigten sich Fälle mit einem Verfahren zur *Revision einer Blutgefäßoperation*, insbesondere der Entfernung eines vaskulären Implantates oder Revision eines arteriovenösen Shunt als weniger aufwendig, sodass eine sachgerechte Zuordnung zu den niedriger bewerteten DRGs F28B und F28C erfolgte.

### 3.3.2.10 Geschlechtskonflikt

Die zur Eingruppierung in das aG-DRG-System verwendeten medizinischen und administrativen sowie demografischen Daten beinhalten auch Angaben zum Geschlecht (weiblich/männlich/divers/unbestimmt/unbekannt). Im Vorschlagsverfahren wurde darauf verwiesen, dass Widersprüche zwischen medizinischen Informationen und dem administrativ erfassten Geschlecht zur Zuordnung in eine Fehler-DRG führen können, obwohl solche Konstellationen nicht regelhaft Fehler darstellen müssen und zudem in den letzten Jahren häufiger auftraten. Bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für 2023 ergaben sich nach Analysen diesbezüglich Änderungen.

Der aG-DRG-Grouper verwendet in diesem Zusammenhang verschiedene Informationen, wie z.B. eine administrative Variable mit den Ausprägungen *weiblich*, *männlich*, *divers*, *unbestimmt*, *unbekannt*, die tatsächlich oder scheinbar mit bestimmten medizinischen Informationen aus ICD- und OPS-Kodes, z.B. C61 *Bösartige Neubildung der Prostata* oder 5-682.y *Subtotale Uterusexstirpation, n.n.bez.*, im Widerspruch sein können. In bestimmten Fällen stellt der G-DRG-Grouper bisher einen Geschlechtskonflikt fest, daraus kann die Zuordnung zur Fehler-DRG 960Z *Nicht gruppierbar* (ohne Relativgewicht) resultieren. Nachvollziehbar erscheint, dass Konflikte diesbezüglich zwischen den administrativen und den medizinischen Informationen in Zukunft häufiger auftreten können. Dies verdeutlichen Hinweise innerhalb und außerhalb des Vorschlagsverfahrens, z.B.: „Die streng dichotome Zuordnung von männlich und weiblich und damit verbundene Plausibilitätsprüfungen führen zu Fehlern bei der Gruppierung bzw. zur Unmöglichkeit der Abrechnung.“

Die beschriebene Problematik konnte bereits vor einigen Jahren entschärft werden (keine Zuordnung zur Fehler-DRG 960Z bei Diagnosen wie *Transsexualismus* oder *Unbestimmtes Geschlecht*). Weitere Möglichkeiten wie die vollständige Streichung des Geschlechtskonflikts wurden simuliert. Die Datengrundlage des Jahres 2021 wies eine sehr kleine betroffene Fallzahl von unter 50 Fällen auf, die wegen eines Geschlechtskonfliktes der DRG 960Z zugewiesen waren. Soweit dies bei sehr kleinen Fallzahlen beurteilbar ist, sprechen die Kosten der Fälle nicht gegen eine einheitliche DRG-Zuordnung unabhängig vom Wert *männlich*, *weiblich*, *divers*. Damit besteht zukünftig im Entgeltsystem kein zwingender Grund für die Beibehaltung der Fehler-DRG für den Geschlechtskonflikt.

Für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems in 2023 wird in der Konsequenz vom zertifizierten Grouper kein „Geschlechtskonflikt“ mehr ausgegeben. Dadurch wird eine Zuordnung zu einer Fehler-DRG zukünftig vermieden, d.h. beispielsweise auch für eine Angabe *divers* oder *männlich* ist eine Zuordnung zu einer geburtshilflichen DRG grundsätzlich möglich. Die administrativen Angaben *weiblich/männlich* werden zukünftig lediglich noch für die MDC-Zuordnung im Fall nicht geschlechtsspezifischer Hauptdiagnosen verwendet, damit ist jedoch keinesfalls die Zuordnung zu einer Fehler-DRG verbunden (siehe Abbildung 31).

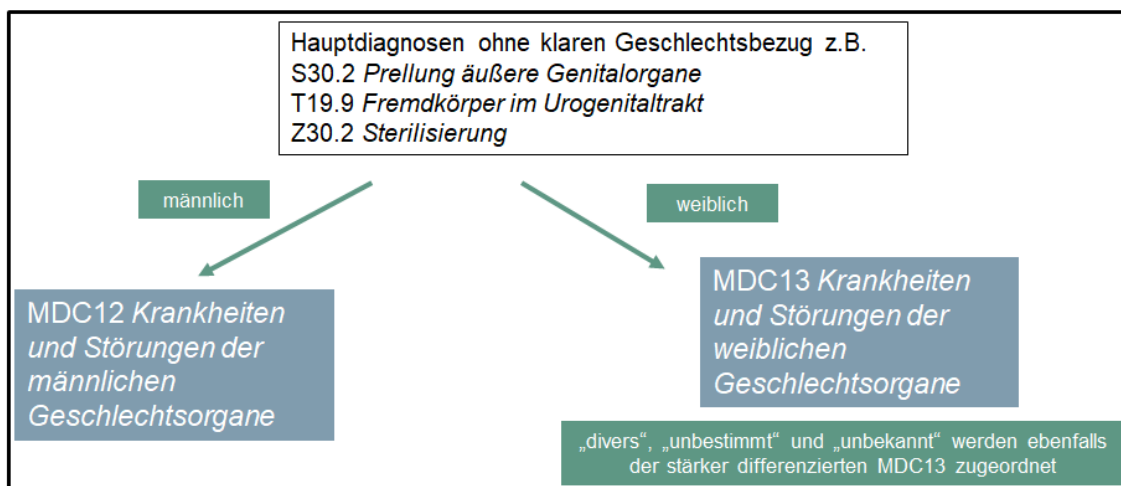


Abbildung 31: Für das aG-DRG-System 2023 letzte verbleibende Bedeutung der Angaben „weiblich“, „männlich“ und „divers“

### 3.3.2.11 Globale Funktionen

Die Eingruppierung der Fälle in einzelne DRGs ist durch logische Ausdrücke definiert, die sich teilweise an mehreren Stellen des Gruppierungsalgorithmus – auch MDC-übergreifend – wiederholen. Zur Vereinfachung der Logiken insgesamt und zur leichteren Handhabung jener logischen Ausdrücke im Algorithmus werden sie in „(globalen) Funktionen“ zusammengefasst. Die globalen Funktionen beinhalten Prozeduren und ggf. Diagnosen, die in unterschiedlichen Behandlungszusammenhängen jeweils einen höheren Ressourcenverbrauch bedingen. Beispielhaft lassen sich die „Komplizierenden Konstellationen“ nennen, in denen bestimmte operativ oder intensivmedizinisch relevante Prozeduren oder Dialysen und Transfusionen in Kombination mit Diagnosen oder Beatmung im aG-DRG-System abgebildet werden, die mit einem höheren Ressourcenbedarf einhergehen. Die Definitionen der globalen Funktionen sind aufgrund ihrer spezifischen Bedeutung sowie der häufigen Anwendung in vielen DRGs jedes Jahr Gegenstand weiterer Analysen.

Wenn die Kosten der Fälle eine höhere Eingruppierung dieser Fälle nicht mehr begründen, werden Prozeduren oder Diagnosen gestrichen, oder die Logik innerhalb der Funktion geändert. Die zu streichenden / zu ändernden Attribute wie auch das sachgerechte Ausmaß der geringeren Eingruppierung werden jeweils DRG-individuell ermittelt. So kann eine sachgerechte Einordnung der verschobenen Fälle die Anwendung oder Etablierung einer neuen Funktion erfordern, denn oft ist die vollständige Streichung der Gruppierungsrelevanz nicht begründet. Daraus ergab sich auch bei der diesjährigen Weiterentwicklung eine Vielzahl von Detailumbauten innerhalb der Funktionen, die nachfolgend exemplarisch dargestellt sind.

Für das aG-DRG-System 2023 wurden Veränderungen in folgenden „Funktionsfamilien“ umgesetzt:

- Komplizierende Konstellationen
- Komplexe / bestimmte OR-Prozeduren
- Komplexe Vakuumbehandlung
- Multiviszeraleingriff

- Eingriff an mehreren Lokalisationen

Die meisten Änderungen beziehen sich auf die Funktionsfamilie „Komplizierende Konstellationen“, gefolgt von der Funktion „Komplexe Vakuumbehandlung“.

### **Komplizierende Konstellationen**

Diese Gruppe von Funktionen ist bereits seit über 15 Jahren ein häufig genutztes Definitionskriterium zur Detektion aufwendiger, oft intensivmedizinisch geprägter Fälle. Im Rahmen der Weiterentwicklung hat sich in den vergangenen Jahren vielfach gezeigt, dass für bestimmte Konstellationen die Kosten eine höhere Eingruppierung der entsprechenden Fälle nicht mehr begründen, so dass in relevantem Umfang Attribute (zumeist OPS-Kodes) aus den Definitionen der „Komplizierenden Konstellationen“ gestrichen wurden. Da vielfach die Eignung dieser Attribute als Kostentrenner nicht global, sondern nur DRG-individuell angepasst werden konnte, hat sich über die Jahre aus einer ursprünglich einzelnen Funktion eine „Funktionsfamilie“ mit DRG-Bezug entwickelt (z.B. KKI, KKII, KKG19, KKG40, KKH78).

So konnte z.B. für bestimmte Dialyseverfahren – dem jeweiligen typischen Mehraufwand entsprechend – in der MDC11 (Niere) eine geringere Gruppierungsrelevanz im Rahmen der „Komplizierenden Konstellationen“ umzusetzen als für MDCs, in denen Dialysen nicht nur seltener auftreten, sondern auch mit verhältnismäßig höheren Mehrkosten der Fälle vergesellschaftet sind.

In ähnlicher Weise wie in den Vorjahren wurden auch für 2023 in nennenswertem Umfang Attribute aus den „Komplizierenden Konstellationen“ gestrichen oder darin neu zugeordnet, wenn die entsprechenden Fälle (k)eine Höhergruppierung rechtfertigenden Mehrkosten mehr zeigten. Die zu streichenden Prozeduren wie auch das sachgerechte Ausmaß der niedrigeren Eingruppierung wurden DRG-individuell ermittelt.

Die sachgerechte Einordnung der verschobenen Fälle kann mitunter die Anwendung oder Etablierung einer neuen Funktion „KK“ erfordern, denn oft ist die vollständige Streichung der Gruppierungsrelevanz in allen Funktionen nicht begründet. Daraus ergab sich für 2023 eine Vielzahl von Detailumbauten, die nachfolgend exemplarisch dargestellt sind.

Bei fehlenden Mehrkosten wurden insbesondere folgende Leistungen DRG-individuell für 2023 aus den Definitionen der „Komplizierenden Konstellationen“ gestrichen:

- Gabe von Plasma
- Gabe von Thrombozyten/Erythrozytenkonzentraten
- Dialyseverfahren, Plasmapherese und LDL-Apherese
- Operative Reanimation
- Invasives Monitoring

Die meisten dieser Codes sind nach Menge oder Dauer differenziert. Typischerweise betreffen die umgesetzten Änderungen daher die Codes für vergleichsweise geringe Mengen oder Dauern. So wurden beispielsweise bei fehlenden Mehrkosten gestrichen:

- Transfusion von 5 bis 8 Thrombozytenkonzentraten aus der Funktion „Komplizierende Konstellationen R61“ (bei Lymphom und nicht akute Leukämie)
- Gabe von 6 TE bis 10 TE Plasma, kryodepletiertes Plasma und pathogeninaktiviertes Plasma aus der Funktion „Komplizierende Konstellationen F08“ (Gefäßchirurgie)



- Operative Reanimation aus verschiedenen Funktionen „Komplizierende Konstellationen“ („KKI“, „KKF03“ und weitere, bedeutsam war dies vor allem in herzchirurgischen DRGs)
- Diagnose SIRS infektiöser Genese mit Organkomplikation aus der Funktion „Komplizierende Konstellationen E77“ (Pneumonie)

In Bezug auf bestimmte Dialyseverfahren wurde eine systemweite Anpassung mehrerer Funktionen „Komplizierende Konstellationen“ umgesetzt. In den betroffenen DRGs zeigte sich, dass Fälle mit kontinuierlichen Dialyseverfahren kurzer Dauer wie 8-853.13 *Hämofiltration: Kontinuierlich, arteriovenös: Bis 24 Stunden* in den aktuellen Kalkulationsdaten oft sehr ähnliche oder auch geringere Kosten aufwiesen als die Fälle mit entsprechenden intermittierenden Dialysen. In der KK-Funktionsfamilie hatten die kontinuierlichen Verfahren aber oft eine höhere Gruppierungsrelevanz, die folglich nicht mehr durch die Kosten der Fälle begründet war. Entsprechend konnten im Gesamtsystem alle Funktionen „Komplizierende Konstellationen“ so angepasst werden, dass die kontinuierlichen Verfahren kurzer Dauer den intermittierenden Verfahren stets gleichgestellt sind, wobei diese Angleichung typischerweise aufwandsentsprechend über eine geringere Gruppierungsrelevanz der kontinuierlichen Verfahren mit kurzer Dauer umgesetzt wurde.

### **Komplexe Vakuumbehandlung**

Um die Funktion „Komplexe Vakuumbehandlung“, die insbesondere in den DRGs G35Z, I98Z und J35Z genutzt wird, zu erfüllen, müssen neben einer Vakuumtherapie ab 8 Tagen mindestens vier Prozeduren (aus einer sehr umfangreichen Liste möglicher Eingriffe) an unterschiedlichen Tagen durchgeführt werden. In den Vorjahren wurde mehrfach die Liste der Eingriffe überarbeitet und um einige weniger aufwendige Prozeduren reduziert.

In den aktuellen Kalkulationsdaten waren vor allem Fälle mit vergleichsweise kurzen Behandlungsdauern auffällig. Bei deutlich geringeren Kosten der Fälle werden Behandlungen unter 15 Tagen ab 2023 nicht mehr in der Funktion „Komplexe Vakuumbehandlung“ berücksichtigt, diese wird nur noch von Fällen mit Vakuumtherapie ab 15 Tagen erfüllt. Die Fälle mit kürzerer Behandlungsdauer werden in den anderen operativen DRGs der jeweiligen MDC abgebildet, was für die meisten verschobenen Fälle einer Abwertung entspricht. Im Gegenzug führt der Umbau zu einer erheblichen Aufwertung der in den spezifischen DRGs für die Vakuumbehandlung verbleibenden Fälle.

Darüber hinaus wurden auch einzelne Codes aus den umfangreichen Eingriffslisten der Funktion gestrichen, wenn die Kosten der Fälle eine Höhergruppierung nicht mehr begründeten, beispielsweise *Revisionen von Anastomosen an sonstiger Lokalisation des Darms* oder kleinere Exzisionen am Knochen.

### **Beispielhafte weitere Änderungen**

- Aus der Funktion „Bestimmte OR-Prozeduren F43“ wurden aufgrund geringerer Kosten der Fälle die Codes für die offen chirurgische Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems [...] (5-37b.3\*) gestrichen
- Aus der Funktion „Komplexe OR-Prozeduren 801“ wurden weniger aufwendige Prozeduren wie Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Mediastinums gestrichen

- Kodestreichung der Prozedur für die Uterusexstirpation mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation mit beidseitiger Salpingoovariektomie aus der Funktion „Multiviszeraleingriff“ in der MDC 13
- Kodestreichung bestimmter Codes für Gelenkspülung mit Drainage aus der Funktion „Eingriff an mehreren Lokalisationen“

### 3.3.2.12 Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

In der MDC 03 sind die Krankheiten und Störungen des Hals-Nasen-Ohren-Bereichs bereits hochdifferenziert abgebildet. Dennoch konnte für einige Konstellationen die Abbildung der Fälle im aG-DRG-System 2023 weiter verbessert werden.

In der Basis-DRG D06 werden Fälle mit Eingriffen an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen und Rachen abgebildet. Fälle mit *Verschluss einer Labyrinthfistel* haben sich mit erhöhten Kosten gezeigt und wurden aus der DRG D06C in die DRG D06B aufgewertet. Einige Fallgruppen haben sich mit niedrigeren Kosten gezeigt und wurden entsprechend neu zugeordnet, z.B. Fälle mit

- Fensterung der Kieferhöhle: aus der DRG D06C in die DRG D30B
- weniger komplexen Eingriffen an der Speicheldrüse: aus der DRG D06C in die Basis-DRG D13

In der Basis-DRG D12 *Andere Eingriffe an Ohr, Nase [...]* werden Fälle mit verschiedenen Eingriffen an Kopf und Hals abgebildet, wie z.B. mit Neurolyse und Dekompression von extrakraniellen Nerven oder mit Exzision einer lateralen Halszyste. Aufwendigere Eingriffe an Kopf und Hals wurden aus der DRG D12B in die DRG D12A aufgewertet, wie z.B.:

- *Biopsie an intrakraniellm Gewebe durch Inzision und Trepanation von Schädelknochen: Schädelbasis*
- *Verschluss einer Fistel des Pharynx*
- *Mikrovaskuläre Dekompression von intrakraniellen Nerven: Mit Implantation von alloplastischem Material*

Weniger komplexe Eingriffe an Kopf und Hals, wie z.B. die *Implantation von Knochenankern zur Befestigung eines Hörgerätes* wurden kostenentsprechend aus der DRG D12A in die DRG D12B verschoben.

In der Basis-DRG D25 *Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals [...]* werden Fälle mit Eingriffen an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder mit Eingriff an den oberen Atemwegen mit äußerst schweren CC oder Strahlentherapie mit operativem Eingriff abgebildet. Fälle mit bestimmten Prozeduren für Exzision und Destruktion von erkranktem intrakraniellm Tumorgewebe bzw. von erkranktem Tumorgewebe der Schädelknochen haben sich mit erhöhten Kosten gezeigt und wurden aus der DRG D25C in die DRG D25B aufgewertet.

Bei niedrigeren Kosten wurden Fälle mit weniger aufwendigen Prozeduren aus der DRG D29Z *Operationen am Kiefer und andere Eingriffe [...]* in die DRG D13A *Kleine Eingriffe [...]* verschoben:

- Partielle Resektion der Maxilla ohne Rekonstruktion
- Sonstige und nicht näher bezeichnete Rekonstruktion des Larynx

- Bestimmte Repositionen einer lateralen Mittelgesichtsfraktur
- Sonstige Beseitigung einer Trachealstenose
- Bestimmte Osteotomien zur Verlagerung des Mittelgesichtes im Alveolarkambereich

In der Basis-DRG D30 *Tonsillektomie [...] oder verschiedene Eingriffe [...]* werden Fälle mit Tonsillektomie oder z.B. mit Exzision von erkranktem Gewebe des Larynx oder Audiometrie abgebildet. Für das aG-DRG-System 2023 erfolgte eine kostenentsprechende Neuordnung aus der DRG D30A in die DRG D30B von Fällen mit weniger aufwendigen Prozeduren wie z.B.:

- Sonstige andere Exzisionen an Mittel- und Innenohr
- Nicht näher bezeichnete andere Rekonstruktion des äußeren Ohres
- Stapesplastik ohne Implantation einer Prothese
- Bestimmte Tympanoplastiken
- Entfernung eines aktiven mechanischen Hörimplantates

Auch in anderen DRGs der MDC 03 wurden kostenentsprechend Fälle mit weniger aufwendigen Prozeduren neu zugeordnet, wie z.B.:

- Bestimmte Alveolarkamm- und Vestibulumplastiken ohne Transplantation oder sonstige Plastiken: aus der DRG D22A in die DRG D22B
- Bestimmte Osteotomien zur Verlagerung des Mittelgesichtes im Alveolarkambereich: aus der DRG D28Z in die DRG D29Z
- Bestimmte plastische Korrekturen des Nasenseptums sowie subtotale und partielle Resektion der Nase: aus der DRG D38Z in die DRG D30B

### 3.3.2.13 Infektiöse und parasitäre Krankheiten

In der MDC 18B *Infektiöse und parasitäre Krankheiten* existiert – neben einer intensivmedizinischen DRG – nur eine operative Basis-DRG T01 *OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten*. Diese ist anhand von Prozeduren, Diagnosen, PCCL und weiteren Attributen in die DRGs T01A bis T01E unterteilt. Unter den als Splitkriterium genutzten Prozeduren fanden sich in den Daten des Jahres 2021 einige weniger komplexe Eingriffe mit vergleichsweise geringeren Kosten, die nach eingehender Analyse innerhalb der Basis-DRG T01 abgewertet wurden (siehe Abbildung 32).

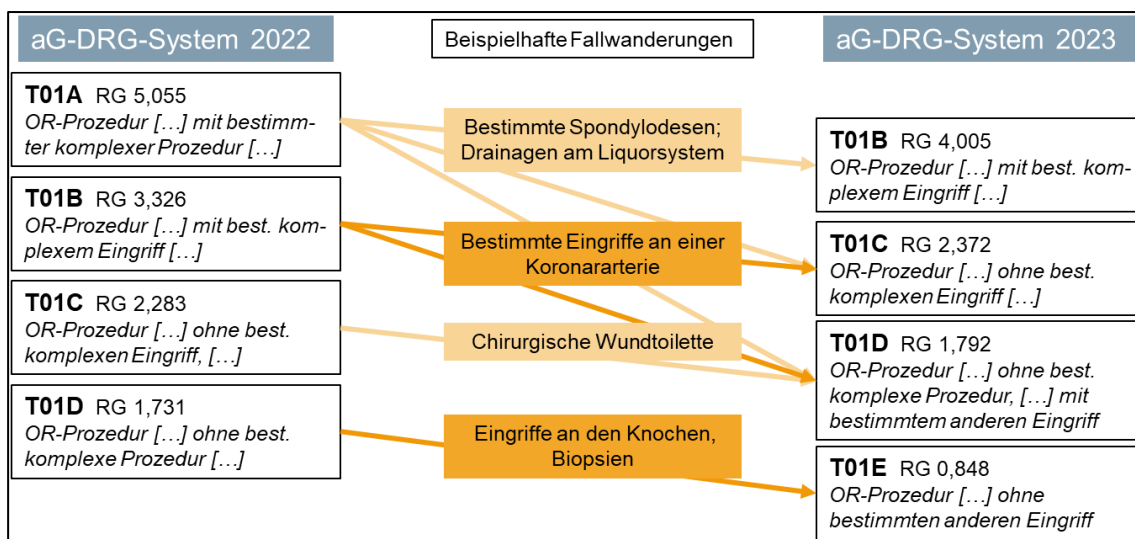


Abbildung 32: Beispielhafte Fallwanderungen innerhalb der Basis-DRG T01

Die konservativ behandelten viralen Erkrankungen sind in der Basis-DRG T63, andere infektiöse und parasitäre Krankheiten in der Basis-DRG T64 abgebildet. In der Basis-DRG T63 wurden Kinder im Alter von unter 14 Jahren mit besonders schweren Erkrankungen, wie z.B. Hantavirus-(Herz-)Lungensyndrom, in die DRG T63A aufgewertet. In der DRG T64A dagegen wurden bestimmte weniger komplexe Diagnosen, wie für arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie, gestrichen und somit aufwandsentsprechend abgewertet.

### 3.3.2.14 Intensivmedizin

Im Rahmen der alljährlichen Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems unterliegt die Analyse intensivmedizinischer Fälle besonderer Betrachtung. Diese werden zum Großteil zu Beginn des DRG-Algorithmus im Zuge der Prä-MDC-Verarbeitung besonders kostenintensiven DRGs zugewiesen. Es handelt sich hier oftmals um Extremkostenfälle, wie beispielsweise intensivmedizinisch behandelte Patienten, Transplantierte oder Langzeitbeatmete.

In den Daten des Jahres 2021 fielen in mehreren DRGs für Langzeitbeatmete beispielsweise Fälle mit Anlage eines Liquorshunts mit hohen Kosten auf. Die entsprechenden Prozeduren wurden aus verschiedenen Basis-DRGs in die DRGs A09A und A09B verschoben und somit ihren Kosten entsprechend aufgewertet (siehe Abbildung 33).

Diese Prozeduren für das Anlegen bestimmter Liquorshunts wurden auch in die Bedingung der DRG A11C *Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit [...]* aufgenommen und somit aufgewertet.

Ebenfalls aufgewertet wurden in der Basis-DRG A11 Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter ab 393 Punkten sowie für Komplexbehandlung bei nicht multiresistenten Erregern ab 20 Behandlungstagen. Weitere Aufwertungen im Zusammenhang mit COVID-19 oder mit der weiter verbesserten Abbildung von Kindern sind in den entsprechenden Kapiteln dieses Abschlussberichts beschrieben.

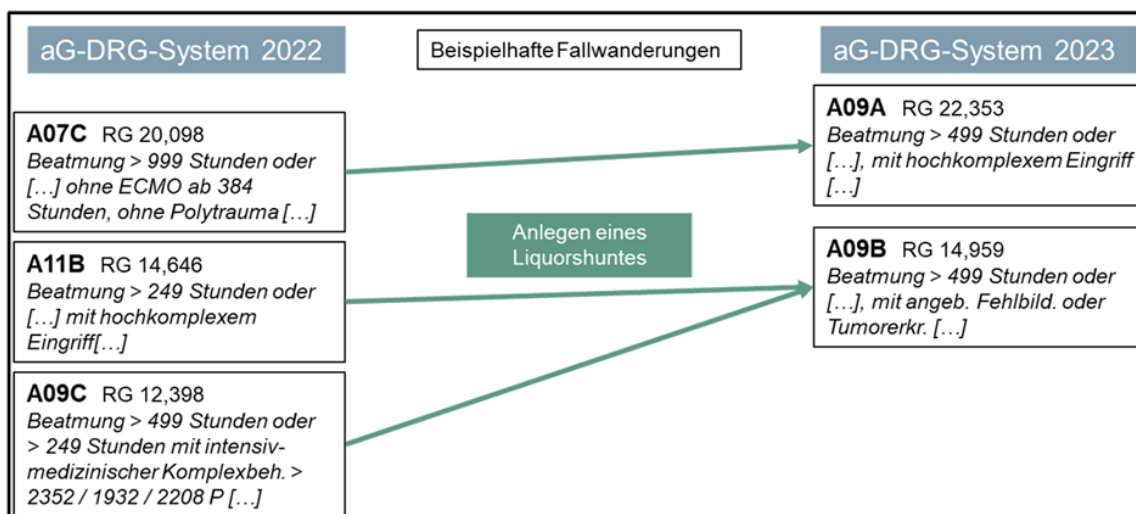


Abbildung 33: Aufwertung von Fällen mit der Anlage eines Liquorshunts innerhalb der Prä-MDC

Bestimmte Prozeduren für die offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen (z.B. für herunterstützende Systeme) wurden aufgrund geringerer Kosten aus der Bedingung der DRG A07A gestrichen und die entsprechenden Fälle abgewertet. Ein fehlender Kostenunterschied war auch der Grund für die Verschiebung der Prozedur für systemische Thrombolyse aus der DRG A13F in die DRG A13G, wo die Fälle sachgerecht abgebildet sind. In beiden Fällen handelt es sich jedoch nicht um Prozeduren, die etwa einen besonders geringen Aufwand bei intensivmedizinisch behandelten Fällen beschreiben würden, sondern um Konstellationen, die in zurückliegenden Jahren im Zuge der Weiterentwicklung des Entgeltsystems aufgrund höherer Kosten aufgewertet wurden, auf Basis der aktuellen Daten jedoch diese höhere Eingruppierung nicht mehr oder nicht in gleichem Maße begründeten.

Auch außerhalb der Prä-MDC existieren spezifische intensivmedizinische DRGs. So werden Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung in der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* in der Basis-DRG I26 abgebildet. Diese bislang nicht unterteilte Basis-DRG wurde für das aG-DRG-System 2023 differenziert, sodass zukünftig Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 784 / 828 / - Aufwandspunkte in die DRG I26A eingruppiert und somit aufgewertet werden. Fälle mit *COVID-19, Virus nachgewiesen* können die DRG I26A bereits mit geringeren Punktwerten (> 588 / 552 / 552) erreichen.

### 3.3.2.15 Kardiologie und Herzchirurgie

Auch in der diesjährigen Weiterentwicklung des DRG-Entgeltsystems wurde eine Vielzahl an Analysen zu Leistungen der Kardiologie und Herzchirurgie durchgeführt. Diese beruhten vielfach auch auf Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren, die für das aG-DRG-System 2023 in nennenswertem Umfang auch im Sinne des Vorschlags umgesetzt werden konnten. Die bereits für 2022 eingeführten Veränderungen innerhalb der MDC 05 für die sachgerechte Eingruppierung von Fällen mit einer COVID-19-Erkrankung im aG-DRG-System bestätigten sich weitgehend, wobei einzelne Präzisierungen notwendig waren.

Eine häufige Anfrage von Fachgesellschaften und Krankenhäusern thematisierte die Aufwertung bestimmter Fälle, die mit hohen Sachkosten einhergehen, wie z.B. die Im-

plantation eines Ereignis-Rekorders und anderer ähnlicher Medizinprodukte. Entsprechende Anfragen aus dem Vorschlagsverfahren konnten auf einer soliden Datengrundlage analysiert werden, trotz der Auswirkungen der Corona-Pandemie und der fallzahlbeeinflussenden Effekte auf das Gesundheitswesen und die Krankenhäuser. Die einzelnen Umbauten im Bereich der Herzchirurgie, Eingriffe an Koronargefäßen und Krankheiten des Kreislaufsystems sind nachfolgend beschrieben. Des Öfteren stellen die Veränderungen die Fortsetzung oder eine Präzisierung von Umbauten aus den Vorjahren dar.

### **Herzchirurgie**

Im aG-DRG-System werden Behandlungsfälle mit chirurgischen Herzklappeneingriffen mit Herz-Lungen-Maschine je nach Behandlungsaufwand in die fünffach ausdifferenzierte Basis-DRG F03 *Andere Herzklappeneingriffe mit Herz-Lungen-Maschine oder pulmonale Endarteriektomie* eingruppiert. Besonders aufwendige Fälle mit komplizierenden Konstellationen oder bestimmten Zweifacheingriffen mit *Ersatz der Aortenklappe durch ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten* werden im aG-DRG-System 2022 der DRG F03A zugeordnet. Zweifacheingriff bedeutet in diesem Zusammenhang, dass neben der Prozedur an der Aortenklappe ein weiterer signifikanter Eingriff erfolgt, etwa an einer anderen Herzklappe oder eine bestimmte aortokoronare Bypass-Operation. Im Vorschlagsverfahren für 2023 wurde wie schon in der Vergangenheit erneut um eine Überprüfung der genannten Fälle mit Zweifacheingriff gebeten und eine Gleichstellung des benannten Verfahrens mit dem Verfahren für einen Aortenklappenersatz durch ein nahtfreies selbstexpandierendes Xenotransplantat vorgeschlagen. In den vergangenen Jahren konnte ebenfalls ausgehend von Hinweisen im Vorschlagsverfahren (bei geringerer Kostendifferenz) der Erlösunterschied zwischen den beiden Verfahren bereits verringert, aber nicht vollständig aufgelöst werden. Die eingehenden Analysen des Jahres 2021 verdeutlichten, dass die oben genannten Behandlungsfälle mit Zweifacheingriff mit geringeren Kosten verbunden waren, als andere Fälle der DRG F03A. Zukünftig werden diese je nach weiterem Eingriff den DRGs F03B oder F03C zugeordnet. Mit dieser Neuordnung konnte der Erlösunterschied der beiden speziellen Verfahren zum Aortenklappenersatz bei Durchführung eines weiteren Eingriffs weiter verringert werden. Ohne weitere Eingriffe sind beide Verfahren im aG-DRG-System 2023 unverändert der DRG F03D zugeordnet.

Ein weiterer Schwerpunkt der diesjährigen Weiterentwicklung innerhalb der Basis-DRG F03 war die Analyse von Fällen mit komplizierenden Konstellationen. Die ursprünglich systemweit einheitliche Funktion „Komplizierende Konstellationen“ wurde in den Vorjahren bereits vielfach DRG-spezifisch präzisiert (siehe dazu auch Kapitel 3.3.2.11), sodass für die DRG F03A die spezifische Funktion „Komplizierende Konstellationen F03“ verwendet wird. Bei der detaillierten Analyse der einzelnen Attribute der genannten Funktion zeigten sich die Codes für bestimmte intermittierende Dialyseverfahren und für kontinuierliche Dialysen bis 24 Stunden sowie die Codes für operative Reanimation und invasives neurologisches Monitoring nicht mehr mit erhöhten Kosten verbunden. Die entsprechenden Behandlungsfälle werden im aG-DRG-System 2023 ihren Kosten entsprechend überwiegend der DRG F03B *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Mehrfacheingriff oder [...] IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder bestimmter anderer komplizierender Konstellation [...] zugeordnet.*

Im Rahmen herzchirurgischer Eingriffe erfolgt im gleichen stationären Aufenthalt häufig die Implantation eines Herzschrittmachers. Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung erfolgte eine eingehende Analyse dieser Behandlungsfälle. Dabei zeigten sich in der DRG F03D Fälle mit Implantation eines Zwei- oder Dreikammer-Herzschrittmachers mit deutlich höheren Kosten verbunden als andere Fälle dieser DRG. Ihren Kosten ent-

sprechend werden diese Fälle zukünftig der DRG F03C zugeordnet (siehe Abbildung 34). Die Durchführung einer diagnostischen Herzkatheteruntersuchung führt im aG-DRG-System 2022 innerhalb der Basis-DRG F03 noch zu einer Aufwertung der jeweiligen Fälle in die DRG F03C. In den Daten des Jahres 2021 waren diese Behandlungsfälle jedoch mit geringeren Kosten verbunden als die übrigen Fälle dieser DRG. Zukünftig werden Fälle mit chirurgischem Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine und einer diagnostischen Herzkatheteruntersuchung sachgerecht der DRG F03D zugeordnet (siehe Abbildung 34).

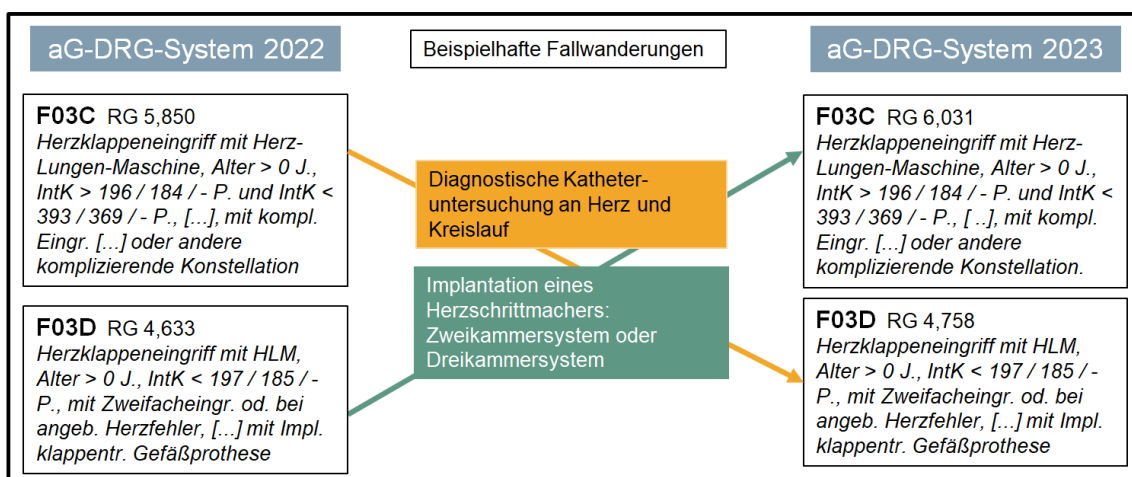


Abbildung 34: Neuordnung von Behandlungsfällen mit Implantation eines Zwei- oder Dreikammer-Herzschrittmachers bzw. mit diagnostischer Herzkatheteruntersuchung innerhalb der Basis-DRG F03

Behandlungsfälle mit kardiothorakalen Eingriffen außer den typischen chirurgischen Herzklappeneingriffen (Basis-DRG F03) bzw. den Bypass-Operationen (Basis-DRG F06) werden im aG-DRG-System den beiden Basis-DGRs F07 *Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine* und F09 *Andere kardiothorakale Eingriffe [...]* zugeordnet. In den Analysen des Jahres 2021 waren bestimmte Fälle der Basis-DRG F07 z.B. mit Verschluss eines erworbenen Vorhofseptumdefektes, mit bestimmten (Peri-) kardiotomien oder mit Exzisionen am Herzen, mit geringeren Kosten verbunden als die übrigen Fälle dieser Basis-DRG. Im aG-DRG-System 2023 sind die entsprechenden Prozeduren deshalb für die Basis-DRG F07 nicht mehr gruppierungsrelevant, die betroffenen Behandlungsfälle werden innerhalb der MDC05 ihren Kosten entsprechend vornehmlich der DRG F09B *Andere kardiothorakale Eingriffe, Alter > 15 Jahre, [...], mit mäßig kompl. kardiothorakalen Eingriffen [...] oder best. kardiothorakalem Eingriff oder best. Perikardektomie bei chron. Perikarditis* neu zugeordnet.

Innerhalb der Basis-DRG F09 *Andere kardiothorakale Eingriffe* zeigten sich in den Daten des Jahres 2021 Behandlungsfälle mit *subtotaler und totaler Perikardektomie (De-kortikation)* in Kombination mit einer Diagnose für *chronische konstriktive Perikarditis* in der DRG F09C mit deutlich höheren Kosten verbunden als andere Fälle der DRG. Im aG-DRG-System 2023 werden entsprechende Fälle aufwandsgerecht der DRG F09B *[...] oder best. Perikardektomie bei chron. Perikarditis* zugeordnet und damit deutlich aufgewertet (siehe Abbildung 35).

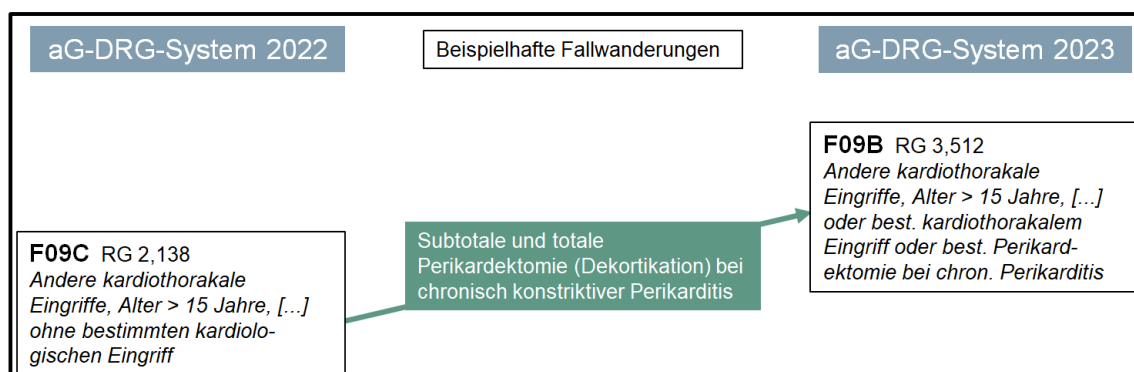


Abbildung 35: Neuzuordnung von Behandlungsfällen mit (sub-)totaler Perikardektomie bei chronischer konstriktiver Perikarditis innerhalb der Basis-DRG F09

### Minimalinvasive Operationen an Herzklappen

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

Minimalinvasive Eingriffe an der Trikuspidalklappe werden im Vergleich zu Eingriffen an den anderen Herzklappen noch eher selten durchgeführt. Aufgrund der dementsprechend geringen Anzahl verfügbarer Daten und einer vor 2021 noch unspezifischen Kodierung werden betroffene Behandlungsfälle im aG-DRG-System 2022 (auch bei Kombinationseingriff) überwiegend der DRG F98C zugeordnet. Erst mit dem OPS Version 2021 wurden spezifische Prozeduren-Kodes zur Differenzierung von endovaskulären Trikuspidalklappenrekonstruktionen etabliert. Dementsprechend konnten im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung erstmals differenziertere Analysen von Behandlungsfällen mit einem minimalinvasiven Eingriff an der Trikuspidalklappe durchgeführt werden. Einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend wurden insbesondere Kombinationseingriffe an mehreren Herzklappen analysiert. Auf den Daten des Jahres 2021 zeigten sich diese Fälle in der DRG F98C mit deutlich höheren Kosten verbunden. Für das aG-DRG-System 2023 erfolgt dementsprechend eine Erweiterung der Bedingung der DRG F36B um die Prozeduren für transvenöse Trikuspidalklappensegelplastik und -anuloplastik und damit eine deutliche Aufwertung der betroffenen Fälle mit Kombinationseingriff (siehe Abbildung 36).



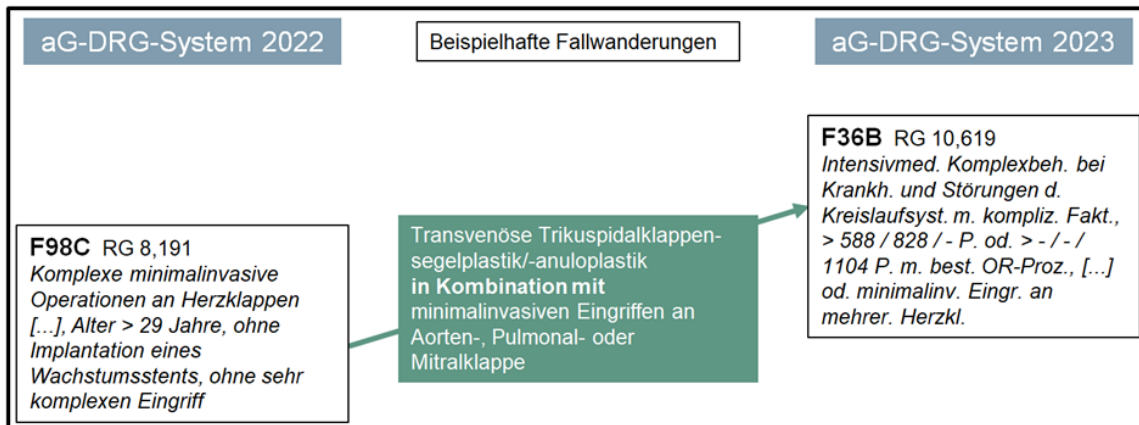


Abbildung 36: Neuordnung von minimalinvasiven Kombinationseingriffen an Herzklappen mit Beteiligung der Trikuspidalklappe

### Eingriffe an Koronargefäßen

Neben einer perkutanen transluminalen Koronarangioplastie (PTCA) werden in den „PTCA“-DRGs der operativen Partition der MDC 05 (siehe Tabelle 17) auch weitere Verfahren zur Rekanalisierung von Koronargefäßen sehr differenziert abgebildet. Die Eingruppierung der Fälle erfolgt unter Berücksichtigung der Komplexität der Eingriffe, wie beispielsweise Einfach- versus Mehrfacheingriffe, und der Haupt- und erschwerenden Nebendiagnosen, wie z.B. einem akuten transmuralen Myokardinfarkt. Besonders aufwendige Fälle mit einem perkutan-transluminalen koronaren Gefäßeingriff, z.B. bei „Komplizierenden Konstellationen“, werden in die Basis-DRG F15 eingruppiert, weniger komplexe Fälle vor allem in die Basis-DRG F58.

Basis-DRG	Name
F15	Perkutane Koronarangioplastie mit komplizierender Konstellation [...]
F24	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention [...]
F52	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose oder intrakoronarer Brachytherapie [...]
F56	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention [...]
F58	Perkutane Koronarangioplastie [...]
F15	Perkutane Koronarangioplastie mit komplizierender Konstellation [...]

Tabelle 17: „PTCA“-DRGs

Im Vorschlagsverfahren wurde thematisiert, dass Fälle mit einer Rekanalisierung von Koronargefäßen durch eine *koronare Lithoplastie* über die bisher innerhalb der „PTCA“-DRGs erfolgte Zuordnung nicht kostengerecht abgebildet seien. Die Fälle seien insbesondere durch den verwendeten, spezifischen Ballon-Katheter mit höheren Sachkosten verbunden als die anderen „PTCA“-Eingriffe.

Die seit dem OPS Version 2019 spezifisch kodierbare koronare Lithoplastie wird seitdem im aG-DRG-System, wie im Vorschlag aufgeführt, analog zu den anderen Rekanalisierungsverfahren in die verschiedenen „PTCA“-DRGs eingruppiert. In den Analysen bestätigten sich insbesondere die hohen, relativ einheitlichen Sachkosten und ein damit verbundener höherer Aufwand der Fälle im Vergleich zu den anderen „PTCA“-Fällen. In Folge wurden für das aG-DRG-System 2023 Fälle der Basis-DRG F58 („einfache PTCA“) mit einer *koronaren Lithoplastie* der Basis-DRG F56B und entsprechende Fälle der Basis-DRG F52, F56 und F24 („komplexe PTCA“) der Basis-DRG F19B kostenentsprechend zugeordnet (siehe Abbildung 37).

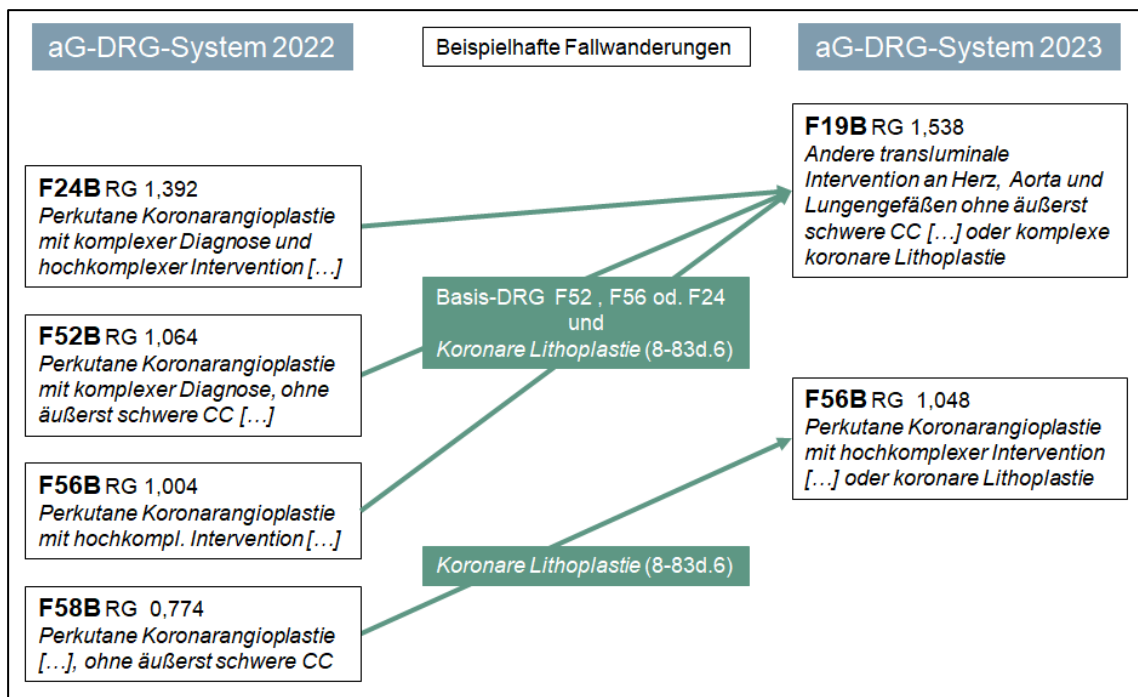


Abbildung 37: Aufwertung von Fällen mit koronarer Lithoplastie

### Weitere Veränderungen im Bereich Kardiologie für 2023

In der Basis-DRG F58 *Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriffen* finden sich Fälle, u.a. Verfahren zum *interventionellen Verschluss einer paravalvulären Leckage unter Verwendung eines Okkluders* (= Reparatur bei „undichter“ künstlicher Herzklappe). Im Vorschlagsverfahren wurde thematisiert, dass entsprechende Fälle in der DRG F58B *Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC* nicht sachgerecht abgebildet seien, und eine Eingruppierung in eine höher bewertete DRG vorgeschlagen. Für das aG-DRG-System 2023 zeigte sich die Neuuzuordnung zur DRG F95B *Interventioneller Septumverschluss oder Verschluss einer paravalvulären Leckage mit kardialem Okkluder [...]* als sachgerecht und damit mit deutlicher Aufwertung der betroffenen Fälle verbunden.

Die Erstimplantation von subkutanen Defibrillatoren wird in der DRG F01C *Impl. Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode [...]* eingruppiert. Seit 2019 ist in der DRG F01E *Impl. Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation oder aufwendige Sondenentfernung [...]* der Aggregatwechsel eines Defibrillators mit subkutaner Elektrode (ohne Änderung der Son-

de) abgebildet. Im Vorschlagsverfahren wurde angemerkt, dass Fälle mit Aggregatwechsel aufgrund hoher Sachkosten teurer sind als andere Fälle der DRG F01E, was die Analyse bestätigte. Für 2023 resultiert daraus eine kostenentsprechende Zuordnung dieser Fälle in die DRG F01C und damit die Gleichstellung zur unverändert dort eingruppierten Erstimplantation.

In der Basis-DRG F49 *Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Herzinfarkt* werden Fälle u.a. mit diagnostischer Katheteruntersuchung an Herz und Kreislauf oder mit kardialen Mapping abgebildet. Im Vorschlagsverfahren wurde thematisiert, dass Fälle mit Anwendung bestimmter diagnostischer Verfahren wie z.B. *Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung (FFRmyo)* oder *Intravaskulärer Ultraschall der Koronargefäße [IVUS]* in Kombination mit einer „komplexen“ Hauptdiagnose, z.B. einer *schweren Linksherzinsuffizienz*, nur in die DRG F49F eingruppiert werden, obwohl durch die Kombination beider Merkmale die Behandlungsfälle deutlich aufwendiger seien. Die Analysen bestätigten die im Vorschlagsverfahren vorgebrachten Hinweise und zeigten die erhöhten Kosten der genannten und weiterer betroffener Fälle, z.B. mit einer Kardioversion oder mit einer Hauptdiagnose für ventrikuläre Tachykardie. Im aG-DRG-System 2023 werden die beschriebenen Behandlungsfälle daher der DRG F49E *Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, [...] mit kardialen Mapping oder bestimmter komplexer Diagnose* zugeordnet und damit deutlich aufgewertet (siehe Abbildung 38).

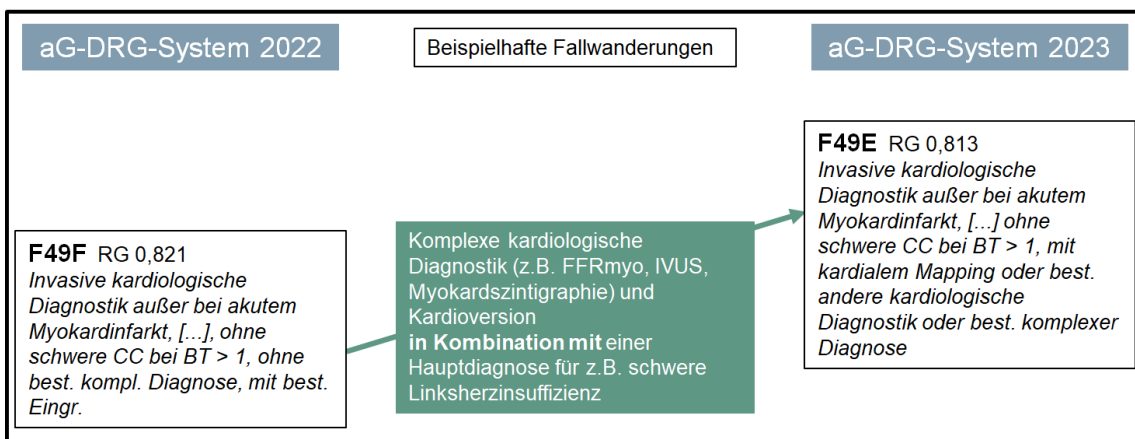


Abbildung 38: Aufwertung von Fällen der DRG F49F mit komplexer kardiologischer Diagnostik und einer Hauptdiagnose für z.B. schwere Linksherzinsuffizienz

In einem weiteren Vorschlag zur Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems 2023 aus dem Themenbereich Kardiologie wurde thematisiert, dass Behandlungsfälle mit einer Diagnose für einen angeborenen Herzfehler und einer ablativen Maßnahme bei Herzrhythmusstörungen innerhalb der Basis-DRG F50 *Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen* nicht sachgerecht abgebildet seien. Obwohl die Mehrzahl der Behandlungsfälle bereits über einen Alterssplit höher eingruppiert ist, bestätigten die Analysen der Daten des Jahres 2021 den im Vorschlag beschriebenen Aufwand der betroffenen Fälle und zeigten, dass diese mit deutlich höheren Kosten verbunden waren. Im Ergebnis erfolgt im aG-DRG-System 2023 eine altersunabhängige Zuordnung von Fällen mit bestimmten angeborenem Herzfehler zur DRG F50A *Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit hochkomplexer Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen [...] oder best. angeb. Herzfehler oder [...]*, die damit deutlich aufgewertet wurden (siehe Abbildung 39).

Darüber hinaus zeigten sich innerhalb der Basis-DRG F50 Behandlungsfälle von Jugendlichen im Alter von 16 und 17 Jahren mit komplexen ablativen Maßnahmen, die im aG-DRG-System 2022 der DRG F50B zugeordnet sind, unabhängig von der Diagnose ebenfalls mit höheren Kosten verbunden. Für 2023 erfolgt eine Zuordnung der Fälle zur DRG F50A *Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit hochkomplexer Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen [...] oder mit kompl. Ablation, Alter < 18 Jahre* (siehe Abbildung 39).

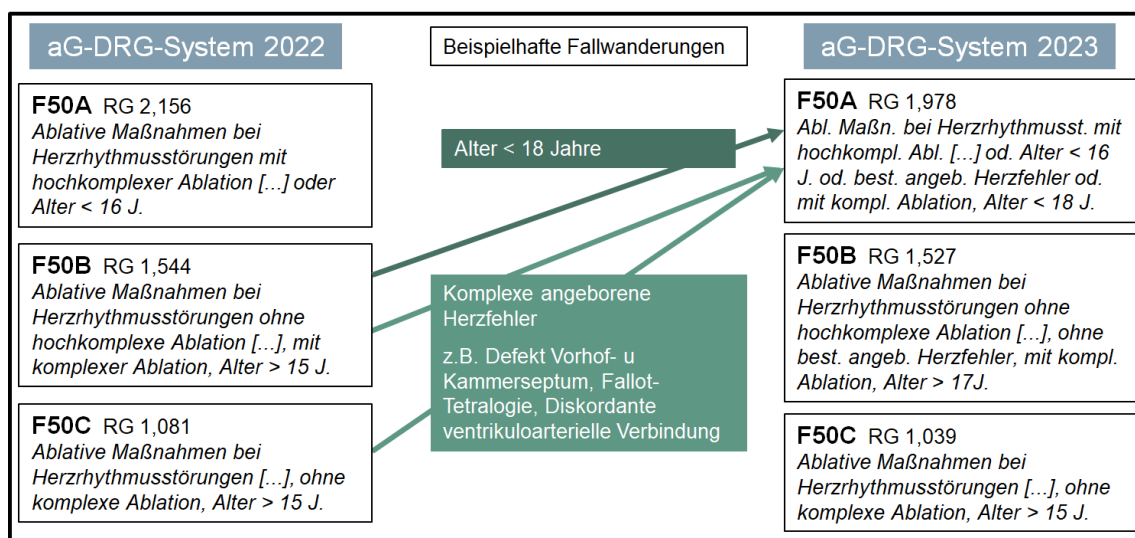


Abbildung 39: Beispielhafte Fallwanderungen innerhalb der Basis-DRG F50 für das aG-DRG-System 2023

In der MDC 05 werden Fälle ohne chirurgische oder interventionelle Eingriffe oder Diagnostik in der medizinischen Partition eingeordnet. Die Hauptdiagnosen dienen dort als primäres Eingruppierungsmerkmal im Rahmen einer konservativen Behandlung für kardiologische und angiologische Fälle. Bei den internen Analysen für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems 2023 zeigten sich innerhalb der medizinischen Partition einige dieser Fälle bei bestimmten, häufig unspezifischen Hauptdiagnosen mit überwiegend geringeren Kosten verbunden als die übrigen Fälle der jeweiligen DRG.

Innerhalb der Basis-DRG F61 *Infektiöse Endokarditis* werden Fälle mit einer komplizierenden Diagnose oder mit komplizierender Konstellation der DRG F61A zugeordnet. Die Analysen der Daten des Jahres 2021 zeigten, dass bestimmte Fälle mit nicht näher bezeichneten oder sonstigen intrazerebralen Blutungen (Großhirnhemisphäre) oder mit Embolie und Thrombose sonstiger und nicht näher bezeichneter Arterien mit geringeren Kosten verbunden waren als andere Fälle der DRG. Für das aG-DRG-System 2023 gelten die entsprechenden Diagnosen in der Basis-DRG F61 nicht mehr als komplizierende Diagnose.

Aufgrund geringer Kostenunterschiede auf Basis der Daten des Jahres 2021 erfolgt für das aG-DRG-System 2023 eine Kondensation der DRG F75C und der DRG F75D. Zukünftig erfolgt eine Eingruppierung betroffener Fälle in die DRG F75C *Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre und Alter < 16 Jahre, ohne schwere CC oder Alter > 15* (siehe Abbildung 40).

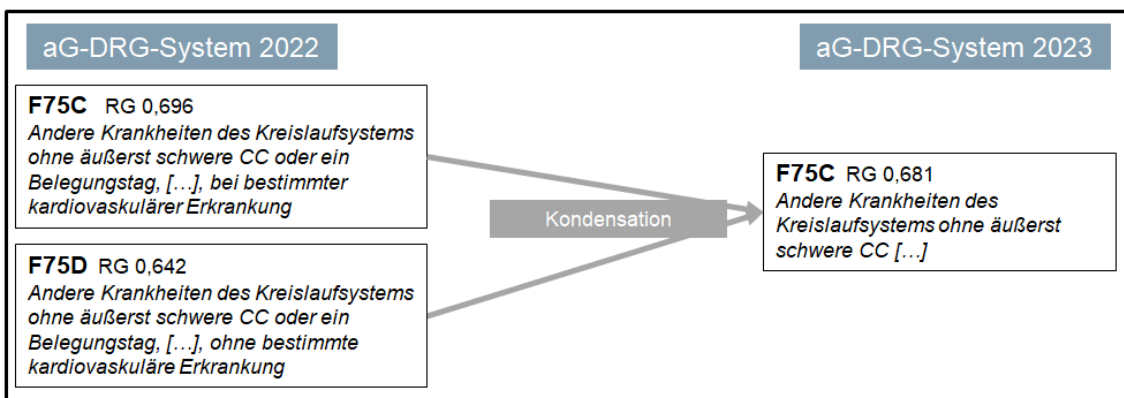


Abbildung 40: Kondensation der DRGs F75C und F75D zur F75C

### 3.3.2.16 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane

Auf Basis des diesjährigen Vorschlagsverfahrens erfolgten innerhalb der MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* eine Reihe von Umbauten zur Verbesserung der Abbildung von Fällen mit operativen Eingriffen. Ein anderer Schwerpunkt lag auch in diesem Jahr auf der Verbesserung der Abbildung von Fällen mit COVID-19. Dies führte in diesem Jahr im Wesentlichen zu Änderungen innerhalb der medizinischen Partition der MDC 04.

#### **Operative Partition**

Fälle mit operativen und interventionellen Verfahren aus dem Bereich der Thoraxchirurgie und Pneumologie werden innerhalb der MDC 04 vor allem in den DRGs

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

abgebildet, wobei Fälle mit aufwendigerer chirurgischer Behandlung bei Neubildungen an Lunge und Bronchialsystem vor allem den Basis-DRGs E01 und E05 zugeordnet werden.

Innerhalb der Basis-DRG E01 zeigten sich Fälle mit einigen Verfahren zur erweiterten Lobektomie und Bilobektomie der Lunge, z.B. mit intraperikardialer Gefäßresektion, mit geringeren Kosten verbunden als die übrigen Fälle der jeweiligen DRG, sodass für 2023 eine kostenentsprechende Abwertung dieser Fälle zur DRG E06A *Andere Lungenresektionen [...]* oder *Eingriff am Thorax mit äußerst schweren CC oder bestimmte Lobektomie* erfolgte.

Die operative Behandlung von Fällen mit einer Hirnmetastase (bei Hauptdiagnose Bronchial-Ca.) wird vor allem in der Basis-DRG E05 abgebildet. Bei bestimmten intrakraniellen Eingriffen zeigten sich diese Fälle innerhalb der DRG E05C mit höheren Kosten verbunden, sodass entsprechende Fälle zukünftig der DRG E05B zugeordnet werden (siehe Abbildung 41).

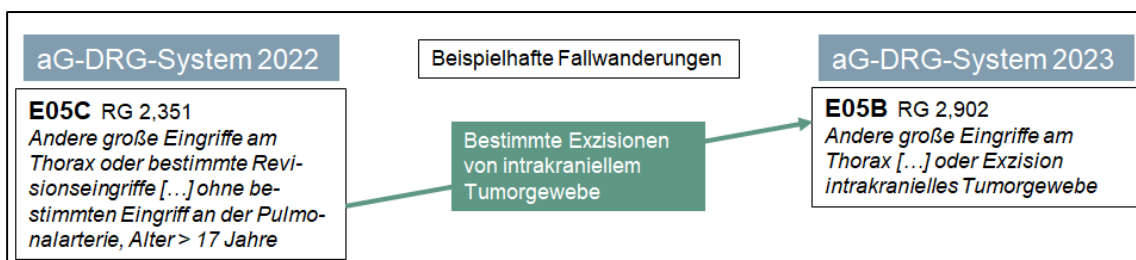


Abbildung 41: Aufwertung von Fällen mit bestimmten Exzisionen von intrakraniellm Tumorgewebe

Weniger komplexe chirurgische sowie interventionelle Eingriffe werden vor allem in der Basis-DRG E06 *Andere Lungenresektionen [...]* und der „Reste“-DRG E02 *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen* abgebildet.

Im Vorschlagsverfahren wurde ein vergleichsweise hoher Aufwand für Verfahren zur offen chirurgischen Stabilisierung der Thoraxwand durch Reposition und Osteosynthese, auch in Abhängigkeit vom eingesetzten Osteosynthesematerial, thematisiert. Die entsprechenden Fälle werden im aG-DRG-System 2022 in die Basis-DRG E06 *Andere Lungenresektionen, bestimmte Eingriffe an Thoraxorganen, Thoraxwand, Gefäßsystem oder Mediastinum* eingruppiert. Ohne weitere komplizierende Faktoren oder Eingriffe erfolgt die Eingruppierung mehrheitlich in die DRG E06C.

In den Analysen erwiesen sich Fälle mit Reposition und Osteosynthese ab 3 betroffenen Rippen innerhalb der DRG E06C insbesondere in der Kostenstellengruppe 4 (OP-Bereich) als mit deutlich höheren Kosten verbunden als die übrigen Fälle der DRG.

Für das aG-DRG-System 2023 erfolgte eine Aufwertung dieser Fälle in die DRG E06B (siehe Abbildung 42).

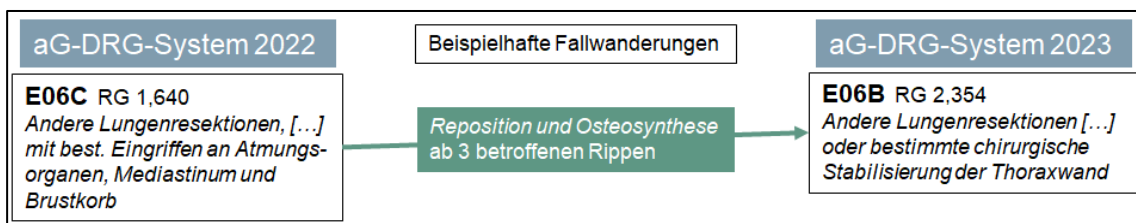


Abbildung 42: Aufwertung von Fällen mit Reposition und Osteosynthese ab 3 betroffenen Rippen

Fälle mit bestimmten Exzisionen einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße zeigten sich innerhalb der DRG E02C *Andere OR-Prozeduren [...] oder anderem mäßig kompl. Eingr. oder Alter < 18 J.* in den Kalkulationsdaten des Jahres 2021 als nicht mehr mit entsprechend hohen Kosten verbunden, sodass für das aG-DRG-System 2023 diese Fälle der DRG E02D *Andere OR-Prozeduren [...] ohne anderen mäßig kompl. Eingriff* zugeordnet wurden. Die Trennung der beiden „Ein-Belegungstag“-DRGs E02E und E02F erwies sich bei geringer Fallzahl und ähnlichen Kosten als nicht mehr sachgerecht, sodass für 2023 eine Kondensation beider DRGs zur DRG E02E *Andere OR-Prozeduren [...] ein Belegungstag* erfolgte (siehe Abbildung 43).

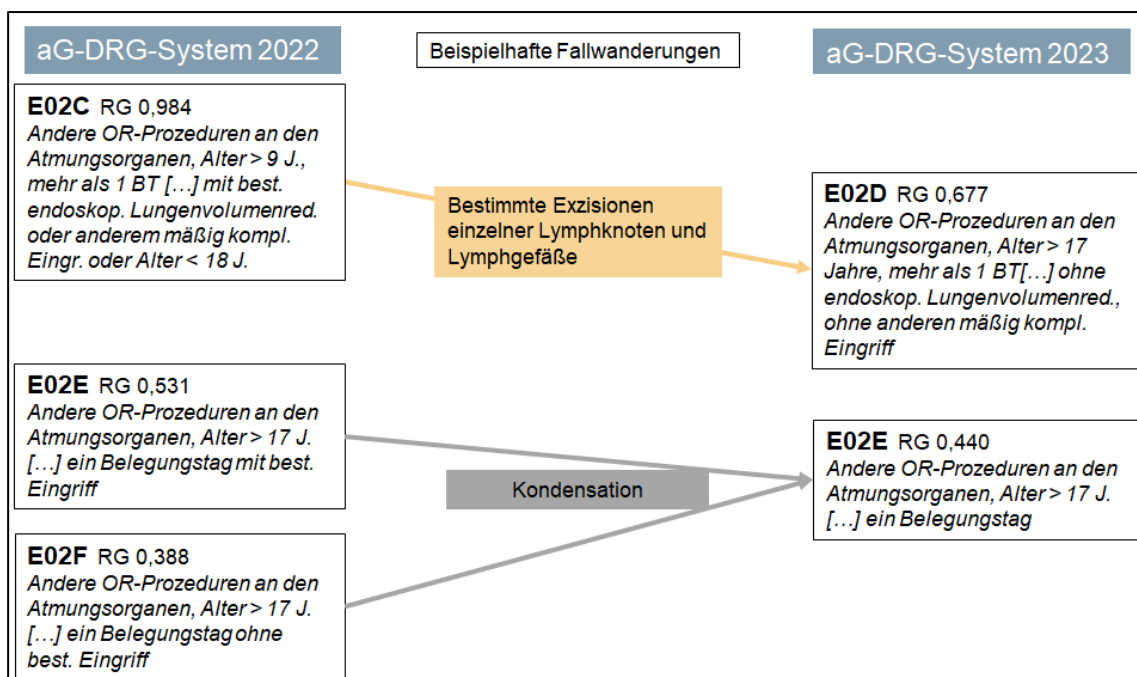


Abbildung 43: Umbauten der „Reste“-DRGs in der Basis-DRG E02

### Medizinische Partition

Neben der Überprüfung der COVID-Umbauten (siehe Kapitel 3.3.2.1) erfolgten innerhalb der medizinischen Partition der MDC 04 weitere Umbauten auf Basis der systemweiten Analysen und Veränderungen von Funktionen (siehe 3.3.2.11).

Des Weiteren erfolgte eine

- Aufwertung von Fällen der DRG E64A mit Alter < 16 Jahre durch Erweiterung der Bedingungen der Basis-DRG E60
- Aufwertung von Fällen der DRG E78Z mit Alter < 16 Jahre durch Erweiterung der Bedingungen der Basis-DRG E63
- Aufwertung von Fällen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter ab 197 Aufwandspunkten aus der DRG E77D in die DRG E77C
- Aufwertung von Fällen mit einer Diagnose für invasive Aspergillose der Lunge aus der DRG E77C in die DRG E77B

### 3.3.2.17 Neurologie und Neurochirurgie

Im Rahmen des strukturierten Dialogs gingen nur vereinzelt Vorschläge zu den DRGs der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* ein. Einer dieser Vorschläge bat um Analyse bestimmter Fälle mit der endoskopischen Entleerung eines intrazerebralen Hämatoms, denn bei der Vorgehensweise mit einer geräteassoziierten mechanischen Fragmentation handele es sich um ein aufwendiges und vergleichsweise teures Verfahren. Tatsächlich waren diese Fälle mit höheren Kosten assoziiert, sodass die entsprechenden Prozeduren aus der Basis-DRG B20 *Kraniotomie [...]* in die Basis-DRG B02 *Komplexe Kraniotomie [...]* verschoben, ihren Kosten entsprechend aufgewertet und der Vorschlag umgesetzt werden konnte.

Aber auch innerhalb der Basis-DRG B20 wurden Anpassungen am Algorithmus vorgenommen. Zwar konnte ein Vorschlag der Fachgesellschaft zur Etablierung von Zusatzentgelten für die selektive Embolisation mit Flüssigkeiten anhand der Daten des Jahres 2021 nicht umgesetzt werden, die Verwendung von Triiodophenol-(Lactid-Co-Glykolid)-Acrylat zur selektiven Embolisation wurde jedoch der Verwendung von Ethylenvinylalkohol-Copolymer gleichgestellt und den DRGs B20B und B20C zugeordnet, somit aufgewertet und eine Lösung im Sinne des Vorschlagenden etabliert.

Einige Analysen zeigten allerdings auch Konstellationen, die ihre Eignung als Kostentrenner auf Basis der Kalkulationsdaten des Jahres 2021 nicht mehr erfüllten. So wurde die Prozedur für die Exzision von Tumorgewebe an Kalotte und Hirnhäuten aus den DRGs B20A und B20B in die DRG B20D verschoben und somit abgewertet. Ebenso wurden die Prozeduren für die (perkutan-)transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei intrakraniellen Aneurysmen entsprechend ihren Kosten innerhalb der Basis-DRG B20 neu zugeordnet.

Die Basis-DRG B04 bildet Operationen an den extrakraniellen Gefäßen ab und ist mehrfach differenziert, wobei die Eingruppierung u.a. davon abhängig ist, ob ein Eingriff interventionell oder beidseitig durchgeführt wird. Gewisse perkutan-transluminale Interventionen, z.B. Ballon-Angioplastien, wiesen in den Daten des Jahres 2021 nicht mehr so hohe Kosten auf wie vergleichbare andere Verfahren, sodass diese Prozeduren ihren Kosten entsprechend innerhalb der Basis-DRG B04 neu zugeordnet wurden.

Viele Fälle mit Eingriffen an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems werden in die fünf DRGs der Basis-DRG B17 eingruppiert. Hier wurde analysiert, ob der kostentrennende Effekt der zahlreichen als Splitkriterien genutzten Attribute nach wie vor existiert. Letztlich wurden einige Präzisierungen vorgenommen und sowohl Auf- als auch Abwertungen innerhalb dieser Basis-DRG umgesetzt.

Intraoperatives Monitoring steht – zumal ab einer Dauer von mehreren Stunden – neben einer langen Dauer der Operation zumeist auch für einen komplexen Eingriff und somit höhere Kosten. Die entsprechenden Prozeduren für intraoperatives neurophysiologisches Monitoring mit mehr als 4 Stunden wurden in die Bedingung der DRG B17B aufgenommen und somit innerhalb der Basis-DRG B17 aufgewertet.

Ein weiterer Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren beschrieb einen komplexen neurochirurgischen Eingriff und bat um eine Analyse der Abbildung der entsprechenden Konstellation. Diese Fälle mit operativer Behandlung bei Fazialisparese mittels einer hypoglosso-fazialen Anastomose wiesen in der DRG B17C *Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und and. Teilen des Nervensystems [...]* im Vergleich zu den anderen Fällen der DRG tatsächlich höhere Kosten auf. Die entsprechende Prozedur wird – ebenso wie die für die interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation am Bein – künftig ebenfalls in der DRG B17B sachgerecht abgebildet.

Weitere Eingriffe, wie die Biopsie mediastinaler Lymphknoten bzw. Exzision von Gewebe von Plexus brachialis oder lumbosacralis, wurden ebenfalls innerhalb der Basis-DRG B17 kostenentsprechend aufgewertet, wogegen Prozeduren für bestimmte Nähte von Nerven und Nervenplexus aus der DRG B17C in die DRG B17D verschoben wurden. Auch aus der Bedingung der DRG B17D wurden bestimmte wenig komplexe Eingriffe, wie z.B. lokale kleinflächige Lappenplastiken, gestrichen und abgewertet.

In der medizinischen Partition der MDC 01, in der Basis-DRG B72, finden sich Fälle mit einer Infektion des Nervensystems, wobei die am höchsten bewertete DRG B72A Kindern unter 16 Jahren vorbehalten war. Fälle mit einer Enzephalitis durch Herpesviren oder Zoster-Enzephalitis in Kombination mit einer intensivmedizinischen Komplexbe-



handlung wurden nun gemäß ihren Kosten ebenfalls dieser DRG B72A zugeordnet und damit dem erhöhten Aufwand bei der Behandlung dieser seltenen, aber komplexen Fälle Rechnung getragen.

Die konservative Behandlung intrakranieller Verletzungen wird über die Basis-DRG B78 abgebildet. Kinder im Alter unter 6 Jahren und Fälle mit komplexen Diagnosen, wie traumatischer subarachnoidaler Blutung oder Hirnödemen, waren bislang der DRG B78A zugeordnet. In der Analyse der Daten des Jahres 2021 fanden sich auch intensivmedizinisch behandelte Fälle mit vergleichsweise hohen Kosten, die künftig ebenfalls in die höher bewertete DRG B78A eingruppiert werden.

Die Abbildung konservativer Behandlungen von Neubildungen des Nervensystems erfolgt über die Basis-DRG B66. Bestimmte Diagnosen für gutartige Neubildungen oder Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des Gehirns und des Zentralnervensystems wurden aufgrund geringerer Kosten aus der DRG B66C gestrichen, die Behandlung dieser Fälle ist zukünftig sachgerecht in der DRG B66D abgebildet.

### 3.3.2.18 Schlaganfallbehandlung

Die *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* dient im aG-DRG-System seit Jahren als Kostentrenner. Neben der Definition in den spezifischen Basis-DRGs B39 *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur* und B70 *Apoplexie* werden die entsprechenden Prozeduren auch systemweit als Kriterium genutzt.

Eine Analyse der entsprechenden Fälle wird regelmäßig bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems durchgeführt, unter besonderer Berücksichtigung der verschiedenen für die Behandlung auf einer „Stroke Unit“ verwendbaren Prozedurenkodes:

- *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-981.\*)*
- *Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-98b.\*)*

Dabei ist die Kodierung an verschiedene Voraussetzungen bezüglich apparativer und personeller Ausstattung und Qualifikationen der behandelnden Schlaganfalleinheit geknüpft. Weiterhin sind die Codegruppen anhand der Dauer der Behandlung differenziert, die Prozeduren für *Andere neurologische Komplexbehandlung* zusätzlich nach der Möglichkeit zur Anwendung eines Telekonsildienstes.

Im OPS Version 2021 hat das BfArM die Codes für die *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* nun weiter differenziert. Dabei wurde eine Unterteilung der Codes nach der Behandlung auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) und mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen vorgenommen. Eine Kodierung setzt das Vorhandensein genau definierter Merkmale voraus, z.B. zur Qualifikation des ärztlichen Dienstes (u.a. Rufbereitschaft Neurochirurgie).

Diese Fälle mit den neuen, differenzierten OPS-Kodes waren in den Kalkulationsdaten des Jahres 2021 erstmals analysierbar. Die Unterschiede bezüglich der geforderten Mindestmerkmale der einzelnen Codes ließen einen Kostenunterschied zwischen den entsprechend dokumentierten Fällen vermuten, zusätzlich deuteten externe Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren auf eine mögliche unterschiedliche Kostenstruktur der verschiedenen Fallkollektive mit höheren Kosten bei kontinuierlicher Möglichkeit zu Thrombektomien bzw. intrakraniellen Eingriffen hin. In der konservativen Basis-DRG B70 *Apoplexie* zeigte die Analyse tatsächlich bereits im ersten Jahr der Erfassung deut-

liche Kostenunterschiede, sodass zunächst die Prozedur für die Behandlung auf einer Einheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien mit mehr als 96 Stunden in die DRG B70A aufgenommen wurde und die Fälle somit deutlich besser gestellt wurden. Die Prozedur für Neurologische Komplexbehandlung auf einer Schlaganfalleinheit ohne Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und mindestens 24 bis höchstens 48 Stunden wurde aus der DRG B70C in die DRG B70D verschoben (siehe Abbildung 44).

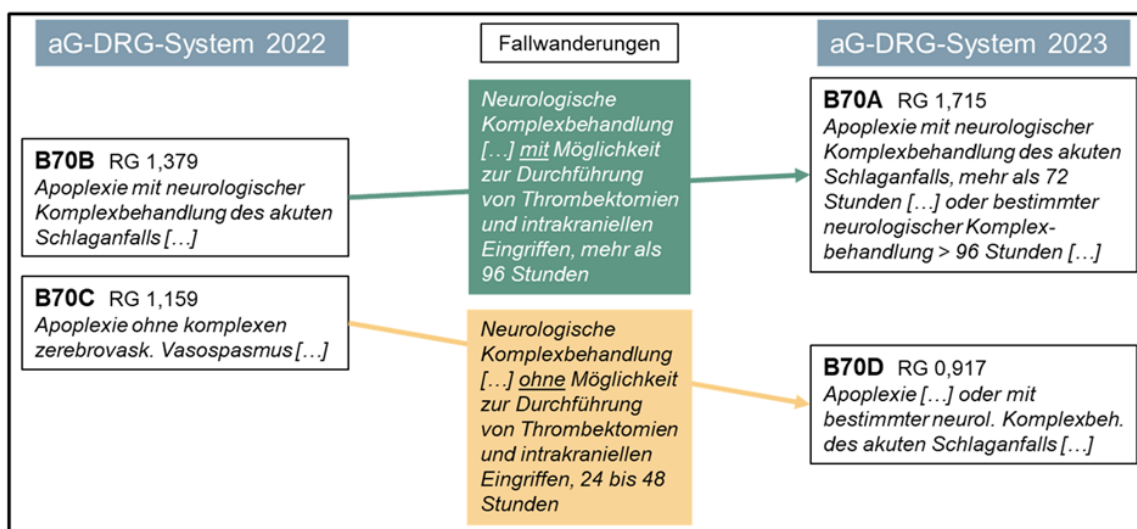


Abbildung 44: Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls in der Basis-DRG B70

In der Basis-DRG B02 *Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation*, die hochkomplexe neurochirurgische Eingriffe abbildet, wurden Fälle mit einer *Neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen mit mehr als 96 Stunden gemäß ihren Kosten aus der DRG B02E in die DRG B02D aufgewertet.

Auch in den kommenden Jahren wird die Analyse dieser komplexen Leistungen weiterhin Thema bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems bleiben.

### 3.3.2.19 Onkologie

Die im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems in der MDC 17 vorgenommenen Anpassungen beruhten überwiegend auf internen Analysen.

Ein Hinweis zur Abbildung von onkologischen Patienten wurde im Vorschlagsverfahren eingebracht bezüglich der Eingruppierung von Fällen, die gezielt zur Bestrahlung oder Resektion von Hirnmetastasen aufgenommen werden, bei denen aber das primäre Malignom als Hauptdiagnose anzugeben ist. Die Eingruppierung erfolgt dann in die MDC, in der der Primärtumor als Hauptdiagnose abgebildet ist, also unter Umständen auch in die MDC 17. Im Vergleich zu ähnlichen Fällen der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* bestünden bei diesen Fällen jedoch höhere Kosten. Es wurde daher angeregt, die beschriebenen Fälle unabhängig von der Hauptdiagnose einzugruppieren. Ausgehend von diesen Hinweisen wurden die Prozeduren für Bestrahlung und Resektion von intrakraniellem Gewebe in Zusammenhang mit der beschriebenen Fallkonstellation analysiert. Dies führte zu einer Aufwertung von Fällen mit einer Exzision von intrazerebralem Tumorgewebe und von Tumorgewebe der Hirnhäute, die sich in der DRG R01C *Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst*

*schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur, ohne aufwendigen Eingriff an der Wirbelsäule* kostenauffällig zeigten. Ab dem aG-DRG-System 2023 werden diese Fälle der DRG R01B [...], *mit aufwendigem Eingriff an Wirbelsäule oder Gehirn* zugeordnet und damit deutlich aufgewertet.

Zusätzlich ergaben in der Basis-DRG R01 *Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren* auch interne Analysen, dass bestimmte Eingriffe mit geringeren Kosten verbunden waren:

- Bestimmte Prozeduren für therapeutische Drainage des Bauchraumes und von anderen Organen und Geweben
- Inguinale Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff
- Bestimmte radikale zervikale Lymphadenektomien
- Implantation, Revision und Entfernung eines Katheterverweilsystems
- Laparoskopie mit Drainage

Die betroffenen Fälle werden zukünftig aufwandsgerecht in der Basis-DRG R11 *Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren* abgebildet.

Analysen zur Abbildung von Fällen in medizinischen Basis-DRGs der MDC 17 führten sowohl zur Aufwertung als auch zur Abwertung bestimmter Diagnosen oder Verfahren. So werden Fälle mit einer Nebendiagnose für *Disseminierte Herpesvirus-Krankheit* (ICD-10-GM B00.7) zukünftig nicht mehr in der DRG R61A *Lymphom und nicht akute Leukämie mit Sepsis oder bestimmter komplizierender Konstellation oder mit Agranulozytose [...]* abgebildet. Hingegen waren Fälle mit einer arzneimittelinduzierten Agranulozytose und Neutropenie mit kritischer Phase von 4 bis unter 7 Tagen in der DRG R61G *Lymphom und nicht akute Leukämie oh. best. kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, Alter < 16 J. od. mit kompl. Diag. od. kompliz. Prozedur [...]* mit höheren Kosten verbunden und werden zukünftig der DRG R61F *Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, mit kompl. Diagnose od. kompliz. Prozedur [...]* zugeordnet und damit aufgewertet.

In der Basis-DRG R62 *Andere hämatologische und solide Neubildungen* wurden Fälle mit einer Dialyse bisher in die DRG R62A *Andere hämatologische und solide Neubildungen mit kompliz. Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder mit Knochenaffektionen [...]* eingruppiert. Dort waren sie allerdings im Vergleich zu den übrigen Fällen dieser DRG mit geringeren Kosten verbunden. In der aG-DRG-Version 2023 werden Fälle mit Dialyse daher nur noch in Kombination mit anderen Attributen wie z.B. bestimmten komplizierenden Diagnosen oder einer komplizierenden Konstellation in der DRG R61A abgebildet und ansonsten überwiegend der DRG R62B *Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne kompliz. Diagnose, ohne Portimplantation, [...] oder äußerst schweren CC oder Dialyse [...]* zugeordnet.

### **Funktion „Komplizierende Konstellationen“**

Die Funktionen der Gruppe „Komplizierende Konstellationen“ (KK) werden im G-DRG-System häufig genutzt, um die individuelle Erkrankungsschwere an Stellen im G-DRG-Algorithmus, an denen einzelne Prozeduren und Nebendiagnosen die Unterschiede nicht mehr beschreiben können, abzubilden. Als „Komplizierende Konstellationen“ zählen u.a. auch die Gabe von Blutprodukten und Plasma sowie Plasmapheresen. In der MDC 17 wird diese Gruppe von Funktionen hauptsächlich für die Definition von medizinischen DRGs verwendet. In bestimmten DRGs waren Fälle mit geringeren Kosten verbunden, deren Prozeduren zu den Definitionsmerkmalen dieser Funktionen zählen. In

der Funktion „Komplizierende Konstellationen R61“ waren dies Prozeduren für die Transfusion von 5 bis 7 (5 bis 6 bei patientenbezogenen) Thrombozytenkonzentraten, die zukünftig demzufolge nicht mehr Bestandteil der Definition dieser Funktion sind. Darüber hinaus wurde in diesen Funktionen systemweit die Definition hinsichtlich bestimmter Prozeduren, z.B. für die Gabe von Blutprodukten, Plasma und Plasmapheresen, sowie bestimmte Dialyseverfahren angepasst, was auch Auswirkungen auf die Eingruppierung von Fällen in der MDC 17 hatte. Detaillierte Informationen dazu finden sich in Kapitel 3.3.2.11.

### 3.3.2.20 Operative Gynäkologie

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

Im Fokus stand dabei u.a. erneut die Basis-DRG N02 *Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien [...] bei bösartiger Neubildung [...]*, die anhand des PCCL und bestimmter Eingriffe in vier Schweregrade differenziert ist. In dieser Basis-DRG werden sowohl Hysterektomien und andere Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung als auch bestimmte Darmresektionen und Enterostomaanlagen sowie rekonstruktive Eingriffe an Vagina und Vulva abgebildet. Mit den diesjährigen Analysen wurden damit die Analysen der letzten Jahre in der Basis-DRG N02 fortgesetzt und bestimmte Fallkonstellationen, die sich als nicht sachgerecht abgebildet zeigten, für die aG-DRG-Version 2023 aufwandsentsprechend von der DRG N02C *Eingriffe an Uterus und Adnexen od. best. Hernien [...], ohne kompl. Eingriff, mit mäßig kompl. Eingriff* in die DRG N02D [...], *ohne komplexen Eingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff* neu zugeordnet. Dazu zählen u.a. folgende Leistungen:

- Inguinale offen chirurgische Lymphadenektomien als selbständiger Eingriff
- Omentumresektion
- Partielle Peritonektomien
- Laparoskopische Ureterolysen
- Rückverlagerung bestimmter Enterostomata
- Bestimmte subtotale Uterusexstirpationen
- Partielle Vulvektomien mit Entfernung von mindestens der Hälfte der Vulva
- Bestimmte Eingriffe am Ovar wie z.B. die Beseitigung einer Torsion oder die Keilexzision des Ovars
- Bestimmte Salpingotomien und Exzisionen/Destruktionen von erkranktem Gewebe der Tuba uterina

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

- Für Fälle der MDC 13 wurde die Definition der Funktion „Multiviszeraleingriff“ präzisiert. Zukünftig wird eine Uterusexstirpation mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation mit beidseitiger Salpingoovariektomie nicht mehr im Rahmen dieser Funktion für die MDC 13 gewertet. Die betroffenen Fälle wurden damit aus der DRG N01A *Beckeneviszeration bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC*,

*ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraleingriff in die DRG N01B [...], ohne Multiviszeraleingriff abgewertet.*

- In der DRG N34Z *Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* zeigte sich, dass bestimmte Prozeduren für eine laparoskopische und offen chirurgische Segmentresektion des Dünndarms und (Teil-)Resektion des Ileums sowie bestimmte partielle Resektionen des Dickdarms mit geringeren Kosten verbunden waren. Diese Leistungen werden ab 2023 in der DRG N02B abgebildet.
- Bei Fällen mit einer Hysterektomie mit Plastik außer bei bösartiger Neubildung, die bisher der DRG N14Z *Hysterektomie auß. bei BNB m. Beckenbodenpl. od. Brachytherapie b. Krankh./Stör. weibl. Geschlechtsorg., > 1 BT, m. auß. schw. CC [...]* zugeordnet wurden, zeigten sich bestimmte (subtotale) Uterusexstirpationen und eine Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele) ohne alloplastisches Material als nicht sachgerecht vergütet. Ab 2023 werden die betroffenen Fälle der DRG N06Z *Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen [...]* zugeordnet und damit abgewertet.

Eine systemweite Analyse der Abbildung von Kindern ergab in MDC 13, dass Kinder unter 14 Jahren in der DRG N25Z *Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen [...]* nicht sachgerecht abgebildet waren. Ab 2023 werden die betroffenen Fälle der DRG N08Z *Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Eingriffe an Uterus und Adnexen [...], Alter < 14 Jahre* zugeordnet und damit aufgewertet.

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens wurde die Abbildung von Fällen mit einer Radiofrequenzablation von erkranktem Gewebe des Uterus mit intrauteriner Ultraschallführung (OPS 5-681.68) thematisiert. Die Eingruppierung dieser Fälle in die DRG N25Z sei nicht sachgerecht und sollte stattdessen in die DRG N02B erfolgen. Die diesbezüglich durchgeführten Analysen führten für die aG-DRG-Version 2023 zu einer Aufwertung dieser Leistung in die DRG N23Z *Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukleation.*

### 3.3.2.21 Polytrauma

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

Basierend auf Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren und internen Analysen der Kalkulationsdaten 2021 wurden für das aG-DRG-System 2023 nur einzelne Veränderungen in der MDC 21A vorgenommen.

Im Vorschlagsverfahren wurde bezüglich der Diagnose *Multiple Frakturen der Brustwirbelsäule* (S22.1) darauf hingewiesen, dass gemäß DKR 1911 und dem Exklusivum unter S22.1 die Angabe von Codes für multiple Verletzungen/Frakturen unzulässig ist, wenn lokalisationspezifischere Codes zur Verfügung stehen. Deswegen sollten entsprechende einzelne Codes aus dem Codebereich *Fraktur eines Brustwirbels* (S22.0.-) zur Kodierung multipler Frakturen der Wirbelsäule verwendet werden und nicht der Code S22.1. Im Gegensatz zur lokalisationspezifischen Kodierung über den Codebereich S22.0 seien Fälle mit *Multiplen Frakturen* der Brustwirbelsäule innerhalb der Basis-DRG W61 der höher bewerteten DRG W61A zugeordnet. Im Ergebnis erfolgte eine kostengerechte Abwertung der Diagnose S22.1 aus der DRG W61A *Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender Diagnose [...]* in die DRG W61B *Polytrauma ohne signifikante Eingriffe, ohne komplizierende Diagnose [...]*

Bei Analyse weiterer Diagnosen aus der Bedingung der DRG W61A zeigten sich Fälle mit der Diagnose für einen *Instabilen Thorax* (S22.5) ebenfalls weniger kostenintensiv. Diese Fälle wurden ebenfalls aus der DRG W61A in die DRG W61B verschoben.

### 3.3.2.22 Sonstige DRGs

Systemweit auftretende Konstellationen mit einer operativen Prozedur „ohne Bezug zur Hauptdiagnose“ werden in zwei Basis-DRGs abgebildet:

- 801 *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose*
- 802 *Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose*

Bestimmte Fallgruppen, bei denen lediglich die Hauptdiagnose nicht „passt“ und die hinsichtlich des operativen Eingriffs kaum Unterschiede zu den Fällen mit „passender“ Hauptdiagnose zeigen, werden seit dem G-DRG-System 2019 vermehrt in die MDCs mit Organbezug „umgeleitet“ und dort wesentlich differenzierter abgebildet, als das innerhalb der MDC 24 möglich wäre. Auch für das aG-DRG-System 2023 wurde in den aktuell vorliegenden Kalkulationsdaten die Notwendigkeit weiterer solcher „Umleitungen“ zur spezifischen Abbildung solcher Konstellationen geprüft, es ergab sich jedoch keine Veränderung.

In der Basis-DRG 801 wurden in diesem Jahr gleich an mehreren Stellen Fälle mit einer COVID-19-Infektion spezifisch aufgewertet. Dabei wurde die Dauer der Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern (NONMRE) individuell für jede DRG festgelegt:

- DRG 801B: COVID-19 und Komplexbehandlung bei NONMRE, mindestens 15 Behandlungstage
- DRG 801C: COVID-19 und Komplexbehandlung bei NONMRE, mindestens 10 Behandlungstage
- DRG 801D: COVID-19 und Komplexbehandlung bei NONMRE, mindestens 5 Behandlungstage

Weiterhin wurden die Analysen der Vorjahre fortgesetzt und im Ergebnis bestimmte Fallgruppen innerhalb der Basis-DRG 801 neu zugeordnet. Kinder im Alter von unter 16 Jahren werden zukünftig in die DRG 801B eingruppiert und somit aufgewertet, dagegen wurden weniger komplexe Prozeduren, wie bestimmte Inzisionen, Exzisionen, Exstirpationen, Repositionen oder Revisionen, aus der Bedingung der DRG 801D gestrichen.

Auch innerhalb der Basis-DRG 802 fand eine kostenentsprechende Neuordnung weniger komplexer Prozeduren statt. Kleinere Eingriffe wie perkutane Biopsien, sonstige Operationen an Schleimbeuteln und Faszien und Inzisionen von Muskeln wurden aus der DRG 802A in die DRG 802B, andere kleinere Operationen wie Biopsien ohne Inzision, diagnostische Arthroskopien oder das Stripping von Venen aus der DRG 802B in die DRG 802C verschoben.

### 3.3.2.23 Unfallchirurgie/Orthopädie

Wie schon in den Jahren zuvor war auch in diesem Jahr insgesamt eine rege Beteiligung am Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems im Bereich der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*

zu verzeichnen. Neben Vorschlägen von Seiten der Fachgesellschaften erreichten uns diese auch von anderen Beteiligten des Gesundheitssystems. Aus den Bereichen Endoprothetik, Hand, Fuß und Sprunggelenk 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 die Abbildung der Fälle im aG-DRG-System 2023 weiter verbessert werden. Neben diesen Vorschlägen wurden umfangreiche Analysen durchgeführt, die häufig über die beschriebene Problematik hinausgingen oder aber Bereiche betrafen, die im Vorschlagsverfahren weniger umfangreich vertreten waren oder fehlten.

Wesentliche Umbauten innerhalb der MDC 08 werden im Folgenden dargestellt.

### **Endoprothetik**

Die Eingriffe in der Endoprothetik sind im aG-DRG-System 2022 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 das Alter des Patienten. Nach zahlreichen Umsetzungen in den Vorjahren gab es für das aG-DRG-System 2023 vergleichsweise weniger Anpassungen.

Fälle mit einer Prozedur für *Einbringen* und für *Wechsel von Abstandshaltern* (z.B. nach *Entfernung einer Endoprothese*) haben sich in den Basis-DRGs I44 *Versch. Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk [...]* und I12 *Knochen- und Gelenkinfektion [...]* mit erhöhten Kosten gezeigt. Im Ergebnis wurden betroffene Fälle aus den DRGs I44D und I44E in die DRG I44B sowie aus der DRG I12C in die DRG I12B aufgewertet.

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

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

Verschiedene Eingriffe wurden daraufhin analysiert, ob die Kosten der Fälle die aktuelle Eingruppierung noch begründen. Bei geringeren Kosten wurden z.B. folgende Eingriffe aus den DRGs I20A und I20B kostenentsprechend abgewertet:

- Offen chirurgische Arthrotomie an Tarsal- und Tarsometatarsalgelenk
- Totale Synovialektomie am unteren Sprunggelenk
- Offen chirurgische Arthrodesen am unteren Sprunggelenk an ein oder zwei Sprunggelenkshälften

Es erfolgte eine Neuordnung innerhalb der Basis-DRG I20, die meisten Fälle werden aber (sortierbedingt) zukünftig in anderen operativen DRGs der MDC 08 kostengerecht abgebildet, vor allem in der DRG I13E *Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten [...]*.

Ebenso zeigten die Analysen in der Basis-DRG I20 Kostenunterschiede zwischen verschiedenen Fallgruppen, die zu Neuordnungen im Sinne einer Aufwertung führten. Aufwendigere Prozeduren wurden aus der DRG I20F in die DRG I20E verschoben, wie z.B.:

- Offen chirurgische Resektion erkrankter Knochengewebe am Talus

- Geschlossene Reposition einer Fraktur mit Osteosynthese durch Schraube an Talus, Tarsale, Kalkaneus
- Zehenstrahlresektion

### **Eingriffe an der Hand und Unterarm**

Die Eingriffe an Handgelenk und Hand werden hauptsächlich in der sechsfach differenzierten Basis-DRG I32 *Eingriffe an Handgelenk und Hand* abgebildet. Als Splitkriterien fungieren neben unterschiedlich komplexen, mehrzeitigen oder Mehrfacheingriffen auch komplexe Diagnosen – wie z.B. angeborene Fehlbildungen – oder das Alter. Diese bereits sehr ausdifferenzierte Abbildung der Fälle wird jährlich weiterentwickelt. Im Vorschlagsverfahren für 2023 wurden relativ wenige Vorschläge dazu eingereicht.

Innerhalb der Basis-DRG I32 wurden in den Daten des Jahres 2021 Kostenunterschiede bei verschiedenen Fallgruppen festgestellt, die zu einer Zahl von Neuzuordnungen führten:

- Fingerexartikulation oder sonst. Amputation an der Hand aus den DRGs I32B, I32C, I32D in die DRGs I32E, I32F
- Temporäre Fixation eines Gelenks oder Debridement an Phalangen der Hand aus der DRG I32D in die DRGs I32E, I32F
- Naht an Muskeln der Hand von DRG I32E in DRG I32F

Bei erhöhten Kosten wurden Fälle mit Arthrodese mittels Spongiosaplastik am Handwurzelgelenk oder mit offener Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an Phalangen der Hand durch winkelstabile Platte aus der DRG I32E in die DRG I32D aufgewertet.

Fälle mit *COVID-19*, *Virus nachgewiesen* und Komplexbehandlung bei nicht multiresistenten Erregern, mindestens 10 Behandlungstage zeigten sich innerhalb der Basis-DRG I32 mit erhöhten Kosten im Vergleich zu den anderen Fällen der entsprechenden DRGs und wurden in die DRG I32A aufgewertet.

In der Basis-DRG I31 *Mehrere komplexe Eingriffe [...]* werden Fälle mit komplexen Eingriffen an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifenden Weichteildistraktionen bei angeborenen Anomalien der Hand abgebildet. Im Vorschlagsverfahren wurde darauf hingewiesen, dass Fälle mit kompletten Frakturen an beiden Unterarmen (Ulna und Radius beidseits) mit höheren Kosten verbunden sind. Die Analyse bestätigte den Hinweis und im Ergebnis konnte trotz weniger betroffener Fälle eine Aufwertung aus der DRG I31B *[...] mit bestimmten komplexen Eingriffen am Unterarm* in die DRG I31A *[...] mit aufwendigen Eingriffen am Unterarm* erfolgen.

Des Weiteren sind Fälle mit bestimmter offener Reposition einer Fraktur an der proximalen Ulna, wie z.B. *mit offener Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich durch winkelstabile Platte, Draht oder Zuggurtung/Cerclage* innerhalb der DRG I21Z durch höhere Kosten aufgefallen. Betroffene Fälle wurden aus der DRG I21Z *Lokale Exzision [...]* oder *komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm [...]* in die Basis-DRG I31 *Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm, [...]* oder *aufwendige Eingriffe am Unterarm [...]* aufgewertet.

### **Weitere Änderungen**

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



### Basis-DRG I08 Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur [...]

In der Basis-DRG I08 sind Fälle mit Eingriffen an Hüftgelenk und Femur oder Ersatz des Hüftgelenks mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule abgebildet. Nach Analysen wurden für 2023 folgende aufwandsgerechte Neuzuordnungen umgesetzt:

- Fälle mit geschlossener Reposition einer Fraktur durch Fixateur externe an Femur distal, Femurschaft sowie mit Einbringen von Abstandshaltern wurden bei erhöhten Kosten aus den DRGs I08E, I08F und I08G in die DRG I08D aufgewertet.
- Fälle mit varisierender Osteotomie am distalen Femur sowie mit offener Reposition durch Schraube am hinteren Beckenring wurden aus der DRG I08E in die I08F verschoben.

### Basis-DRG I13 Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten [...]

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

Innerhalb der Basis-DRG I13 wurden relevante Kostenunterschiede einiger Fallgruppen festgestellt, die zu Neuzuordnungen führten, wie z.B.:

- Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich der distalen Tibia durch Fixateur externe: aus der DRG I13A in die DRG I13B
- Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich des proximalen Humerus durch Platte: aus den DRGs I13A und I13B in die DRG I13C
- Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich des proximalen Humerus durch Schraube: aus der DRG I13C in die DRG I13D
- Geschlossene Reposition einer Fraktur mit Osteosynthese durch Verriegelungsnagel an der Tibiaschaft: aus den DRGs I13C und I13E in die DRGs I13D und I13E
- Komplexe Osteotomie an der proximalen Tibia: aus der DRG I13E in die DRG I13F

Im Vorjahr wurde die Definition der DRG I13B um Fälle mit COVID-19 und Komplexbehandlung bei nicht multiresistenten Erregern ab 5 Behandlungstagen ergänzt. Die Analyse der Kosten dieser Fälle auf Grundlage der Kalkulationsdaten des Jahres 2021 rechtfertigte jedoch keine Eingruppierung in diese DRG mehr. Im aG-DRG-System 2023 wurde die Kombination der Diagnose *COVID-19, Virus nachgewiesen* und den Prozeduren für eine Komplexbehandlung bei nicht multiresistenten Erregern ab 5 Behandlungstagen aus der Bedingung der DRG I13B gestrichen.

### Basis-DRG I16 Andere Eingriffe an der Schulter [...]

In der Basis-DRG I16 sind Eingriffe an der Schulter und an der oberen Extremität abgebildet, wie z.B. die arthroskopische Erweiterung des subakromialen Raumes. Einige Fälle innerhalb der Basis-DRG I16 haben sich mit niedrigeren Kosten gezeigt und wurden neu zugeordnet, wie z.B.:

- Exploration einer Sehne an Oberarm und Ellenbogen sowie an Schulter und Axilla: aus der DRG I16A in die DRG I16B
- Arthroskopische Tenotomie der langen Bizepssehne: aus der DRG I16B in die DRG I59Z

- Offen chirurgische Akromioplastik mit Durchtrennung des Ligamentum coracoacromiale: aus der DRG I16B in die DRG I16C

#### Basis-DRG I18 Wenig komplexe Eingriffe am Knie [...]

In der Basis-DRG I18 sind Fälle mit Eingriffen an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm abgebildet, wie z.B. die arthroskopische Meniskusrefixation. Einige Fallgruppen haben sich mit niedrigeren Kosten gezeigt und wurden aus der Basis-DRG I18 in die Basis-DRG I24 *Arthroskopie oder andere Eingriffe an Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe* abgewertet, wie z.B. Fälle mit:

- Arthroskopischer partieller Synovektomie am Kniegelenk
- Arthroskopischer Entfernung freier Gelenkkörper am Kniegelenk
- Arthroskopischer subchondraler Knocheneröffnung am Kniegelenk

#### Basis-DRG I23 Andere kleine Eingriffe an Knochen [...]

In der Basis-DRG I23 sind Fälle mit kleinen Eingriffen an Knochen und Weichteilen abgebildet, wie z.B. die Entfernung von Osteosynthesematerial oder die Synovialektomie. Einige Fälle, wie z.B. Fälle mit Entfernung einer winkelstabilen Platte an Humerus distal bzw. Humerusschaft, haben sich mit erhöhten Kosten gezeigt und wurden aus der DRG I23B in die DRG I23A aufgewertet.

Andere Fallgruppen haben sich mit niedrigeren Kosten gezeigt und wurden aus der DRG I23B in die DRG I23C abgewertet, z.B. Fälle mit Entfernung von Draht an Tarsale oder mit sonstiger Entfernung von Osteosynthesematerial an der proximalen Tibia.

#### Basis-DRG I26 Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandsp.

Innerhalb der DRG I26Z zeigten sich Fälle mit *Intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 748 / 828 / – Aufwandspunkte* sowie mit *COVID-19, Virus nachgewiesen* in Kombination mit *Intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / - / 828 Aufwandspunkte* mit deutlich höheren Kosten verbunden als andere Fälle der DRG. Es erfolgte ein Split der DRG I26Z in die DRGs I26A *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 785 / 929 / - Aufwandspunkte [...]* und I26B *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte [...]*.

#### Weitere DRGs der operativen Partition

Auch in anderen DRGs der operativen Partition der MDC 08 wurden Fälle mit weniger aufwendigen Prozeduren kostenentsprechend neu zugeordnet, wie z.B.:

- Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven: Plexus lumbosacralis: aus der DRG I28C in die DRG I28D
- Arthroskopische Knorpelglättung (Chondroplastik): Humeroulnargelenk: aus der DRG I29A in die DRGs I29B, I29C
- Arthroskopische Entfernung freier Gelenkkörper: Akromioklavikulargelenk: aus der DRG I29B in die DRG I29C
- Naht lateraler Kapselbandapparat: aus der DRG I30A in die DRG I30B

### Cauda-(equina-)Syndrom

Die weitaus meisten Fälle mit konservativer oder operativer Therapie bei Erkrankungen der Wirbelsäule sind über ihre Hauptdiagnose der MDC 08 zugeordnet. In den zurückliegenden Jahren wurden mehrfach Hauptdiagnosen (z.B. *Neuralgie des Iliosakralgelenks*) aus der MDC 01 (Nervensystem) in die MDC 08 (Bewegungsorgane) verschoben, um die dort deutlich differenziertere Abbildung vor allem operativer Fälle zu nutzen und eine unterschiedliche Eingruppierung sehr ähnlicher (lediglich unterschiedlich kodierter) Fälle zu vermeiden. Dadurch wurde das Streitpotential verringert.

Ein ähnlicher Sachverhalt zeigte sich bei Fällen mit Hauptdiagnose G83.4- *Cauda-(equina-)Syndrom* und Eingriffen an der Wirbelsäule, die 2022 anders eingruppiert wurden (nämlich in MDC 01) als Fälle mit anderen Hauptdiagnosen (die in MDC 08 differenziert abgebildet sind). Daraus können Kodierkonflikte in Bezug auf die Wahl der Hauptdiagnose entstehen. Auf Grundlage der Kalkulationsdaten 2021 zeigt sich die Zuordnung der Fälle zur MDC 08 als sachgerecht. Die Verschiebung der Fälle in die MDC 08 führt zu einer deutlich differenzierteren und sachgerechteren Abbildung der Fälle (siehe Abbildung 45). Damit werden Kodierunsicherheiten zukünftig vermieden.

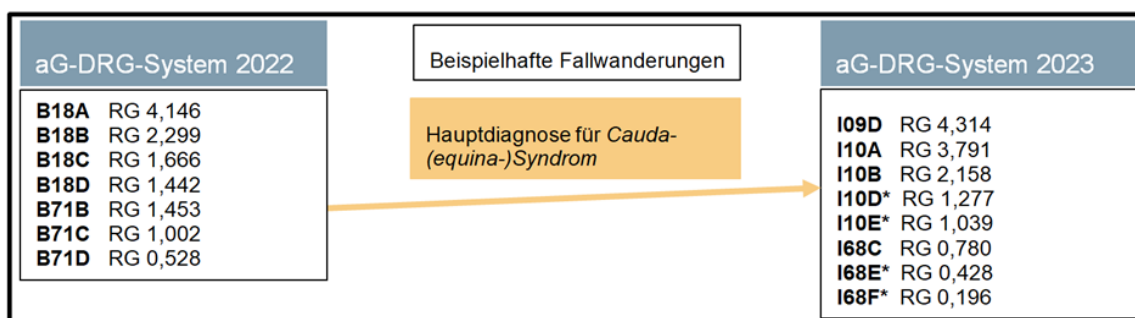


Abbildung 45: Hauptdiagnosenverschiebung aus der MDC 01 in die MDC 08 (\*Bei sehr geringer Zahl der vom Umbau betroffenen Fälle und kleinem Delta zwischen Bezugsgröße und Basisfallwert praktisch ohne Bedeutung für die „gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen“)

### Weitere DRGs der medizinischen Partition

Die 2022 in der DRG I64C *Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC* eingruppierten Fälle mit der Hauptdiagnose *Tuberkulose der Knochen und Gelenke* zeigten vergleichbare Kosten zu den Fällen in der DRG I64B. Die Fälle wurden für 2023 in die DRG D64B *Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC* aufgewertet.

In der Basis-DRG I65 *Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur* zeigten sich Fälle mit Hauptdiagnosen für bestimmte *Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens* oder für *Stressfraktur, anderenorts nicht klassifiziert* mit niedrigeren Kosten als andere Fälle der DRGs. Aus diesem Grund wurden betroffene Fälle für 2023 aus den DRGs I65A und I65B in die DRG I65C verschoben.

In den Daten aus dem Jahr 2021 gab es im Bereich der Unfallchirurgie und Orthopädie eine relevante Anzahl von Fällen mit der Diagnose U07.1 *COVID-19, Virus nachgewiesen*. Bei zum Teil erheblichen Aufwands- und Kostenunterschieden zu den anderen Fällen der jeweiligen DRG ergaben sich einige Änderungen für 2023. Eine genauere Darstellung der Vorgehensweise sowie eine umfassende Auflistung der entsprechenden Anpassungen in Verbindung mit COVID-19 finden sich in Kapitel 3.3.2.1.

### 3.3.2.24 Urologie

Die Abbildung der Behandlung von urologischen Fällen wird im aG-DRG-System auf zwei MDCs verteilt. So erfolgt die Abbildung der Behandlung geschlechtsunspezifischer Erkrankungen von harnbildenden und harnableitenden Organen vor allem in der MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane*. Gleichfalls wird hier die Versorgung internistisch-nephrologischer Fälle insbesondere bei Dialyse und verwandten Verfahren abgebildet. Fälle mit der Behandlung von Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane werden vor allem in die MDC 12 *Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane* eingruppiert.

In diesem Jahr ergaben sich im Rahmen des Vorschlagsverfahrens vor allem eine Reihe von Umbauten in der operativen Partition der MDC 11. Innerhalb der MDC 12 erfolgten bei eher zurückhaltender externer Beteiligung einige Detailumbauten.

#### ***Krankheiten und Störungen der Harnorgane***

Ein Schwerpunkt innerhalb der MDC 11 ist die Abbildung der Behandlung von onkologischen Krankheitsbildern. Diese werden unterschieden nach Art des Eingriffs und Komplexität der Behandlung, z.B. durch weitere Eingriffe oder Nebendiagnosen sehr differenziert in der operativen Partition der MDC 11 abgebildet. Beispielsweise wird eine Reihe von interventionellen Verfahren der dreifach differenzierten Basis-DRG L20 *Transurethrale Eingriffe außer Prostatektomie [...] zugeordnet*.

Im diesjährigen Vorschlagsverfahren wurde die unterschiedliche Abbildung einiger interventioneller Verfahren im Besonderen einiger perkutan-transrenaler Eingriffe zur Destruktion von Nierengewebe, angesprochen: Hierbei seien die medizinisch-technisch ähnlichen Verfahren zur

- Thermoablation,
- irreversiblen Elektroporation,
- Kryoablation,
- Ultraschallablation,
- Radiofrequenzablation
- oder Mikrowellenablation

mit vergleichbarem Aufwand verbunden. Im aG-DRG-System 2022 waren diese Verfahren innerhalb der MDC 11 im Wesentlichen auf drei DRGs verteilt (siehe Tabelle 18) abgebildet.

Basis-DRG	Name	Verfahren
L17	<i>Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para-/Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen</i>	Mikrowellenablation Radiofrequenzablation
L19	<i>Transurethrale Eingriffe [...] mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL) [...] oder perkutane Thermoablation der Niere</i>	Thermoablation
L20	<i>Transurethrale Eingriffe [...] oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen</i>	Irrevers. Elektroporation Kryoablation Ultraschallablation

Tabelle 18: aG-DRG-System 2022: Abbildung von Verfahren zur perkutan-transrenaln Destruktion von erkranktem Nierengewebe

In den Kalkulationsdaten 2021 zeigte sich, dass eine Aufrechterhaltung dieser differenzierten Abbildung für einige der angesprochenen Verfahren nicht kostenentsprechend ist. So zeigten sich z.B. Fälle mit einer Kryoablation in der DRG L20C *Transurethrale Eingriffe [...] oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen [...]* mit höheren Kosten verbunden im Vergleich zu anderen Fällen dieser DRG. Obwohl die Fallzahlen in den Daten des Kalkulationsjahres 2021 für einige der angesprochenen Konstellationen relativ gering waren, konnten im Ergebnis für das aG-DRG-System 2023 drei der in den Vorschlägen aufgeführten Verfahren aufgewertet werden (siehe Abbildung 46).

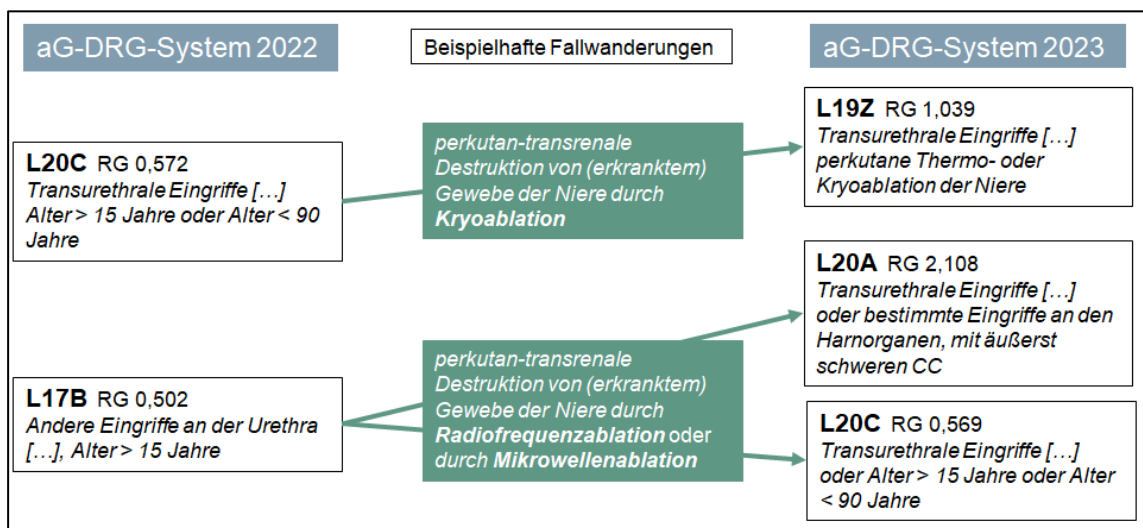


Abbildung 46: Aufwertung von Verfahren zur perkutan-transrenaln Destruktion von erkranktem Nierengewebe

Größere offen chirurgisch durchgeführte urologische Eingriffe, wie z.B. Nephrektomien oder Zystektomien, werden u.a. in den Basis-DRGs L03 *Bestimmte Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung [...]*, ohne großen Eingriff am Darm und L10 *Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung [...]*, mit großem Eingriff am Darm abgebildet. In der DRG L10Z werden insbesondere onkologische Fälle mit offen chirurgischen Verfahren zur Zystektomie und anschließender Rekonstruktion der

Harnblase abgebildet. Als weniger kostenintensiv zeigten sich hierbei bestimmte Prozeduren für kutane Harnableitung mit Darmreservoir. Im aG-DRG-System 2023 werden die entsprechenden Fälle der niedriger bewerteten DRG L03Z zugeordnet.

Ein weiterer Schwerpunkt der MDC 11 ist die Abbildung der Behandlung von Harnabflussstörungen, z.B. durch Harnsteine. Diese werden in Abhängigkeit von Komplexität und Lokalisation ebenfalls sehr differenziert in der MDC 11, z.B. in der zweifach gesplitteten Basis-DRG L06 *Kleine Eingriffe an den Harnorganen*, abgebildet.

In der DRG L06B zeigten sich Fälle mit einigen Eingriffen, z.B. der perkutan-transrenalen Entfernung eines Steines, als weniger kostenintensiv als andere Fälle der DRG. Für das aG-DRG-System 2023 werden diese Fälle in der DRG L06C abgebildet. Ebenfalls erwiesen sich Fälle der DRG L06B mit einer transurethralen Injektion bei Ostiuminsuffizienz als weniger aufwendig. Diese Fälle werden 2023 kostenentsprechend der DRG L02C zugeordnet (siehe Abbildung 47).

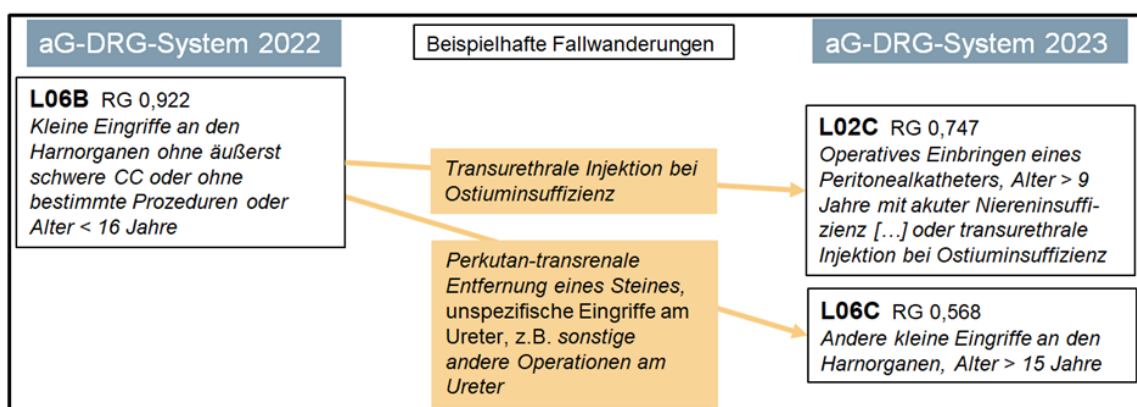


Abbildung 47: Abwertung von Fällen der DRG L06B

Innerhalb der konservativen DRG L64B *Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC [...]* zeigten sich Fälle mit einer Harnabflussstörung und bestimmten unspezifischen Prozeduren für die Erweiterung des Ureters, z.B. das transurethrale Einlegen eines permanenten sonstigen Stents als weniger kostenintensiv als andere Fälle der DRG. Im aG-DRG-System 2023 werden diese Fälle in die niedriger bewertete DRG L64C eingruppiert.

Die Behandlung von Fällen mit chronischer Niereninsuffizienz beinhaltet neben der einer Dialyse auch bestimmte operative Verfahren, z.B. die Anlage eines AV-Shunts. Dieser Eingriff wird innerhalb der MDC 11 insbesondere in der „Reste“-DRG L09 *Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane oder Anlage eines Dialysekatheters* abgebildet. In der DRG L09D zeigten sich Fälle mit Anlage einer inneren AV-Fistel (Cimino-Fistel) mit Vorverlagerung der Vena basilica als weniger aufwendig. 2023 werden diese Fälle kostenentsprechend der DRG L09E zugeordnet.

Bei einigen Eingriffen an männlichen Geschlechtsorganen kommt es zu einer Überschneidung zwischen den beiden MDCs. Einige Verfahren werden hauptdiagnosenabhängig sowohl in der MDC 11 als auch in der MDC 12 abgebildet. Davon betroffen sind beispielsweise Fälle mit Zirkumzision: Bei einer Hauptdiagnose für *Vorhauthypertrophie [...]* werden sie der Basis-DRG M05 *Zirkumzision, andere Eingriffe am Penis [...]* zugeordnet, wohingegen Fälle mit diesem Eingriff bei z.B. der Hauptdiagnose *Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet* und einer Nebendiagnose für *Vorhauthypertrophie [...]* im aG-DRG-System 2022 in der Basis-DRG L09 abgebildet wurden. Entsprechende Fälle der DRG L09D zeigten sich in den Kalkulationsdaten des Jahres

2021 als weniger aufwendig als andere Fälle dieser DRG und wurden kostenentsprechend für 2023 der DRG L09E zugeordnet.

### **Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane**

Ein Schwerpunkt innerhalb der MDC 12 ist die differenzierte Abbildung von Eingriffen an der Prostata. In die Basis-DRG M09 *OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung [...]* werden Fälle mit transurethralen Eingriffen bei bösartiger Neubildung der Prostata, aber auch mit offen chirurgischen Eingriffen bei Prostatahyperplasie eingruppiert. Im Vergleich zu diesen Fällen zeigten sich in der Basis-DRG M09 Fälle mit weniger komplexen Eingriffen, z.B. bestimmten Lymphknotenbiopsien, auch als weniger kostenintensiv. Für 2023 werden diese Fälle kostenentsprechend der Basis-DRG M06 *Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen [...]* zugeordnet.

Innerhalb der Basis-DRG M03 *Eingriffe am Penis* werden vor allem Rekonstruktions- oder Korrekturingriffe am Penis, z.B. bei Hypospadie (angeborene Fehlbildung) abgebildet. Fälle mit einer Streckung des Penisschaftes zeigten sich innerhalb der DRG M03A *Bestimmte Eingriffe am Penis, Alter < 6 Jahre [...]* mit deutlich geringeren Kosten verbunden als andere Fälle der DRG, sodass im aG-DRG-System 2023 diese Fälle in die DRG M03B *Bestimmte Eingriffe am Penis, Alter > 5 J. [...]* abgewertet wurden.

Operative Eingriffe an der Vorhaut (Präputium) werden in der Basis-DRG M05 *Zirkumzision, andere Eingriffe am Penis [...]* abgebildet. Für das aG-DRG-System 2023 wurden bei sehr kleiner Fallzahl der DRG M05B und geringem Kostenunterschied zwischen den beiden DRGs M05A und M05B selbige zur DRG M05Z kondensiert (siehe Abbildung 48).

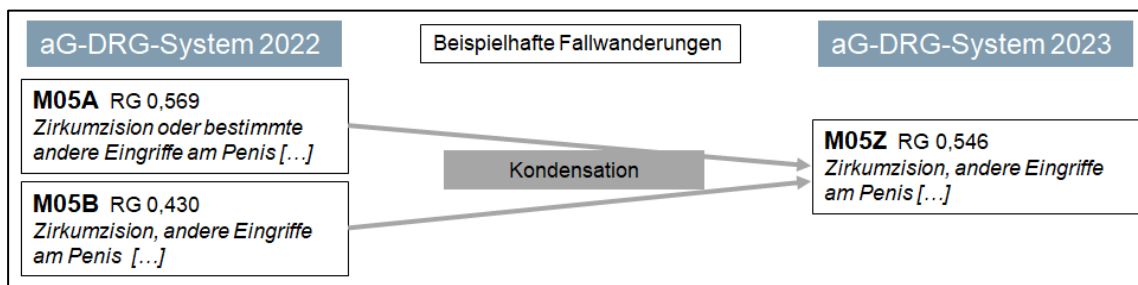


Abbildung 48: Kondensation der DRGs M05A und M05B zur DRG M05Z

### **3.3.2.25 Verletzungen und Vergiftungen**

Die MDC 21B *Verletzungen, Vergiftungen [...]* gehört zu den MDCs ohne festen Bezug zu einem Organsystem. Hier wird vor allem die Behandlung von Fällen mit Hauptdiagnosen aus dem Bereich *Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursache* abgebildet. Viele dieser Diagnosen kennzeichnet eine (organ-)unspezifische Kodierung, wie beispielsweise die Diagnose T81.0 *Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes*. Ein Behandlungsschwerpunkt innerhalb der MDC ist die Wundversorgung, z.B. in Form einer Naht, aber auch einer großflächigen, chirurgischen Wundtoilette mit Hauttransplantation oder Lappenplastik.

Die operativen DRGs der MDC 21B sind vergleichsweise wenig ausdifferenziert, oft auch weil sich für einzelne Eingriffe nur geringe Fallzahlen finden. Das führt je nach Konstellation zu hohen Erlössprüngen zwischen einzelnen DRGs und einer möglicher-

weise differenzierteren Abbildung in einer organspezifischen MDC bei vergleichbarem Eingriff. Die sachgerechte Abbildung von Fällen innerhalb der MDC 21B unterliegt deshalb oftmals Überprüfungen auf Basis von Hinweisen im Vorschlagsverfahren wie auch außerhalb davon.

Im Vordergrund der diesjährigen Analysen standen Fälle der drei „Reste“-DRGs der MDC 21B

*X04 Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität*

*X05 Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand*

*X06 Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen*

Innerhalb der DRG X04Z zeigten sich Fälle mit einigen Eingriffen, wie z.B. die primäre Naht einer Sehne am Fuß, als weniger kostenaufwendig als die übrigen Fälle dieser DRG. Deshalb wurden für das aG-DRG-System 2023 diese Fälle kostenentsprechend der DRG X06C *Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen [...], Alter < 66 Jahre [...]* zugeordnet.

Einige Eingriffe an der oberen Extremität, z.B. eine primäre Naht von Strecksehnen am Daumen, erwiesen sich in der DRG X05A *Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, mit komplexem Eingriff* ebenfalls als weniger komplex, sodass Fälle mit entsprechenden Eingriffen zukünftig in die niedriger bewerteten DRGs X05B und X06C abgewertet wurden.

Aufgewertet werden konnten hingegen Fälle der DRG X05B mit einer *Handversmälnerung durch Strahlresektion 3 oder 4*. Diese zeigten sich innerhalb ihrer DRG als deutlich aufwendiger und werden im aG-DRG-System 2023 der DRG X05A zugeordnet (siehe Abbildung 49).

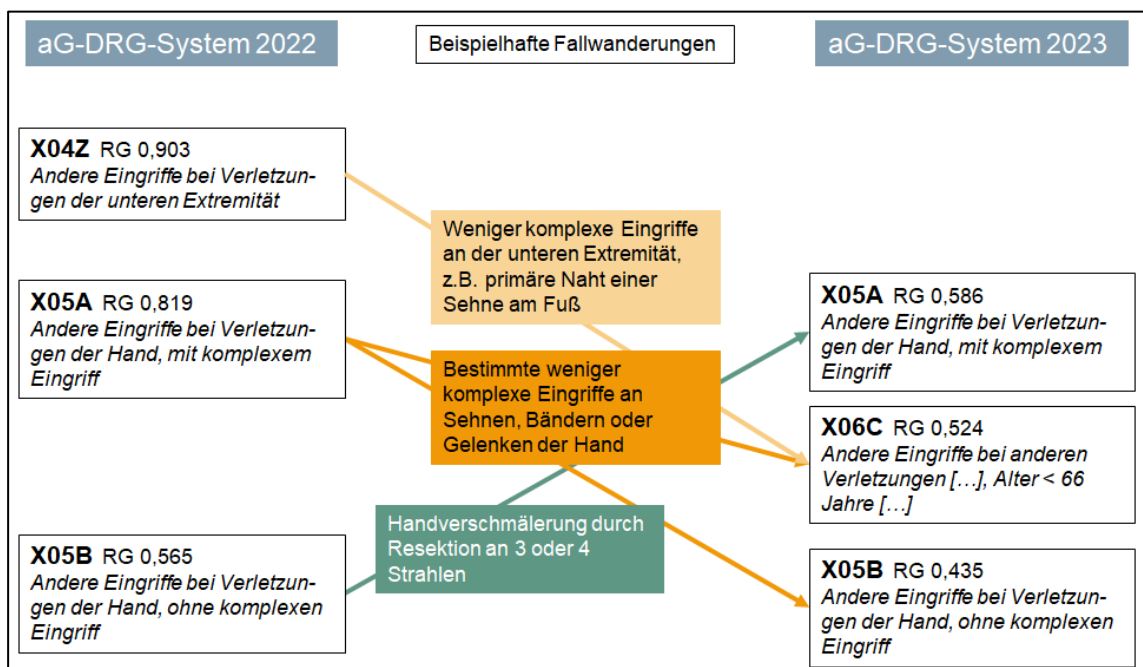


Abbildung 49: Beispielhafte Fallwanderungen in den Basis-DRGs X04, X05 und X06 für das aG-DRG-System 2023



### 3.3.2.26 Versorgung von Kindern

In jedem Kalkulationsjahr erfolgt eine umfassende Überprüfung aller DRGs darauf, ob eine differenzierte Eingruppierung von Kindern, z.B. über die Einführung weiterer DRGs mit Gruppierungsrelevanz des Kindesalters („Kindersplits“), die sachgerechte Abbildung der Behandlung von Kindern im Entgeltsystem weiter verbessern kann. Ebenso werden existierende DRGs daraufhin geprüft, ob durch die Altersbedingung die Kinder weiterhin bessergestellt werden, um eine ungewollte Schlechterstellung von Kindern durch nicht mehr indizierte Kindersplits auszuschließen. Für das aG-DRG-System 2023 resultierten aus den systemweiten Analysen zahlreiche Verbesserungen, indem

- bestehende Alterssplits für Kinder erweitert wurden,
- bestehende Splits um das Kindesalter erweitert wurden,
- Kinder in Kombination mit bestimmten Diagnosen oder Verfahren aufgewertet wurden und
- Kinder Basis-DRG übergreifend aufgewertet wurden.

Im Detail wurden in folgenden (Basis-)DRGs Alterssplits neu eingeführt oder erweitert:

- In der DRG A07B *Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 P., [...] oder Alter < 16 J. [...]* wird der bestehende Alterssplit von < 16 Jahre auf < 18 Jahre erweitert.
- Die DRG 801B *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit hochkomplexer OR-Prozedur [...]* wird um die Bedingung „Alter < 16 Jahre“ erweitert.
- In der Basis-DRG B20 *Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation [...]* werden zusätzlich zu den in dieser Basis-DRG schon bestehenden Alterssplits Kinder < 1Jahr von der DRG B20C in die DRG B20B und Kinder < 16 Jahre von der DRG B20E in die DRG B20D aufgewertet.
- In der Basis-DRG B85 *Degenerative Krankheiten des Nervensystems [...]* werden Kinder < 2 Jahre, die bisher der DRG B85C zugeordnet wurden, zukünftig in der DRG B85B abgebildet.
- Die DRG C028A *Beidseitige extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE) [...] oder bestimmte andere Eingriffe am Auge bei angeborener Fehlbildung der Linse* wird um die Bedingung „Alter < 10 Jahre“ erweitert. Dadurch werden Kinder aus verschiedenen operativen DRGs der MDC 02 *Krankheiten und Störungen des Auges* aufgewertet.
- In der Basis-DRG F50 *Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen* werden Kinder < 18 Jahre von der DRG F50B in die DRG F50A aufgewertet.
- In der Basis-DRG K06 *Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus* werden Kinder < 18 Jahre von der DRG K06D in die DRG K06C aufgewertet.
- Kinder < 1 Jahr in der DRG K64D *Endokrinopathien ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere CC [...]* werden zukünftig in der DRG K64C *Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder [...] oder Alter < 1 Jahr* abgebildet.
- Kinder < 18 Jahre in der DRG H63C *Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden [...]*, bei

denen eine Leberbiopsie vorgenommen wurde, werden zukünftig in die DRG H63B eingruppiert.

- Kinder < 14 Jahre mit bestimmten Infektionen wie z.B. durch Zytomegalieviren wurden von der DRG T63B *Schwere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation [...]* in die DRG T63A *Virale Erkrankung bei [...]* oder *Alter < 14 Jahre mit komplexer Diagnose* aufgewertet.

In drei MDCs wurden Kinder Basis-DRG übergreifend aufgewertet:

- Alter < 18 Jahre von der DRG E78Z *Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung [...]* in die DRG E63A *Schlafapnoesyndrom oder Polysomnographie [...]*
- Alter < 14 Jahre von der DRG N25Z *Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen [...]* in die DRG N08Z *Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorg. [...]*
- Alter < 16 Jahre von der DRG E64A *Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC [...]* in die DRG E60A *Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre [...]*

### **Intensivmedizinisch behandelte Kinder**

Analysen bezüglich der Abbildung von intensivmedizinisch versorgten Kindern zeigten, dass sich diese auch schon bei kurzzeitiger Intensivbehandlung und niedriger Punktzahl (ab 1 bzw. ab 197) für die Aufwandspunkte bei intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter als kostenauffällig und wurden entsprechend aufgewertet. Dies betrifft beispielsweise die DRGs B78A, E65A, E71B, E77C, F62B, I68A und L60B. Innerhalb der Basis-DRG A11 *Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte* wurden Kinder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter ab 393 Punkten aufgewertet. Teilweise wurden auch weitere Attribute für die sachgerechte Abbildung herangezogen. So werden Kinder mit einer Herpesvirus- und Zoster-Enzephalitis in Kombination mit einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung ab 1 Aufwandspunkt ab 2023 in der DRG B72A *Infektion des Nervensystems, Alter < 16 Jahre oder bestimmte Enzephalitis mit Intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 0 / 0 / 184 Aufwandspunkte* abgebildet. Darüber hinaus wurde auch die Abbildung von Kindern mit COVID-19 und intensivmedizinischer Behandlung in den DRGs F71A, F62B, I26A, L60A und L60C verbessert.

### **Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19**

In die ICD-10-GM Version 2021 wurde die Diagnose U10.9 *Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet* aufgenommen. Diese Erkrankung wird auch als „Kawasaki-like-Syndrom“ bezeichnet und tritt zeitlich assoziiert mit COVID-19 und ganz überwiegend bei Kindern auf. Fälle, bei denen diese Erkrankung die stationäre Aufnahme veranlasst hat und bei denen sie demzufolge als Hauptdiagnose angegeben wird, werden der Basis-DRG I66 *Andere Erkrankungen des Bindegewebes [...]* zugeordnet. Innerhalb dieser Basis-DRG waren die betroffenen Fälle nicht sachgerecht vergütet, sodass die Hauptdiagnose *Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19* in die Bedingung der DRGs I66D und I66G aufgenommen wurde. Zusätzlich wurden Fälle mit dieser Diagnose in Verbindung mit einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung im Kindesalter in die DRG I66C aufgewertet. Obwohl diese Erkrankung überwiegend als Hauptdiagnose angewendet wird, konnte sie punktuell auch über das CCL-Nebendiagnose-System in bestimmten Basis-

DRGs mit einem CCL-Wert von 2 neu aufgenommen und die betroffenen Fälle somit aufgewertet werden.

### **MDC 15 Neugeborene**

In der MDC 15 ergaben sich in diesem Jahr aufgrund eigener Analysen Änderungen bei der Abbildung von Neugeborenen mit einer intrakraniellen Blutung. Eine intrazerebrale (nichttraumatische) Blutung beim Fetus und Neugeborenen wird in der MDC 15 zukünftig als *schweres Problem des Neugeborenen* und nicht mehr als *andere schwere Erkrankung des Neugeborenen* gewertet. Dadurch wurden zahlreiche Fälle innerhalb der jeweiligen Basis-DRGs der MDC 15 aufgewertet. Hingegen waren Fälle mit einer nicht näher bezeichneten intraventrikulären (nichttraumatischen) Blutung beim Fetus und Neugeborenen mit geringeren Kosten verbunden und werden daher aufwandsgerecht zukünftig als *andere schwere Erkrankung des Neugeborenen* gewertet und damit niedriger eingruppiert.

In der DRG P67D *Neugeborenes, Aufnahmegeewicht > 1999 g ohne OR-Prozedur, [...]* zeigten sich insbesondere Ein-Belegungstagfälle mit geschlossener Reposition einer Hüftgelenkluxation und der Anlage eines Becken-Bein-Gipses nicht sachgerecht vergütet. Ab dem aG-DRG-System 2023 werden deshalb Tagesfälle in der DRG P67A *Neugeborenes [...]* mit mehreren schweren Problemen [...]

und Fälle mit einer Verweildauer ab 2 Tagen kostengerecht in der DRG P67B *Neugeborenes, Aufnahmegeew. > 2499 g mit schw. Prob., [...]* od. mit anderem Prob., mehr als ein Belegungstag, neugeb. Mehr-ling od. mit bestimmter aufwendiger Prozedur abgebildet.

### **Teilstationäre Leistungen bei Kindern**

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

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

Zur Umsetzung für 2021 wurde vorab ein weitgehender Konsens zwischen den Selbstverwaltungspartnern und GKinD erzielt. Der DRG-spezifische medizinische Inhalt entspricht den Vorgaben der teilstationären OPS-Kodes, die zum Zweck der Definition dieser DRGs in den OPS Version 2021 aufgenommen wurden. Leistungs- und Kosteninformationen zu den DRGs der MDC 25 lagen weder bei der Etablierung für 2021 in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser des Jahres 2019 noch in den Daten des Jahres 2020 vor. Daher sind die DRGs der MDC 25 unbewertet.

Im diesjährigen Vorschlagsverfahren wurden verschiedene Hinweise und Vorschläge zur MDC 25 eingebracht, darunter auch der Vorschlag, die DRGs der MDC 25 zu kalkulieren und zu bewerten. Die Analysen der Fälle der teilstationären DRGs zeigten im ersten Jahr der Kodierung allerdings erhebliche Kostenunterschiede, auch zwischen den leistungserbringenden Krankenhäusern. Aufgrund dieser – sicher auch pandemiebedingt – uneinheitlichen Datenlage war eine Bewertung der DRGs der MDC 25 daher nicht möglich. Weitere Vorschläge hatten zum Ziel, die Einschränkung der DRGs – mit Ausnahme der DRG 749Z *Beobachtung bei Vergiftung, Alter < 10 Jahre, teilstationär (Alter < 10 Jahre)* – auf Fälle mit einem Alter < 18 Jahre aufzuheben sowie die Ein-

schränkung der DRGs auf Fälle mit einem Belegungstag aufzuheben. Letzteres vor dem Hintergrund, dass Medikamente, bei denen Dosisangaben für die korrekte Dokumentation quartalsweise summiert werden müssen, bei rein tagesbezogener Abrechnung der Fallpauschalen der MDC 25 nicht in Rechnung gestellt werden können. Es ist dabei zu bedenken, dass aktuell verschiedene Abrechnungsmodelle von den Kliniken angewendet werden, bei denen sowohl die Abrechnung als Tagesfall als auch eine quartalsweise Abrechnung mit Summation einzelner Tagesfälle vorkommt. Von den Selbstverwaltungspartnern wurde zur Lösung dieser Problematik eine Klarstellung zu den Abrechnungsbestimmungen konsentiert, die auf der [Internetseite des InEK](#) abrufbar ist.

Insgesamt ergab sich im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für 2023 kein Anhalt für eine Änderung der am Konsens der Selbstverwaltung orientierten Leistungsdefinition. Anpassungsbedarf für 2023 ergab sich hinsichtlich der Zuweisung von Fällen in die MDC 25, die auf Ebene der Prä-MDC erfolgt. Diese referenziert zukünftig auf die konkreten DRG-Definitionen und nicht mehr auf die teilstationären OPS-Kodes in Kombination mit den entsprechenden Altersbedingungen, einer Verweildauer von einem Belegungstag und dem Aufnahmegrund für die teilstationäre Behandlung. Dadurch werden Fälle, die bisher aufgrund einer unvollständigen Prozedurenverschlüsselung (z.B. fehlender OPS-Kode für die Injektion, Transfusion und Infusion von Medikamenten) der DRG 960Z *Nicht gruppierbar* zugeordnet wurden, in einer spezifischen DRG außerhalb der MDC 25 abgebildet.

#### **Fazit: Versorgung von Kindern**

Kinder werden im G-DRG-System sehr differenziert abgebildet. Im aG-DRG-System 2023 finden sich 342 „reine“ Kinder-DRGs und DRGs, in denen das Alter höhergruppierend wirkt. Für 2023 wurden insgesamt 14 neue oder erweiterte Alterssplits für Kinder geschaffen. Zusätzlich erfolgt eine hochdifferenzierte Abbildung der Neonatologie in der eigenständigen MDC 15 *Neugeborene*, in der die Abbildung intrazerebraler Blutungen und aufwendiger Behandlungen der Hüftluxation bei Neugeborenen verbessert wurde. Im G-DRG-System werden Kinder durch kinderspezifische OPS-Kodes, z.B. für intensivmedizinische Komplexbehandlung, u.a. in den Beatmungs-DRGs, die Sortierung dieser DRGs unter Berücksichtigung der höheren Tageskosten für die Behandlung von Kindern und durch sachgerechte Langliegerzuschläge in besonderer Weise berücksichtigt. Hervorzuheben ist auch die weitere Aufwertung der intensivmedizinischen Komplexbehandlung im Kindesalter und die erstmalige Berücksichtigung der Diagnose für das *Multisystemische Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19*. Unverändert zum Vorjahr existieren 66 Zusatzentgelte für Medikamente mit Kinderdosisklassen sowie 6 sonstige kinderspezifische Zusatzentgelte (z.B. Komplexe neuropädiatrische Diagnostik).

#### **3.3.2.27 Wirbelsäulenchirurgie**

Operative Eingriffe an der Wirbelsäule sind im aG-DRG-System hochdifferenziert abgebildet. Als Splitkriterien dienen z.B. äußerst schwere CC, Eingriff an mehreren Lokalisationen, komplizierende Konstellationen, mehrzeitige Eingriffe oder Alter. Auch weniger komplexe Fälle sind häufig mit einer Vielzahl von Prozeduren verschlüsselt, was eine regelmäßige Analyse aller Prozeduren auf Eignung als Splitkriterium für eine sachgerechte Eingruppierung der Fälle notwendig macht.

Innerhalb der DRG I06A *Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit hochkomplexem Korrekturingriff [...]* zeigten sich Fälle mit ventralem Release bei einer Korrektur von

Deformitäten mit niedrigeren Kosten verbunden als andere Fälle der DRG und wurden kostenentsprechend in die DRG I06B *Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals mit sehr komplexem Eingriff [...]* verschoben.

Fälle mit OPS-Kode 5-838.e0 *Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation von extrakorporal expandierbaren Stangen: 1 Implantat (NUB-Leistung Therapie der Skoliose mittels magnetisch-kontrollierter Stangen)* waren 2022 in der DRG I09B abgebildet und somit sortierbedingt besser bewertet als Fälle mit zwei Implantaten (OPS-Kode 5-838.e1), die in der DRG I06C abgebildet sind. Durch die Verschiebung der Prozedur 5-838.e0 aus der DRG I09B in die DRG I06C wurden die Fälle im aG-DRG-System 2023 gleichgestellt und sind somit in Verbindung mit dem NUB-Entgelt sachgerecht abgebildet.

Fälle mit Osteosynthese an der Wirbelsäule durch ventrales Schrauben-Platten-System bzw. durch intervertebrale Cages an 4 oder 5 Segmenten zeigten sich in der DRG I09G mit erhöhten Kosten verbunden und wurden in die DRG I09F aufgewertet.

Innerhalb der Basis-DRG I09 *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule* zeigten sich bestimmte Prozeduren in einigen Splitbedingungen nicht mehr als geeignetes Splitkriterium und wurden dementsprechend in diesen Splitbedingungen gestrichen. Relevante Fälle werden zukünftig innerhalb der Basis-DRG I09 entsprechend den Fallkosten in anderen DRGs abgebildet. Die Fälle mit folgenden Eingriffen sind hiervon betroffen:

- Dorsale Spondylodese an 3 Segmenten: aus der DRG I09D in die DRG I09E
- Mehrzeitige Osteosynthese an der Wirbelsäule durch Schrauben-Stab-System / intervertebrale Cages, 1 Segment: aus der DRG I09D in die DRG I09E
- Revision einer Wirbelsäulenoperation: aus der DRG I09F in die DRG I09I
- Perkutane Destruktion von knöchernem Gewebe durch Radiofrequenzablation, 1 Wirbelkörper: aus der DRG I09G in die DRG I09H

Innerhalb der Basis-DRG I10 *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule* zeigten sich auch bestimmte Prozeduren in einigen Splitbedingungen als nicht mehr geeignet. Solche Codes wurden aus einzelnen Splitbedingungen gestrichen, wie z.B.:

- *Verschluss eines Bandscheibendefektes mit Implantat: 1 Segment sowie Revision einer Bandscheibenendoprothese (ohne Wechsel):* aus den DRGs I10B und I10C in die DRG I10D
- *Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Reoperation bei Rezidiv:* aus der DRG I10A in die DRG I10E
- *Osteosynthese an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 1 Segment sowie Spinale Duraplastik:* aus der DRG I10D in die DRG I10E

Die Verschiebung der Hauptdiagnose *Cauda-equina-Syndrom (G83.4-)* aus der MDC 01 in die MDC 08 führt zudem für 2023 zu einer differenzierteren Abbildung wirbelsäulenchirurgischer Fälle mit dieser Hauptdiagnose. Hintergründe und Details zu dieser Veränderung sind in Kapitel 3.3.2.23 dargestellt.

In den Daten aus dem Jahr 2021 gab es im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie eine relevante Anzahl von Fällen mit der Diagnose U07.1 *COVID-19, Virus nachgewiesen*. Bei zum Teil erheblichen Aufwands- und Kostenunterschieden zu den anderen Fällen der jeweiligen DRG ergaben sich einige Änderungen für 2023.

Beispielsweise zeigten sich Fälle der DRG I06A mit *COVID-19, Virus nachgewiesen* und Komplexbehandlung bei nicht multiresistenten Erregern, mindestens 15 Behand-

lungstage mit sehr hohen Kosten im Vergleich zu den anderen Fällen der DRG und wurden in die neu etablierte DRG I26A (System 2022 – DRG I26Z, siehe Kapitel 3.3.2.23) aufgewertet.

Eine genauere Darstellung der Vorgehensweise sowie eine umfassende Auflistung der entsprechenden Anpassungen in Verbindung mit COVID-19 enthält Kapitel 3.3.2.1.

### 3.3.3 Integration neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2023 konnten erneut Leistungen, die in den vergangenen Jahren als noch nicht sachgerecht vergütet identifiziert wurden (NUB-Status 1), in Form von Zusatzentgelten in das G-DRG-System zu integrieren. NUB-Leistungen, die als Zusatzentgelte abgebildet werden konnten, sind in Tabelle 19 aufgeführt.

NUB-Verfahren	Status 2022	Zusatzentgelt	Bezeichnung Zusatzentgelt
Durvalumab	1	ZE2023-203	<i>Gabe von Durvalumab, parenteral</i>
Gemtuzumab Ozogamicin	1	ZE2023-204	<i>Gabe von Gemtuzumab ozogamicin, parenteral</i>
Polatuzumab Vedotin	1	ZE2023-205	<i>Gabe von Polatuzumab vedotin, parenteral</i>

Tabelle 19: Leistungen mit NUB-Status 1, die ab dem aG-DRG-System 2023 als Zusatzentgelt abgebildet werden

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

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

### 3.3.4 Sortierung

#### **Vorgehensweise**

Zur Vermeidung der Problematik einer „Mindervergütung bei Mehrleistung“ werden im G-DRG-System die DRGs in der Regel gemäß ihren mittleren Kosten sortiert. Daraus resultiert eine Abfragereihenfolge, in der typischerweise hoch bewertete DRGs vor geringer bewerteten DRGs abgefragt werden. Die Vorgehensweise der Sortierung entsprach weitgehend der Vorgehensweise der Vorjahre. Grundsätzlich erfolgte auch für das aG-DRG-System 2023 eine an den Kosten der Fälle orientierte konsequente Sortierung aller DRGs innerhalb der operativen und der anderen Partitionen, wohingegen in der medizinischen Partition in der Regel auf eine Sortierung verzichtet werden konnte, da diese DRGs über Hauptdiagnosen definiert und damit disjunkt (überschneidungsfrei) sind. Eine Besonderheit für 2023 ist jedoch, dass aufgrund der gestuften Dämpfung (siehe Kapitel 3.2.5.1) die mittleren Kosten der Inlier einer DRG und das Relativgewicht dieser DRG nach Dämpfung sich nicht immer in einem festen Verhältnis zueinander verhalten. Deshalb ist für die Abfragereihenfolge des aG-DRG-Systems 2023 das Inlier-Relativgewicht das primäre Sortierkriterium und nicht die mittleren Kosten der Inlier einer DRG. Für die Mehrzahl der DRGs ergibt sich aus dieser notwendigen methodischen Anpassung jedoch keine veränderte Sortierposition.

Weiterhin gelten auch die MDC-spezifischen Besonderheiten:

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

#### **Besondere Konstellationen**

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

Neben den mittleren Inlierkosten bzw. dem Relativgewicht werden zur Vermeidung einer nicht sachgerechten Vergütung in einigen Konstellationen auch die mittlere Verweildauer und somit auch die untere und obere Grenzverweildauer (UGV, OGV) der Fälle betroffener DRGs berücksichtigt. Exemplarisch soll dies anhand der Sortierung innerhalb der Basis-DRG F49 erläutert werden. Die DRG F49C *Invasive kardiologische Diagnostik [...] Alter < 18 Jahre* steht an Abfrageposition 117 und hat mit 1,008 ein

niedrigeres Relativgewicht als die direkt danach abgefragte DRG F49D *Invasive kardiologische Diagnostik [...] Alter > 17 Jahre [...] mit Rang 118 und einem Relativgewicht von 1,539. In der DRG F49C werden Fälle mit einem Alter unter 18 Jahren abgebildet. Kinder bleiben bei vergleichbaren Diagnosen und Prozeduren typischerweise im Mittel kürzer im Krankenhaus als Erwachsene, d.h. sie haben eine kürzere Verweildauer. Das zeigt auch der Vergleich der DRG F49C (mVWD 2,5) mit der DRG F49D (mVWD 12,9). Dies bedeutet aber auch, dass die Fälle der DRG F49C sowohl eine niedrigere UGV als auch eine deutlich niedrigere OGV als die Fälle der DRG F49D besitzen. Wenn man beide DRGs zusammenlegen würde, d.h. die „Kinder“-DRG entfällt, würde dies bedeuten, dass ein ganz erheblicher Teil der Inlier-Fälle der jetzigen F49C einen Kurzlieger-Abschlag bekommen und ein Teil der Langlieger-Fälle erst ab einer VWD von 26 Tagen im Vergleich zu jetzt ab 6 Tagen einen Zuschlag bekäme. Bei einem relevanten Anteil von vor allem Kurz-, aber auch Langliegern innerhalb der DRG F49C sowie zusätzlich einer hohen Anzahl an Fällen, die in der DRG F49C Inlier sind, aber in einer kondensierten DRG Abschläge erhielten, würde dies zu einer erheblichen Schlechterstellung von Kindern führen (siehe Tabelle 20).*

Rang Sortierung	DRG	Parti-tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweil-dauer	UGV: Erster Tag mit Abschlag	OGV: Erster Tag mit zusätzl. Entgelt
117	F49C	A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre	1,008	2,5	1	6
118	F49D	A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, mit schweren CC, mehr als ein Belegungstag	1,539	12,9	3	26

Tabelle 20: Auszug Fallpauschalen-Katalog 2023: DRGs F49C und F49D

Ein weiteres Beispiel betrifft die nicht nach Alter, aber nach unterschiedlichen Behandlungsformen differenzierte Basis-DRG K15 *Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag*. In dieser Basis-DRG wurden gleich zweimal DRGs von Fällen mit kurzer Verweildauer, aber niedrigerem Relativgewicht vor DRGs mit höherem Relativgewicht und längerer Verweildauer sortiert – siehe Tabelle 21. Hier würde ein Zusammenlegen von Fällen u.a. zu einer nicht sachgemäßen Benachteiligung bestimmter Behandlungsformen führen.

Rang Sortierung	DRG	Parti-tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweil-dauer	UGV: Erster Tag mit Abschlag	OGV: Erster Tag mit zusätzl. Entgelt
16	K15A	O	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Radiojodtherapie	0,891	3,2	-	6
17	K15B	O	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Radiojodtherapie	1,500	12,7	3	28
19	K15C	O	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmter nuklearmedizinischer Therapie	0,712	3,3	-	6
20	K15D	O	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmte nuklearmedizinische Therapie	0,740	6,4	-	13
22	K15E	O	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie	0,443	3,1	-	7

Tabelle 21: Auszug Fallpauschalen-Katalog 2023 – Basis-DRG K15



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

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

Die ab 1. Januar 2023 gültige ICD-10-GM Version 2023 enthält insgesamt 14.261 terminale Codes und somit 84 Codes mehr als die Version 2022 (14.177). Die Mehrzahl dieser Codes (14.136, 99%) unterscheidet sich weder hinsichtlich des Codes noch hinsichtlich des dazugehörigen Textes gegenüber dem Vorjahr.

Der OPS Version 2023 enthält insgesamt 33.337 terminale Codes. Das sind 199 Codes mehr als im OPS Version 2022 (33.138). Die Mehrzahl der Codes (32.732, 98%) zeigt ebenfalls keinen Unterschied zum Vorjahr in Bezug auf den Code und die Leistungsbeschreibung.

Die Weiterentwicklung der Klassifikationen ICD-10-GM und OPS ist Aufgabe des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), das in seinem jährlichen Revisionsverfahren auch Änderungsvorschläge annimmt. Die im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2023 beim InEK eingegangenen Vorschläge zur Umformulierung bestehender Codes bzw. zur Etablierung neuer Codes wurden an die zuständigen Stellen beim BfArM weitergeleitet.

Über die im Vorschlagsverfahren für das Jahr 2023 angeregten Änderungen hinaus wurde im Zuge der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems die Notwendigkeit weiterer neuer Codes deutlich. Dies betrifft beispielsweise die neuen OPS-Codes zur Abbildung von Medikamenten und Dosisklassen, die ab 2023 im OPS zu finden sind, wie z.B. Codes aus 6-00b.7- *Applikation von Medikamenten, Liste 11: Durvalomab, parenteral* zur Definition der Dosisklassen beim Zusatzentgelt ZE2023-203 *Gabe von Durvalomab, parenteral*.

Darüber hinaus wurden neue Codes zur Abbildung von Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG in den OPS Version 2023 aufgenommen. Dies unterstützt einerseits die Detektion von Fällen für die Abrechnung vereinbarter NUB-Leistungen. Andererseits ermöglicht es in Zukunft Analysen zur Eingliederung dieser Leistungen in das G-DRG-System. Ein Beispiel ist die Einführung des neuen Codes 5-149.25 *Intraokularlinse mit Winkelverschiebung*. Der neue Code ermöglicht zukünftig die spezifische Abbildung und Analyse der NUB-Leistung „Implantation einer Intraokularlinse bei Patienten mit Makulaerkrankungen“.

Entsprechend der Vorgehensweise in den Vorjahren wurden für 2023 bestehende ICD-Codes differenziert bzw. neue ICD-Codes etabliert, um Unterschiede in Aufwand und Ablauf von Behandlungen darstellbar zu machen. So wurde ein neuer 4-Steller zur spezifischen Kodierung einer *Ösophagitis* (K20) eingeführt: K20.0 *Eosinophile Ösophagitis*, K20.1 *Radiogene Ösophagitis*, K20.8 *Sonstige näher bezeichnete Ösophagitis* und K20.9 *Ösophagitis, nicht näher bezeichnet*. Auf diese Weise besteht zukünftig die Möglichkeit, Fälle mit der Diagnose K20.– *Ösophagitis* aufwandsentsprechend abzubilden.

#### 3.3.5.2 Überleitung auf die ab 1. Januar 2023 gültigen Versionen

Die Datenbasis, die der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2023 zugrunde liegt, beruht auf medizinischen Daten des Jahres 2021 (Datenjahr 2021). Die Diagnosen wurden dementsprechend mit der ICD-10-GM Version 2021 und die Prozeduren mit dem OPS Version 2021 kodiert.

Nach Abschluss der Weiterentwicklung für das Jahr 2023 stand zunächst die aG-DRG-Version 2021/2023 zur Verfügung. Diese Version stellt die erste Übergangsversion dar, die den G-DRG-Algorithmus des Jahres 2023 anhand der im Datenjahr 2021 gültigen Diagnose- und Prozedurenkodes definiert. Zur Nutzung des aG-DRG-Systems 2023 für die Gruppierung im Jahr 2023 mit den dann gültigen Leistungsbezeichnern waren zwei Überleitungen des Systems notwendig.

In einem ersten Schritt wurde das aG-DRG-System 2021/2023 auf das aG-DRG-System 2022/2023 übergeleitet. Die für diesen Zweck notwendige Überleitung der Diagnose- und Prozedurenkodes wurde ausgehend von den Überleitungstabellen, die vom BfArM zur Verfügung gestellt wurden, durchgeführt. Anhand dieser Informationen konnte jedem der im Jahr 2022 gültigen Diagnosen- oder Prozedurenkodes eine Funktion im Gruppierungsalgorithmus zugewiesen werden, typischerweise die, die sein „Vorgängerkode“ in der Version 2021 der ICD- bzw. OPS-Klassifikationen im Rahmen der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für 2023 erhalten hatte. Dabei wurden textliche, inhaltliche und formale Änderungen der Codes sowie Änderungen der Kodierrichtlinien berücksichtigt. Auf diese Weise entstand die aG-DRG-Version 2022/2023. Die umfangreichen Änderungen und Anpassungen, die für diese Version notwendig waren, entsprechen weitestgehend den Änderungen, die bei der Überleitung der Übergangsversion 2021/2022 auf die aG-DRG-Version 2022 vorgenommen wurden. Diese sind auch im Abschlussbericht für das Jahr 2022 dargestellt.

Im zweiten Schritt wurde, analog zu diesem Vorgehen, die aG-DRG-Version 2022/2023 auf die aG-DRG-Version 2023 übergeleitet. Erneut dienten die vom BfArM zur Verfügung gestellten Überleitungstabellen als Basis.

Die beiden Übergangsversionen sollen es den Vertragspartnern auf Ortsebene ermöglichen, Budgetverhandlungen für das Jahr 2023 auf Basis der Leistungsdaten der Jahre 2021 bzw. 2022 zu führen. Dabei sollten die für diesen Zweck ebenfalls auf der Internetseite des InEK veröffentlichten „Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung“ berücksichtigt werden.

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

### **3.3.5.3 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 BfArM orientierten klassifikatorischen Überleitung. In Einzelfällen musste von dieser Überleitung abgewichen werden. Damit lassen sich zwei Varianten der Überleitung festhalten:

- Klassifikatorische Überleitung
- Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

Diese Varianten werden im Folgenden anhand von Beispielen erläutert.

#### ***Klassifikatorische Überleitung***

Bei der klassifikatorischen Überleitung wird den Codes, die im Jahr 2023 Gültigkeit erhalten, die Funktion zugewiesen, die ihr „Vorgängerkode“ in der Version 2022/2023 hatte. Typischerweise kommt dies bei einer Ausdifferenzierung von Codes vor.

So wird beispielsweise den für das Jahr 2023 neu etablierten fünfstelligen Codes für *Sonstige chronische Pankreatitis* K86.1- die Funktion des im Jahr 2022 gültigen vierstelligen Codes K96.1 *Sonstige chronische Pankreatitis* zugewiesen (siehe Tabelle 22).

Alter Kode (ICD-10-GM Version 2022)	Neue Codes (ICD-10-GM Version 2023)
K86.1 <i>Sonstige chronische Pankreatitis</i>	K86.10 <i>Autoimmunpankreatitis [AIP]</i> K86.11 <i>Hereditäre Pankreatitis</i> K86.18 <i>Sonstige chronische Pankreatitis</i>

Tabelle 22: Differenzierung des ICD-Kodes K86.1 *Sonstige chronische Pankreatitis*

Die neuen Codes wurden gemäß der Überleitungstabelle des BfArM auf den Vorgängerkode K86.1 übergeleitet. Konkret bedeutet dies für das aG-DRG-System 2023:

In jeder Tabelle des aG-DRG-Systems 2022/2023, in welcher der alte ICD-10-Kode K86.1 verzeichnet ist, wurden für das aG-DRG-System 2023 jeweils die neuen Codes an dessen Stelle eingetragen. In diesem Fall sind die folgenden Tabellen davon betroffen:

- Tabellen der gültigen Diagnose- und Hauptdiagnosekodes
- Hauptdiagnosentabelle der MDC 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas*
- Tabelle „Sehr komplexe Erkrankungen an hepatobiliärem System und Pankreas“ der DRGs H07A und H08A
- Tabelle „Erkrankungen des Pankreas, außer BNB“ der Basis-DRG H62

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

### **Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung**

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

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

Im Prozeduren-Katalog 2023 wurde ein Kode für die *Transgastrale Chemoablation einer neoplastischen Pankreaszyste* (5-529.t) neu etabliert. Laut klassifikatorischer Überleitung des BfArM sollte dieser neue OPS-Kode auf den unspezifischen Kode („Sonstige“) für *Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang: Sonstige* übergeleitet werden. Dies würde in der Gruppierung der entsprechenden Fälle bedeuten, dass diese Leistung – obwohl es sich dabei um ein interventionelles Verfahren unter Einsatz einer Endosonographie handelt – nicht in der interventionellen Basis-DRG H41 *ERCP oder bestimmte endoskopische Eingriffe* der MDC 07 abgebildet wird. Um zu gewährleisten, dass zukünftig eine Eingruppierung analog zu Codes erfolgt, die beispielsweise ein endoskopisches Verfahren über einen transgastralen Zugang beschreiben, wurde von der klassifikatorischen Überleitung des BfArM abgewichen. Im Ergebnis wurde der neue Kode 5-529.t auf den Kode 5-529.n2 *Transgastrale Drainage einer Pankreaszyste*

te: *Endoskopisch ohne Einlegen eines Stents* übergeleitet und wird damit in der aG-DRG-Version 2023 in der interventionellen Basis-DRG H41 der MDC 07 abgebildet.

### **Überleitung unter Anpassung des Gruppierungsalgorithmus**

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

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

Für die aG-DRG-Version 2023 bestand nicht die Notwendigkeit einer Anpassung des Algorithmus nach der Überleitung auf die ICD-10-GM bzw. den OPS Version 2023. Daher wird dies anhand von folgendem Beispiel erläutert:

Im OPS Version 2021 wurde der Code für die *Komplexe Diagnostik bei Leukämien: Komplexe Diagnostik mit HLA-Typisierung* (1-941.1) gestrichen. Gleichzeitig wurde ein neuer Codebereich für die *Hochauflösende HLA-Typisierung [Zweifeldauflösung] mit Bestimmung von HLA-A, HLA-B, HLA-C, HLA-DR und HLA-DQ* (1-941.3) etabliert, der danach unterscheidet, ob die Untersuchung beim Patienten selber oder bei einem oder mehreren Verwandten vorgenommen wird. In der aG-DRG-Version 2020/2021 ist der Code 1-941.1 in Abhängigkeit vom Alter in den DRGs R60A *Akute myeloische Leukämie [...]* bzw. R60B sowie R60C gruppierungsrelevant. Ab 2021 ist diese Leistung mit zwei Codes zu verschlüsseln. Um eine geänderte Gruppierung durch Änderung der Kodierung einer komplexen Diagnostik bei Leukämie mit HLA-Typisierung zu vermeiden, wurde nach der Überleitung die Definition der DRGs R60A bzw. R60B und R60C in der Weise angepasst, dass die Kombination der beiden Codes 1-941.0 *Komplexe Diagnostik bei myeloischen und lymphatischen Neoplasien: Komplexe Diagnostik* und 1-941.30 *Hochauflösende HLA-Typisierung [Zweifeldauflösung] mit Bestimmung von HLA-A, HLA-B, HLA-C, HLA-DR und HLA-DQ: Beim Patienten* analog der Eingruppierung in der aG-DRG-Version 2020/2021 in die DRGs R60A bzw. R60B und R60C führt. Innerhalb der MDC 17 wurde somit eine vollständig kongruente Anpassung zwischen Kalkulations- und Abrechnungsjahr erreicht.

#### **3.3.5.4 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 BfArM vorlag, bestanden verschiedene Varianten der Berücksichtigung im aG-DRG-System 2023:

- 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 ist der in den OPS Version 2023 neu aufgenommene Codebereich für die *Multimodale Komplexbehandlung bei Patienten mit angeborener Stoffwechselerkrankung oder schwerer Mangelernährung [Malnutrition]* (8-984). Die Codes aus diesem Bereich sind im aG-DRG-System 2023 gültige Prozeduren ohne Gruppierungsrelevanz.

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

Ein neuer ICD-Kode muss jedoch der Systemlogik folgend mindestens einer DRG der medizinischen Partition einer MDC (oder den unzulässigen Hauptdiagnosen und damit einer Fehler-DRG) zugeordnet werden. Ein Beispiel ist der in der ICD-10-GM Version 2023 neue Code für die Kodierung einer *Hyperlipoproteinämie (a)* (E78.80). Dieser neue Code wurde auf den Diagnosekode *Sonstige Störungen des Lipoproteinstoffwechsels* (E78.8) übergeleitet und damit den Hauptdiagnosen der MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* zugeordnet.

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

In den Jahren 2022 oder 2023 neu etablierte ICD- und OPS-Codes sind in den regulären Kalkulationsdaten, die dem InEK bei der Entwicklung des aG-DRG-Systems 2023 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 2023 wurde keine Zuordnung im Gruppierungsalgorithmus allein aufgrund dieser zusätzlich erhobenen Informationen umgesetzt.

### ***Die Codes werden inhalts- oder aufwandsähnlichen alten Codes zugeordnet***

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

Generell ist die hier beschriebene Konstellation eher selten und im Rahmen der Überleitung auf die aG-DRG-Version 2023 tritt diese auch nicht auf. Für den Fall, dass die klassifikatorische Überleitung des BfArM dazu führen würde, dass beispielsweise eine operative Leistung nicht als OR-Prozedur gewertet wird, kann prinzipiell von der klassifikatorischen Überleitung abgewichen werden (siehe auch Absatz „Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung“).

Bei neu in den OPS aufgenommenen Zusatzcodes wird bei der klassifikatorischen Überleitung des BfArM standardmäßig kein Vorgängerkode definiert. Diese Codes werden im G-DRG-System in der Form übergeleitet, dass sie gültige Prozeduren ohne

Gruppierungsrelevanz sind. In der Regel werden diese Codes zusätzlich zu Prozeduren verschlüsselt, die im G-DRG-System bereits für die Definition von DRGs verwendet werden.

### 3.3.6 Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien

Im Rahmen der diesjährigen Überarbeitung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) wurde eine weitere Konsolidierung im Sinne von Klarstellungen vorgenommen. Für das Jahr 2022 wurden alle vom Schlichtungsausschuss getroffenen Entscheidungen, die bis zum 21. Juli 2021 veröffentlicht wurden, entweder in den bereits bestehenden Kodierrichtlinien oder im Anhang C zitiert. Für die Version 2023 gilt dies für alle vom Schlichtungsausschuss getroffenen Entscheidungen, die bis zum 17. August 2022 veröffentlicht wurden, entsprechend. Zwei Entscheidungen zu Anträgen gem. § 19 Abs. 3 KHG, welche die Kodierung von Adhäsionen bzw. die Erregerkodierung bei Infektion /Sekundärinfektion einer offenen Wunde betreffen, werden in der Kodierrichtlinie 1102v *Adhäsionen* bzw. in der Kodierrichtlinie D012v *Mehrfachkodierung* zitiert. Zwei weitere Entscheidungen des Schlichtungsausschusses zu Anträgen gem. § 19 Abs. 3 KHG zu den Themen „Thrombektomie ZE 133“ und „Sepsiskodierung“ werden im Anhang C zitiert. Die Anträge, die einer Entscheidung des Schlichtungsausschusses zu einer konkreten Verfahrensnummer zugrunde liegen, stehen auf der [Internetseite des Schlichtungsausschusses](#) zur Verfügung. Weitere Informationen zum Schlichtungsausschuss enthält Kapitel 3.3.7.

Im Folgenden einige Beispiele für Änderungen/Klarstellungen:

- DKR P013v: In die Liste der Codes, die eine Reoperation darstellen, wurde der Code 5-839.5 *Revision einer Wirbelsäulenoperation* aufgenommen. Damit wurde klargestellt, dass dieser Code zusammen mit der durchgeführten Operation zu kodieren ist. Zukünftig wird dadurch auch Streitpotential bezüglich der Kodierung von Reoperationen in diesem Bereich vermieden.
- DKR 1510v: Fälle mit Schock während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes wurden bisher mit der Diagnose O75.1 *Schock während oder nach Wehentätigkeit und Entbindung, anderenorts nicht klassifiziert* verschlüsselt. Die Art des Schocks konnte dabei allerdings nicht weiter spezifiziert werden. Ab 2023 regelt die Kodierrichtlinie 1510, dass O75.1 – unter Beachtung der Nebendiagnosendefinition – zusammen mit einem spezifischen Code aus R57.- *Schock, anderenorts nicht klassifiziert* kodiert werden kann. Damit kann zukünftig angegeben werden, ob beispielsweise ein hypovolämischer oder ein septischer Schock vorgelegen hat.

In Anhang B der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2023 sind ausführliche Informationen zu den durchgeführten Änderungen zusammengestellt.

### 3.3.7 Schlichtungsausschuss

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

gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft einen Schlichtungsausschuss auf Bundesebene. Die Geschäftsstelle des Schlichtungs-ausschusses wird vom InEK geführt.

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

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

Für die Deutschen Kodierrichtlinien Version 2023 gilt dies analog für alle vom Schlichtungsausschuss getroffenen Entscheidungen, die bis zum 17. August 2022 veröffentlicht wurden.

Im Jahr 2022 hat der Schlichtungsausschuss in insgesamt vier Sitzungen sieben Anträge zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen beraten. Daraus resultierten sechs Entscheidungen des Schlichtungsausschusses z.B. zu den Themen Sepsis- oder Erregerkodierung, Kodierung von Adhäsiolysen oder zur Notwendigkeit von täglichen Blutgasanalysen als Voraussetzung zur Berechnung von Beatmungstunden. Einer der beratenen Anträge wurde wegen Unzulässigkeit abgelehnt und das Verfahren nach § 8 Abs. 1 der Geschäftsordnung für den Schlichtungsausschuss beendet. Alle vom Schlichtungsausschuss getroffenen Entscheidungen sowie die zugrunde liegenden Anträge werden auf der [Internetseite des Schlichtungsausschusses](#) veröffentlicht.

### 3.4 Statistische Kennzahlen

#### 3.4.1 Wesentliche Ergebnisse und Änderungen zum Vorjahr

##### 3.4.1.1 Erweiterung und Umbau der Fallgruppen

Das aG-DRG-System 2023 umfasst insgesamt 1.292 DRGs. Einen Überblick über die Veränderungen im Vergleich zum aG-DRG-System 2022 gibt Tabelle 23:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
aG-DRG-System 2023	1.292	± 0
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.235	± 0
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	42	± 0
davon rein teilstationäre DRGs	15	± 0
davon bewertet (Anlage 1c)	2	± 0
davon explizite Ein-Belegungstag-DRGs	23	- 1
davon implizite Ein-Belegungstag-DRGs	387	+ 6

Tabelle 23: Überblick über das aG-DRG-System 2023

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

Im Zusatzentgelte-Katalog (Anlage 2 DRG-EKV 2023) werden 74 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 79) aufgeführt. Die Anzahl der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 DRG-EKV 2023) liegt bei 154 (Vorjahr: 151).

##### 3.4.1.2 Nicht bewertete DRGs

Im aG-DRG-System 2023 ist die Anzahl der als „nicht pauschalierbar“ dargestellten DRGs gegenüber dem aG-DRG-System 2022 mit 42 DRGs unverändert.

##### 3.4.1.3 Zusatzentgelte

Dank der angepassten Kalkulationsmethodik und der gewachsenen Erfahrung mit den Daten der Corona-Jahre konnten nahezu alle bewerteten Zusatzentgelte (Anlage 2 DRG-EKV 2023) wieder auf Grundlage aktueller Kalkulationsdaten analysiert und differenzierte Beträge ermittelt werden. Im letzten Jahr war dies für Dialysen und verwandte Verfahren sowie für operative und interventionelle Verfahren, deren Beträge im Allgemeinen unter Betrachtung von Fallkosten- und Modulkostendifferenzen ermittelt werden, aufgrund der eingeschränkten Datenqualität infolge der Corona-Pandemie vielfach nicht möglich. Lediglich bei drei Verfahren war die Anzahl betroffener Fälle im Datenjahr



2021 für eine Bewertung zu gering, sodass für diese der Katalogwert 2022 übernommen wurde.

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

Prinzipiell blieb die Untersuchungsmethodik gegenüber den Vorjahren unverändert. Die von den Kalkulationskrankenhäusern bereitgestellten Kostendaten und ergänzenden Fallinformationen bildeten die Grundlage für die Definition und Bewertung der Zusatzentgelt-Leistungen. Die Anzahl der Zusatzentgelte des aG-DRG-Systems 2023 im Vergleich zum aG-DRG-System 2022 ist in Tabelle 24 dargestellt.

	aG-DRG-System 2022	aG-DRG-System 2023
<b>Mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte</b>		
Operative, interventionelle und diagnostische Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	37	37
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	38	33
Besondere Behandlungsformen	4	4
<b>Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG</b>		
Operative, interventionelle und diagnostische Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	50	50
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	95	98
Besondere Behandlungsformen	6	6
<b>Gesamt</b>	<b>230</b>	<b>228</b>

Tabelle 24: Vergleich der Anzahl der Zusatzentgelte im aG-DRG-System 2022 und 2023

Zu den besonderen Behandlungsformen zählen die *Palliativmedizinische Komplexbehandlung* (ZE60), die *Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung* (ZE145), *Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten* (Anlage 8 Tabelle 1 DRG-EKV 2023) (ZE162), *Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten* (Anlage 8 Tabelle 2 DRG-EKV 2023) (ZE163) (jeweils mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte) sowie die *Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung* (ZE2023-26), die *Versorgung von Schwerstbehinderten* (ZE2023-36), die *Naturheilkundliche Komplexbehandlung* (ZE2023-40), die *Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst* (ZE2023-133), die *Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen externen Palliativdienst* (ZE2023-134) und die *Längerfristige Beatmungsentwöhnung* (ZE2023-190) (jeweils Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG).

Die Bewertung der Leistungen in den Anlagen 2 und 5 DRG-EKV 2023 erfolgte – soweit überhaupt betroffen – aufgrund der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem aG-DRG-System ohne Berücksichtigung von Pflegepersonalkosten. Hiervon betroffen sind u.a. einige Leistungen der besonderen Behandlungsformen, wie beispielsweise die

Zusatzentgelte für palliativmedizinische Komplexbehandlung (ZE60, ZE145) oder für erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (ZE162, ZE163).

### **Zusatzentgelte für palliativmedizinische Komplexbehandlung**

Bei der Bewertung der Zusatzentgelte für die (spezialisierte) palliativmedizinische Komplexbehandlung (ZE60 und ZE145) zeigten sich ebenfalls die Auswirkungen des durch die Corona-Pandemie ausgelösten kostenrechnerischen Effekts. Die Fallzahlveränderung der palliativmedizinischen Komplexbehandlung (ZE60) ist stärker als für die spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung (ZE145) – der kostenrechnerische Effekt löste aber eine gegensätzliche Entwicklung der Fallkostendifferenzen aus. Entsprechend wurde über das gesamte Fallkollektiv der palliativmedizinisch versorgten Patienten hinweg die durch die palliativmedizinische Versorgung induzierte typische Unterdeckung berechnet und als einheitlicher Prozentsatz auf die Entgeltbeträge des Vorjahres aufgeschlagen. Auf diese Weise konnte die Auswirkung des kostenrechnerischen Effekts reduziert und die Differenzierung der Zusatzentgelte nach den jeweiligen OPS-Kodes für die Zusatzentgelte ZE60 und ZE145 beibehalten werden.

### **Zusatzentgelte für erhöhten Pflegeaufwand**

Die Methodik zur Berechnung der Zusatzentgelte ZE162 und ZE163 wurde unverändert aus den Jahren vor der Corona-Pandemie übernommen. Diese basierte auf dem im System verbleibenden Teil der mit Pflege assoziierten Kosten, d.h. auf den Modulen 1\_4a, 1\_6a und 13\_2. Die bisherige Berechnungsweise mit bestmöglicher Näherung durch Günstigerprüfung mit Konzentration auf die (Differenzen der) „Pflegekosten“ wurde grundsätzlich beibehalten. Auch im Jahr 2023 gibt es weiterhin zwei DRG-abhängige Zusatzentgelte („niedriges“ ZE162 und „hohes“ ZE163) für die Pflegebedürftigkeit eines Patienten ab Pflegegrad 3 und einer Verweildauer von mindestens 5 Tagen. Wie in den Vorjahren erfolgte eine Anpassung des „Trennwerts“ zwischen hohem und niedrigem Zusatzentgelt für erhöhten Pflegeaufwand so, dass die Erlösvolumina der beiden Zusatzentgelte auf Basis des Datenjahres 2021 etwa gleich groß sind.

Der erhöhte Aufwand für pflegebedürftige Menschen wird damit weiterhin auch mit den Zusatzentgelten ZE162 und ZE163 abgebildet. Für das aG-DRG-System 2023 ergeben sich nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten Beträge in Höhe von 31,25 € für ZE162 und 66,56 € für ZE163. Aktualisierte DRG-Listen für die Zuordnung der DRGs zu einem der beiden Zusatzentgelte finden sich in Anlage 8 des Fallpauschalen-Katalogs.

### **Dialysen**

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

Für das Zusatzentgelt ZE01.02 *Hämodialyse, intermittierend, Alter < 15 Jahre* entsprach die Datenbasis erneut nicht den Anforderungen des Regelwerks. Zur Vermeidung einer temporären Verschiebung dieser Leistung zwischen Anlage 2 (bewertet) und Anlage 4 (unbewertet) wurde für dieses Zusatzentgelt der Vorjahreswert ausgewiesen.

Das Zusatzentgelt ZE2023-109 *Dialyse mit High-Cut-Off-Dialysemembran* bleibt auch weiterhin unbewertetes Zusatzentgelt.

Hinweisen im Vorschlagsverfahren folgend wurde für 2023 die Bezeichnung des unbewerteten Zusatzentgelts für Hämo-perfusion redaktionell um den Passus „und Adsorption zur Entfernung hydrophober Substanzen“ ergänzt: ZE2023-09 *Hämo-perfusion und Adsorption zur Entfernung hydrophober Substanzen*. Mit der beschriebenen Anpassung erfolgte eine rein redaktionelle Klarstellung der bereits für 2017 vorgenommenen Erweiterung des genannten Zusatzentgelts.

### **Verfahren**

Im Vorschlagsverfahren wurde thematisiert, dass für eine relevante Anzahl an Fällen deutlich mehr Coils implantiert würden, als durch die aktuelle Differenzierung des Zusatzentgelts ZE105 *Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils) an Kopf, Hals (intra- und extrakraniell) und spinalen Gefäßen [...]* mit einer oberen Dosisklasse von „28 oder mehr Metallspiralen“ sachgerecht abrechenbar sei. Die Analysen der Kalkulationsdaten des Jahres 2021 zeigten für eine Reihe von Fällen Implantat-Kosten, die auf eine höhere Anzahl verwendeter Coils bei Abrechnung der obersten Dosisklasse des Zusatzentgelts ZE105, aber auch des Zusatzentgelts ZE106 *Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisationen* hindeuteten, sodass im Ergebnis für das aG-DRG-System 2023 der Codebereich für die *Anzahl der Metallspiralen* bei der *selektiven Embolisation mit Metallspiralen* weiter differenziert und die zu kodierende und abrechenbare Anzahl verwendeter Coils von „28 oder mehr Metallspiralen“ auf zukünftig „151 oder mehr Metallspiralen“ erweitert wurde.

Wie in den Vorjahren erfolgte bei Differenzierungen bzw. Entdifferenzierungen ZE-definierender OPS-Kodes die Zuordnung neuer OPS-Kodes entsprechend der Überleitung des BfArM (siehe dazu auch Kapitel 2.3).

### **Medikamente**

In die Liste der unbewerteten Zusatzentgelte wurden insgesamt drei neue Zusatzentgelte für Medikamente aufgenommen, die für das Jahr 2022 den NUB-Status 1 erhalten hatten (siehe Tabelle 25). Die aufgeführten Leistungen erfüllen zwar die Kriterien für eine Zusatzentgelt-Definition, konnten jedoch auf Basis der vorhandenen Daten nicht mit einem Vergütungsbetrag bewertet werden.

Bezeichnung	Zusatzentgelt
<i>Gabe von Durvalumab, parenteral</i>	ZE2023-203
<i>Gabe von Gemtuzumab Ozogamicin, parenteral</i>	ZE2023-204
<i>Gabe von Polatuzumab Vedotin, parenteral</i>	ZE2023-205

Tabelle 25: 2022 mit Status 1 bewertete NUB-Leistungen, die ins aG-DRG-System 2023 als unbewertete Zusatzentgelte integriert wurden

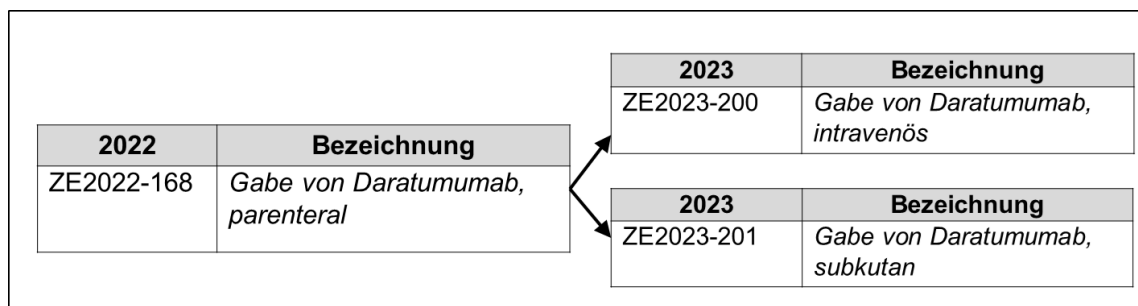
Für 2023 wurden einige bewertete Zusatzentgelte für Chemotherapeutika gestrichen, deren Patentschutz schon seit Jahren ausgelaufen ist und deren Kosten und Erlöse (auch auf Krankensebene) mittlerweile im Sinne der ZE-Kriterien eher unbedeutend geworden sind (siehe Tabelle 26).

Leistung	ZE (2022)	ZE (2023)
<i>Gabe von Gemcitabin, parenteral</i>	ZE17	gestrichen
<i>Gabe von Irinotecan, parenteral</i>	ZE19	gestrichen
<i>Gabe von Topotecan, parenteral</i>	ZE44	gestrichen
<i>Gabe von Paclitaxel, parenteral</i>	ZE63	gestrichen
<i>Gabe von Docetaxel, parenteral</i>	ZE80	gestrichen

Tabelle 26: Für 2023 gestrichene Zusatzentgelte

Das für den Katalog 2022 aufgrund der Verfügbarkeit von Generika in die Anlage der unbewerteten Zusatzentgelte überführte Zusatzentgelt ZE2023-196 *Gabe von Micafun-gin, parenteral*, erhielt auf Grundlage einer Einigung der Selbstverwaltung eine Erläute-rung zur Abrechnung der betroffenen Zusatzentgelte bei weiterhin fehlender Budget-vereinbarung: „Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2023 ist für dieses Zusatzentgelt das bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirk-samwerdens der Budgetvereinbarung 2023 weiter zu erheben. Bei fehlender Budget-vereinbarung 2022 ist für dieses Zusatzentgelt das bewertete Zusatzentgelt ZE [...] in Höhe von 70 Prozent der im DRG-Katalog 2021 bewerteten Höhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2022 weiter zu erheben. Dies gilt auch, so-fern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.“

Im Vorschlagsverfahren wurde die Differenzierung des Zusatzentgelts für die *Gabe von Daratumumab, parenteral* vorgeschlagen, da seit einiger Zeit für das entsprechende Arzneimittel neben einer intravenösen auch eine subkutane Applikationsform verfügbar geworden ist. Um eine Abrechnung einer typischen subkutanen Gabe des Arzneimittels zu vereinfachen, erfolgte auf Basis einer ausreichenden Datengrundlage der ergänzen-den Datenbereitstellung eine Differenzierung des Zusatzentgelts (siehe Abbildung 50), womit für 2023 eine verbesserte Abrechnungsmöglichkeit für dieses Arzneimittel ge-schaffen werden konnte.

Abbildung 50: Differenzierung des Zusatzentgelts *Gabe von Daratumumab, parenteral*

Bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems wurde für 2023 ein weiteres Zusatz-entgelt für Medikamente gestrichen. Das Zusatzentgelt ZE20xx-155 *Gabe von Palifer-min, parenteral* wurde gestrichen, da die Zulassung des Arzneimittels nach Kenntnis des InEK bereits 2016 zurückgezogen wurde und auch in den Kalkulationsdaten seit mehreren Jahren kein entsprechender Behandlungsfall identifiziert werden konnte.

Die Gabe von humanem, polyvalentem Immunglobulin umfasst eine Vielzahl von ver-schiedenen Präparaten und wird seit 2007 über ein bewertetes Zusatzentgelt vergütet: ZE93 *Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent*. Für diese Leistung erfolgt im Rah-

men der ergänzenden Datenbereitstellung bereits seit einigen Jahren (neben der verabreichten Dosis und den Kosten) eine Abfrage der eingesetzten Präparate auf Fallebene. Die Erhöhung der Bezugskosten resultiert bereits seit Jahren in jährlichen Preisanpassungen im Katalog. Bei den Analysen der ergänzenden Daten des Jahres 2021 zeigte sich für die meisten Präparate eine fortgesetzte Steigerung der Bezugskosten im Vergleich zum Vorjahr, woraus für 2023 deutlich erhöhte Beträge für das ZE93 resultierten (+7,2%). Gemäß den über eine unterjährige Marktpreisabfrage erhaltenen Auskünften einiger Kalkulationskrankenhäuser ist auch in Zukunft mit weiteren Preissteigerungen zumindest bei einigen Präparaten mit polyvalenten Immunglobulinen zu rechnen.

### ***Gabe von Blutprodukten***

Bei weiterhin unterschiedlichen Kosten für Thrombozytenkonzentrate und Apherese-Thrombozytenkonzentrate enthält der Fallpauschalen-Katalog 2023 in Bezug auf Vergütungsbetrag und Einstiegsschwelle unverändert differenzierte Zusatzentgelte: ZE146 *Gabe von Thrombozytenkonzentraten* und ZE147 *Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten* bzw. ZE164 *Gabe von pathogeninaktivierten Thrombozytenkonzentraten* und ZE165 *Gabe von pathogeninaktivierten Apherese-Thrombozytenkonzentraten*.

### 3.4.2 Analyse des Pauschalierungsgrades

Die Gesamtzahl der DRGs stieg in den letzten drei Jahren (aG-DRG-Systeme 2021, 2022 und 2023) von 1.285 auf 1.292. Parallel dazu verläuft der Anstieg bewerteter DRGs von 1.228 auf 1.235.

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

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

#### **Analyse der Anzahl getroffener DRGs in den Krankenhäusern**

Eine Möglichkeit, den Pauschalierungsgrad zu analysieren, ist die Betrachtung der Anzahl getroffener DRGs je Krankenhaus. Dabei werden DRGs, die pro Krankenhaus nur genau ein Mal getroffen werden, ausgeblendet. Auf Basis der vollstationären Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG 2021 zeigt sich, dass die Anzahl der Krankenhäuser, die während eines gesamten Jahres z.B. mehr als 400 verschiedene DRG-Fallpauschalen abrechnen, im Vergleich der aG-DRG-Systeme nur leicht angestiegen ist. Rund 62% der dem KHEntgG unterliegenden Krankenhäuser rechnen höchstens 400 verschiedene DRG-Fallpauschalen ab (siehe Abbildung 51).

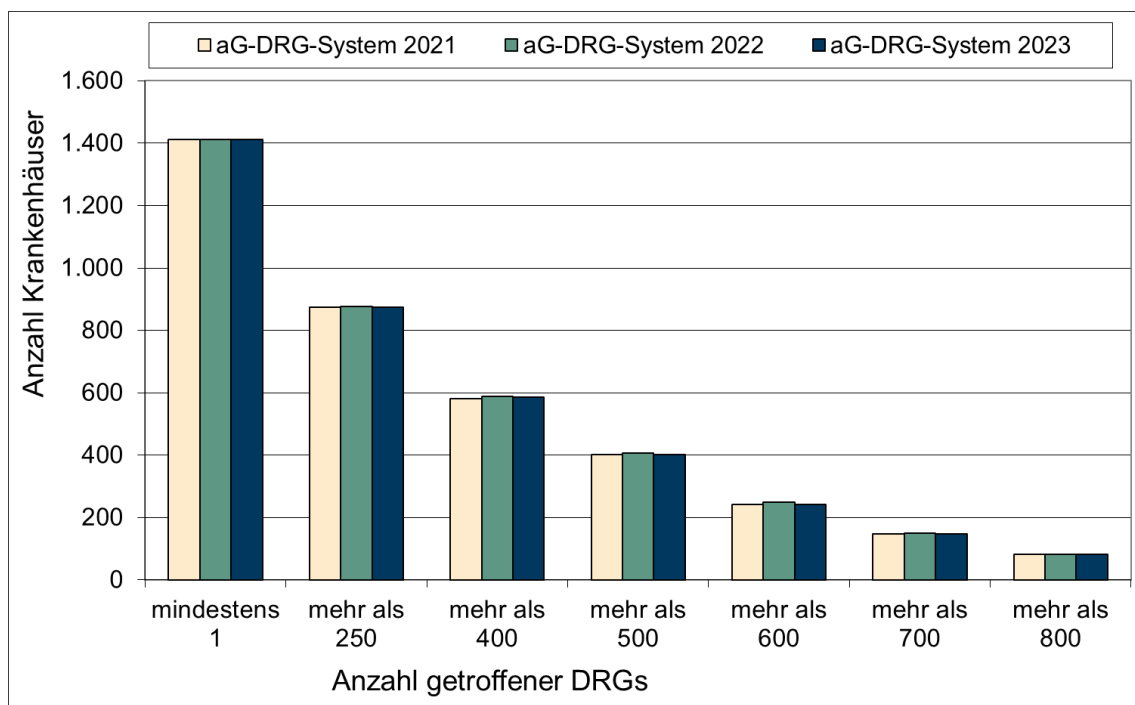


Abbildung 51: Anzahl getroffener DRGs pro Krankenhaus für die aG-DRG-Systeme 2021, 2022 und 2023, vollstationäre Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG, Datenjahr 2021

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

Die Abbildung der 200 fallzahlstärksten DRGs in einer Sättigungskurve zeigt, dass das aG-DRG-System einen hohen Grad der Pauschalierung erreicht hat. Bereits die 200 fallzahlstärksten Fallpauschalen bilden rund 74% aller abrechenbaren vollstationären Fälle ab. Der Grad der Pauschalierung ist im Vergleich der drei untersuchten aG-DRG-Systeme in etwa gleich (siehe Abbildung 52).

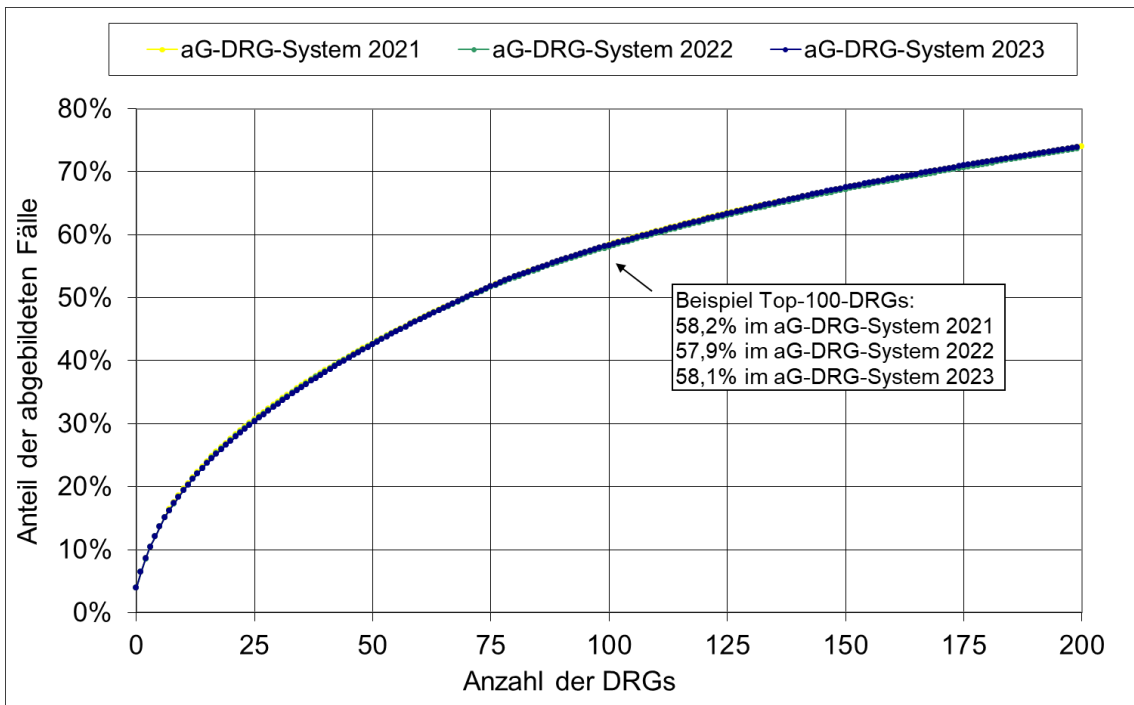


Abbildung 52: Anteil der vollstationären Fälle in den 200 fallzahlstärksten DRGs, aG-DRG-Systeme 2021, 2022 und 2023, vollstationäre Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG, Datenjahr 2021

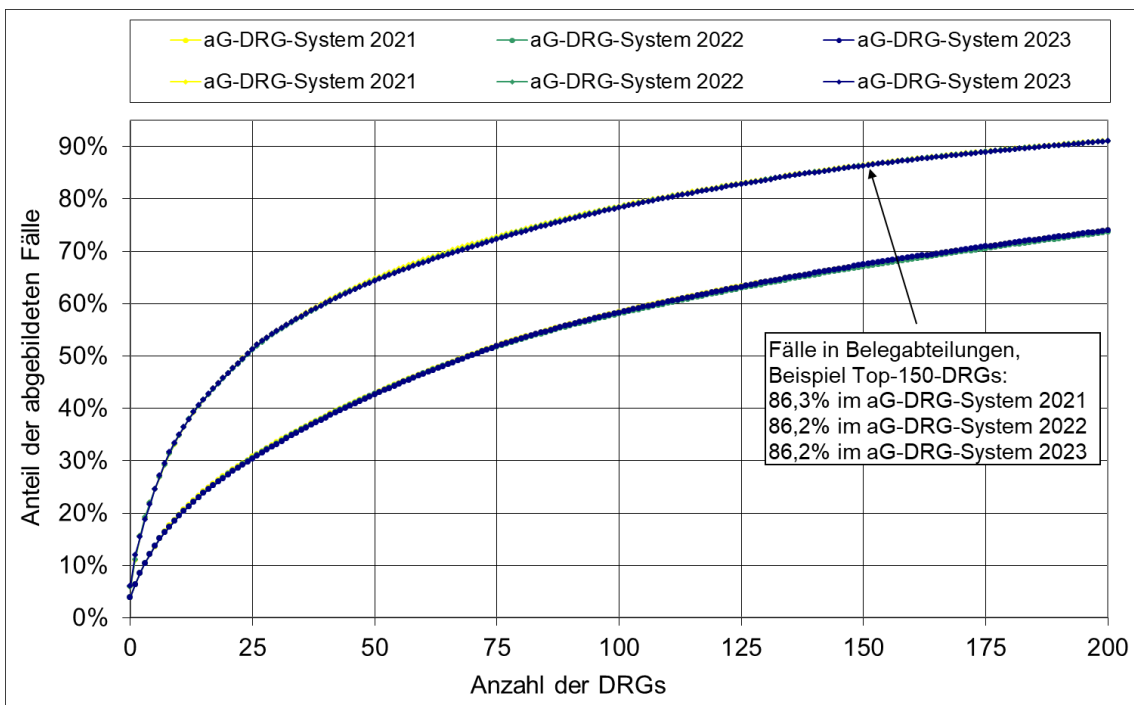


Abbildung 53: Anteil der Fälle in Haupt- und Belegabteilungen in den 200 fallzahlstärksten DRGs, aG-DRG-Systeme 2021, 2022 und 2023, Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG, Datenjahr 2021

In Abbildung 53 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 Haupt-

abteilungen. Mit den 100 fallzahlstärksten Fallpauschalen können bereits rund 78% aller abrechenbaren Fälle in belegärztlicher Versorgung abgebildet werden. Für einen identischen Abbildungsgrad bei Versorgung in Hauptabteilungen sind etwas mehr als 200 DRGs erforderlich.

Dieses Ergebnis konnte erwartet werden, zumal die 44 eigenständig kalkulierten Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung insgesamt rund 55% der abrechenbaren Fälle in belegärztlicher Versorgung darstellen (siehe Kapitel 3.3.1.2 und Anhang A-2).

### 3.4.3 Statistische Güte der Klassifikation

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

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

Der Analyse lag die nach Prüfungen und Bereinigungen vorliegende Fallmenge der in Hauptabteilungen versorgten Fälle des Datenjahres 2021 zugrunde. Diese wurden sowohl nach dem aG-DRG-System 2022 als auch nach dem aG-DRG-System 2023 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 DRG-EKV 2023) blieben unberücksichtigt. Außerdem wurden die expliziten Ein-Belegungstag-DRGs der beiden aG-DRG-Systeme aus der Analyse ausgeschlossen, da deren Festlegung nicht ausschließlich aus Gründen der Kostenhomogenität erfolgte.

Entsprechend wurden 1.208 DRGs im aG-DRG-System 2022 bzw. 1.209 DRGs im aG-DRG-System 2023 für die Analyse verwendet.

#### **Analyse der Varianzreduktion**

Zur Bewertung des aG-DRG-Systems 2023 im Vergleich zum aG-DRG-System 2022 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 2021 – für alle Fälle und für Inlier – berechnet und einander gegenübergestellt (siehe Tabelle 27).



	aG-DRG-System 2022	aG-DRG-System 2023	Verbesserung (in %)
R <sup>2</sup> -Wert auf Basis aller Fälle	0,7605	0,7628	+0,3
R <sup>2</sup> -Wert auf Basis der Inlier	0,8416	0,8436	+0,2

Tabelle 27: Vergleich der Varianzreduktion R<sup>2</sup> im aG-DRG-System 2022 und 2023, Datenjahr 2021

Bezogen auf alle Fälle konnte die Varianzreduktion um 0,3% verbessert werden. Für Inlier wurde ein R<sup>2</sup>-Wert von 0,8436 erreicht.

Neben der Betrachtung des gesamten aG-DRG-Systems kann die Varianzreduktion auch für jede einzelne MDC berechnet werden. In Abbildung 54 sind die R<sup>2</sup>-Werte je MDC auf Basis der Inlier dargestellt. Die Sortierung der MDCs erfolgt absteigend nach dem R<sup>2</sup>-Wert für das aG-DRG-System 2023 (linke Skala). Der Index gibt das Verhältnis zwischen der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das aG-DRG-System 2023 und der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das aG-DRG-System 2022 wieder. Eine Referenzlinie für den Indexwert 100 (rechte Skala) erleichtert den Vergleich.

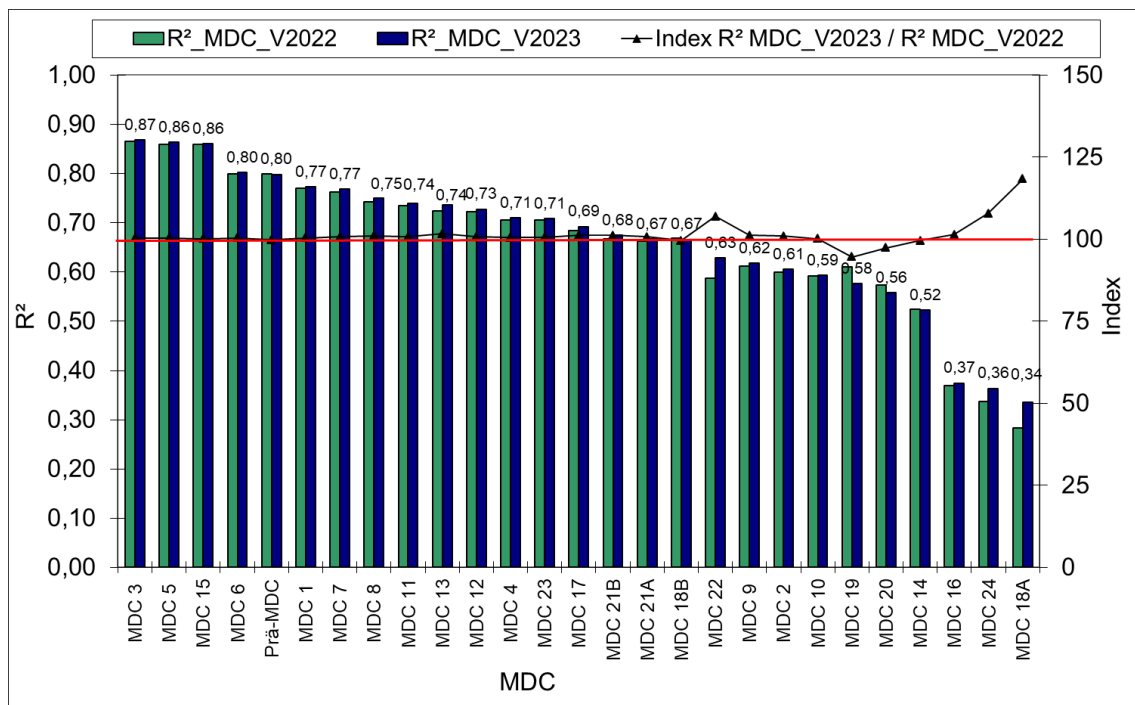


Abbildung 54: R<sup>2</sup>-Wert je MDC im aG-DRG-System 2022 und 2023, Sortierung nach R<sup>2</sup>-Wert für das aG-DRG-System 2023, Inlier, Datenjahr 2021

Die Darstellung zeigt die Unterschiede in der Varianzreduktion zwischen den MDCs. In der überwiegenden Zahl der MDCs ist eine gleichbleibende oder verbesserte Varianzreduktion im Vergleich der aG-DRG-Systeme 2023 und 2022 zu verzeichnen.

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

- MDC 18A *HIV* (Index 118,3)
- MDC 24 *Sonstige DRGs* (Index 107,8)
- MDC 22 *Verbrennungen* (Index 107,0)
- MDC 13 *Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* (Index 101,7)

Die Varianzreduktion in den MDCs, die in beiden Versionen des aG-DRG-Systems knapp die Hälfte der analysierten Fälle stellen (46,8%), hat sich wie folgt verändert:

- MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*: von 0,7708 auf 0,7734 (Index 100,3)
- MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*: von 0,8599 auf 0,8632 (Index 100,4)
- MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*: von 0,7987 auf 0,8018 (Index 100,4)
- MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*: von 0,7429 auf 0,7510 (Index 101,1)

### Analyse der Kostenhomogenität

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

Teilt man die DRGs bezüglich des Kostenhomogenitätskoeffizienten in Klassen ein, so ergibt sich – auf Basis der Inlier (Datenjahr 2021) für die analysierten DRGs – folgende Situation (siehe Tabelle 28):

Homogenitätskoeffizient Kosten	aG-DRG-System 2022		aG-DRG-System 2023		Veränderung des Anteils
	Anzahl	Anteil (in %)	Anzahl	Anteil (in %)	
<i>Bereich</i>					<i>Veränderung (in %)</i>
unter 60%	23	1,9	22	1,8	– 4,4
60 bis unter 65%	112	9,3	109	9,0	– 2,8
65 bis unter 70%	391	32,4	374	30,9	– 4,4
70 bis unter 75%	397	32,9	406	33,6	+ 2,2
75% und mehr	285	23,6	298	24,6	+ 4,5
<b>Gesamt</b>	<b>1.208</b>		<b>1.209</b>		

Tabelle 28: Vergleich Homogenitätskoeffizient der Kosten im aG-DRG-System 2022 und 2023, Inlier, Datenjahr 2021

In den beiden Klassen mit der höchsten Homogenität („70% bis unter 75%“ sowie „75% und mehr“) ist ein Anstieg von 2,2% bzw. 4,5% 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 55 zeigt den Fallanteil in den verschiedenen Klassen für die aG-DRG-Systeme 2022 und 2023.

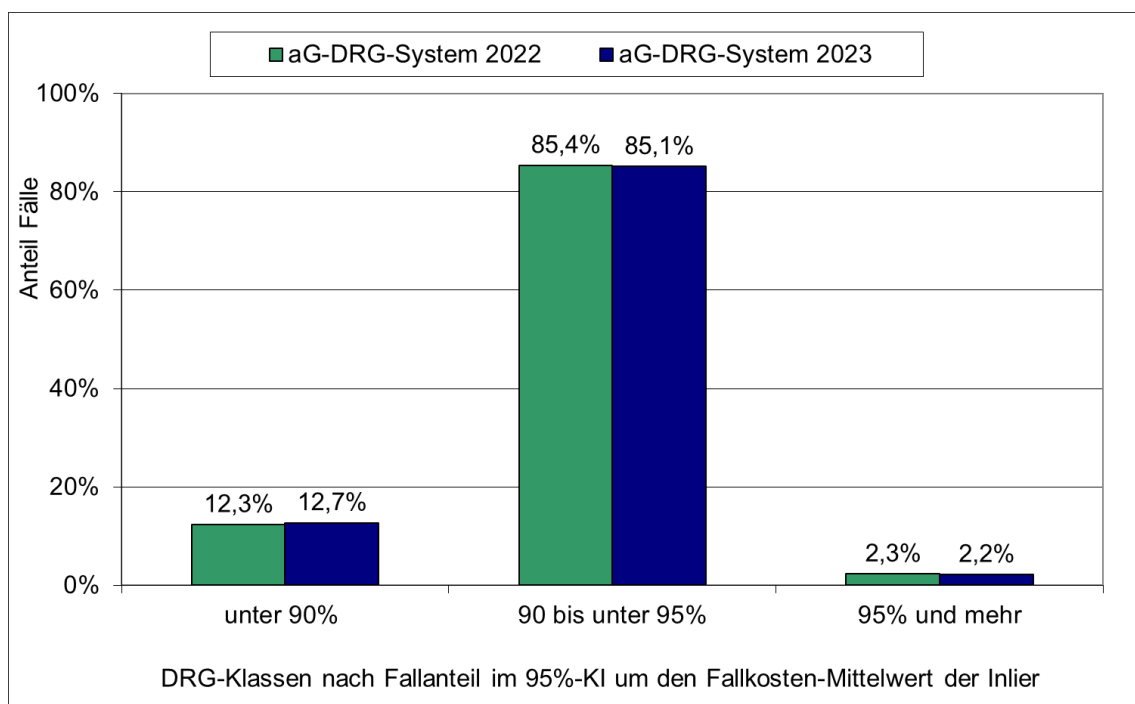


Abbildung 55: Vergleich der DRG-Klassen im 95%-Konfidenzintervall um den Fallkosten-Mittelwert der Inlier im aG-DRG-System 2022 und 2023 bezüglich Fallanteil, Datenjahr 2021

Der Vergleich des aG-DRG-Systems 2023 mit dem aG-DRG-System 2022 zeigt eine recht ähnliche Klasseneinteilung. Die Resultate unterstreichen insgesamt die Kostenhomogenität des aG-DRG-Systems 2023.

### 3.4.4 Analyse der Verweildauer

#### 3.4.4.1 Verweildauervergleich der Datenjahre 2019, 2020 und 2021

Vor der Analyse auf Repräsentativität der Verweildauer wurde die Verweildauer in den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG untersucht. Als Analysebasis dienten die aus den drei Datenjahren 2019, 2020 und 2021 jeweils gemäß aG-DRG-Version 2021 gruppier-

ten Fälle in Hauptabteilungen ohne Fälle in nicht bewerteten DRGs (Anlage 3a DRG-EKV 2023). Der Analyse lagen rund 18,3 bzw. 15,9 bzw. 15,8 Mio. Fälle zugrunde.

Im Durchschnitt ergab sich in den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG ein Verweildauer-rückgang von 0,2% vom Datenjahr 2019 zum Datenjahr 2020 sowie ein Rückgang von 0,7% vom Datenjahr 2020 zum Datenjahr 2021 (siehe Tabelle 29).

Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG Hauptabteilung	Verweildauer-Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)
Datenjahr 2019	5,93		
Datenjahr 2020	5,92	– 0,01	– 0,2
Datenjahr 2021	5,88	– 0,04	– 0,7

Tabelle 29: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG, Hauptabteilung, Datenjahre 2019 bis 2021, gruppiert nach aG-DRG-Version 2021

Betrachtet man nur die Datenjahre 2020 und 2021, ergibt sich bei den 20 häufigsten DRGs, die 26,8% der Fälle in den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG des Jahres 2021 repräsentieren, ein Rückgang des Verweildauer-Mittelwerts von 0,09 Tagen bzw. 2,2%.

Das Ergebnis einer Analyse getrennt nach Fällen in Hauptabteilungen bzw. in belegärztlicher Versorgung und eingeschränkt auf nur solche DRGs mit mindestens 20 Fällen in beiden Abteilungsarten ist in Tabelle 30 dargestellt.

Nach dieser DRG-Filterung ist ein Verweildauerrückgang vom Datenjahr 2020 zum Datenjahr 2021 von 1,7% für Fälle in Hauptabteilungen bzw. 3,5% für Fälle in belegärztlicher Versorgung zu verzeichnen.

Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG	VWD Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)	VWD Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)
	Hauptabteilung			Belegabteilung		
Datenjahr 2019	4,81			3,48		
Datenjahr 2020	4,68	– 0,12	– 2,5	3,40	– 0,08	– 2,3
Datenjahr 2021	4,61	– 0,08	– 1,7	3,28	– 0,12	– 3,5

Tabelle 30: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG, Datenjahre 2019 bis 2021, DRGs mit mindestens 20 Fällen in Haupt- und Belegabteilung

Im Vergleich zur Gesamtbetrachtung (siehe Tabelle 29) beträgt der Mittelwert der Verweildauer für das aktuell vorliegende Datenjahr 2021 für Fälle in Hauptabteilungen nun statt 5,88 nur noch 4,61 Tage. Der Verweildauerrückgang ist mit 1,7% bei dieser Betrachtung im Vergleich zu 0,7% bei der Gesamtbetrachtung stärker.

Im Folgenden wird die Entwicklung des Anteils der vollstationären Fälle mit einer Verweildauer von einem Belegungstag an allen vollstationären Fällen (siehe Abbildung 56) betrachtet. Insgesamt – und auch getrennt nach Haupt- und Belegabteilung – ist ein Anstieg des Anteils der Ein-Belegungstag-Fälle im Datenjahr 2021 im Vergleich zum

Datenjahr 2020 festzustellen. Der Anteil der Ein-Belegungstag-Fälle im Datenjahr 2021 liegt dabei jeweils knapp unter dem Niveau des Datenjahres 2019.

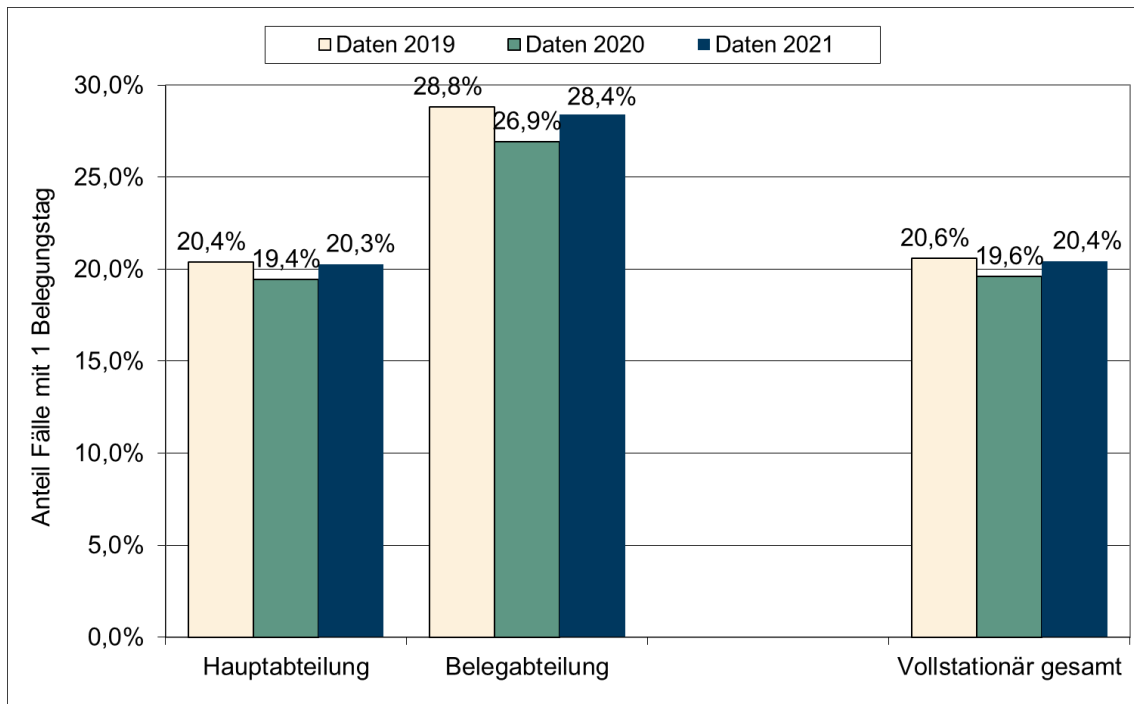


Abbildung 56: Entwicklung des Anteils der Ein-Belegungstag-Fälle an allen vollstationären Fällen, Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG, Datenjahre 2019 bis 2021

### 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 Abs. 1 KHEntgG verglichen. In beiden Datengesamtheiten wurden die durch die Grenzverweildauern des aG-DRG-Systems 2023 definierten Inlier in Hauptabteilungen betrachtet. Dabei wurden aufnahme- und/oder entlassverlegte Fälle entsprechend der DRG-Zuordnung (siehe Kapitel 3.3.1.5) berücksichtigt.

Für die Daten der Kalkulationskrankenhäuser wurde durch die differenzierten Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen (siehe Kapitel 3.3.1.1) und dazugehörige Einzelnachfragen ein hoher Detaillierungsgrad der Plausibilisierung erreicht. Für die rund 19,2 Mio. Datensätze gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG wurden medizinische Plausibilitätsprüfungen durchgeführt (siehe dazu auch Kapitel 2.1 und 2.2).

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

### Überblick über das analytische Vorgehen

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

Nicht einbezogen in die Analyse der Verweildauer wurden folgende DRGs:

- 23 Ein-Belegungstag-DRGs
- 15 rein teilstationäre DRGs
- 57 DRGs mit weniger als 30 Fällen

Diese Einschränkungen schlossen insgesamt 95 DRGs aus der Analyse aus. Der Analyse lagen somit 1.197 DRGs zugrunde.

### Analyse der Differenz der Verweildauer-Mittelwerte

Die Differenz der Verweildauer-Mittelwerte (Daten der Kalkulationskrankenhäuser – Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG) fällt für die meisten DRGs nur sehr gering aus (siehe Abbildung 57): Für 976 der 1.197 analysierten DRGs (82%) ist diese geringer als  $\pm 0,5$  Tage, 1.123 DRGs (94%) unterscheiden sich um höchstens  $\pm 1$  Tag und für 1.176 DRGs (98%) beträgt diese gerundet höchstens  $\pm 2$  Tage.

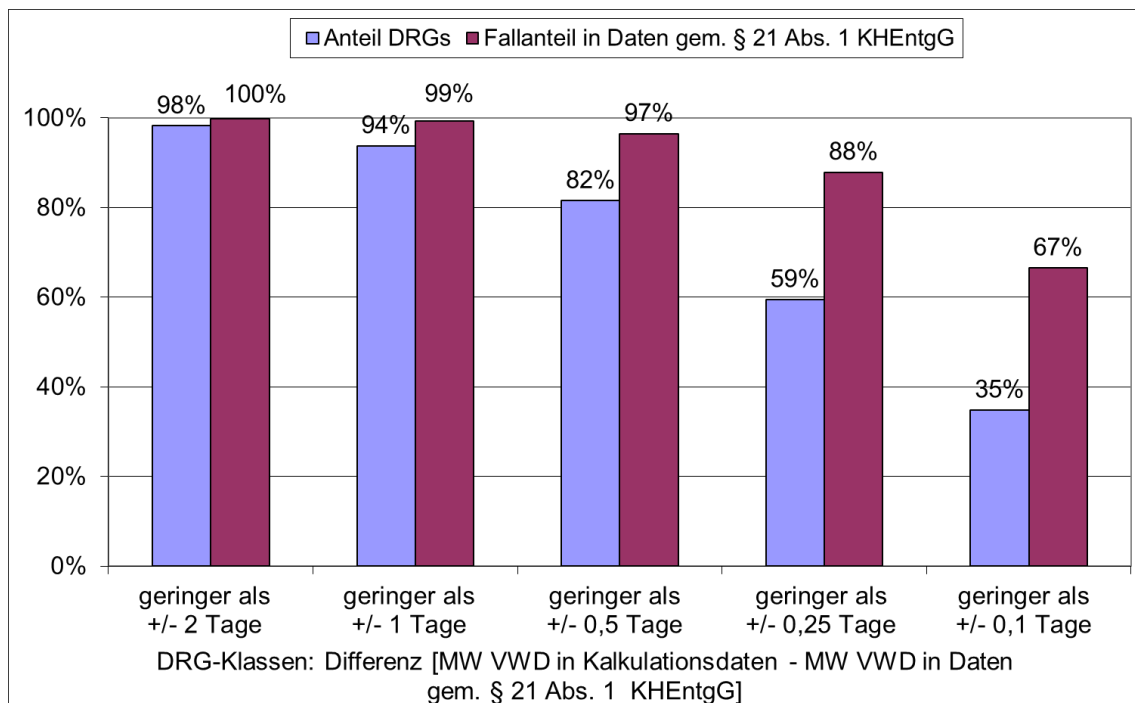


Abbildung 57: Häufigkeitsverteilung Differenzen der Verweildauer-Mittelwerte (Daten der Kalkulationskrankenhäuser – Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG), getrennt nach DRG- und Fallanteil, Inlier, Datenjahr 2021

Im Hinblick auf die Fallanteile in den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG wird in der Analyse deutlich, dass 88% aller analysierten Fälle in DRGs liegen, deren Verweildauer-Mittelwerte sich um höchstens 0,25 Tage unterscheiden. Bei einer Abweichung von höchstens  $\pm 0,5$  Tagen sind dies 97% aller analysierten Fälle.

### Analyse des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer

Ein weiterer Vergleich der Verweildauerverteilungen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG ist durch die Analyse des 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 58 dargestellte empirische Häufigkeitsverteilung der Homogenitätsklassen. Die Häufigkeitsverteilungen der Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und der Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG unterscheiden sich nur geringfügig.

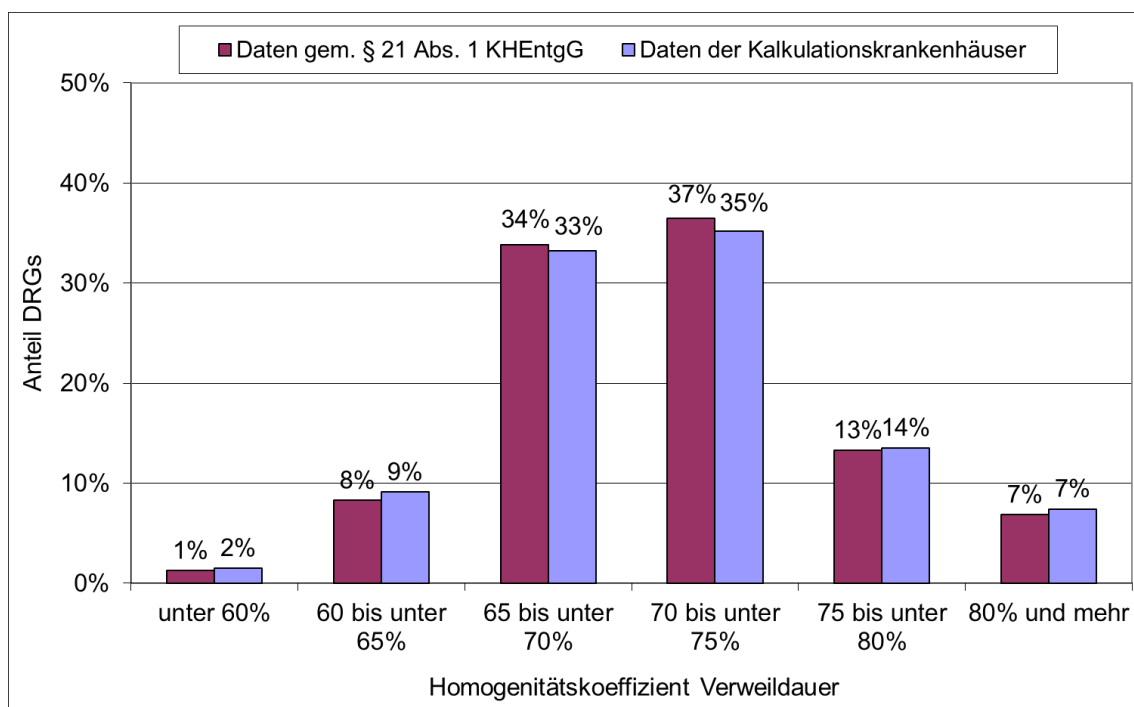


Abbildung 58: Häufigkeitsverteilung der Verweildauer-Homogenitätskoeffizientenklassen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG, Inlier, Datenjahr 2021

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

Für 1.173 von 1.197 DRGs (98%) liegt der Index zwischen 95 und 105, d.h. die relative Abweichung zwischen den Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und der Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG beträgt höchstens  $\pm 5\%$ . Eine Abweichung von höchstens  $\pm 2,5\%$  liegt bei 1.103 DRGs (92% von 1.197 DRGs) vor.

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

### **Fazit**

1. Die Analyse der Verweildauer, die hilfsweise als Parameter für die Repräsentativitätsprüfung der Kostenhomogenität herangezogen wurde, ergab für den überwiegenden Teil der analysierten 1.197 DRGs eine vernachlässigbare Differenz zwischen den Mittelwerten der Verweildauern in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG.
2. Die Analyse des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer, der stärker auf die Streuung und damit auf die Homogenität der Verteilungen fokussiert, zeigt keine Auffälligkeit zwischen den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG.
3. Die Homogenitätskoeffizienten der Verweildauern zeigen unter Berücksichtigung der Abweichung des Verweildauer-Mittelwerts, dass
  - a) die Plausibilitätsprüfungen keine sogenannte „Pseudo-Homogenität“ in den der Weiterentwicklung der 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 Abs. 1 KHEntgG sein konnten.

Das auf Basis der Daten der Kalkulationskrankenhäuser weiterentwickelte aG-DRG-System 2023 bildet somit die Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG im Hinblick auf die Kosten- und Verweildauerhomogenität gut ab.



## 4 Perspektiven der Weiterentwicklung

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

### ***Corona-Pandemie***

Die Corona-Pandemie führte zu deutlichen Auswirkungen auf die Leistungs- und Kostendaten des Datenjahres 2021. Steigenden Kosten standen im Vergleich zum Datenjahr 2019 rund 13,5% weniger Behandlungsfälle gegenüber. Die Datenzusammenstellung und -übermittlung der Kalkulationsteilnehmer an das InEK erfolgte erneut unter „Corona-Bedingungen“. Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Betroffenheit durch die Pandemie war der Umfang des gezeigten Einsatzes der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern weder selbstverständlich noch erwartbar. Insofern möchten wir uns auch an dieser Stelle nochmals ganz besonders herzlich für das Engagement bedanken, mit dem die Kolleginnen und Kollegen in den Kalkulationskrankenhäusern in diesem Jahr zu einem Gelingen der Weiterentwicklung des Entgeltsystems beigetragen haben.

Auch das Datenjahr 2022 wird durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie in den Leistungs- und Kostendaten geprägt sein. Zum einen sind die Krankenhäuser auf der Leistungsseite aufgrund der pandemischen Lage nicht wieder in einen vorpandemischen „Regelbetrieb“ zurückgekehrt – auch wenn in den unterjährigen Datenlieferungen nach § 21 Abs. 3b KHEntgG leichte Fallzahlsteigerungen zu erkennen sind. Zum anderen werden die immer noch durchgeführten pandemiebedingten Maßnahmen innerhalb der Krankenhäuser ihre „Spuren“ in den Kostendaten hinterlassen – mithin noch kostenrechnerische Effekte in den Kostendaten enthalten sein. Die Kostendatenerhebung im kommenden Jahr muss daher unter dem Fokus stehen, die bestmöglichen Informationen zusammenzutragen, um die Erkenntnisse des Jahres 2022 in die Weiterentwicklung des Entgeltsystems für 2024 einfließen lassen zu können. Gleichzeitig ist der Umgang mit durch die Pandemie beeinflussten Kostendaten sorgfältig zu eruieren; eine an die pandemiebedingte Datenlage adaptierte Vorgehensweise erscheint auch für die Weiterentwicklung im kommenden Jahr angezeigt zu sein. Dabei ist zu prüfen, ob und ggf. inwieweit die diesjährige Vorgehensweise der gestuften Dämpfung angepasst werden muss.

### ***Datenerhebung/Plausibilitätsprüfungen***

Vor dem Hintergrund der zu erwartenden Auswirkungen der Corona-Pandemie auch im Bereich der Kostendatenerhebung wird die Weiterentwicklung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen nur sehr begrenzt durchgeführt werden. Neben Anpassungen an die aktuellen OPS- und ICD-Kodes sollen die Integration von Rückmeldungen der Krankenhäuser zu einzelnen Prüfungen sowie die Konsolidierung im Übrigen im Vordergrund stehen. Die Datenerhebung selbst wird grundsätzlich nach dem bisherigen Verfahren ablaufen. Aktualisierte Hinweise zur Durchführung der Kalkulation im Jahr 2023 (Datenjahr 2022) werden den Kalkulationsteilnehmern in gewohnter Weise zu Beginn des Jahres 2023 zur Verfügung gestellt. Bei gesetzlichen Änderungen oder Änderungen der Vorgaben der Vertragsparteien auf Bundesebene wird geprüft, ob und in welchem Umfang sich dadurch Notwendigkeiten zur Anpassung bzw. Weiterentwicklung von Plausibilitätsprüfungen ergeben sollten.

Mit Auslaufen der Verpflichtung der 2017 zur Kalkulationsteilnahme gezogenen Krankenhäuser fallen erneut einige Krankenhäuser aus der Kalkulationsstichprobe heraus. Ähnlich wie beim Auslaufen der Verpflichtung der 2016 gezogenen Krankenhäuser zei-

gen einige 2017 verpflichtete Krankenhäuser Interesse, auf freiwilliger Basis weiter an der Kostendatenerhebung teilzunehmen. Gleichzeitig wurden am 23. September 2022 zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation 30 Krankenhäuser zur Kostendatenlieferung verpflichtet – nur ein Teil der Krankenhäuser wird von der Möglichkeit Gebrauch machen, eine vereinfachte Kalkulationsteilnahme vorzunehmen, sodass bereits im ersten Datenjahr der Verpflichtung wieder „neue“ Kostendaten für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems vorliegen werden.

## 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 Kapitel 2.4)

**Tabelle A-2:**

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

**Tabelle A-3:**

Übersicht über die im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems 2023 in der CCL-Matrix veränderten Diagnosen (siehe Kapitel 3.3.1.4)

**Tabelle A-4-1:**

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

**Tabelle A-4-2:**

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

**Tabelle A-4-3:**

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

**Tabelle A-5:**

Gegenüberstellung der DRGs je MDC (siehe Kapitel 3.4.1.1)

**Tabelle A-1:**

327 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 Kapitel 2.4)

DRG	DRG-Text
801A	Ausgedehnte OR-Proz. oh. Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter kompl. Konst. oder Strahlenth. oder endovaskulärer Impl. von Stent-Proth. an der Aorta oder intensivmediz. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandsp. od. Alter < 18 J. mit kompl. Faktoren
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation
A01B	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtranspl. mit Beatmung > 59 und < 180 Std. od. mit Transplantatabstoßung od. mit komb. Nierentranspl. od. m. kombinierter Pankreastranspl. od. Alter < 6 J. oder od. m. intensivm. Komplexbeh. > 980 / 828 / - P.
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne komb. Nierentranspl., ohne kombinierte Pankreastranspl., Alter > 5 Jahre, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 980 / 828 / - P.
A02Z	Transplantation von Niere und Pankreas
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden
A04B	Knochenmarktranspl. / Stammzelltransf., allogene, außer bei Plasmozytom oder mit Graft-versus-Host-Krankheit Grad III und IV, mit Gabe best. Stammzellen od. Alt. < 18 J., mit best. Entnahme od. Stammzellboost od. intensivmed. Komplexbeh. > 2058 / - / - P.
A04C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, < 18 J. od. GVHD Grad III/IV od. auß. b. Plasmozytom, mit Gabe best. Stammz. od. GVHD III/IV od. HLA-versch., mit best. Entn. od. SZ-Boost od. m. intensivm. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / 2760 P.
A04D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit Graft-versus-Host-Krankheit Grad III und IV oder außer bei Plasmozytom, HLA-verschieden oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
A04E	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom
A05Z	Herztransplantation
A06A	Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / 5520 Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / 5520 Aufwandspunkte
A06C	Beatmung > 1799 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
A07A	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und int. Komplexbeh. > 3920 / 3680 / 3680 P. oder mit hochkompl. oder dreizeitigem Eingr.
A07B	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 P., mit komplexer OR-Prozedur und ECMO ab 384 Stunden oder mit Polytrauma oder Alter < 18 J. oder intensivmed. Komplexbeh. > - / 3220 / - P.
A07C	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 4900 / 4600 / 4600 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, ohne ECMO ab 384 Stunden, ohne Polytrauma, Alter > 17 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2760 Punkte
A09A	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit IntK > 2352 / 1932 / 2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre, mit IntK > 1764 / 1932 / - Punkten oder mit sehr komplexem Eingriff und IntK > - / 2208 / - Punkten
A09B	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 Punkte, mit angeb. Fehlbild. oder Tumorerkr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / - P., Alter < 16 J.
A09C	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 P., mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 P. oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre
A11A	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 Aufwandsp.
A11B	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit hochkomplexem Eingriff oder best. Eingriff und best. intensivmed. Komplexbeh. oder Alter < 2 Jahre bei angeborener Fehlbildung
A11C	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmed. Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre oder komplizierende Konstellation
A11D	Beatmung > 249 h oder > 95 h mit IntK > 1764 / 1656 / 1656 P. mit best. OR-Prozeduren u. kompliz. Konstell. oder EHEC oder generalisierte Mukositis ohne IntK > 1764 / 1656 / 1932 P. oder mit kompl. Diagnose u. Alter < 3 J. oder IntK > 980 / 1104 / - P.
A13A	Beatmung > 95 Std. mit hochkompl. Eingriff oder mit int. Komplexbeh. > 1176 / 1380 / - P. oder mit kompl. OR-Prozedur oder bei Lymphom und Leukämie und int. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 P. oder mit kompliz. Konst. u. best. OR-Proz., Alter < 16 Jahre
A13B	Beatmung > 95 Stunden mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., Alter < 16 Jahre od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte und kompliz. Konst.

DRG	DRG-Text
A13C	Beatmung > 95 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Konstellation od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / - / 1104 Punkte od. Alter < 16 J., außer bei Lymphom und Leukämie, ohne kompliz. Konstellation
A15B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter < 18 Jahre oder bestimmte Entnahme oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte
A15C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte Entnahme oder bei Plasmozytom, mit bestimmter Entnahme oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte
A15D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom, ohne bestimmte Entnahme
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre oder 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 oder ohne schwerste CC
A42C	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit Entfernung eines Organtransplantates oder komplexer OR-Prozedur oder äußerst schweren CC oder komplizierender Konstellation
A60B	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, Alter < 16 Jahre
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag
A61A	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen mit äußerst schweren CC oder mit bestimmter akuter Graft-versus-Host-Krankheit, mehr als ein Belegungstag
A61B	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte akute Graft-versus-Host-Krankheit oder ein Belegungstag, mit schweren CC oder Alter < 10 Jahre
A61C	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte akute Graft-versus-Host-Krankheit oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber-, Dünndarm- oder Nieren-Pankreas-Transplantation
A66Z	Evaluierungsaufenthalt vor anderer Organtransplantation
A69Z	Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste
B01A	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation oder Alter < 18 Jahre
B01B	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 17 Jahre
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation bei Neubildung des Nervensystems oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Punkte, Alter < 6 Jahre mit Eingriff bei BNB oder Alter < 16 Jahre und mehrzeitige komplexe OR-Prozedur
B02B	Komplexe Kraniotomie oder WS-OP, Bestr. an mind. 9 T. od. best. Ingr. bei BNB mit intraop. Monit., Alt. < 18 J. od. b. BNB od. IntK > 392 / 368 / - P., mit schwersten CC, Alt. > 15 J. od. oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. Alt. > 5 J. od. oh. Ingr. bei BNB
B02C	Komplexe Kraniotomie oder WS-OP, mehr als 8 Bestr., Alter > 17 J. oder ohne best. Ingr. bei BNB mit intraop. Monit. od. bei NB des Nervensystems oder IntK > 392 / 368 / - P., Alter > 15 J. od. oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. Alt. > 5 J., oh. schwerste CC
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, außer bei Neubildung, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmtem Eingriff, Alter < 18 Jahre oder mit best. komplizierenden Faktoren
B02E	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte komplizierende Faktoren
B03Z	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit intraoperativem Monitoring oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie oder nicht akuter Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
B16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
B17B	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und and. Teilen des Nervensystems oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystr. od. Neurop., mit best. kompl. Eingr., Alter < 16 J. oder mit mäßig kompl. Eingr., Alter < 19 J. oder mit auß. schw. oder schw. CC
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 18 Jahre oder mit komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre
B20B	Kraniotomie oder große WS-Operation mit komplexer Prozedur, mit komplizierenden Faktoren, Alter > 15 Jahre oder Alter < 1 Jahr mit interventionellem oder großem intrakraniellen oder best. Eingriff oder mit kompl. Diagnose od. bei bösartiger Neubildung
B20C	Kraniotomie oder große WS-Operation, Alter < 3 Jahre oder interventioneller Eingriff oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff oder mit kompl. Diagnose oder best. Eingriff, Alter < 16 J. od. bei bösartiger Neubildung, Alter > 0 Jahre
B20D	Kraniotomie oder große WS-OP mit komplexer Prozedur oder ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff oder mit bestimmter Prozedur oder bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff, ohne bestimmte Prozedur, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur oder Alter < 10 Jahre bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 588 / 552 / 552 Punkte mit best. OR-Prozedur oder best. hochaufw. Implantate oder Alter > 9 Jahre bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B39A	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, mehr als 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
B45Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B66A	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder mit komplizierender Konstellation



DRG	DRG-Text
B66C	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
B72A	Infektion des Nervensystems, Alter < 16 Jahre oder bestimmte Enzephalitis mit Intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 0 / 0 / 184 Aufwandspunkte
B76C	Anfälle, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mehr als ein Belegungstag, mit schweren CC, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder EEG, Alter < 1 Jahr, mehr als ein Belegungstag oder mit bestimmter Diagnose, ohne komplexe Diagnose
C01A	Komplexer Eingriff bei penetrierenden Augenverletzungen oder bestimmte Orbitotomie
C02Z	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder Amnionmembrantransplantation oder komplexem Eingriff oder Pars-plana-Vitrektomie oder Alter < 16 Jahre
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, ohne komplexen Eingriff, ohne Pars-plana-Vitrektomie, Alter > 15 Jahre
C10B	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, mit komplexem Eingriff oder Alter < 6 Jahre
C16Z	Aufwendige Eingriffe am Auge, Alter < 6 Jahre
C20A	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter < 16 Jahre oder beidseitige Eingriffe an Augen und Tränenwegen oder bestimmte Konjunktivoplastik oder bei bösartiger Neubildung am Auge
D01B	Kochleaimplantation, unilateral
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D03A	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf mit Hartgaumenplastik oder bestimmte Knochentransplantation an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen oder Alter < 2 Jahre
D04A	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen, mit komplexem Eingriff
D04B	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen, ohne komplexen Eingriff
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
D20A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
D20B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder mit Eingriff an den oberen Atemwegen mit äußerst schweren CC oder Strahlentherapie mit operativem Eingriff
D25C	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei BNB oder mit Eingriff an den oberen Atemwegen, ohne Laryngektomie, ohne Exzision von Tumorgewebe, ohne äußerst schwere CC
D28Z	Andere Eingriffe an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen oder totale Auflagerungsplastik der Maxilla
D33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
D35Z	Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen bei bösartiger Neubildung
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC
E08A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingriff od. Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen od. mindestens 10 Bestrahlungen od. zerebrale, stereotaktische Bestrahlung
E08D	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingr. oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 10 Bestrahlungen, ohne zerebrale, stereotaktische Bestrahlung
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Lungenembolie oder komplexe respiratorische Insuffizienz, Alter < 16 Jahre
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC
E64B	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
E75A	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit bestimmter komplizierender Konstellation

DRG	DRG-Text
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Mehrfacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder bestimmter anderer komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 J., IntK > 196 / 184 / - P. und IntK < 393 / 369 / - P., mit Zweifacheingriff od. bei angeborenem Herzfehler, mit kompl. Eingr. od. best. Herzklappeneingriff oder andere komplizierende Konstellation
F03D	Herzklappeneingriff mit HLM, Alter > 0 J., IntK < 197 / 185 / - P., mit Zweifacheingr. od. bei angeb. Herzfehler, oh. kompl. Eingr. oder Alter < 16 J. od. oh. Zweifacheingr., auß. bei angeb. Herzfehler, Alter > 15 J. mit Impl. klappentr. Gefäßprothese
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne Eingr. in tiefer Hypoth., IntK < 197 / 185 / - P., ohne Zweifacheingr., auß. bei Endokarditis, auß. b. angeb. Herzfehler, ohne Impl. klappentr. Gefäßpr.
F05Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder intraoperativer Ablation, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bestimmte Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie
F06A	Koronare Bypass-Operation mit bestimmten mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
F06B	Koronare Bypass-Operation mit anderen mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder Karotiseingriff
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder mit intraoperativer Ablation oder schwersten CC oder Implantation eines herzunterstützenden Systems
F06E	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne intraoperative Ablation, ohne schwerste CC, ohne Implantation eines herzunterstützenden Systems
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit best. kompliz. Konstellation od. kompl. Operation oder IntK > - / 368 / - P. oder Alter < 18 Jahre mit Reop. Herz od. Perikard oder and. kompliz. Konstellation, mit best. kompl. Eingriffen
F07B	And. Eingr. mit HLM, Alter < 1 J. od. mit best. kompl. Konst. od. IntK > -/368 / - P., oh. best. kompl. Eingr. od. Alter > 0 J., IntK < -/369/- P., m. and. kompl. Eingr. mit Reop. Herz od. Perik. od. mit best. and. kompliz. Konst. od. mit best. Aortklers.

DRG	DRG-Text
F07C	Andere Eingr. mit HLM, Alter > 0 J., IntK < - / 369/- P. oder Alter > 17 J. od. ohne Reop. od. ohne and. kompliz. Konst., ohne and. kompl. Eingriffe od. ohne Reop. an Herz od. Perikard od. ohne best. and. kompliz. Konst. od. ohne best. Aortklers.
F09A	Andere kardiothorakale Eingriffe, Alter < 16 Jahre, mit komplizierender Konstellation oder Exzision am Vorhof
F18A	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder mit aufwendiger Sondenentfernung
F30Z	Operation bei komplexem angeborenen Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen d. Kreislaufsystem. m. kompliz. Fakt., > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. m. best. OR-Proz., ohne aufwend. Eingr. od. > - / 552 / 552 P. m. best. Aortenstent od. minimalinv. Eingr. an mehrer. Herzkkl.
F36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > - / 552 / 552 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne bestimmten Aortenstent oder bestimmter mehrzeitiger komplexer Eingriff
F42Z	Operation b. kompl. angeb. Herzfehler, Hybridchirurgie, best. Herzklappeneingriffe od. and. Eingriffe m. Herz-Lungen-Maschine m. invas. kardiolog. Diagnostik bei Kindern od. best. rekonstruktive Gefäßeingriffe oh. Herz-Lungen-Maschine m. kompl. Eingriff
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder best. Impl. herzunterst. System
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC
G01Z	Eviszation des kleinen Beckens
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplexer Prozedur mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandsp.
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff

DRG	DRG-Text
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, mit äußerst schweren CC
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, ohne äußerst schwere CC
G29A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
G29B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane > 1470 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1104 und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte oder mit endoösophagealer Vakuumtherapie, mit aufwendigem Eingriff
G36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte oder mit endoösophagealer Vakuumtherapie, ohne aufwendigen Eingriff
G36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / - Aufwandspunkte und < 1177 / 1105 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane oder mehrzeitiger komplexer Eingriff am Gastrointestinaltrakt und anderem Organsystem
G47A	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, Alter < 16 Jahre oder mit endoskopischer submukosaler Dissektion am Dickdarm, ein Belegungstag
G70A	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 18 Jahre oder mit komplexer Diagnose
G72A	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter < 3 Jahre
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 J., mit kompl. Eingriff oder intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P.
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 J., ohne kompl. Eingriff, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P.

DRG	DRG-Text
H09A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit bestimmtem Eingriff mit äußerst schweren CC oder aufwendiger Eingriff am Dünndarm mit bestimmten komplizierenden Faktoren
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
H16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
H16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 828 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 und < 981 / 829 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H38A	Bestimmte komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H61B	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose, Alter < 17 Jahre
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung oder Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
H78Z	Bestimmte komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I02A	Großflächige Gewebe- / Hauttransplantation außer an der Hand, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit schwerem Weichteilschaden, mit äußerst schweren CC und komplexer OR-Prozedur
I06B	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals mit sehr komplexem Eingriff bei schwerer entzündlicher Erkrankung oder bestimmte bösartige Neubildung am Knochen oder Alter < 19 Jahre
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula, Alter < 16 Jahre
I26A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 785 / 829 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I26B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe oder bestimmte hochaufwendige Implantate

DRG	DRG-Text
I27A	Eingriffe am Weichteilgew. od. kleinfl. Gewebe-Tx m. best. Diagn. u. best. Eingr. od. m. äuß. schw. CC od. b. BNB m. schw. CC, m. best. Diagn. u. kompl. Eingr. od. Nephrekt. od. best. BNB m. best. Eingr. Abdomen od. Thorax od. Tx e. Zehe als Fingerersatz
I28A	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit bestimmter offen chirurgischer Stabilisierung der Thoraxwand oder bestimmtem Eingriff am Zwerchfell oder Alter < 18 Jahre bei bösartiger Neubildung
I32A	Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Eingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwendigem rekonstruktivem Eingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochentx. bei Pseudarthrose der Hand
I32B	Eingr. an Handgel. und Hand ohne mehrz. Eingr., oh. Komplexb. Hand, ohne aufw. rekonstr. Eingr., mit kompl. Eingr. od. bei angeb. Anomalie d. Hand od. Pseudarthr., Alter < 6 J. od. mit kompl. Eingr. bei angeb. Fehlb. d. Hand, Alter < 16 J.
I37Z	Resezierender Eingriff am Becken bei bösartiger Neubildung des Beckens oder 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, bei bösartiger Neubildung, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, Alter > 17 Jahre
I64A	Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre
I65A	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit hochkomplexer Chemotherapie oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie, Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I95A	Implantation einer Tumorendoprothese mit Implantation oder Wechsel einer bestimmten Endoprothese oder Knochentotalersatz am Femur oder Alter < 18 Jahre
I95B	Implantation einer Tumorendoprothese ohne Implantation oder Wechsel einer bestimmten Endoprothese, ohne Knochentotalersatz am Femur, Alter > 17 Jahre
I97Z	Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J16B	Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
J18A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen

DRG	DRG-Text
J18B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein BT, Alter > 17 Jahre oder mit kompl. Diagn., mit äuß. schw. CC od. Hautulkus bei Para-/Tetraplegie od. hochkompl. Diagn. od. Epid. bullosa, Alter < 10 Jahre oder mit schwerer Erkr. der Haut, mit aufw. Behandl.
K03A	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre oder bestimmte zweizeitige Eingriffe an der Hypophyse
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte zweizeitige Eingriffe an der Hypophyse
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Radiojodtherapie
K15C	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmter nuklearmedizinischer Therapie
K15D	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmte nuklearmedizinische Therapie
K15E	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen
K60B	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre und multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K64A	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K64B	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
L03Z	Bestimmte Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder bestimmter Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm
L12A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen



DRG	DRG-Text
L12B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 9 Tagen
L17A	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, mit bestimmten Eingriffen an der Urethra oder Alter < 16 Jahre
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre ohne schwere CC
L69A	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder hämolytisch-urämisches Syndrom
M03A	Bestimmte Eingriffe am Penis, Alter < 6 Jahre oder aufwendige plastische Rekonstruktion des Penis, Alter < 18 Jahre oder totale Amputation des Penis oder Amputation des Penis mit bestimmter Lymphadenektomie
M03B	Bestimmte Eingriffe am Penis, Alter > 5 J. oder aufwendige plastische Rekonstruktion des Penis, Alter > 17 J., ohne totale Amputation des Penis, ohne Amputation des Penis mit best. Lymphadenektomie, mit mäßig komplexen Eingriffen am Penis, Alter < 18 J.
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
M38Z	Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane
N01A	Beckeneviszeration bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraleingriff
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
N16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
N16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen oder Brachytherapie
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N38Z	Komplizierende Konstellation mit best. op. Eingriff bei Krankheiten u. Störungen der weibl. Geschlechtsorg. od. Beckenevisz. bei der Frau u. radikale Vulvektomie od. best. Lymphadenekt. mit äuß. schw. CC, mit kompl. Eingriff od. kompliz. Konstellation

DRG	DRG-Text
O01A	Sekundäre Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Mehrlingsschwangerschaft oder Sectio caesarea mit IntK > 196 / 184 / 184 Punkte
O01B	Sectio caesarea, Schwangerschaftsd. bis 25 vollend. W. (SSW), m. mehr. kompliz. Diag., m. intraut. Ther. od. kompliz. Konstell. od. Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., m. od. oh. kompliz. Diag. m. best. Eingriff b. Sectio od. 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 mit Beatmung > 480 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen mit Beatmung > 899 Stunden
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 180 und < 481 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen, Beatmung > 180 und < 900 Stunden oder Eingriff bei univentrikulärem Herzen, Beatmung < 481 Stunden
P02C	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Eingriff bei univentrikulärem Herzen oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen, ohne Beatmung > 180 Stunden
P03A	Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g, mehrere schwere Probleme mit signifikanter OR-Prozedur oder mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit Beatmung > 479 Stunden oder mehrere schwere Probleme ohne signifikante OR-Prozedur mit Beatmung > 599 Stunden
P03B	Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beat. > 120 Std., oh. Beat. > 599 Std. oder oh. mehrere schwere Probleme, oh. Beat. > 479 Std. oder oh. mehrere schwere Probleme oder oh. sig. OR-Prozedur oder oh. mehrzeitige komplexe OR-Prozedur
P04A	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g, mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Prozedur oder mehrz. kompl. OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Std. oder mehrere schwere Probleme mit Beatmung > 320 Std. oder temporärer Verschluss eines Bauchwanddefektes
P04B	Aufnahmegew. 1500 - 1999 g, sig. OR-Proz. od. Beat. > 120 Std., oh. meh. schw. Probl. od. oh. Beat. > 320 Std., oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. oh. Beat. > 240 Std., oh. sig. OR-Proz. od. oh. Beat. > 240 Std., oh. temp. Verschluss BW-Defekt
P05A	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, mit Beatmung > 275 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren

DRG	DRG-Text
P05B	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, ohne Beatmung > 275 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P05C	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne temporären Verschluss eines Bauchwanddefektes
P06A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g, sig. OR-Proz. oder Beatmung > 95 Std., mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Proz. oder mit Beatmung > 120 Std. oder best. aufwendige OR-Proz., mit Beatmung > 240 Std. oder mehrz. kompl. OR-Proz. oder Dialyse
P06B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g, sig. OR-Proz. od. Beatmung > 95 Std., mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Proz. od. mit Beatmung > 120 Std. od. best. aufwendige OR-Proz., ohne Beatmung > 240 Std., ohne mehrz. kompl. OR-Proz., ohne Dialyse
P06C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme oder ohne sig. OR-Prozedur oder ohne Beatmung > 120 Std., ohne bestimmte aufwendige OR-Prozeduren
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden
P60C	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt, ohne Beatmung > 24 Stunden
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61E	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P62A	Aufnahmegewicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur
P62B	Aufnahmegewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62C	Aufnahmegewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62D	Aufnahmegewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P63Z	Aufnahmegewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden
P64Z	Aufnahmegewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden
P65A	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder Beatmung > 95 Stunden
P65B	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem

DRG	DRG-Text
P65C	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, mit anderem Problem
P66A	Neugeborenes ohne sign. OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., Aufnahmegew. 2000 - 2499 g mit mehr. schw. Probl. oder Krampfanfall mit best. diag. Maßnahmen oder Beatmung > 48 Std. od. Aufnahmegew. > 2499 g, m. mehr. schw. Probl., m. Hypothermiebehandlung
P66B	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem, ohne Krampfanfall mit bestimmten diagnostischen Maßnahmen, ohne Beatmung > 48 Stunden
P66C	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit Hypothermiebehandlung oder Krampfanfall mit bestimmten diagnostischen Maßnahmen oder Beatmung > 24 Stunden
P67B	Neugeborenes, Aufnahmegew. > 2499 g mit schw. Probl., oh. Hypothermiebeh., oh. Krampfanfall mit best. diag. Maßnah., oh. Beatmung > 24 Std. od. mit anderem Prob., mehr als ein Belegungstag, neugeb. Mehrling od. mit bestimmter aufwendiger Prozedur
Q02B	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe u. des Immunsystems oh. äußerst schwere CC, Alter < 6 J. od. best. Exzisionen u. Resektionen Mediastinum od. Thymus od. mit best. mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung
Q03A	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter < 10 Jahre
Q60A	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, mit bestimmter Milzverletzung oder Granulozytenstörung, Alter < 16 Jahre
Q60B	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit kompl. Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, oh. Granulozytenstörung, Alter < 1 Jahr oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren CC
Q63A	Aplastische Anämie, Alter < 16 Jahre oder paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie
R01A	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur
R01B	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur oder ohne äußerst schwere CC, mit aufwendigem Eingriff an Wirbelsäule oder Gehirn
R01C	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur, ohne aufwendigen Eingriff an Wirbelsäule oder Gehirn
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen

DRG	DRG-Text
R03Z	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC oder mit bestimmter OR-Prozedur mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Bestrahlungen an mindestens 7 Tagen
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC, Bestrahlungen an weniger als 7 Tagen
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R13A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation
R13B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R60A	Akute myeloische Leukämie m. hochkomplexer Chemoth., Alter > 17 J. od. m. int. Chemoth. m. kompliz. Diagnose od. Dialyse od. Portimpl. od. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P. od. schwerste CC od. best. kompl. Diagnostik bei Leuk., Alter < 16 J.
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose od. Dialyse od. Portimplantation od. intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte od. schwerste CC od. best. kompl. Diagnostik bei Leuk., Alter > 15 J.
R60C	Akute myel. Leukämie m. int. Chemo, äuß. schw. CC od. kompl. Diagnostik b. Leuk. od. Port od. m. maß. kompl. Chemo m. best. kompliz. Fakt. od. m. äuß. schw. CC m. kompl. Diagnost. od. KomplBeh. isolat.pfl. Erreg. m. Dial. od. äuß. schw. od. schwerste CC
R60D	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth., ohne kompliz. Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimpl., oh. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - AufwP., oh. äuß. schwere CC, oh. kompl. Diagnostik b. Leukämie od. mit Dialyse od. äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
R60E	Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemoth., ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimpl., ohne äußerst schwere CC od. mit lokaler Chemoth. od. mit Komplexbeh. bei multi-resistenten Erregern od. mit kompl. Diagnostik bei Leukämie
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Sepsis oder bestimmter komplizierender Konstellation oder mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, mit hochkompl. Chemotherapie oder schwersten CC
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Sepsis oder anderer kompliz. Konstell. oder mit kompl. Diagnose oder Portimpl., mit äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre od. mit äuß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom, mit kompl. Diagnostik bei Leukämie od. mit schwersten CC
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation oder Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, Alter < 16 Jahre
R61D	Lymphom u. nicht akute Leukämie m. Agranuloz., Portimpl., Komplbeh. b. isolat.pfl. Erregern od. kompl. Diag. b. Leuk., > 15 J., m. intens. Chemo od. < 18 J. od. m. äuß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndr. od. Blastenkr., oh. kompl. Diag. b. Leuk., oh. schw. CC
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose od. Portimpl. od. Komplbeh. b. isolat.pfl. Erregern od. komplexe Diagnostik b. Leukämie, oh. äußerst schw. CC, Alter > 17 J., oh. intensive Chemoth.
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, mit kompl. Diagnose od. kompliz. Prozedur, Alter < 16 J. od. best. Lymphom mit best. Chemotherapie od. kompl. Diagnose od. andere Komplexbeh. b. isolationspfl. Erregern
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie oh. best. kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, Alter < 16 J. od. mit kompl. Diag. od. kompliz. Prozedur, Alter > 15 J., oh. best. Lymphom m. best. Chemoth., oh. kompl. Diagnose, oh. and. Komplbeh. b. isolat.pfl. Erregern
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit kompliz. Diagnose oder Portimplantation oder mit Knochenaffektionen oder best. Metastasen oder äußerst schweren CC oder Dialyse oder Alter < 1 Jahr, mit komplexer Diagnose oder kompliz. Konstellation
R63A	Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter > 17 Jahre
R63B	Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC
R63C	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre
R63D	Andere akute Leukämie mit intens. Chemoth. mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranuloz. od. Portimpl. od. mit äuß. schw. CC od. mit kompliz. Konstell. od. mit mäßig komplexer Chemoth., mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranuloz. od. Portimpl., Alter < 16 J.

DRG	DRG-Text
R63E	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer oder lokaler Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder komplizierender Konstellation oder mit äußerst schweren CC
R63F	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit mäßig komplexer od. lokaler Chemoth., mit äußerst schweren CC oder ohne Chemoth. mit Dialyse od. Sepsis od. Agranulozyt. od. Portimpl. od. äußerst schw. CC
R63G	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R63H	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R66Z	Akute myeloische Leukämie oder andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter < 18 Jahre
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit
S63A	Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit mit Herzinfarkt oder bei chronisch ischämischer Herzkrankheit oder äußerst schweren CC
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, außer bei chronisch ischämischer Herzkrankheit, ohne äußerst schwere CC
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer Prozedur oder komplizierender Konstellation, außer bei sonstiger Sepsis
T36Z	Intensivmedizinische Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandsp. bei infektiösen und parasitären Krankheiten oder OR-Prozedur bei inf. u. parasitären Krankh. mit best. komplexer Prozedur oder kompliz. Konstellation mit IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
T60B	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Z. n. Organtransplantation oder mit komplexer Diagnose oder äuß. schw. CC, Alter < 18 J. oder mit Para- / Tetraplegie oder mit bestimmter ERCP oder mit schwersten CC oder mit IntK > 196 / 184 / 368 Punkte
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte oder Alter < 14 Jahre mit komplexer Diagnose
T64A	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit bestimmter komplexer Diagnose, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
W01B	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne Frührehabilitation, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung oder mit IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte
W01C	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne Frührehabilitation, ohne Beatmung > 263 Stunden, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten
Y02A	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation oder anderen Eingriffen bei Sepsis oder mit kompliz. Konst., hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte
Y02C	Andere Verbrenn. m. Haut-Tx. od. and. Eingr. oh. äuß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn., oh. komplexe Proz., oh. Dialyse, oh. Beat. > 24 Std., oh. kompliz. Konst., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., oh. best. Spalthauttranspl., Alter < 18 J.
Z03Z	Nierenspende (Lebendspende)



**Tabelle A-2:**

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

DRG	DRG-Text
C03B	Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Entfernung Augapfel ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Faktoren, mit bestimmtem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre
C03C	Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Entfernung Augapfel, ohne komplexen oder bestimmten Eingriff, außer bei bösartiger Neubildung
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, ohne komplexen Eingriff, ohne Pars-plana-Vitrektomie, Alter > 15 Jahre
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom
C08B	Extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse oder bestimmte Eingriffe am Auge, Alter > 9 Jahre
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien
D06B	Andere Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder Alter > 15 Jahre, mit komplexer Prozedur oder Diagnose, ohne Resektion am Felsenbein, ohne intrakraniellen Eingriff bei BNB
D06C	Bestimmte Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, mit bestimmter Prozedur
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D28Z	Andere Eingriffe an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen oder totale Auflagerungsplastik der Maxilla
D30A	Tonsillektomie außer bei BNB od. versch. Eingriffe Ohr, Nase, Mund, Hals oh. äuß. schw. CC, m. aufw. Ingr. od. Ingr. Mundh., Mund, Alter < 3 J. od. m. kompl. Diag. od. Alter < 16 J. m. äuß. schw. od. schw. CC od. m. Ingr. Ohr, Trachea m. äuß. schw. CC
D30B	Tonsillektomie außer bei BNB oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals, Alter > 15 oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 12 Jahre oder Alter > 11 Jahre bei BNB oder mit anderem Eingriff oder ohne Eingriff an Hals, Trachea
D37B	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre, außer bei Gaumenspalte oder Spaltnase, ohne plastische Rekonstruktion der Nase mit Rippenknorpeltransplantation
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen, Gesichtschädelknochen
E63B	Schlafapnoesyndrom oder Polysomnographie oder kardiorespiratorische Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte invasive kardiologische Diagnostik

DRG	DRG-Text
G26B	Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 15 Jahre, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung oder entzündlicher Darmerkrankung, ohne kleinen Eingriff am Rektum
I10C	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule bei Bandscheibeninfektion oder mit bestimmtem Eingriff an der Wirbelsäule
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, ohne bestimmten anderen Eingriff an der Wirbelsäule
I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff, mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als 1 Belegungstag, Alter < 18 Jahre oder mit bestimmtem anderen kleinen Eingriff
I24B	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder best. Osteosynthesen an der Klavikula ohne kompliz. Diagnose, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen oder sonst. arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette mit bestimmten Eingriffen an der Schulter
I29C	Sonstige arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette ohne bestimmte Eingriffe an der Schulter
I30B	Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk, Alter > 15 Jahre oder bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I44C	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Wechsel von Endoprothesen oder Prothesenkomponenten, ohne Impl. e. patientenindivid. angefertigter Endoprothese am Knie, ohne Einbringen od. Wechsel von Abstandshaltern
I44D	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk oder Einbringen einer Entlastungsfeder am Kniegelenk
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne best. kompliz. Faktoren, ohne komplexe Diagnose an Becken/OS, ohne best. endoproth. Eingriff, ohne gelenkpl. Eingriff am Hüftgelenk, ohne Impl. oder Wechsel einer Radiuskopfprothese, ohne Entf. Osteosynthesemat.
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh., oh. Wirbelsäulenfraktur
L06B	Kleine Eingriffe an den Harnorganen ohne äußerst schwere CC oder ohne bestimmte Prozeduren oder Alter < 16 Jahre
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, ohne bestimmte Eingriffe an der Urethra, Alter > 15 Jahre
L18B	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale / andere retroperitoneale Eingriffe oh. ESWL, oh. äußerst schwere CC od. best. Eingriffe Niere od. transurethrale Eingriffe auß. Prostatares. u. kompl. Ureterorenoskop., b. Para-/Tetrapl., m. auß. schw. CC

DRG	DRG-Text
L20B	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre oder Alter > 89 Jahre
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter > 15 Jahre oder Alter < 90 Jahre
L63E	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne best. mäßig aufw. / aufw. / hochaufw. Behandlung, ohne Komplexbeh. b. isolationspfl. Erregern, ohne best. schw. Infektionen, Alter > 5 und < 18 Jahre, ohne schwere CC od. Alter > 17 und < 90 Jahre
L64B	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, außer bei angeborener Fehlbildung, Alter > 2 Jahre
L64D	Andere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Eingriffe am Ureter, Alter > 15 Jahre
M02B	Transurethrale Prostataresektion oder bestimmte andere Operationen an der Prostata ohne äußerst schwere CC
M04D	Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff oder Alter > 2 Jahre, ohne schwere CC oder ohne beidseitigen Hodenhochstand oder Alter > 13 Jahre
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane
O01E	Primäre Sectio caesarea ohne äuß. schwere CC, mit komplizierender oder komplexer Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen (SSW) oder sekundäre Sectio caesarea, ohne komplexe Diagnose, Schwangerschaftsdauer > 33 vollendete Wochen
O01F	Primäre Sectio caesarea ohne komplexe Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW)
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen
P67E	Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Prozedur ohne bestimmte Diagnosen beim Neugeborenen

**Tabelle A-3:**

Übersicht über die im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems in der CCL-Matrix veränderten Diagnosen (siehe Kapitel 3.3.1.4). Aus Formatgründen werden die Kategorien: „Abwertung in < 3 Basis-DRGs“, „Abwertung in 3-9 Basis-DRGs“, „Abwertung in 10-29 Basis-DRGs“ und „Abwertung in mindestens 30 Basis-DRGs“ kurz als „Abwertung“ bezeichnet, obgleich es sich nicht um eine generelle Abwertung handelt. Ebenso wird die Kategorie „Auf- und Abwertung je nach Basis-DRG“ kurz als „Auf- und Abwertung“ bezeichnet und die Kategorie „global aus der CCL-Matrix gestrichen“ mit „Streichung“ abgekürzt. Die ausführlichen Kategorien der einzelnen Diagnosen sind in der veröffentlichten „Übersicht CCL-Matrix-Änderungen“ auf der [Internetseite des InEK](#) zu finden.

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
A04.3	Darminfektion durch enterohämorrhagische Escherichia coli	Abwertung
A04.70	Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen	Abwertung
A04.71	Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, mit sonstigen Organkomplikationen	Abwertung
A04.72	Enterokolitis durch Clostridium difficile mit Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen	Abwertung
A04.73	Enterokolitis durch Clostridium difficile mit Megakolon, mit sonstigen Organkomplikationen	Abwertung
A04.79	Enterokolitis durch Clostridium difficile, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A04.9	Bakterielle Darminfektion, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A08.0	Enteritis durch Rotaviren	Abwertung
A08.1	Akute Gastroenteritis durch Norovirus	Abwertung
A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	Abwertung
A18.0	Tuberkulose der Knochen und Gelenke	Aufwertung
A31.0	Infektion der Lunge durch sonstige Mykobakterien	Abwertung
A40.1	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe B	Abwertung
A40.2	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe D, und Enterokokken	Abwertung
A40.3	Sepsis durch Streptococcus pneumoniae	Abwertung
A40.8	Sonstige Sepsis durch Streptokokken	Abwertung
A40.9	Sepsis durch Streptokokken, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A41.0	Sepsis durch Staphylococcus aureus	Abwertung
A41.1	Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken	Abwertung
A41.2	Sepsis durch nicht näher bezeichnete Staphylokokken	Abwertung
A41.4	Sepsis durch Anaerobier	Abwertung
A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	Abwertung
A41.52	Sepsis: Pseudomonas	Abwertung
A41.58	Sepsis: Sonstige gramnegative Erreger	Abwertung
A41.8	Sonstige näher bezeichnete Sepsis	Abwertung
A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
A48.0	Gasbrand [Gasödem]	Abwertung
A48.1	Legionellose mit Pneumonie	Abwertung
A49.0	Staphylokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	Abwertung
A49.1	Streptokokken- und Enterokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	Abwertung
B00.1	Dermatitis vesicularis durch Herpesviren	Abwertung
B02.2	Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems	Abwertung
B02.8	Zoster mit sonstigen Komplikationen	Abwertung
B17.1	Akute Virushepatitis C	Abwertung
B17.8	Sonstige näher bezeichnete akute Virushepatitis	Abwertung
B17.9	Akute Virushepatitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
B18.12	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 2	Abwertung
B18.13	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 3	Neuaufnahme
B18.14	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 4	Abwertung
B18.19	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase nicht näher bezeichnet	Abwertung
B18.2	Chronische Virushepatitis C	Abwertung
B18.8	Sonstige chronische Virushepatitis	Abwertung
B18.9	Chronische Virushepatitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
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
B25.1	Hepatitis durch Zytomegalieviren	Abwertung
B25.88	Sonstige Zytomegalie	Abwertung
B25.9	Zytomegalie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
B37.0	Candida-Stomatitis	Abwertung
B37.1	Kandidose der Lunge	Abwertung
B37.4	Kandidose an sonstigen Lokalisationen des Urogenitalsystems	Abwertung
B37.7	Candida-Sepsis	Abwertung
B37.81	Candida-Ösophagitis	Abwertung
B37.88	Kandidose an sonstigen Lokalisationen	Abwertung
B44.1	Sonstige Aspergillose der Lunge	Abwertung
B44.9	Aspergillose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
B91	Folgezustände der Poliomyelitis	Abwertung
B95.2	Streptokokken, Gruppe D, und Enterokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.3	Streptococcus pneumoniae als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.42	Streptokokken, Gruppe G, als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
B95.48	Sonstige näher bezeichnete Streptokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.5	Nicht näher bezeichnete Streptokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.6	Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.7	Sonstige Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.8	Nicht näher bezeichnete Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B96.3	Haemophilus und Moraxella als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B96.5	Pseudomonas und andere Nonfermenter als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
C15.3	Bösartige Neubildung: Ösophagus, oberes Drittel	Abwertung
C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	Abwertung
C15.9	Bösartige Neubildung: Ösophagus, nicht näher bezeichnet	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
C16.9	Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C17.2	Bösartige Neubildung: Ileum	Abwertung
C17.9	Bösartige Neubildung: Dünndarm, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	Abwertung
C18.1	Bösartige Neubildung: Appendix vermiformis	Abwertung
C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	Abwertung
C18.3	Bösartige Neubildung: Flexura coli dextra [hepatica]	Abwertung
C18.4	Bösartige Neubildung: Colon transversum	Abwertung
C18.5	Bösartige Neubildung: Flexura coli sinistra [lienalis]	Abwertung
C18.6	Bösartige Neubildung: Colon descendens	Abwertung
C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	Abwertung
C18.8	Bösartige Neubildung: Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung
C18.9	Bösartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C19	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang	Abwertung
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	Abwertung
C21.0	Bösartige Neubildung: Anus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C21.1	Bösartige Neubildung: Analkanal	Abwertung
C22.0	Leberzellkarzinom	Abwertung
C22.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom	Abwertung

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
C22.2	Hepatoblastom	Abwertung
C22.9	Bösartige Neubildung: Leber, nicht näher bezeichnet	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
C25.3	Bösartige Neubildung: Ductus pancreaticus	Abwertung
C25.4	Bösartige Neubildung: Endokriner Drüsenanteil des Pankreas	Abwertung
C25.7	Bösartige Neubildung: Sonstige Teile des Pankreas	Abwertung
C25.8	Bösartige Neubildung: Pankreas, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung
C25.9	Bösartige Neubildung: Pankreas, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	Abwertung
C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	Abwertung
C34.2	Bösartige Neubildung: Mittellappen (-Bronchus)	Abwertung
C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	Abwertung
C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	Abwertung
C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C38.4	Bösartige Neubildung: Pleura	Abwertung
C40.2	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität	Abwertung
C41.4	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Beckenknochen	Abwertung
C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	Abwertung
C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens	Abwertung
C71.1	Bösartige Neubildung: Frontallappen	Abwertung
C71.2	Bösartige Neubildung: Temporallappen	Abwertung
C71.9	Bösartige Neubildung: Gehirn, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C72.0	Bösartige Neubildung: Rückenmark	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

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
C77.4	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Inguinale Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität	Abwertung
C77.5	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrapelvine Lymphknoten	Abwertung
C77.8	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten mehrerer Regionen	Abwertung
C77.9	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge	Abwertung
C78.1	Sekundäre bösartige Neubildung des Mediastinums	Abwertung
C78.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura	Abwertung
C78.3	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Atmungsorgane	Abwertung
C78.4	Sekundäre bösartige Neubildung des Dünndarmes	Abwertung
C78.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Dickdarmes und des Rektums	Abwertung
C78.6	Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums	Abwertung
C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	Abwertung
C78.8	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Verdauungsorgane	Abwertung
C79.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Niere und des Nierenbeckens	Abwertung
C79.1	Sekundäre bösartige Neubildung der Harnblase sowie sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane	Abwertung
C79.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Haut	Abwertung
C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute	Abwertung
C79.5	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
C79.83	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
C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	Abwertung
C80.9	Bösartige Neubildung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C81.0	Noduläres lymphozytenprädominantes Hodgkin-Lymphom	Abwertung
C81.2	Gemischtzelliges (klassisches) Hodgkin-Lymphom	Abwertung
C81.9	Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C83.0	Kleinzelliges B-Zell-Lymphom	Abwertung
C83.1	Mantelzell-Lymphom	Abwertung



ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	Abwertung
C83.9	Nicht follikuläres Lymphom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C84.0	Mycosis fungoides	Abwertung
C84.4	Peripheres T-Zell-Lymphom, nicht spezifiziert	Abwertung
C84.9	Reifzelliges T/NK-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C85.1	B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C85.9	Non-Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C88.40	Extranodales Marginalzonen-B-Zell-Lymphom des Mukosa-assoziierten lymphatischen Gewebes [MALT-Lymphom]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C88.41	Extranodales Marginalzonen-B-Zell-Lymphom des Mukosa-assoziierten lymphatischen Gewebes [MALT-Lymphom]: In kompletter Remission	Abwertung
C88.90	Bösartige immunproliferative Krankheit, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C88.91	Bösartige immunproliferative Krankheit, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission	Abwertung
C90.00	Multiplres Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C90.01	Multiplres Myelom: 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
C91.90	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
C92.41	Akute Promyelozyten-Leukämie [PCL]: 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
C97	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen	Abwertung
D46.2	Refraktäre Anämie mit Blastenüberschuss [RAEB]	Abwertung

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
D50.0	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)	Abwertung
D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	Abwertung
D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D52.0	Alimentäre Folsäure-Mangelanämie	Abwertung
D52.8	Sonstige Folsäure-Mangelanämien	Abwertung
D52.9	Folsäure-Mangelanämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D53.0	Eiweißmangelanämie	Abwertung
D53.1	Sonstige megaloblastäre Anämien, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
D56.3	Thalassämie-Erbanlage	Abwertung
D56.8	Sonstige Thalassämien	Abwertung
D56.9	Thalassämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D57.0	Sichelzellenanämie mit Krisen	Abwertung
D57.1	Sichelzellenanämie ohne Krisen	Abwertung
D58.9	Hereditäre hämolytische Anämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D59.1	Sonstige autoimmunhämolytische Anämien	Abwertung
D59.9	Erworbene hämolytische Anämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D61.10	Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie	Abwertung
D61.18	Sonstige arzneimittelinduzierte aplastische Anämie	Abwertung
D61.19	Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D61.3	Idiopathische aplastische Anämie	Abwertung
D61.8	Sonstige näher bezeichnete aplastische Anämien	Abwertung
D61.9	Aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D62	Akute Blutungsanämie	Abwertung
D63.0	Anämie bei Neubildungen	Abwertung
D65.0	Erworbene Afibrinogenämie	Abwertung
D65.1	Disseminierte intravasale Gerinnung [DIG, DIC]	Abwertung
D65.2	Erworbene Fibrinolyseblutung	Abwertung
D65.9	Defibrinationssyndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D66	Hereditärer Faktor-VIII-Mangel	Abwertung
D67	Hereditärer Faktor-IX-Mangel	Abwertung
D68.00	Hereditäres Willebrand-Jürgens-Syndrom	Abwertung
D68.01	Erworbenes Willebrand-Jürgens-Syndrom	Abwertung
D68.09	Willebrand-Jürgens-Syndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D68.22	Hereditärer Faktor-V-Mangel	Abwertung
D68.23	Hereditärer Faktor-VII-Mangel	Abwertung
D68.26	Hereditärer Faktor-XIII-Mangel	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 2021	ICD-Text 2021	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
D69.41	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
D70.13	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 4 Tage bis unter 7 Tage	Abwertung
D70.14	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 7 Tage bis unter 10 Tage	Abwertung
D70.18	Sonstige Verlaufsformen der arzneimittelinduzierten Agranulozytose und Neutropenie	Abwertung
D70.19	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D70.3	Sonstige Agranulozytose	Abwertung
D70.6	Sonstige Neutropenie	Abwertung
D70.7	Neutropenie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D80.3	Selektiver Mangel an Immunglobulin-G-Subklassen [IgG-Subklassen]	Abwertung
D80.4	Selektiver Immunglobulin-M-Mangel [IgM-Mangel]	Abwertung
D80.9	Immundefekt mit vorherrschendem Antikörpermangel, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D82.0	Wiskott-Aldrich-Syndrom	Abwertung
D82.9	Immundefekt in Verbindung mit schwerem Defekt, nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
D83.9	Variabler Immundefekt, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D84.8	Sonstige näher bezeichnete Immundefekte	Abwertung
D86.0	Sarkoidose der Lunge	Abwertung
D86.3	Sarkoidose der Haut	Abwertung
D86.8	Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen	Abwertung
D86.9	Sarkoidose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
E03.5	Myxödemkoma	Abwertung
E05.0	Hyperthyreose mit diffuser Struma	Abwertung
E05.2	Hyperthyreose mit toxischer mehrknotiger Struma	Abwertung
E05.4	Hyperthyreosis factitia	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
E10.40	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
E10.60	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.74	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.90	Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.91	Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.01	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.20	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

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
E11.60	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.61	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.72	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.73	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.75	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne 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
E14.30	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Augenkomplicationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.31	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Augenkomplicationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.61	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.72	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.73	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.74	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.75	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	Abwertung
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	Auf- und Abwertung
E24.2	Arzneimittelinduziertes Cushing-Syndrom	Abwertung
E24.9	Cushing-Syndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
E27.1	Primäre Nebennierenrindeninsuffizienz	Abwertung
E27.3	Arzneimittelinduzierte Nebennierenrindeninsuffizienz	Abwertung
E27.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Nebennierenrindeninsuffizienz	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
E61.7	Mangel an mehreren Spurenelementen	Abwertung
E64.0	Folgen der Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E64.8	Folgen sonstiger alimentärer Mangelzustände	Abwertung
E64.9	Folgen eines nicht näher bezeichneten alimentären Mangelzustandes	Abwertung
E66.02	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter	Abwertung
E66.22	Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter	Abwertung
E66.82	Sonstige Adipositas: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter	Abwertung
E66.92	Adipositas, nicht näher bezeichnet: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter	Abwertung
E84.80	Zystische Fibrose mit Lungen- und Darm-Manifestation	Aufwertung
E85.3	Sekundäre systemische Amyloidose	Abwertung
E87.0	Hyperosmolalität und Hyponatriämie	Abwertung
E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	Abwertung
E87.4	Gemischte Störung des Säure-Basen-Gleichgewichts	Abwertung
E87.6	Hypokaliämie	Abwertung
E88.3	Tumorlyse-Syndrom	Abwertung
E89.1	Hypoinsulinämie nach medizinischen Maßnahmen	Abwertung
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
F01.8	Sonstige vaskuläre Demenz	Abwertung

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
F02.0	Demenz bei Pick-Krankheit	Abwertung
F02.3	Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom	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
F06.1	Organische katatone Störung	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
F10.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir	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
F11.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom	Abwertung
F11.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Psychotische Störung	Abwertung
F11.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	Abwertung
F13.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Schädlicher Gebrauch	Abwertung
F13.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom	Abwertung
F13.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Entzugssyndrom	Abwertung
F13.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	Abwertung
F13.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	Abwertung
F15.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	Abwertung

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
F15.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	Abwertung
F19.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Entzugssyndrom	Abwertung
F19.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Amnestisches Syndrom	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
F20.8	Sonstige Schizophrenie	Abwertung
F20.9	Schizophrenie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F23.9	Akute vorübergehende psychotische Störung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	Abwertung
F25.8	Sonstige schizoaffektive Störungen	Abwertung
F25.9	Schizoaffektive Störung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F29	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose	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
F50.01	Anorexia nervosa, aktiver Typ	Abwertung
F50.08	Sonstige und nicht näher bezeichnete Anorexia nervosa	Abwertung
F50.8	Sonstige Essstörungen	Abwertung
F50.9	Essstörung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F84.0	Frühkindlicher Autismus	Abwertung
F84.8	Sonstige tief greifende Entwicklungsstörungen	Abwertung
F84.9	Tief greifende Entwicklungsstörung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G01	Meningitis bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten	Abwertung
G03.9	Meningitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G04.8	Sonstige Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis	Abwertung
G04.9	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung



ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
G05.0	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten	Abwertung
G06.0	Intrakranieller Abszess und intrakranielles Granulom	Abwertung
G06.1	Intraspinaler Abszess und intraspinale Granulom	Abwertung
G12.2	Motoneuron-Krankheit	Abwertung
G12.9	Spinale Muskelatrophie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G14	Postpolio-Syndrom	Abwertung
G20.00	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.01	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.10	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.20	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.90	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Ohne Wirkungsfluktuation	Abwertung
G20.91	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Mit Wirkungsfluktuation	Abwertung
G35.10	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	Abwertung
G35.20	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	Abwertung
G35.30	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	Abwertung
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
G41.8	Sonstiger Status epilepticus	Abwertung
G41.9	Status epilepticus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G61.0	Guillain-Barré-Syndrom	Abwertung
G70.0	Myasthenia gravis	Abwertung
G71.0	Muskeldystrophie	Auf- und 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
G80.8	Sonstige infantile Zerebralparese	Abwertung
G80.9	Infantile Zerebralparese, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie	Abwertung

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
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
G82.59	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
G83.49	Cauda- (equina-) Syndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G83.6	Zentrale faziale Parese	Abwertung
G83.8	Sonstige näher bezeichnete Lähmungssyndrome	Abwertung
G91.1	Hydrocephalus occlusus	Abwertung
G91.29	Normaldruckhydrozephalus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G91.8	Sonstiger Hydrozephalus	Abwertung
G91.9	Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G93.1	Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
G94.1	Hydrozephalus bei Neubildungen	Abwertung
G96.0	Austritt von Liquor cerebrospinalis	Abwertung
G97.0	Austritt von Liquor cerebrospinalis nach Lumbalpunktion	Abwertung
G97.80	Postoperative Liquorfistel	Abwertung

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
I07.1	Trikuspidalklappeninsuffizienz	Abwertung
I07.8	Sonstige Trikuspidalklappenkrankheiten	Abwertung
I08.0	Krankheiten der Mitral- und Aortenklappe, kombiniert	Abwertung
I08.1	Krankheiten der Mitral- und Trikuspidalklappe, kombiniert	Abwertung
I08.2	Krankheiten der Aorten- und Trikuspidalklappe, kombiniert	Abwertung
I08.3	Krankheiten der Mitral-, Aorten- und Trikuspidalklappe, kombiniert	Abwertung
I08.8	Sonstige Krankheiten mehrerer Herzklappen	Abwertung
I08.9	Krankheit mehrerer Herzklappen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I11.01	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung
I20.0	Instabile Angina pectoris	Abwertung
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	Abwertung
I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	Abwertung
I21.2	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen	Abwertung
I21.3	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation	Abwertung
I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	Abwertung
I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I23.0	Hämoperikard als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt	Abwertung
I23.1	Vorhofseptumdefekt als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt	Abwertung
I23.2	Ventrikelseptumdefekt als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt	Abwertung
I23.6	Thrombose des Vorhofes, des Herzohres oder der Kammer als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt	Abwertung
I23.8	Sonstige akute Komplikationen nach akutem Myokardinfarkt	Abwertung
I24.1	Postmyokardinfarkt-Syndrom	Abwertung
I24.8	Sonstige Formen der akuten ischämischen Herzkrankheit	Abwertung
I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	Abwertung
I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	Abwertung
I27.0	Primäre pulmonale Hypertonie	Abwertung
I30.1	Infektiöse Perikarditis	Abwertung
I30.9	Akute Perikarditis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I31.1	Chronische konstriktive Perikarditis	Abwertung
I31.2	Hämoperikard, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
I31.3	Perikarderguss (nichtentzündlich)	Abwertung
I33.0	Akute und subakute infektiöse Endokarditis	Abwertung
I33.9	Akute Endokarditis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I34.1	Mitralklappenprolaps	Abwertung
I35.0	Aortenklappenstenose	Abwertung

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	Abwertung
I36.1	Nichtrheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz	Abwertung
I37.0	Pulmonalklappenstenose	Abwertung
I37.1	Pulmonalklappeninsuffizienz	Abwertung
I39.2	Trikuspidalklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
I40.8	Sonstige akute Myokarditis	Abwertung
I40.9	Akute Myokarditis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I42.0	Dilatative Kardiomyopathie	Abwertung
I42.1	Hypertrophische obstruktive Kardiomyopathie	Abwertung
I42.2	Sonstige hypertrophische Kardiomyopathie	Abwertung
I42.7	Kardiomyopathie durch Arzneimittel oder sonstige exogene Substanzen	Abwertung
I42.88	Sonstige Kardiomyopathien	Abwertung
I42.9	Kardiomyopathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I43.1	Kardiomyopathie bei Stoffwechselkrankheiten	Abwertung
I43.8	Kardiomyopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
I44.1	Atrioventrikulärer Block 2. Grades	Abwertung
I45.3	Trifaszikulärer Block	Abwertung
I45.6	Präexzitations-Syndrom	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
I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	Abwertung
I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	Abwertung
I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	Abwertung
I51.3	Intrakardiale Thrombose, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
I60.7	Subarachnoidalblutung, von nicht näher bezeichneter intrakranieller Arterie ausgehend	Abwertung
I60.8	Sonstige Subarachnoidalblutung	Abwertung
I60.9	Subarachnoidalblutung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	Abwertung
I61.1	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, kortikal	Abwertung
I61.2	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I61.3	Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm	Abwertung
I61.4	Intrazerebrale Blutung in das Kleinhirn	Abwertung
I61.5	Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung	Abwertung

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
I61.6	Intrazerebrale Blutung an mehreren Lokalisationen	Abwertung
I61.8	Sonstige intrazerebrale Blutung	Abwertung
I61.9	Intrazerebrale Blutung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I62.00	Nichttraumatische subdurale Blutung: Akut	Abwertung
I62.02	Nichttraumatische subdurale Blutung: Chronisch	Abwertung
I62.09	Nichttraumatische subdurale Blutung: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
I62.9	Intrakranielle Blutung (nichttraumatisch), nicht näher bezeichnet	Abwertung
I63.0	Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien	Abwertung
I63.2	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	Abwertung
I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	Abwertung
I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	Abwertung
I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	Abwertung
I63.8	Sonstiger Hirnfarkt	Abwertung
I63.9	Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	Abwertung
I65.0	Verschluss und Stenose der A. vertebralis	Abwertung
I65.1	Verschluss und Stenose der A. basilaris	Abwertung
I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	Abwertung
I65.3	Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien	Abwertung
I66.0	Verschluss und Stenose der A. cerebri media	Abwertung
I66.8	Verschluss und Stenose sonstiger zerebraler Arterien	Abwertung
I67.11	Zerebrale arteriovenöse Fistel (erworben)	Abwertung
I67.3	Progressive subkortikale vaskuläre Enzephalopathie	Abwertung
I67.4	Hypertensive Enzephalopathie	Abwertung
I69.0	Folgen einer Subarachnoidalblutung	Abwertung
I69.1	Folgen einer intrazerebralen Blutung	Abwertung
I69.3	Folgen eines Hirnfarktes	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
I71.1	Aneurysma der Aorta thoracica, rupturiert	Abwertung
I71.8	Aortenaneurysma nicht näher bezeichneter Lokalisation, rupturiert	Abwertung
I73.0	Raynaud-Syndrom	Abwertung

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
I74.0	Embolie und Thrombose der Aorta abdominalis	Auf- und Abwertung
I74.1	Embolie und Thrombose sonstiger und nicht näher bezeichneter Abschnitte der Aorta	Abwertung
I74.2	Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten	Abwertung
I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	Abwertung
I74.4	Embolie und Thrombose der Extremitätenarterien, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I74.5	Embolie und Thrombose der A. iliaca	Abwertung
I74.8	Embolie und Thrombose sonstiger Arterien	Abwertung
I74.9	Embolie und Thrombose nicht näher bezeichneter Arterie	Abwertung
I80.0	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten	Abwertung
I80.1	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der V. femoralis	Abwertung
I80.20	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der Beckenvenen	Abwertung
I80.28	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten	Abwertung
I80.3	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der unteren Extremitäten, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I80.81	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis tiefer Gefäße der oberen Extremitäten	Abwertung
I81	Pfortaderthrombose	Abwertung
I82.2	Embolie und Thrombose der V. cava	Abwertung
I82.80	Embolie und Thrombose der Milzvene	Abwertung
I82.81	Embolie und Thrombose der Jugularisvene	Abwertung
I82.88	Embolie und Thrombose sonstiger näher bezeichneter Venen	Abwertung
I82.9	Embolie und Thrombose nicht näher bezeichneter Vene	Abwertung
I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	Abwertung
I85.0	Ösophagusvarizen mit Blutung	Aufwertung
I89.02	Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium III	Abwertung
I97.0	Postkardiotomie-Syndrom	Abwertung
I97.1	Sonstige Funktionsstörungen nach kardiochirurgischem Eingriff	Abwertung
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	Auf- und 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

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
J13	Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae	Abwertung
J14	Pneumonie durch Haemophilus influenzae	Abwertung
J15.0	Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae	Abwertung
J15.1	Pneumonie durch Pseudomonas	Abwertung
J15.2	Pneumonie durch Staphylokokken	Abwertung
J15.4	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
J17.0	Pneumonie bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten	Abwertung
J17.1	Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten	Abwertung
J17.2	Pneumonie bei Mykosen	Abwertung
J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J18.2	Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	Abwertung
J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J20.8	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	Abwertung
J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J38.00	Lähmung der Stimmlippen und des Kehlkopfes: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
J38.01	Lähmung der Stimmlippen und des Kehlkopfes: Einseitig, partiell	Abwertung
J38.03	Lähmung der Stimmlippen und des Kehlkopfes: Beidseitig, partiell	Abwertung
J38.4	Larynxödem	Abwertung
J41.1	Schleimig-eitrige chronische Bronchitis	Abwertung
J42	Nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis	Abwertung
J43.2	Zentrilobuläres Emphysem	Abwertung
J43.8	Sonstiges Emphysem	Abwertung
J44.00	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes	Abwertung
J44.01	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 ≥35 % und <50 % des Sollwertes	Abwertung
J44.02	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 ≥50 % und <70 % des Sollwertes	Abwertung

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
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
J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	Abwertung
J69.8	Pneumonie durch sonstige feste und flüssige Substanzen	Abwertung
J70.4	Arzneimittelinduzierte interstitielle Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J80.01	Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]: Mildes Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]	Abwertung
J80.02	Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]: Moderates Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]	Abwertung
J80.03	Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]: Schweres Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]	Abwertung
J80.09	Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]: Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS], Schweregrad nicht näher bezeichnet	Abwertung
J81	Lungenödem	Abwertung
J84.1	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose	Abwertung
J84.9	Interstitielle Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J85.2	Abszess der Lunge ohne Pneumonie	Abwertung
J86.0	Pyothorax mit Fistel	Abwertung
J86.9	Pyothorax ohne Fistel	Abwertung
J90	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
J91	Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
J93.0	Spontaner Spannungspneumothorax	Abwertung
J93.1	Sonstiger Spontanpneumothorax	Abwertung
J93.8	Sonstiger Pneumothorax	Abwertung
J93.9	Pneumothorax, nicht näher bezeichnet	Abwertung



ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
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
J95.5	Subglottische Stenose nach medizinischen Maßnahmen	Abwertung
J95.80	Iatrogener Pneumothorax	Abwertung
J95.81	Stenose der Trachea nach medizinischen Maßnahmen	Abwertung
J95.88	Sonstige Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen	Abwertung
J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	Abwertung
J96.01	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]	Abwertung
J96.09	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet	Abwertung
J96.10	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	Abwertung
J96.11	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]	Abwertung
J96.19	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet	Abwertung
J98.1	Lungenkollaps	Abwertung
J98.2	Interstitielles Emphysem	Abwertung
J98.50	Mediastinitis	Abwertung
J99.1	Krankheiten der Atemwege bei sonstigen diffusen Bindegewebskrankheiten	Abwertung
J99.8	Krankheiten der Atemwege bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
K22.6	Mallory-Weiss-Syndrom	Abwertung
K22.81	Ösophagusblutung	Abwertung
K25.0	Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung	Abwertung
K25.1	Ulcus ventriculi: Akut, mit Perforation	Abwertung
K25.4	Ulcus ventriculi: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung	Abwertung
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
K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	Abwertung
K31.1	Hypertrophische Pylorusstenose beim Erwachsenen	Abwertung
K31.5	Duodenalverschluss	Abwertung
K31.6	Fistel des Magens und des Duodenum	Abwertung

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
K31.82	Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung	Auf- und Abwertung
K35.2	Akute Appendizitis mit generalisierter Peritonitis	Abwertung
K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	Abwertung
K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	Abwertung
K43.1	Narbenhernie mit Gangrän	Abwertung
K43.68	Sonstige Hernia ventralis mit Einklemmung, ohne Gangrän	Abwertung
K43.69	Nicht näher bezeichnete Hernia ventralis mit Einklemmung, ohne Gangrän	Abwertung
K43.79	Nicht näher bezeichnete Hernia ventralis mit Gangrän	Abwertung
K44.0	Hernia diaphragmatica mit Einklemmung, ohne Gangrän	Abwertung
K45.0	Sonstige näher bezeichnete abdominale Hernien mit Einklemmung, ohne Gangrän	Abwertung
K46.0	Nicht näher bezeichnete abdominale Hernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	Abwertung
K52.1	Toxische Gastroenteritis und Kolitis	Abwertung
K55.0	Akute Gefäßkrankheiten des Darmes	Abwertung
K55.22	Angiodysplasie des Kolons: Mit Blutung	Abwertung
K55.32	Angiodysplasie des Dünndarmes mit Blutung	Auf- und Abwertung
K56.0	Paralytischer Ileus	Abwertung
K56.2	Volvulus	Abwertung
K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	Abwertung
K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	Abwertung
K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K57.31	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	Abwertung
K57.91	Divertikulose des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	Abwertung
K61.0	Analabszess	Abwertung
K62.5	Hämorrhagie des Anus und des Rektums	Abwertung
K62.7	Strahlenproktitis	Auf- und Abwertung
K63.1	Perforation des Darmes (nichttraumatisch)	Abwertung
K65.00	Spontane bakterielle Peritonitis [SBP] (akut)	Abwertung
K65.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete akute Peritonitis	Abwertung
K65.8	Sonstige Peritonitis	Abwertung
K65.9	Peritonitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K66.1	Hämoperitoneum	Abwertung
K70.2	Alkoholische Fibrose und Sklerose der Leber	Abwertung
K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	Abwertung
K71.0	Toxische Leberkrankheit mit Cholestase	Abwertung

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
K71.1	Toxische Leberkrankheit mit Lebernekrose	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
K72.73	Hepatische Enzephalopathie Grad 3	Abwertung
K72.79	Hepatische Enzephalopathie, Grad nicht näher bezeichnet	Abwertung
K73.8	Sonstige chronische Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
K74.3	Primäre biliäre Zirrhose	Abwertung
K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	Abwertung
K74.72	Leberzirrhose, Stadium Child-Pugh C	Auf- und Abwertung
K75.0	Leberabszess	Abwertung
K75.4	Autoimmune Hepatitis	Abwertung
K75.8	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Leberkrankheiten	Abwertung
K75.9	Entzündliche Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K76.3	Leberinfarkt	Abwertung
K76.4	Peliosis hepatis	Abwertung
K76.7	Hepatorenales Syndrom	Abwertung
K76.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leber	Abwertung
K76.9	Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K77.0	Leberkrankheiten bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten	Abwertung
K77.11	Stadium 1 der akuten Leber-Graft-versus-Host-Krankheit	Abwertung
K77.12	Stadium 2 der akuten Leber-Graft-versus-Host-Krankheit	Abwertung
K77.8	Leberkrankheiten bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.30	Gallengangsstein mit Cholangitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.31	Gallengangsstein mit Cholangitis: Mit Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K80.51	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	Abwertung
K81.0	Akute Cholezystitis	Abwertung
K82.1	Hydrops der Gallenblase	Abwertung
K83.0	Cholangitis	Abwertung

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
K85.00	Idiopathische akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation	Abwertung
K85.01	Idiopathische akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation	Abwertung
K85.10	Biliäre akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation	Abwertung
K85.11	Biliäre akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation	Aufwertung
K85.81	Sonstige akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation	Abwertung
K85.90	Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer Organkomplikation	Abwertung
K85.91	Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Mit Organkomplikation	Abwertung
K86.0	Alkoholinduzierte chronische Pankreatitis	Abwertung
K86.1	Sonstige chronische Pankreatitis	Abwertung
K86.2	Pankreaszyste	Abwertung
K86.3	Pseudozyste des Pankreas	Abwertung
K91.2	Malabsorption nach chirurgischem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
K91.3	Postoperativer Darmverschluss	Abwertung
K91.4	Funktionsstörung nach Kolostomie oder Enterostomie	Abwertung
K91.83	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
L03.10	Phlegmone an der oberen Extremität	Abwertung
L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	Abwertung
L03.3	Phlegmone am Rumpf	Abwertung
L03.8	Phlegmone an sonstigen Lokalisationen	Abwertung
L12.0	Bullöses Pemphigoid	Auf- und Abwertung
L12.1	Vernarbendes Pemphigoid	Abwertung
L12.9	Pemphigoidkrankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
L89.10	Dekubitus, Stadium 2: Kopf	Abwertung
L89.11	Dekubitus, Stadium 2: Obere Extremität	Abwertung
L89.12	Dekubitus, Stadium 2: Dornfortsätze	Abwertung
L89.13	Dekubitus, Stadium 2: Beckenkamm	Abwertung
L89.14	Dekubitus, Stadium 2: Kreuzbein	Abwertung
L89.15	Dekubitus, Stadium 2: Sitzbein	Abwertung
L89.16	Dekubitus, Stadium 2: Trochanter	Abwertung
L89.17	Dekubitus, Stadium 2: Ferse	Abwertung
L89.18	Dekubitus, Stadium 2: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	Abwertung
L89.19	Dekubitus, Stadium 2: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
L89.21	Dekubitus, Stadium 3: Obere Extremität	Abwertung
L89.22	Dekubitus, Stadium 3: Dornfortsätze	Abwertung
L89.23	Dekubitus, Stadium 3: Beckenkamm	Abwertung
L89.24	Dekubitus, Stadium 3: Kreuzbein	Abwertung
L89.25	Dekubitus, Stadium 3: Sitzbein	Abwertung
L89.26	Dekubitus, Stadium 3: Trochanter	Abwertung
L89.27	Dekubitus, Stadium 3: Ferse	Abwertung
L89.28	Dekubitus, Stadium 3: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	Abwertung
L89.29	Dekubitus, Stadium 3: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
L89.30	Dekubitus, Stadium 4: Kopf	Abwertung
L89.34	Dekubitus, Stadium 4: Kreuzbein	Abwertung
L89.35	Dekubitus, Stadium 4: Sitzbein	Abwertung
L89.37	Dekubitus, Stadium 4: Ferse	Abwertung
L89.38	Dekubitus, Stadium 4: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	Abwertung
L89.39	Dekubitus, Stadium 4: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
M00.01	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M00.04	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M00.05	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M00.06	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M00.07	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M00.08	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M00.09	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M00.26	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M00.27	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M00.29	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M00.94	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M00.96	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
M00.97	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M00.99	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M01.66	Arthritis bei Mykosen: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M05.30	Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M05.31	Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M05.32	Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M05.33	Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M05.34	Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M05.35	Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M05.36	Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M05.37	Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M05.38	Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M05.39	Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M07.37	Sonstige psoriatische Arthritiden: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M07.40	Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M30.1	Panarteriitis mit Lungenbeteiligung	Aufwertung
M31.3	Wegener-Granulomatose	Abwertung
M31.4	Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom]	Abwertung
M31.5	Riesenzellarteriitis bei Polymyalgia rheumatica	Abwertung
M31.6	Sonstige Riesenzellarteriitis	Abwertung

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
M31.9	Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
M32.8	Sonstige Formen des systemischen Lupus erythemato- des	Abwertung
M32.9	Systemischer Lupus erythematoses, nicht näher bezeich- net	Abwertung
M33.1	Sonstige Dermatomyositis	Abwertung
M33.9	Dermatomyositis-Polymyositis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
M34.0	Progressive systemische Sklerose	Abwertung
M34.1	CR(E)ST-Syndrom	Abwertung
M34.8	Sonstige Formen der systemischen Sklerose	Abwertung
M34.9	Systemische Sklerose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
M35.1	Sonstige Overlap-Syndrome	Abwertung
M48.55	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Thorakolumbalbereich	Abwertung
M48.56	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Lumbalbereich	Abwertung
M48.59	Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M49.56	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Lumbalbereich	Abwertung
M49.59	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M60.01	Infektiöse Myositis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M60.03	Infektiöse Myositis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M60.05	Infektiöse Myositis: Beckenregion und Oberschenkel [Be- cken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M60.06	Infektiöse Myositis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniege- lenk]	Abwertung
M60.09	Infektiöse Myositis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M62.26	Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Unter- schenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M62.29	Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Nicht nä- her bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M62.85	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Becken- region und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M62.88	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M63.06	Myositis bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M84.12	Nichtvereinigung der Frakturrenden [Pseudarthrose]: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M84.15	Nichtvereinigung der Frakturrenden [Pseudarthrose]: Be- ckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M84.19	Nichtvereinigung der Frakturrenden [Pseudarthrose]: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
M84.47	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M84.48	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M84.49	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M86.07	Akute hämatogene Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M86.11	Sonstige akute Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M86.12	Sonstige akute Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M86.14	Sonstige akute Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M86.15	Sonstige akute Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M86.16	Sonstige akute Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M86.24	Subakute Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M86.27	Subakute Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M86.29	Subakute Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M86.37	Chronische multifokale Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M86.43	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M86.45	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M86.46	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M86.47	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M86.49	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M86.57	Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M90.70	Knochenfraktur bei Neubildungen: Mehrere Lokalisationen	Abwertung



ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
M90.71	Knochenfraktur bei Neubildungen: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M90.72	Knochenfraktur bei Neubildungen: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M90.73	Knochenfraktur bei Neubildungen: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M90.74	Knochenfraktur bei Neubildungen: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
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
M96.81	Instabiler Thorax 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
N00.3	Akutes nephritisches Syndrom: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis	Abwertung
N00.9	Akutes nephritisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet	Abwertung
N02.8	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Sonstige morphologische Veränderungen	Abwertung
N02.9	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet	Abwertung
N04.0	Nephrotisches Syndrom: Minimale glomeruläre Läsion	Abwertung
N04.9	Nephrotisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet	Abwertung
N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	Abwertung
N12	Tubulointerstitielle Nephritis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	Abwertung
N13.0	Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion	Abwertung
N13.1	Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
N13.2	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein	Abwertung
N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	Abwertung
N13.4	Hydroureter	Abwertung
N13.9	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
N15.10	Nierenabszess	Abwertung
N17.21	Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 1	Abwertung
N17.22	Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 2	Abwertung
N17.29	Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium nicht näher bezeichnet	Abwertung
N17.81	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 1	Abwertung
N17.82	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 2	Abwertung
N17.83	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 3	Abwertung
N17.89	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium nicht näher bezeichnet	Abwertung
N17.91	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 1	Abwertung
N17.92	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2	Abwertung
N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	Abwertung
N17.99	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium nicht näher bezeichnet	Abwertung
N18.2	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2	Abwertung
N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3	Abwertung
N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4	Abwertung
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	Abwertung
N18.80	Einseitige chronische Nierenfunktionsstörung	Abwertung
N20.1	Ureterstein	Abwertung
N30.1	Interstitielle Zystitis (chronisch)	Abwertung
N30.4	Strahlenzystitis	Abwertung
N32.0	Blasenhalsobstruktion	Abwertung
N33.8	Krankheiten der Harnblase bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
N39.47	Rezidivinkontinenz	Abwertung
N41.0	Akute Prostatitis	Abwertung
N41.2	Prostataabszess	Abwertung
N42.1	Kongestion und Blutung der Prostata	Abwertung
N72	Entzündliche Krankheit der Cervix uteri	Abwertung
N76.0	Akute Kolpitis	Abwertung
N82.1	Sonstige Fisteln zwischen weiblichem Harn- und Genitaltrakt	Abwertung
O20.0	Drohender Abort	Abwertung
O23.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektion des Urogenitaltraktes in der Schwangerschaft	Abwertung
O26.60	Schwangerschaftscholestase	Abwertung
O75.1	Schock während oder nach Wehentätigkeit und Entbindung	Aufwertung
Q02	Mikrozephalie	Abwertung
Q03.0	Fehlbildungen des Aquaeductus cerebri	Abwertung

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
Q03.1	Atresie der Apertura mediana [Foramen Magendii] oder der Aperturales laterales [Foramina Luschkae] des vierten Ventrikels	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
Q05.1	Thorakale Spina bifida mit Hydrozephalus	Abwertung
Q05.2	Lumbale Spina bifida mit Hydrozephalus	Abwertung
Q05.4	Nicht näher bezeichnete Spina bifida mit Hydrozephalus	Abwertung
Q05.7	Lumbale Spina bifida ohne Hydrozephalus	Abwertung
Q05.8	Sakrale Spina bifida ohne Hydrozephalus	Abwertung
Q05.9	Spina bifida, nicht näher bezeichnet	Abwertung
Q06.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Rückenmarks	Abwertung
Q07.0	Arnold-Chiari-Syndrom	Abwertung
Q20.3	Diskordante ventrikuloarterielle Verbindung	Abwertung
Q21.0	Ventrikelseptumdefekt	Abwertung
Q21.2	Defekt des Vorhof- und Kammerseptums	Abwertung
Q21.3	Fallot-Tetralogie	Abwertung
Q22.1	Angeborene Pulmonalklappenstenose	Abwertung
Q22.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Trikuspidalklappe	Abwertung
Q23.2	Angeborene Mitralklappenstenose	Abwertung
Q23.4	Hypoplastisches Linksherzsyndrom	Abwertung
Q24.0	Dextrokardie	Abwertung
Q25.0	Offener Ductus arteriosus	Abwertung
Q25.1	Koarktation der Aorta	Abwertung
Q25.6	Stenose der A. pulmonalis (angeboren)	Abwertung
Q26.1	Persistenz der linken V. cava superior	Abwertung
Q26.3	Partielle Fehleinmündung der Lungenvenen	Abwertung
Q26.4	Fehleinmündung der Lungenvenen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
Q28.28	Sonstige angeborene arteriovenöse Fehlbildungen der zerebralen Gefäße	Abwertung
Q31.2	Hypoplasie des Kehlkopfes	Abwertung
Q31.5	Angeborene Laryngomalazie	Abwertung
Q31.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Kehlkopfes	Abwertung
Q32.4	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Bronchien	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
Q43.1	Hirschsprung-Krankheit	Abwertung
Q43.7	Kloakenpersistenz	Abwertung
Q44.6	Zystische Leberkrankheit [Zystenleber]	Abwertung

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
Q54.0	Glanduläre Hypospadie	Abwertung
Q61.2	Polyzystische Niere, autosomal-dominant	Abwertung
Q62.0	Angeborene Hydronephrose	Abwertung
Q62.2	Angeborener Megaureter	Abwertung
Q62.7	Angeborener vesiko-uretero-renaler Reflux	Abwertung
Q64.4	Fehlbildung des Urachus	Abwertung
Q67.3	Plagiozephalie	Abwertung
Q71.4	Longitudinaler Reduktionsdefekt des Radius	Abwertung
Q71.8	Sonstige Reduktionsdefekte der oberen Extremität(en)	Abwertung
Q72.8	Sonstige Reduktionsdefekte der unteren Extremität(en)	Abwertung
Q74.3	Arthrogryposis multiplex congenita	Abwertung
Q77.4	Achondroplasie	Abwertung
Q78.0	Osteogenesis imperfecta	Abwertung
Q78.1	Polyostotische fibröse Dysplasie [Jaffé-Lichtenstein-Syndrom]	Abwertung
Q78.2	Marmorknochenkrankheit	Abwertung
Q79.1	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Zwerchfells	Abwertung
Q79.6	Ehlers-Danlos-Syndrom	Abwertung
Q81.0	Epidermolysis bullosa simplex	Abwertung
Q85.0	Neurofibromatose (nicht bösartig)	Abwertung
Q87.0	Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung des Gesichtes	Abwertung
Q87.1	Angeborene Fehlbildungssyndrome, die vorwiegend mit Kleinwuchs einhergehen	Abwertung
Q87.2	Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung der Extremitäten	Abwertung
Q87.5	Sonstige angeborene Fehlbildungssyndrome mit sonstigen Skelettveränderungen	Abwertung
Q87.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
Q90.0	Trisomie 21, meiotische Non-disjunction	Abwertung
Q90.2	Trisomie 21, Translokation	Abwertung
Q90.9	Down-Syndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
Q91.3	Edwards-Syndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
Q93.5	Sonstige Deletionen eines Chromosomenteils	Abwertung
Q93.8	Sonstige Deletionen der Autosomen	Abwertung
Q96.3	Mosaik, 45,X/46,XX oder 45,X/46,XY	Abwertung
Q99.8	Sonstige näher bezeichnete Chromosomenanomalien	Abwertung
R04.2	Hämoptoe	Abwertung
R04.8	Blutung aus sonstigen Lokalisationen in den Atemwegen	Abwertung
R04.9	Blutung aus den Atemwegen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
R09.2	Atemstillstand	Abwertung
R15	Stuhlinkontinenz	Abwertung
R18	Aszites	Abwertung
R19.80	Abdominales Kompartmentsyndrom	Abwertung

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
R29.0	Tetanie	Abwertung
R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	Abwertung
R40.2	Koma, nicht näher bezeichnet	Abwertung
R47.0	Dysphasie und Aphasie	Abwertung
R47.1	Dysarthrie und Anarthrie	Abwertung
R56.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe	Abwertung
R57.0	Kardiogener Schock	Abwertung
R57.1	Hypovolämischer Schock	Abwertung
R57.2	Septischer Schock	Abwertung
R57.8	Sonstige Formen des Schocks	Abwertung
R57.9	Schock, nicht näher bezeichnet	Abwertung
R58	Blutung, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
R63.3	Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung	Abwertung
R64	Kachexie	Abwertung
R65.0	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese ohne Organkomplikationen	Abwertung
R65.1	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen	Abwertung
R65.2	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese ohne Organkomplikationen	Abwertung
R65.3	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese mit Organkomplikationen	Abwertung
R82.1	Myoglobinurie	Abwertung
S02.0	Schädeldachfraktur	Abwertung
S02.1	Schädelbasisfraktur	Abwertung
S02.3	Fraktur des Orbitabodens	Abwertung
S02.4	Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers	Abwertung
S02.9	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen, Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
S05.8	Sonstige Verletzungen des Auges und der Orbita	Abwertung
S06.5	Traumatische subdurale Blutung	Abwertung
S06.8	Sonstige intrakranielle Verletzungen	Abwertung
S12.0	Fraktur des 1. Halswirbels	Abwertung
S12.1	Fraktur des 2. Halswirbels	Abwertung
S12.24	Fraktur des 6. Halswirbels	Abwertung
S12.25	Fraktur des 7. Halswirbels	Abwertung
S12.8	Fraktur sonstiger Teile im Bereich des Halses	Abwertung
S12.9	Fraktur im Bereich des Halses, Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
S22.00	Fraktur eines Brustwirbels: Höhe nicht näher bezeichnet	Abwertung
S22.03	Fraktur eines Brustwirbels: T5 und T6	Abwertung
S22.04	Fraktur eines Brustwirbels: T7 und T8	Abwertung
S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	Abwertung
S22.20	Fraktur des Sternums: Nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
S22.21	Fraktur des Sternums: Manubrium sterni	Abwertung
S22.22	Fraktur des Sternums: Corpus sterni	Abwertung
S22.23	Fraktur des Sternums: Processus xiphoideus	Abwertung
S22.40	Rippenserienfraktur: Nicht näher bezeichnet	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
S26.0	Traumatisches Hämoperikard	Abwertung
S26.9	Verletzung des Herzens, nicht näher bezeichnet	Abwertung
S27.0	Traumatischer Pneumothorax	Abwertung
S27.2	Traumatischer Hämatothorax	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
S32.89	Fraktur: Sonstige und nicht näher bezeichnete Teile des Beckens	Abwertung
S35.5	Verletzung von Blutgefäßen der Iliakalregion	Abwertung
S36.02	Kapselriss der Milz, ohne größeren Einriss des Parenchyms	Abwertung
S36.10	Verletzung der Leber, nicht näher bezeichnet	Abwertung
S36.11	Prellung und Hämatom der Leber	Abwertung
S36.16	Sonstige Verletzungen der Leber	Abwertung
S36.83	Verletzung: Retroperitoneum	Abwertung
S36.9	Verletzung eines nicht näher bezeichneten intraabdominalen Organs	Abwertung
S37.20	Verletzung der Harnblase, nicht näher bezeichnet	Abwertung
S37.22	Ruptur der Harnblase	Abwertung
S37.28	Sonstige Verletzungen der Harnblase	Abwertung
S37.30	Verletzung der Harnröhre: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
S37.33	Verletzung der Harnröhre: Pars prostatica	Abwertung
S37.38	Verletzung der Harnröhre: Sonstige Teile	Abwertung
S37.82	Verletzung: Prostata	Abwertung
S37.9	Verletzung eines nicht näher bezeichneten Harnorgans oder Beckenorgans	Abwertung

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
S42.22	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum chirurgicum	Abwertung
S42.23	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum anatomicum	Abwertung
S72.00	Schenkelhalsfraktur: Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	Abwertung
S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	Abwertung
S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	Abwertung
S72.2	Subtrochantäre Fraktur	Abwertung
S72.3	Fraktur des Femurschaftes	Abwertung
S72.41	Distale Fraktur des Femurs: Condylus (lateralis) (medialis)	Abwertung
S72.9	Fraktur des Femurs, Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
S75.0	Verletzung der A. femoralis	Abwertung
T79.2	Traumatisch bedingte sekundäre oder rezidivierende Blutung	Abwertung
T79.3	Posttraumatische Wundinfektion, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T79.4	Traumatischer Schock	Abwertung
T79.5	Traumatische Anurie	Abwertung
T79.7	Traumatisches subkutanes Emphysem	Abwertung
T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T81.1	Schock während oder als Folge eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T81.2	Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T81.3	Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T81.7	Gefäßkomplikationen nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T82.0	Mechanische Komplikation durch eine Herzklappenprothese	Abwertung
T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät	Abwertung
T82.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäßtransplantate	Abwertung
T82.4	Mechanische Komplikation durch Gefäßkatheter bei Dialyse	Abwertung
T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	Abwertung
T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	Abwertung
T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	Abwertung

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
T84.01	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Ellenbogengelenk	Abwertung
T84.04	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk	Abwertung
T84.05	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Kniegelenk	Abwertung
T84.12	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen: Unterarm	Abwertung
T84.14	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen: Beckenregion und Oberschenkel	Abwertung
T84.16	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen: Knöchel und Fuß	Abwertung
T84.20	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an sonstigen Knochen: Wirbelsäule	Abwertung
T84.28	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an sonstigen Knochen: Sonstige näher bezeichnete Knochen	Abwertung
T84.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Knochengeräte, -implantate oder -transplantate	Abwertung
T84.4	Mechanische Komplikation durch sonstige intern verwendete orthopädische Geräte, Implantate und Transplantate	Abwertung
T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	Abwertung
T84.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]	Abwertung
T84.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	Abwertung
T84.8	Sonstige Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	Abwertung
T84.9	Nicht näher bezeichnete Komplikation durch orthopädische Endoprothese, Implantat oder Transplantat	Abwertung
T85.0	Mechanische Komplikation durch einen ventrikulären, intrakraniellen Shunt	Abwertung
T85.50	Mechanische Komplikation durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Ösophagus	Abwertung
T85.51	Mechanische Komplikation durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im sonstigen oberen Gastrointestinaltrakt	Abwertung
T85.53	Mechanische Komplikation durch Prothesen, Implantate oder Transplantate in den Gallenwegen	Abwertung
T85.54	Mechanische Komplikation durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Pankreas	Abwertung
T85.59	Mechanische Komplikation durch gastrointestinale Prothesen, Implantate oder Transplantate, Lokalisation nicht näher bezeichnet	Abwertung



ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
T85.6	Mechanische Komplikation durch sonstige näher bezeichnete interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	Abwertung
T85.71	Infektion und entzündliche Reaktion durch Katheter zur Peritonealdialyse	Abwertung
T85.74	Infektion und entzündliche Reaktion durch perkutan-endoskopische Gastrostomie-Sonde [PEG-Sonde]	Abwertung
T85.78	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	Abwertung
T85.82	Kapsel fibrose der Mamma durch Mammaprothese oder -implantat	Abwertung
T85.88	Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T86.01	Akute Graft-versus-Host-Krankheit, Grad I und II	Abwertung
T86.02	Akute Graft-versus-Host-Krankheit, Grad III und IV	Abwertung
T86.09	Graft-versus-Host-Krankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
T86.10	Akute Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates	Abwertung
T86.11	Chronische Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates	Abwertung
T86.19	Sonstige und nicht näher bezeichnete Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Nierentransplantates	Abwertung
T86.2	Versagen und Abstoßung eines Herztransplantates	Abwertung
T86.50	Durchblutungsstörung eines Hauttransplantates	Abwertung
T86.51	Nekrose eines Hauttransplantates	Abwertung
T86.52	Verlust eines Hauttransplantates	Abwertung
T86.59	Sonstiges und nicht näher bezeichnetes Versagen und Abstoßung eines Hauttransplantates	Abwertung
T86.9	Versagen und Abstoßung eines nicht näher bezeichneten transplantierten Organs und Gewebes	Abwertung
T87.4	Infektion des Amputationsstumpfes	Abwertung
T87.5	Nekrose des Amputationsstumpfes	Abwertung
T88.0	Infektion nach Impfung [Immunsierung]	Abwertung
T88.2	Schock durch Anästhesie	Abwertung
T88.6	Anaphylaktischer Schock als unerwünschte Nebenwirkung eines indikationsgerechten Arzneimittels oder einer indikationsgerechten Droge bei ordnungsgemäßer Verabreichung	Abwertung
T91.3	Folgen einer Verletzung des Rückenmarkes	Abwertung
U07.1	COVID-19, Virus nachgewiesen	Auf- und Abwertung
U10.9	Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet	Neuaufnahme
U50.50	Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 0-15 Punkte	Abwertung
U50.51	Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung: Motorischer FIM: 13-30 Punkte	Abwertung
U60.1	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit: Kategorie A	Abwertung

ICD 2021	ICD-Text 2021	Kategorie
U60.2	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit: Kategorie B	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
U80.20	Enterococcus faecalis mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika	Abwertung
U80.21	Enterococcus faecalis mit Resistenz gegen Oxazolidinone oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz und ohne Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika	Abwertung
U80.30	Enterococcus faecium mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika	Abwertung
U80.31	Enterococcus faecium mit Resistenz gegen Oxazolidinone oder Streptogramine oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz und ohne Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika	Abwertung
U80.8	Sonstige grampositive Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika	Abwertung
U81.00	Escherichia coli mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd	Abwertung
U81.11	Acinetobacter-baumannii-Gruppe mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd	Abwertung
U81.20	Escherichia coli mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.21	Klebsiella pneumoniae mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.23	Sonstige Klebsiellen mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.24	Enterobacter-cloacae-Komplex mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.25	Citrobacter-freundii-Komplex mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.27	Proteus mirabilis mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.28	Sonstige Enterobacterales mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.30	Pseudomonas aeruginosa mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.40	Escherichia coli mit Multiresistenz 4MRGN	Abwertung
U81.41	Klebsiella pneumoniae mit Multiresistenz 4MRGN	Abwertung
U81.44	Enterobacter-cloacae-Komplex mit Multiresistenz 4MRGN	Abwertung
U81.45	Citrobacter-freundii-Komplex mit Multiresistenz 4MRGN	Abwertung
U81.47	Proteus mirabilis mit Multiresistenz 4MRGN	Abwertung
U81.50	Pseudomonas aeruginosa mit Multiresistenz 4MRGN	Abwertung
U81.6	Burkholderia, Stenotrophomonas und andere Nonfermenter mit Resistenz gegen Chinolone, Amikacin, Ceftazidim, Piperacillin/Tazobactam oder Cotrimoxazol	Abwertung
U81.8	Sonstige gramnegative Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika	Abwertung
U82.2	Atypische Mykobakterien oder Nocardia mit Resistenz gegen ein oder mehrere Erstrangmedikamente	Abwertung
U83	Candida mit Resistenz gegen Fluconazol oder Voriconazol	Abwertung
Z43.0	Versorgung eines Tracheostomas	Abwertung

<b>ICD 2021</b>	<b>ICD-Text 2021</b>	<b>Kategorie</b>
Z93.0	Vorhandensein eines Tracheostomas	Abwertung
Z94.0	Zustand nach Nierentransplantation	Abwertung
Z94.1	Zustand nach Herztransplantation	Abwertung
Z94.2	Zustand nach Lungentransplantation	Abwertung
Z94.4	Zustand nach Lebertransplantation	Abwertung
Z94.80	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation ohne gegenwärtige Immunsuppression	Abwertung
Z94.81	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression	Abwertung
Z94.88	Zustand nach sonstiger Organ- oder Gewebetransplantation	Abwertung
Z95.80	Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems	Abwertung
Z99.4	Langzeitige Abhängigkeit vom Kunstherz	Abwertung

**Tabelle A-4-1:**

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

DRG	DRG-Text
801E	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexe, komplexe oder bestimmte OR-Prozedur
863Z	Neonatale Diagnose ohne Bezug zu Alter oder Gewicht
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden
A04D	Knochenmarkstransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit Graft-versus-Host-Krankheit Grad III und IV oder außer bei Plasmozytom, HLA-verschieden oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
A11H	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne IntK > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC
A13G	Beatmung > 95 Stunden, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation, mit äußerst schweren CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Proz., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne kompliz. Diagnose od. Prozedur, mit 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
A61A	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen mit äußerst schweren CC oder mit bestimmter akuter Graft-versus-Host-Krankheit, mehr als ein Belegungstag
B07Z	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC oder komplizierender Diagnose
B17B	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und and. Teilen des Nervensystems oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystr. od. Neurop., mit best. kompl. Eingr., Alter < 16 J. oder mit mäßig kompl. Eingr., Alter < 19 J. oder mit äuß. schw. oder schw. CC
B17E	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, ohne komplexe oder bestimmte Diagnose, ohne mäßig komplexen oder komplexen Eingriff
B47B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, weniger als 14 Behandlungstage
B66C	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
B68D	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose

DRG	DRG-Text
B72A	Infektion des Nervensystems, Alter < 16 Jahre oder bestimmte Enzephalitis mit Intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 0 / 0 / 184 Aufwandspunkte
B77Z	Kopfschmerzen
B85C	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, zerebrale Lähmungen oder Delirium, Alter > 1 Jahr
C03C	Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Entfernung Augapfel, ohne komplexen oder bestimmten Eingriff, außer bei bösartiger Neubildung
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder Amnionmembrantransplantation oder komplexem Eingriff oder Pars-plana-Vitrektomie oder Alter < 16 Jahre
C12Z	Andere Rekonstruktionen der Augenlider
D04B	Biogen Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen, ohne komplexen Eingriff
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D29Z	Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung
D39Z	Andere Eingriffe an der Nase
D64Z	Laryngotracheitis, Laryngospasmus und Epiglottitis
E02B	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 9 Jahre, mit mäßig aufwendigem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane oder mehr als ein Belegungstag mit bestimmtem Eingriff an Larynx oder Trachea oder mit äußerst schweren CC
E06B	And. Lungenresek., best. Eingr. an Thoraxorg., Thoraxw., Gefäßsystem od. Mediast., Alter > 9 und < 16 J. od. m. offen chirurg. Pleurolyse m. Eingr. an Lunge/Pleura od. best. atyp. Lungenresek. od. best. Brustkorbkorr. od. best. chirurg. Stab. d. Thoraxw.
E40A	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur oder int. Komplexbehandlung > 196 / 368 / - Punkte oder komplizierender Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mit äußerst schw. CC oder ARDS
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
E71A	Neubildungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
E75A	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
E77A	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
E77B	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter komplizierender Konstellation oder hochkomplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte
E79C	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne bestimmte mäßig aufwendige Behandlung
F01F	Impl. Kardioverter / Defibrillator (AICD), Einkammer-Stimulation, ohne zusätzl. Herz- od. Gefäßeingriff, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne äuß. schw. CC, ohne aufw. Sondenentf., ohne Impl. Drucksens. in Pulmonalart., ohne Impl. Pulsge., Alter > 17 J.
F20Z	Beidseitige Unterbindung und Stripping von Venen mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC
F30Z	Operation bei komplexem angeborenem Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern
F68B	Angeborene Herzkrankheit ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter > 15 Jahre
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC
F75C	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre und Alter < 16 Jahre, ohne schwere CC oder Alter > 15
G01Z	Eviszation des kleinen Beckens
G07A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse bei Peritonitis mit auß. schw. od. schw. CC od. kl. Ingr. an Dünn- / Dickdarm od. an abdom. Gefäßen, oh. auß. schw. CC od. best. Anorektoplastik, Alter < 3 Jahre od. mit best. Ingr. an abdominalen Gefäßen
G22C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung
G38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane oder mehrzeitiger komplexer Eingriff am Gastrointestinaltrakt und anderem Organsystem
G64A	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC
G64B	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre oder ohne schwere CC
G70A	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 18 Jahre oder mit komplexer Diagnose
G72A	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter < 3 Jahre
G74Z	Hämorrhoiden oder andere wenig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane
H02A	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen, Alter > 13 Jahre, bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmter biliodigestiver Anastomose

DRG	DRG-Text
H29Z	Bestimmte selektive Embolisation oder SIRT
H38A	Bestimmte komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H63B	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden und best. Erkrankungen der Gallenwege, mehr als ein Belegungstag, mit kompl. Diagnose oder äuß. schw. o. schw. CC oder Leberbiopsie, Alter < 18 J.
H63C	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden und bestimmte Erkrankungen der Gallenwege, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose und ohne äußerst schwere oder schwere CC
H64Z	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen
H78Z	Bestimmte komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I05C	Anderer großer Gelenkersatz ohne Implantation oder Wechsel einer inversen Endoprothese am Schultergelenk, ohne Implantation einer Sprunggelenkendoprothese
I07A	Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I07B	Bestimmte Amputation am Fuß
I08D	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplexer Diagnose oder Prozedur oder äußerst schweren CC
I08E	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC, mit bestimmten Eingriffen an Becken und Femur oder mit bestimmten komplizierenden Diagnosen
I08F	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag, mit bestimmten anderen Eingriffen an Hüftgelenk und Femur
I16B	Anderer Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität ohne bestimmten Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen, mit bestimmtem anderem Eingriff an Klavikula, Schulter und Ellenbogen
I17A	Aufwendige Operationen am Gesichtsschädel oder Alter < 16 Jahre
I20C	Eingriffe am Fuß ohne mehrere komplexe Eingriffe, ohne hochkomplexen Eingriff, mit bestimmten komplizierenden Faktoren
I23B	Anderer kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen mit bestimmten kleinen Eingriffen an Knochen und Weichteilen, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I27A	Eingriffe am Weichteilgew. od. kleinfl. Gewebe-Tx m. best. Diagn. u. best. Eingr. od. m. äuß. schw. CC od. b. BNB m. schw. CC, m. best. Diagn. u. kompl. Eingr. od. Nephrekt. od. best. BNB m. best. Eingr. Abdomen od. Thorax od. Tx e. Zehe als Fingerersatz
I28D	Anderer Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit mäßig komplexem Eingriff, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre
I42A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mindestens 14 Tage

DRG	DRG-Text
I43A	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk oder Entfernung bestimmter Endoprothesen am Kniegelenk, mit äußerst schweren CC
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne best. kompliz. Faktoren, mit kompl. Diagnose an Becken/Oberschenkel, mit best. endoproth. oder gelenkplast. Eingr. od. m. Impl. od. Wechsel Radiuskopfproth. od. m. kompl. Erstimpl. od. m. Entf. Osteosynthesemat.
I50B	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne bestimmten Eingriff, mit bestimmter Vakuumbehandlung oder Alter < 16 Jahre
I50C	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne bestimmten Eingriff, ohne bestimmte Vakuumbehandlung, Alter > 15 Jahre
I66A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte
I66D	Kinder-/jugendrheum. Komplexbeh. 7 bis 13 Behandlungstage, Alter > 0 Jahre od. Amyloidose, adulte Form des Morbus Still, best. Vaskulitiden od. syst. rheum. Erkrankungen, Alter < 16 Jahre od. m. multisystem. Entzündungssyndrom bei COVID-19, mehr als 1 BT
I71B	Muskel- und Sehnenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur
I74A	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß oder leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit äußerst schweren oder schweren CC oder unspezifische Arthropathien
I74B	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß oder leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre
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
I97Z	Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J10A	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff
J11C	And. Eingr. an Haut, Unterhaut u. Mamma oh. kompliz. Diag., oh. mäßig kompl. Proz. od. Diagn., Alter > 17 J. od. oh. auß. schw. oder schw. CC, m. best. Eingr. od. m. Hidradenitis suppurativa od. bei BNB/Pemphigoid od. mit kl. Eingr. an d. Haut u. Weicht.
J16A	Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung
J25Z	Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC
J61B	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Diagnose, mit schwerer Erkrankung der Haut, ohne aufwendige Behandlung



DRG	DRG-Text
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte zweizeitige Eingriffe an der Hypophyse
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
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Radiojodtherapie
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
K63B	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K63C	Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag
K64B	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
L02A	Operatives Einbringen eines Peritonealkatheters, Alter < 10 Jahre oder Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung mit Multiviszeraler Eingriff oder Verschluss einer Blasenektrophie
L02B	Operatives Einbringen eines Peritonealkatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse
L02C	Operatives Einbringen eines Peritonealkatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse oder transurethrale Injektion bei Ostiuminsuffizienz
L06C	Andere kleine Eingriffe an den Harnorganen, Alter > 15 Jahre
L13C	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff oder ohne CC, ohne komplexen Eingriff, ohne anderen Eingriff
L36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / - / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre ohne schwere CC
L63D	Infektionen der Harnorgane oh. äuß. schwere CC, oh. best. mäßig aufwendige / aufwendige / hochaufw. Behandl., oh. Komplexbeh. b. isolationspfl. Erregern, oh. best. schw. Infektionen, Alter > 2 J. u. < 6 J. od. Alter < 18 J. mit schw. CC od. Alter > 89 J.
L68B	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 15 Jahre
L69B	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
M01B	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC
M11Z	Transurethrale Laserdestruktion und -resektion der Prostata
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane
N02B	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei BNB oder bestimmte Eingriffe am Darm oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva, ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff
N02D	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder bestimmte Embolisation an viszeralen u. anderen abdominalen Gefäßen auß. bei bösartiger Neubildung oder andere Hysterektomie auß. bei bösartiger Neubildung mit Beckenbodenplastik
N13B	Große Eingr. an Vagina, Zervix u. Vulva auß. bei BNB od. kl. Eingriffe an Vagina/Douglasraum od. best. Eingr. an der Harnblase, Alter < 81 Jahre, ohne auß. schw. od. schw. CC, mit aufwend. Eingr., ohne best. Embol. an visz. u. and. abdom. Gefäßen bei BNB
N23Z	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukleation
N25Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose oder andere kleine Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, Alter > 13 Jahre
O03Z	Eingriffe bei Extrauterin gravidität
O04B	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma, ohne komplexen Eingriff
O04C	Stationäre Aufnahme nach Entbindung mit kleinem Eingriff an Uterus, Vagina, Perianalregion und Bauchwand oder Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie oder bestimmte Amnionpunktion
O05B	Cerclage und Muttermundverschluss oder komplexe OR-Prozedur oder bestimmte intrauterine Operation am Feten, mehr als ein Belegungstag
O05D	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, ein Belegungstag oder ohne Cerclage, Muttermundverschluss, komplexe OR-Prozedur und bestimmte intrauterine Operation am Feten, mit wenig aufwendigem Eingriff oder intrauterine Therapie des Feten
O63Z	Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 180 und < 481 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen, Beatmung > 180 und < 900 Stunden oder Eingriff bei univentrikulärem Herzen, Beatmung < 481 Stunden

DRG	DRG-Text
P03B	Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beat. > 120 Std., oh. Beat. > 599 Std. oder oh. mehrere schwere Probleme, oh. Beat. > 479 Std. oder oh. mehrere schwere Probleme oder oh. sig. OR-Prozedur oder oh. mehrzeitige komplexe OR-Prozedur
P04B	Aufnahmegew. 1500 - 1999 g, sig. OR-Proz. od. Beat. > 120 Std., oh. meh. schw. Probl. od. oh. Beat. > 320 Std., oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. oh. Beat. > 240 Std., oh. sig. OR-Proz. od. oh. Beat. > 240 Std., oh. temp. Verschluss BW-Defekt
P05C	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne temporären Verschluss eines Bauchwanddefektes
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur
P61D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur
P64Z	Aufnahmegewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden
P65B	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem
P65C	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, mit anderem Problem
P66B	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem, ohne Krampfanfall mit bestimmten diagnostischen Maßnahmen, ohne Beatmung > 48 Stunden
P67D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 1999 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, mit bestimmter Prozedur oder best. Diagnose beim Neugeborenen oder neugeborener Mehrling
P67E	Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Prozedur ohne bestimmte Diagnosen beim Neugeborenen
Q02A	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems mit äußerst schweren CC oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung
Q03B	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter > 9 Jahre
Q63B	Aplastische Anämie, Alter > 15 Jahre, ohne paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie
R01B	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur oder ohne äußerst schwere CC, mit aufwendigem Eingriff an Wirbelsäule oder Gehirn
R01D	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur
R03Z	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC oder mit bestimmter OR-Prozedur mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
R11A	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R60A	Akute myeloische Leukämie m. hochkomplexer Chemoth., Alter > 17 J. od. m. int. Chemoth. m. kompliz. Diagnose od. Dialyse od. Portimpl. od. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P. od. schwerste CC od. best. kompl. Diagnostik bei Leuk., Alter < 16 J.
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation oder Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, Alter < 16 Jahre
R63A	Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter > 17 Jahre
R63C	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre
R63D	Andere akute Leukämie mit intens. Chemoth. mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranuloz. od. Portimpl. od. mit äuß. schw. CC od. mit kompliz. Konstell. od. mit mäßig komplexer Chemoth., mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranuloz. od. Portimpl., Alter < 16 J.
R65Z	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag
R77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei bestimmten hämatologischen und soliden Neubildungen
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
T60F	Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196/ 184 / - Aufwandspunkte
T61Z	Postoperative und posttraumatische Infektionen
T62B	Fieber unbekannter Ursache ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 6 Jahre
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte oder Alter < 14 Jahre mit komplexer Diagnose
U61Z	Schizophrenie, wahnhaft und akut psychotische Störungen
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen
V60A	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom oder HIV-Krankheit
Y02C	Andere Verbrenn. m. Haut-Tx. od. and. Eingr. oh. äuß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn., oh. komplexe Proz., oh. Dialyse, oh. Beat. > 24 Std., oh. kompliz. Konst., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., oh. best. Spalthauttranspl., Alter < 18 J.

DRG	DRG-Text
Y02D	Andere Verbrenn. m. Hauttr. od. and. Eingr. oh. äuß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn., oh. komplexe Proz., oh. Dialyse, oh. Beat. > 24 Std., oh. kompliz. Konst., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., oh. best. Spalthauttranspl., Alter > 17 J.
Z01A	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation
Z01B	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit bestimmtem Eingriff
Z01C	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten Eingriff
Z65Z	Beschwerden, Symptome, andere Anomalien und Nachbehandlung

**Tabelle A-4-2:**

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

DRG	DRG-Text
A06A	Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / 5520 Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff
A07B	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 P., mit komplexer OR-Prozedur und ECMO ab 384 Stunden oder mit Polytrauma oder Alter < 18 J. oder intensivmed. Komplexbeh. > - / 3220 / - P.
A09A	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit IntK > 2352 / 1932 / 2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre, mit IntK > 1764 / 1932 / - Punkten oder mit sehr komplexem Eingriff und IntK > - / 2208 / - Punkten
A09C	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 P., mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 P. oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre
A09D	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1470 / 1380 / 1656 und < 1765 / 1657 / 2209 Aufwandspunkte
A11A	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 Aufwandsp.
A11C	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmed. Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre oder komplizierende Konstellation
A11D	Beatmung > 249 h oder > 95 h mit IntK > 1764 / 1656 / 1656 P. mit best. OR-Prozeduren u. kompliz. Konstell. oder EHEC oder generalisierte Mukositis ohne IntK > 1764 / 1656 / 1932 P. oder mit kompl. Diagnose u. Alter < 3 J. oder IntK > 980 / 1104 / - P.
A11F	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation oder intensivmed. Komplexbehandlung > - / - / 1104 P. oder Alter < 6 Jahre
A13B	Beatmung > 95 Stunden mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., Alter < 16 Jahre od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte und kompliz. Konst.
A13D	Beatmung > 95 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, Alter > 5 Jahre oder mit IntK > - / 828 / - Punkte oder kompl. OR-Prozedur od. mit best. OR-Prozedur od. kompliz. Konst. od. mit IntK > 588 / 552 / 552 Punkte od. Alter < 16 Jahre bei bösartiger Neubildung

DRG	DRG-Text
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
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag
A61C	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte akute Graft-versus-Host-Krankheit oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre
B01B	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 17 Jahre
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
B17A	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplexer Diagnose oder Implantation eines Ereignis-Rekorders
B18A	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff, ohne bestimmte Prozedur, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre
B60A	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag
B66D	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
B67A	Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung
B68C	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose
B69A	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls und äußerst schweren CC
B69B	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls > 72 Stunden
B69C	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls ohne äußerst schwere CC oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung oder mit äußerst schweren CC
B69D	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne äußerst schwere CC
B70C	Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std., mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolyse oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Std.

DRG	DRG-Text
B70D	Apoplexie ohne komplexen zerebrovaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose oder systemische Thrombolyse, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std. oder mit bestimmter neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std.
B70E	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolyse
B70F	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne komplexen zerebrovaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose, ohne systemische Thrombolyse
B71A	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose oder Komplexbehandlung der Hand, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren oder schweren CC
B76B	Anfälle, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC oder Alter < 3 Jahre oder komplexer Diagnose oder EEG, Alter < 1 Jahr, mehr als ein Belegungstag oder mit bestimmter Diagnose, mit komplexer Diagnose
B76C	Anfälle, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mehr als ein Belegungstag, mit schweren CC, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder EEG, Alter < 1 Jahr, mehr als ein Belegungstag oder mit bestimmter Diagnose, ohne komplexe Diagnose
B76E	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, ohne bestimmte Diagnose, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B80Z	Andere Kopfverletzungen
B82Z	Andere Erkrankungen an peripheren Nerven
B85A	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit hochkomplexer Diagnose oder mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder bestimmter aufwendiger / hochaufwendiger Behandlung
C07B	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne komplexen Eingriff am Auge, ohne bestimmte Eingriffe bei Glaukom, Alter > 5 Jahre
C16Z	Aufwendige Eingriffe am Auge, Alter < 6 Jahre
C60Z	Akute und schwere Augeninfektionen
C62Z	Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen
D06A	Komplexe Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter < 6 Jahre oder Alter > 15 Jahre mit komplexer Prozedur oder Diagnose, mit Resektion des Felsenbeins oder mit intrakraniellm Eingriff bei bösartiger Neubildung
D06B	Andere Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder Alter > 15 Jahre, mit komplexer Prozedur oder Diagnose, ohne Resektion am Felsenbein, ohne intrakraniellen Eingriff bei BNB



DRG	DRG-Text
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D12A	Andere aufwendige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D15A	Tracheostomie mit äußerst schweren CC oder mit radikaler zervikaler Lymphadenektomie oder Implantation einer Kiefergelenkendoprothese
D20B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung oder Eingriffe an Hals und Kopf, ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik, ohne komplexe Eingriffe am Kopf
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder mit Eingriff an den oberen Atemwegen mit äußerst schweren CC oder Strahlentherapie mit operativem Eingriff
D25B	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei BNB oder mit Eingriff an den oberen Atemwegen, mit Laryngektomie oder Exzision von Tumorgewebe, ohne äußerst schwere CC oder außer bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D25C	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei BNB oder mit Eingriff an den oberen Atemwegen, ohne Laryngektomie, ohne Exzision von Tumorgewebe, ohne äußerst schwere CC
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC
D61Z	Gleichgewichtsstörung, Hörverlust und Tinnitus
E02E	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 17 J., ohne best. Eingriff an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwendigen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne endoskop. Lungenvolumenreduktion, ohne andere mäßig kompl. Eingriffe, ein Belegungstag
E05B	Andere große Eingriffe am Thorax bei bösartiger Neubildung oder Alter < 18 Jahre oder bestimmter Eingriff an der Pulmonalarterie oder Perikarddrainage mit äußerst schweren CC oder Exzision intrakranielles Tumorgewebe
E05C	Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Revisionseingriffe ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmten Eingriff an der Pulmonalarterie, Alter > 17 Jahre
E06A	Andere Lungenresektionen, bestimmte Eingriffe an Thoraxorganen, Thoraxwand, Gefäßsystem oder Mediastinum, Alter < 10 Jahre oder Eingriff am Thorax mit äußerst schweren CC oder bestimmte Lobektomie
E08A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden
E42A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern, COVID-19, Virus nachgewiesen
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
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit bestimmter komplizierender Konstellation
F05Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder intraoperativer Ablation, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bestimmte Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder Karotiseingriff
F06E	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne intraoperative Ablation, ohne schwerste CC, ohne Implantation eines herzunterstützenden Systems
F08A	Rekonstruktive Gefäßeingriffe mit komplizierender Konstellation oder komplexe Vakuumbehandlung oder komplexer Aorteneingriff
F08F	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne komplexen Aorteneingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Aorteneingriff, mit bestimmtem Eingriff
F08G	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne komplexen Aorteneingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Aorteneingriff, ohne bestimmten Eingriff
F09C	Andere kardiothorakale Eingriffe, Alter > 15 Jahre, ohne kompl. Konst., ohne Exzision am Vorhof, ohne äußerst schwere CC oder ohne mäßig kompl. kardiothorakale Eingr., ohne best. kardiothorakalen Eingr., ohne best. Perikardektomie bei chron. Perikarditis
F12E	Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem oder Implantation eines Ereignisrekorders, Alter > 15 Jahre, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen
F13A	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer oder unterer Extremität oder Revisionseingriff mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen
F17B	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammer- oder Zweikammersystem, Alter > 15 Jahre
F27A	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit äußerst schweren CC oder Gefäßeingriff oder bestimmter Amputation oder komplexer Arthrodese des Fußes oder komplexem Hauteingriff oder Ringfixateur
F28A	Bestimmte Amputation bei Kreislauferkrankungen an unterer Extremität mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder mit Hauttransplantation mit äußerst schweren oder schweren CC
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen d. Kreislaufsys. m. kompliz. Fakt., > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. m. best. OR-Proz., ohne aufwend. Eingr. od. > - / 552 / 552 P. m. best. Aortenstent od. minimalinv. Eingr. an mehrer. Herzkkl.
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

DRG	DRG-Text
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention
F59D	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, mit bestimmtem Eingriff oder anderem Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag oder mit pAVK mit Gangrän, mehr als ein Belegungstag
F60A	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC
F60B	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äußerst schwere CC
F62D	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung, ein Belegungstag
F63A	Venenthrombose mit äußerst schweren CC
F64Z	Hautulkus bei Kreislauferkrankungen
F69B	Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere 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
F72B	Angina pectoris ohne äußerst schwere CC
F74Z	Thoraxschmerz und sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems
F95B	Interventioneller Septumverschluss oder Verschluss einer paravalvulären Leckage mit einem kardialen Okkluder, Alter > 17 Jahre, ohne Vorhofohrverschluss
G02B	Bestimmte komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder andere Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeb. Fehlbildung, Alter < 2 Jahre oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose, ohne bestimmte komplizierende Faktoren
G02C	Andere komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder andere Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose, ohne Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplexer Prozedur mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandsp.
G03B	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum oder bestimmte Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplexer Prozedur ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspkt., mit komplexem Eingriff
G04Z	Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre od. mit auß. schw. od. schw. CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder best. Eingriffe an abd. Gefäßen mit auß. schw. CC oder Implantation eines Antireflux-Stimulationssystems od. best. Gastrektomie

DRG	DRG-Text
G08B	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, ohne äußerst schwere CC
G10Z	Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz
G11B	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter außer bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 5 Jahre
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff
G16B	Komplexe Rektumresektion od. andere Rektumres. mit best. Eingr. od. kompl. Diag. od. mehrz. Enterostomaanlage u. -rückverlagerung, ohne kompliz. Konstell. od. plast. Rekonstruktion m. myokut. Lappen od. IntK > 196/ 368/ - P. ohne endorekt. Vakuumtherapie
G17A	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre
G17B	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre
G21A	Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 J., ohne äußerst schw. oder schw. CC od. andere Eingriffe an Darm u. Enterostoma od. best. Eingriffe am Pharynx od. Verschluss Darmfistel m. äußerst schw. CC od. aufw. Eingriff am Darm oder Alter < 16 Jahre
G24C	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
G26A	Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter < 16 Jahre oder bei bestimmter bösartiger Neubildung oder entzündlicher Darmerkrankung oder mit kleinem Eingriff am Rektum
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, mit äußerst schweren CC
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
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
G77A	Bestimmte Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 J., mit kompl. Eingriff oder intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P.
H02B	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen, Alter > 13 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmte biliodigestive Anastomose

DRG	DRG-Text
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
H40A	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung mit äußerst schweren CC
H41D	Andere aufwendige ERCP oh. best. ERCP, oh. äuß. schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne kompl. Eingr., oh. Radiofrequenzabl. mit endoskop. Stentimpl., ohne and. aufwend. ERCP / best. endoskop. Eingr. m. best. BNB oder best. endoskop. Eingriffe
H61A	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Pfortaderthrombose
H61C	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose, Alter > 16 Jahre
H77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I02A	Großflächige Gewebe- / Hauttransplantation außer an der Hand, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit schwerem Weichteilschaden, mit äußerst schweren CC und komplexer OR-Prozedur
I02C	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation außer an der Hand, mit kompliz. Konst., Eingriff an mehreren Lokalisationen oder schw. Weichteilschaden, bei BNB und kompl. OR-Proz. m. äußerst schweren oder schweren CC od. komplexer Gewebe-Tx m. äußerst schweren CC
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
I08C	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Einbringen von Abstandshaltern oder and. komplexen Eingriffen bei kompl. Diagnose od. äuß. schw. CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule ohne best. kompliz. Faktoren
I08H	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmtem anderen Eingriff oder Alter < 12 Jahre oder Eingriff an der unteren Extremität
I09E	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule und best. komplizierende Faktoren oder best. Eingriffe an der WS mit best. anderen kompl. Faktoren und Eingriffe ZNS oder transpleuraler Zugang BWS oder best. langstreckige Spondylodese/Osteosynthese oder Diszitis
I09F	Best. Eingriffe an der Wirbelsäule, best. kompliz. Faktoren od. Alter < 16 Jahre oder knöcherne Dekompression Spinalkanal / best. Osteosynthese > 3 Segm. oder Impl. eines Schrauben-Band-Systems oder Schrauben-Stab-Systems, 1 Segment bei Diszitis
I09G	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten anderen kompliz. Faktoren oder mit anderen kompl. Faktoren und Frakturen Halswirbelsäule oder BNB der Wirbelsäule mit Kyphoplastie, mit Radiofrequenzablation oder komplexer Eingriff an der Wirbelsäule

DRG	DRG-Text
I12A	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äußerst schweren CC
I12B	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, mit Revision des Kniegelenkes, mit Einbringen oder Wechsel von Abstandshaltern oder Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula, Alter < 16 Jahre
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe oder komplizierende Faktoren, Alter > 15 Jahre
I27E	Bestimmte kleine Eingriffe am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag
I28C	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit bestimmtem Eingriff an Knochen, Weichteilen oder Bindegewebe, mehr als ein Belegungstag oder Alter < 10 Jahre
I28E	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, ohne bestimmte, mäßig komplexe und komplexe Eingriffe, Alter > 9 Jahre oder ein Belegungstag
I29A	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, bei komplizierender Diagnose oder Eingriff an mehreren Lokalisationen
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder best. Osteosynthesen an der Klavikula ohne kompliz. Diagnose, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen oder sonst. arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette mit bestimmten Eingriffen an der Schulter
I30B	Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk, Alter > 15 Jahre oder bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I37Z	Resezierender Eingriff am Becken bei bösartiger Neubildung des Beckens oder Mehretageeingriffe an der unteren Extremität
I44B	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere CC, mit bestimmtem Wechsel von Endoprothesen oder Implantation einer patientenindividuell angefertigten Endoprothese am Kniegelenk oder Einbringen oder Wechsel von Abstandshaltern
I44C	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Wechsel von Endoprothesen oder Prothesenkomponenten, ohne Impl. e. patientenindivid. angefertigten Endoprothese am Knie, ohne Einbringen od. Wechsel von Abstandshaltern
I44D	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk oder Einbringen einer Entlastungsfeder am Kniegelenk
I44E	Andere Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente

DRG	DRG-Text
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne best. kompliz. Faktoren, ohne komplexe Diagnose an Becken/OS, ohne best. endoproth. Eingriff, ohne gelenkpl. Eingriff am Hüftgelenk, ohne Impl. oder Wechsel einer Radiuskopfprothese, ohne Entf. Osteosynthesemat.
I64B	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC oder Tuberkulose der Knochen und Gelenke
I66E	Amyloidose, bestimmte Vaskulitiden oder adulte Form des Morbus Still, Alter > 15 Jahre
I66H	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, ein Belegungstag
I68C	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 BT od. and. Femurfraktur, bei Para- / Tetraplegie od. mit auß. schw. CC od. schw. CC od. Alter > 65 J., oh. kompl. Diagn. od. Kreuzbeinfraktur od. best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh.
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh., mit Wirbelsäulenfraktur
I68F	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag oder Prellung am Oberschenkel
I71A	Muskel- und Sehnenenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, mit Zerebralparese oder Kontraktur
I72Z	Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit äußerst schweren oder schweren CC oder Frakturen am Femurschaft
I74C	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß oder leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre
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
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J02B	Hauttransplantation oder bestimmte Lappenplastik an der unteren Extr. bei Ulkus od. Infektion od. ausgedehnte Lymphadenekt. oder Gewebetransplant. mit mikrovask. Anastomose, mit auß. schw. CC, oh. kompl. Eingr. od. oh. auß. schw. CC, m. kompl. Eingr.
J02C	Hauttransplantation oder bestimmte Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion oder ausgedehnte Lymphadenektomie, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
J07A	Best. Eingr. an der Mamma mit Lymphknotenex. oder PCCL >2 oder Impl. Hautexpander oder best. Eingr. an Ovar/Plexus brachialis oder Lymphknotenex. mit Hauttransplantation oder Debridement, mit beidseitigem Eingr. oder best. Eingr. Ovar/Plexus brachialis

DRG	DRG-Text
J08B	Bestimmte Hauttransplantation oder Debridement ohne Eingriff an Kopf und Hals, ohne bestimmten Eingriff an Haut und Unterhaut oder ohne äußerst schwere CC
J09B	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung
J24D	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff
J62A	Bösartige Neubildungen der Mamma, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
J65A	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als 1 Belegungstag
J65B	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, ein Belegungstag
J67B	Andere Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte Hauterkrankungen
K03A	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre oder bestimmte zweizeitige Eingriffe an der Hypophyse
K04Z	Große Eingriffe bei Adipositas
K06D	Andere Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyroglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder bestimmte Reduktionseingriffe an Haut und Unterhaut
K09C	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit mäßig komplexem Eingriff, Alter > 15 Jahre
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
L04A	Bestimmte komplexe Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff oder bestimmte Harnblaseneingriffe oder Alter < 16 Jahre
L04B	Andere Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, ohne bestimmte Harnblaseneingriffe oder Exzision und Resektion von retroperitonealem Gewebe, Alter > 15 Jahre
L06B	Kleine Eingriffe an den Harnorganen ohne äußerst schwere CC oder ohne bestimmte Prozeduren oder Alter < 16 Jahre
L07Z	Andere Nieren-, Ureter-, Prostata- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder anderer Kombinationseingriff oder bestimmte Zystektomien, ohne großen Eingriff am Darm oder komplexe Harnblasenplastik
L09E	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshuntis bei akuter Niereninsuffizienz oder bei chron. Niereninsuff. mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne best. Laparotomie, ohne bestimmten anderen Eingriff, Alter > 17 Jahre



DRG	DRG-Text
L10Z	Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung ohne Multiviszeraleingriff oder Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, mit großem Eingriff am Darm
L13A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, mit bestimmtem Eingriff mit CC oder mit komplexem Eingriff
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, ohne bestimmte Eingriffe an der Urethra, Alter > 15 Jahre
L19Z	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC oder perkutane Thermo- oder Kryoablation der Niere
L20A	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, mit äußerst schweren CC
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L37Z	Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L40Z	Diagnostische Ureterorenoskopie
L62A	Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC
L63A	Infektionen der Harnorgane mit bestimmter hochaufwendiger Behandlung oder mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern
L63E	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne best. mäßig aufw. / aufw. / hochaufw. Behandlung, ohne Komplexbeh. b. isolationspfl. Erregern, ohne best. schw. Infektionen, Alter > 5 und < 18 Jahre, ohne schwere CC od. Alter > 17 und < 90 Jahre
L64B	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, außer bei angeborener Fehlbildung, Alter > 2 Jahre
L64D	Andere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Eingriffe am Ureter, Alter > 15 Jahre
L70B	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre
L71Z	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder hämolytisch-urämisches Syndrom
M04D	Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff oder Alter > 2 Jahre, ohne schwere CC oder ohne beidseitigen Hodenhochstand oder Alter > 13 Jahre
N01D	Beckeneviszeration bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC

DRG	DRG-Text
N02A	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung oder bestimmte Eingriffe am Darm oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva, mit äußerst schweren CC
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation und kleine Eingriffe an Vagina und Vulva
N11A	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose mit äußerst schweren CC
N11B	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder äußerst schwere CC
N14Z	Best. Hysterektomie auß. bei BNB m. Beckenbodenpl. od. Brachytherapie b. Krankh./Stör. weibl. Geschlechtsorg., > 1 BT, m. auß. schw. CC od. Ovariektomie u. kompl. Eingriffe an den Tubae uterinae auß. bei BNB, ohne auß. schw. od. schw. CC, Alter < 16 J.
N21A	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne auß. schw. oder schw. CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder subtotale und andere Hysterektomie bei bösartiger Neubildung oder komplexe Myomenukulation, mit aufwendigem Eingriff
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N34Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N60A	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC
N62B	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre
O02B	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne intrauterine Therapie, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC
O60B	Vaginale Entbindung mit mehr. kompliz. Diag., mind. eine schwer, > 33 vollend. SSW, ohne kompliz. Konstell. od. Tamp. einer Blutung od. Thromboemb. während der Gestationsp. oh. OR-Proz. od. schwere od. mäßig schwere kompliz. Diag. bis 33 vollend. SSW
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen
O61Z	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Prozedur, ohne bestimmten Eingriff an der Mamma
P05A	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, mit Beatmung > 275 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren

DRG	DRG-Text
Q02B	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe u. des Immunsystems oh. äußerst schwere CC, Alter < 6 J. od. best. Exzisionen u. Resektionen Mediastinum od. Thymus od. mit best. mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung
R04A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter 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
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC, Bestrahlungen an weniger als 7 Tagen
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R62C	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Portimplantation, ohne Knochenaffektionen, ohne bestimmte Metastasen, ohne äußerst schwere CC, ohne Dialyse, Alter > 0 Jahre
R63F	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit mäßig komplexer od. lokaler Chemoth., mit äußerst schweren CC oder ohne Chemoth. mit Dialyse od. Sepsis od. Agranulozyt. od. Portimpl. od. äußerst schw. CC
W01B	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne Frührehabilitation, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung oder mit IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte
W04B	Polytrauma mit anderen Eingriffen oder Beatmung > 24 Stunden, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen, mit bestimmten anderen Eingriffen oder Beatmung mehr als 24 Stunden
W61A	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender Diagnose oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte oder Alter < 12 Jahre
X01A	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen mit komplizierender Konstellation oder freier Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder mit schweren Weichteilschäden oder komplexer OR-Prozedur oder best. komplexem Eingriff, mit auß. schweren CC
X05B	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff
X06A	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerst schweren CC
X06C	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, Alter < 66 Jahre oder ohne bestimmten Eingriff
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

DRG	DRG-Text
Y02B	Andere Verbrenn. m. Haut-Tx. od. and. Eingr. auß. b. Sep., oh. kompliz. Konst., oh. hochkompl. Eingr., oh. vierz. best. OR-Proz., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., m. äuß. schw. CC, kompliz. Diagn., kompl. Proz., Dialyse od. Beatm. > 24 Std.
Z03Z	Nierenspende (Lebendspende)

**Tabelle A-4-3:**

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

DRG	DRG-Text
801A	Ausgedehnte OR-Proz. oh. Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter kompl. Konst. oder Strahlenth. oder endovaskulärer Impl. von Stent-Proth. an der Aorta oder intensivmediz. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandsp. od. Alter < 18 J. mit kompl. Faktoren
801B	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit hochkomplexer OR-Prozedur oder mit komplizierender Konstellation, Alter > 17 Jahre oder ohne komplizierende Faktoren oder mit komplexer OR-Prozedur oder schweren CC, Alter < 16 Jahre
801C	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit komplexer OR-Prozedur oder anderem Eingriff an Kopf und Wirbelsäule oder mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder bei Para- / Tetraplegie
801D	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter OR-Prozedur oder mit intensivmediz. Komplexbeh. > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte oder bestimmte nicht ausgedehnte OR-Prozedur mit neurolog. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
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
A01B	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtranspl. mit Beatmung > 59 und < 180 Std. od. mit Transplantatabstoßung od. mit komb. Nierentranspl. od. m. kombinierter Pankreastranspl. od. Alter < 6 J. oder od. m. intensivm. Komplexbeh. > 980 / 828 / - P.
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne komb. Nierentranspl., ohne kombinierte Pankreastranspl., Alter > 5 Jahre, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 980 / 828 / - P.
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A04E	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom
A05Z	Herztransplantation
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / 5520 Aufwandspunkte
A06C	Beatmung > 1799 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte
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 Ingr.

DRG	DRG-Text
A07E	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 17 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 184 / 368 Aufwandspunkte oder Beatmung > 1799 Stunden
A07F	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 17 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 184 / 368 Aufwandspunkte, ohne Beatmung > 1799 Stunden
A09B	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 Punkte, mit angeb. Fehlbild. oder Tumorerkr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / - P., Alter < 16 J.
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
A11B	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit hochkomplexem Eingriff oder best. Eingriff und best. intensivmed. Komplexbeh. oder Alter < 2 Jahre bei angeborener Fehlbildung
A11E	Beatmung > 249 Stunden, mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 P., ohne kompliz. Konstellation, Alter > 15 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 828 / - Aufwandspunkte
A11G	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 5 Jahre, mit kompl. Diagnose oder Prozedur oder Alter < 16 J. oder äußerst schwere CC
A13A	Beatmung > 95 Std. mit hochkompl. Eingriff oder mit int. Komplexbeh. > 1176 / 1380 / - P. oder mit kompl. OR-Prozedur oder bei Lymphom und Leukämie und int. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 P. oder mit kompliz. Konst. u. best. OR-Proz., Alter < 16 Jahre
A13C	Beatmung > 95 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Konstellation od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / - / 1104 Punkte od. Alter < 16 J., außer bei Lymphom und Leukämie, ohne kompliz. Konstellation
A13E	Beatmung > 95 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte und < 1177 / 829 / 1105 Aufwandspunkte od. Alter < 16 Jahre
A13F	Beatmung > 95 Stunden, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose oder Prozedur od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 368 / - Punkte
A15C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte Entnahme oder bei Plasmozytom, mit bestimmter Entnahme oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
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
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
A42C	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit Entfernung eines Organtransplantates oder komplexer OR-Prozedur oder äußerst schweren CC oder komplizierender Konstellation
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
A61B	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte akute Graft-versus-Host-Krankheit oder ein Belegungstag, mit schweren CC oder Alter < 10 Jahre
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber-, Dünndarm- oder Nieren-Pankreas-Transplantation
A66Z	Evaluierungsaufenthalt vor anderer Organtransplantation
A69Z	Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste
B01A	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation oder Alter < 18 Jahre
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation bei Neubildung des Nervensystems oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Punkte, Alter < 6 Jahre mit Eingriff bei BNB oder Alter < 16 Jahre und mehrzeitige komplexe OR-Prozedur
B02B	Komplexe Kraniotomie oder WS-OP, Bestr. an mind. 9 T. od. best. Ingr. bei BNB mit intraop. Monit., Alt. < 18 J. od. b. BNB od. IntK > 392 / 368 / - P., mit schwersten CC, Alt. > 15 J. od. oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. Alt. > 5 J. od. oh. Ingr. bei BNB
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, außer bei Neubildung, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmtem Eingriff, Alter < 18 Jahre oder mit best. komplizierenden Faktoren
B02E	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte komplizierende Faktoren

DRG	DRG-Text
B03Z	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit intraoperativem Monitoring oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie oder nicht akuter Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC
B04C	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, ohne mehrzeitige Eingriffe, ohne beidseitige Eingriffe, ohne äußerst schwere CC
B09Z	Andere Eingriffe am Schädel
B16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
B16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
B17D	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit mäßig komplexem Eingriff oder best. Eingriff und Alter < 19 J. oder schw. CC oder best. Diagnose
B18C	Andere Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems außer bei bösartiger Neubildung
B19A	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators
B19C	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Implantation oder Wechsel von Neurostimulatoren und Elektrodensystemen
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 18 Jahre oder mit komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre
B20B	Kraniotomie oder große WS-Operation mit komplexer Prozedur, mit komplizierenden Faktoren, Alter > 15 Jahre oder Alter < 1 Jahr mit interventionellem oder großem intrakraniellen oder best. Eingriff oder mit kompl. Diagnose od. bei bösartiger Neubildung
B20C	Kraniotomie oder große WS-Operation, Alter < 3 Jahre oder interventioneller Eingriff oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff oder mit kompl. Diagnose oder best. Eingriff, Alter < 16 J. od. bei bösartiger Neubildung, Alter > 0 Jahre
B20D	Kraniotomie oder große WS-OP mit komplexer Prozedur oder ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff oder mit bestimmter Prozedur oder bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur oder Alter < 10 Jahre bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems



DRG	DRG-Text
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 588 / 552 / 552 Punkte mit best. OR-Prozedur oder best. hochaufw. Implantate oder Alter > 9 Jahre bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B39A	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, mehr als 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
B39B	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, bis 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mehr als 72 Stunden, ohne kompl. Eingriff, ohne kompliz. Konst., ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Punkte
B42A	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder fachübergreifende u. andere Frührehabilitation mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B42B	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B44A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit neurologischer Komplexbehandlung oder anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls bei schwerer motorischer Funktionseinschränkung
B44B	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder schwerer motorischer Funktionseinschränkung
B44C	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne schwere motorische Funktionseinschränkung
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen
B60B	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, ein Belegungstag
B61A	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt
B63Z	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion
B67B	Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung
B70A	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit komplizierender Diagnose oder bestimmter neurologischer Komplexbehandlung > 96 Stunden
B70B	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden oder mit komplexem zerebrovasculären Vasospasmus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
B70I	Apoplexie, ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
B71B	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, mit schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie oder mit Komplexbehandlung der Hand oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC, bei Para- / Tetraplegie
B71C	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne Komplexbehandlung der Hand oder mit kompl. Diagnose, ohne schw. CC oder außer bei Para- / Tetraplegie oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC, außer bei Para- / Tetraplegie
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC
B72B	Infektion des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, ohne bestimmte Enzephalitis, ohne Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 0 / 0 / 184 Aufwandspunkte
B74Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B75Z	Fieberkrämpfe
B76D	Anfälle, Alter < 6 Jahre oder komplizierende Diagnose oder EEG, mehr als ein Belegungstag
B78A	Intrakranielle Verletzung, Alter < 6 Jahre oder mit komplizierender Diagnose oder Intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
B78B	Intrakranielle Verletzung, Alter > 5 Jahre, ohne komplizierende Diagnose, ohne Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor
B81A	Anderer Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose oder bestimmter aufwendiger / hochaufwendiger Behandlung
B81B	Anderer Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung
B85B	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit komplexer Diagnose, zerebrale Lähmungen oder Delirium, Alter < 2 Jahre
B85D	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose
C01A	Komplexer Eingriff bei penetrierenden Augenverletzungen oder bestimmte Orbitotomie
C01B	Anderer Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen oder Amnionmembrantransplantation oder bestimmte Biopsie
C03A	Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Entfernung Augapfel mit komplexem Eingriff oder komplizierenden Faktoren oder mit bestimmtem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung, Alter < 16 Jahre
C03B	Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Entfernung Augapfel ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Faktoren, mit bestimmtem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, ohne komplexen Eingriff, ohne Pars-plana-Vitrektomie, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
C07A	Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder komplexem Eingriff am Auge oder bestimmten Eingriffen bei Glaukom oder Alter < 6 Jahre
C08B	Extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse oder bestimmte Eingriffe am Auge, Alter > 9 Jahre
C14Z	Andere Eingriffe am Auge
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina
C20A	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter < 16 Jahre oder beidseitige Eingriffe an Augen und Tränenwegen oder bestimmte Konjunktivaplastik oder bei bösartiger Neubildung am Auge
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre, ohne beidseitige Eingriffe an Augen und Tränenwegen, ohne bestimmte Konjunktivaplastik außer bei bösartiger Neubildung am Auge
C61Z	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges
C63Z	Andere Erkrankungen des Auges oder Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus
C65Z	Bösartige Neubildungen des Auges
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien
D06C	Bestimmte Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, mit bestimmter Prozedur
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D13B	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals ohne komplizierende Diagnose, ohne bestimmten Eingriff, Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre
D15B	Tracheostomie ohne äußerst schwere CC, ohne radikale zervikale Lymphadenektomie
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
D20A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
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

DRG	DRG-Text
D28Z	Andere Eingriffe an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen oder totale Auflagerungsplastik der Maxilla
D30A	Tonsillektomie außer bei BNB od. versch. Eingriffe Ohr, Nase, Mund, Hals oh. äuß. schw. CC, m. aufw. Ingr. od. Ingr. Mundh., Mund, Alter < 3 J. od. m. kompl. Diag. od. Alter < 16 J. m. äuß. schw. od. schw. CC od. m. Ingr. Ohr, Trachea m. äuß. schw. CC
D30B	Tonsillektomie außer bei BNB oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals, Alter > 15 oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 12 Jahre oder Alter > 11 Jahre bei BNB oder mit anderem Eingriff oder ohne Eingriff an Hals, Trachea
D30C	Kleine Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals, Alter > 11 Jahre
D63A	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege oder Blutung aus Nase und Rachen mit äußerst schweren CC
D63B	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege oder Blutung aus Nase und Rachen ohne äußerst schwere CC
D65Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals oder Verletzung und Deformität der Nase
D67Z	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle
E01A	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose
E01B	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose
E02C	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 9 J., mehr als 1 BT, ohne best. Ingr. an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwend. Ingr., ohne äuß. schw. CC, mit best. endoskop. Lungenvolumenred. oder anderem mäßig kompl. Ingr. oder Alter < 18 J.
E02D	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 17 Jahre, mehr als 1 BT, ohne bestimmten Eingriff an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwendigen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne endoskop. Lungenvolumenred., ohne anderen mäßig kompl. Eingriff
E06C	Andere Lungenresektionen, bestimmte Eingriffe an Thoraxorganen, Thoraxwand, Gefäßsystem oder Mediastinum, Alter > 15 Jahre, ohne offen chirurgische Pleurolyse mit Ingr. an Lunge/Pleura, mit best. Eingriffen an Atmungsorganen, Mediastinum und Brustkorb
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingriff od. Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen od. mindestens 10 Bestrahlungen od. zerebrale, stereotaktische Bestrahlung
E08D	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Ingr. oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 10 Bestrahlungen, ohne zerebrale, stereotaktische Bestrahlung

DRG	DRG-Text
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E40B	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre oder bei Para- / Tetraplegie
E42B	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Lungenembolie oder komplexe respiratorische Insuffizienz, Alter < 16 Jahre
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC
E64A	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder Lungenembolie, Alter > 15 Jahre
E64B	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
E64C	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
E64D	Respiratorische Insuffizienz, ein Belegungstag
E65A	Chron.-obstr. Atemwegserkrankung od. best. Atemwegsinfekt. mit äuß. schw. CC od. best. hochaufw. Beh. od. Bronchitis u. Asthma bronch., mehr als ein BT, mit äuß. schw. od. schw. CC, Alter < 1 J., mit RS-V.-Infekt., mit int. Komplexbeh. > 196 / 184 / - P.
E65B	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung oder best. Atemwegsinfektion ohne äußerst schwere CC, mit komplizierender Diagnose oder mit FEV1 < 35% und mehr als ein Belegungstag oder Alter < 1 J. oder mit bestimmter mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung
E65C	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, ohne FEV1 < 35% oder ein Belegungstag oder Alter > 1 Jahr, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung
E66B	Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose
E69B	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als 1 BT u. Alter > 55 J. od. mit äuß. schw. od. schw. CC, Alt. > 0 J. od. 1 BT od. oh. äuß. schw. od. schw. CC, Alt. < 1 J. od. flex. Bronchoskopie, Alt. < 16 J. od. best. mäßig aufw. Beh., m. RS-Virus-Infekt.
E69C	Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag oder ohne äuß. schw. oder schw. CC oder Alter < 56 Jahre oder Beschwerden und Symptome der Atmung oder Störungen der Atmung mit Ursache in der Neonatalperiode, ohne bestimmte aufw./hochaufw. Behandlung
E71B	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, mit Ösophagusprothese oder endoskopischer Stufenbiopsie oder endoskopischer Biopsie am Respirationstrakt mit Chemotherapie, mit int. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Punkten
E71C	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne Ösophagusproth., ohne Stufenbiop., ohne Chemotherapie od. ohne endoskop. Biop. am Respir.-Trakt, mit Bronchoskop. mit starrem Instr. oder perkut. Biop. am Respir.-Trakt

DRG	DRG-Text
E71D	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag od. ohne äußerst schwere CC, ohne Ösophagusproth., ohne Stufenbiopsie, ohne Chemoth. od. ohne endoskop. Biop. am Respir.-Trakt, ohne Bronchoskopie mit starrem Instr., ohne perkut. Biopsie am Respir.-Trakt
E73B	Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC
E74Z	Interstitielle Lungenerkrankung
E75B	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
E75C	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose
E76B	Tuberkulose bis 14 Belegungstage oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
E76C	Tuberkulose bis 14 Belegungstag, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Pneumothorax
E77C	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung oder schwersten CC oder weiteren komplizierenden Faktoren
E77D	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane, Alter > 9 Jahre
E79A	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit äußerst schweren CC mit bestimmten Infektionen oder Entzündungen
E79B	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, bei Para- / Tetraplegie oder mit bestimmter mäßig aufwendiger Behandlung oder mit bestimmter Pneumonie, mehr als ein Belegungstag
F01A	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stim. od. Defibrillator mit subk. Elektrode od. intrak. Pulsgen. mit kompliz. Fakt. od. myokardstim. Sys. od. aufwendige Sondenentf. mit kompliz. Fakt. od. Zweikammer-Stim. mit kompliz. Fakt.
F01B	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation mit komplizierenden Faktoren oder neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mehr als 24 Stunden mit komplizierenden Faktoren
F01C	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stimulation oder Defibrillator oder intrakardialer Pulsgenerator, ohne komplizierende Faktoren oder Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie
F01D	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei- oder Einkammer-Stim. mit äußerst schweren CC oder Einkammer-Stim. mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder mit IntK > 392 / 368 / - AP oder best. Sondenentfernung oder Alter < 18 Jahre
F01E	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation oder aufwendige Sondenentfernung, ohne Implantation eines Drucksensors in Pulmonalarterie, ohne Implantation eines intrakardialen Pulsgenerators, Alter > 17 Jahre

DRG	DRG-Text
F02A	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Dreikammer-Stimulation
F02B	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Einkammer-Stimulation
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Mehrfacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder bestimmter anderer komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 J., IntK > 196 / 184 / - P. und IntK < 393 / 369 / - P., mit Zweifacheingriff od. bei angeborenem Herzfehler, mit kompl. Eingr. od. best. Herzklappeneingriff oder andere komplizierende Konstellation
F03D	Herzklappeneingriff mit HLM, Alter > 0 J., IntK < 197 / 185 / - P., mit Zweifacheingr. od. bei angeb. Herzfehler, oh. kompl. Eingr. oder Alter < 16 J. od. oh. Zweifacheingr., auß. bei angeb. Herzfehler, Alter > 15 J. mit Impl. klappentr. Gefäßprothese
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne Eingr. in tiefer Hypoth., IntK < 197 / 185 / - P., ohne Zweifacheingr., auß. bei Endokarditis, auß. b. angeb. Herzfehler, ohne Impl. klappentr. Gefäßpr.
F06A	Koronare Bypass-Operation mit bestimmten mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
F06B	Koronare Bypass-Operation mit anderen mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder mit intraoperativer Ablation oder schwersten CC oder Implantation eines herzunterstützenden Systems
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit best. kompliz. Konstellation od. kompl. Operation oder IntK > - / 368 / - P. oder Alter < 18 Jahre mit Reop. Herz od. Perikard oder and. kompliz. Konstellation, mit best. kompl. Eingriffen
F07B	And. Eingr. mit HLM, Alter < 1 J. od. mit best. kompl. Konst. od. IntK > -/368 /- P., oh. best. kompl. Eingr. od. Alter > 0 J., IntK < -/369/- P., m. and. kompl. Eingr. mit Reop. Herz od. Perik. od. mit best. and. kompliz. Konst. od. mit best. Aortklers.
F07C	Andere Eingr. mit HLM, Alter > 0 J., IntK < - / 369/- P. oder Alter > 17 J. od. ohne Reop. od. ohne and. kompliz. Konst., ohne and. kompl. Eingriffe od. ohne Reop. an Herz od. Perikard od. ohne best. and. kompliz. Konst. od. ohne best. Aortklers.
F08B	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellationen, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne komplexen Aorteneingriff, mit komplexem Eingriff mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Re-OP oder bestimmten Bypassen, mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
F08C	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompl. Vakuumbeh., ohne kompl. Aorteneingriff, mit kompl. Eingriff ohne Mehretagen- od. Aorteneingriff, ohne Reop., ohne best. Bypass, mit äußerst schweren CC oder mit best. Aorteneingriff od. best. kompl. Konstellation
F08D	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompl. Konst., ohne kompl. Aorteneingriff, mit kompl. Ingr. mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Reop. oder best. Byp., ohne äuß. schw. CC, ohne best. Aorteneingriff oder bestimmter Bypass mit äußerst schweren CC
F08E	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne kompl. Aorteneingriff, mit komplex. Eingriff, ohne Mehretagen- oder Aorteneingriff, ohne Reop., ohne bestimmten Bypass, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Aorteneingriff
F09B	Andere kardiothorakale Eingriffe, Alter > 15 Jahre, ohne kompl. Konst., ohne Exzision am Vorhof, mit mäßig kompl. kardiothorakalen Eingriffe. mit äußerst schweren CC oder best. kardiothorakalem Eingriff oder best. Perikardektomie bei chron. Perikarditis
F12A	Implantation eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem mit äuß. schw. CC oder ablativ. Maßnahmen oder PTCA oder mit aufwendiger Sondenentfernung mit kompliz. Faktoren oder mit Revision eines Herzschrittm. oder AICD ohne Aggregatw. mit kompliz. Faktoren
F12B	Implantation eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem ohne äußerst schwere CC, ohne ablativ. Maßnahme, ohne PTCA oder Implantation eines Herzschrittmachers ohne aufwendige Sondenentfernung mit komplizierenden Faktoren
F12C	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, mit komplexem Eingriff oder Alter < 16 Jahre
F12D	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC oder isolierter offen chirurgischer Sondenimplantation oder aufwendiger Sondenentfernung oder mäßig komplexer PTCA
F12F	Impl. HSM, Zweikammersys., oh. äuß. schwere CC, oh. isol. offen chir. Sondenimpl., oh. aufw. Sondenentf., oh. mäßig kompl. PTCA od. Impl. HSM, Einkammersys. od. Impl. Ereignisrekorder, oh. invasive kardiolog. Diagnostik bei best. Eingriffen, Alter > 15 J.
F13C	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer oder unterer Extremität oder Revisionseingriff 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
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. Ingr., oh. aufwend. Sondenentf. od. Alt. > 15 J., oh. äuß. schw. CC mit kompl. Ingr., mit intralum. exp. Extraktionshilfe



DRG	DRG-Text
F18C	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, mit komplexem Eingriff, ohne intraluminale expandierende Extraktionshilfe
F18D	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, ohne komplexen Eingriff
F19B	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC oder Radiofrequenzablation über A. renalis oder komplexe koronare Lithoplastie
F21A	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation
F21C	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, mit mäßig komplexem Eingriff oder anderer komplizierender Konstellation oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte
F21D	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmtem anderen Eingriff
F21E	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten anderen Eingriff
F24A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC
F27B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne äußerst schwere CC, ohne Gefäßeingriff, ohne bestimmte Amputation, ohne komplexe Arthrodesen des Fußes, ohne komplexen Hauteingriff, ohne Ringfixateur, mit mäßig komplexem Eingriff
F27C	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne äußerst schwere CC, ohne Gefäßeingriff, ohne best. Amputation, ohne komplexe Arthrodesen des Fußes, ohne Ringfixateur, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmtem aufwendigen Eingriff
F28B	Bestimmte Amputation bei Kreislauferkrankungen an unterer Extremität ohne zusätzlichen Gefäßeingriff, ohne Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC
F28C	Bestimmte Amputation bei Kreislauferkrankungen an unterer Extremität, ohne zusätzlichen Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere oder schwere CC
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff
F36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > - / 552 / 552 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne bestimmten Aortenstent oder bestimmter mehrzeitiger komplexer Eingriff

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
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder best. Impl. herzunterst. System
F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems oh. IntK > 392 / 552 / 552 Pkte, Alter > 5 J. und Alter < 16 J. od. mit kompl. Konstell. od. best. OR-Prozedur od. IntK > - / 368 / - Punkte, ohne best. Impl. herzunterst. System
F43C	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 15 J., ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, ohne best. OR-Prozedur, ohne best. Impl. herzunterst. System
F48Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
F49A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, mit komplexem Eingriff oder Alter < 10 Jahre
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre
F49D	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, mit schweren CC, mehr als ein Belegungstag
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne schwere CC bei BT > 1, mit kardialem Mapping oder best. andere kardiologische Diagnostik oder best. komplexer Diagnose
F49F	Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, mit best. Eingr.
F49G	Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, ohne best. Eingr.
F50A	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit hochkomplexer Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen oder Implantation eines Ereignisrekorders oder Alter < 16 Jahre oder best. angeb. Herzfehler oder mit kompl. Ablation, Alter < 18 Jahre
F50C	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen ohne hochkomplexe Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne best. angeb. Herzfehler, ohne komplexe Ablation, Alter > 15 Jahre
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination

DRG	DRG-Text
F51B	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal, ohne bestimmte Aortenprothesenkombination
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie oder koronare Lithoplastie
F58A	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC
F58B	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC
F59A	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit äußerst schweren CC
F59B	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit aufwendiger Gefäßintervention, ohne äußerst schwere CC
F59C	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, mit aufwendigem Eingriff oder Mehrfacheingriff oder bestimmter Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag
F59E	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwend. Gefäßinterv., mit best. anderen Eingriff oder best. Mehrfacheingriff oder PTA, mehr als ein Belegungstag, ohne aufwendigen oder bestimmten Eingr., Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag
F59F	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, ohne aufwendigen, bestimmten oder bestimmten anderen Eingriff, ohne Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag
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	Herzinsuff. und Schock mit auß. schw. CC, mit Dialyse oder kompliz. Diag. od. mit best. hochaufw. Beh. od. ohne kompliz. Konst., ohne best. hochaufw. Beh., mehr als 1 BT bei best. akuten Nierenvers. mit auß. schw. CC od. Komplexbeh. des akut. Schlaganf.
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne auß. schw. CC od. ohne Dialyse, ohne kompliz. Diagnose, ohne kompliz. Konst., ohne best. hochaufw. Beh., mehr als 1 Belegungstag, ohne best. akut. Nierenvers. od. ohne auß. schw. CC. ohne Komplexbeh. des akut. Schlaganf.
F63B	Venenthrombose ohne äußerst schwere CC
F65A	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte
F65B	Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte
F66A	Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
F67A	Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter hochaufwendiger / mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung
F67C	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige / mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter > 17 Jahre
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
F69A	Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC
F70A	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren 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
F73A	Synkope und Kollaps, Alter < 14 Jahre, ein Belegungstag
F73B	Synkope und Kollaps, Alter > 13 Jahre oder mehr als ein Belegungstag
F75A	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
F77B	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
F95A	Interventioneller Septumverschluss oder Verschluss einer paravalvulären Leckage mit einem kardialen Okkluder, Alter < 18 Jahre oder Vorhofohrverschluss
F98A	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Alter < 30 Jahre oder Implantation eines Wachstumsstents
F98B	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 29 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, mit sehr komplexem Eingriff
F98C	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 29 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, ohne sehr komplexen Eingriff
G02A	Bestimmte Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeb. Fehlbildung, Alter < 2 Jahre oder sehr komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, Alter < 10 Jahre oder best. Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit kompliz. Diagnose, mit bestimmten kompliz. Faktoren
G03C	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum oder bestimmte Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplexer Prozedur ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspkt., ohne komplexen Eingriff
G07B	Appendekt. od. laparoskop. Adhäsiolyse bei Peritonitis mit äuß. schw. od. schw. CC od. kl. Eingr. an Dünn-/Dickdarm, oh. äuß. schw. CC od. best. Anorektopl., Alt. > 2 J. u. Alt. < 14 J. od. mit laparoskop. Adhäsiolyse od. Rektopexie od. best. Magenexz.

DRG	DRG-Text
G07C	Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Anorektoplastik, Alter > 13 Jahre, ohne laparoskopische Adhäsiolyse, ohne Rektopexie
G09Z	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis oder andere kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm
G11A	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter außer bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter < 6 Jahre
G12A	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur oder mit mäßig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
G12B	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
G12D	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe OR-Prozedur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexe OR-Prozedur, mit bestimmtem Eingriff oder Alter < 14 Jahre oder bei bösartiger Neubildung der Verdauungsorgane
G12E	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe OR-Prozedur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmten Eingriff, Alter > 13 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung der Verdauungsorgane
G14Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G16A	Komplexe Rektumresektion od. and. Rektumres. m. best. Ingr. od. kompl. Diagnose od. mehrz. Enterostomaanlage und -rückverlagerung, m. kompliz. Konstell. od. plast. Rekonstruktion m. myokut. Lappen od. IntK > 196/ 368/ - P. od. endorektale Vakuumtherapie
G18A	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder andere Eingriffe am Darm oder an abdominalen Gefäßen mit bestimmtem hochkomplexem Eingriff oder Diagnose oder mit endorektaler Vakuumtherapie
G18B	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder andere Eingriffe am Darm oder an abdominalen Gefäßen mit bestimmter sehr komplexer Prozedur oder Diagnose
G18C	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder andere Eingriffe am Darm mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff
G18D	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder andere Eingriffe am Darm mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff
G19A	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, mit komplizierender Konstellation oder bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre ohne bestimmte Operationen an Pharynx oder Magenband

DRG	DRG-Text
G19B	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff
G19C	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff
G21B	Andere Eingriffe an Darm und Enterostoma oder bestimmte Eingriffe am Pharynx oder Verschluss Darmfistel ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff am Darm, Alter > 15 Jahre
G22A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolektomie bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 10 Jahre oder 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
G24B	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
G26B	Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 15 Jahre, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung oder entzündlicher Darmerkrankung, ohne kleinen Eingriff am Rektum
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, ohne äußerst schwere CC
G29A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
G29B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / - Aufwandspunkte und < 1177 / 1105 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G37Z	Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G40A	Bestimmte komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G40B	Andere komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G46A	Komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC oder andere Gastroskopie bei schw. Krankh. der Verd.organe, mit äußerst schweren CC, Alter < 15 Jahre, mehr als ein BT

DRG	DRG-Text
G46B	Komplexe therapeutische Gastroskopie mit schw. CC od. and. Gastroskopie mit äuß. schw. CC, bei schw. Krankh. der Verd.organe, Alter > 14 J., mehr als 1 BT od. best. Gastroskopie, Alter < 15 J. od. mit kompliz. Faktoren od. ERCP mit and. endoskop. Eingr.
G46C	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsorgane und äuß. schw. oder schw. CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit kompliz. Faktoren, ohne ERCP mit and. endoskop. Eingr.
G47B	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, Alter > 15 Jahre, ohne endoskopische submukosale Dissektion am Dickdarm oder mehr als ein Belegungstag
G48A	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, mit schwerer Darminfektion oder bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
G48B	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, ohne schwere Darminfektion, außer bei bösartiger Neubildung oder ohne äußerst schwere CC
G50Z	Komplexe therapeutische Gastroskopie und bestimmte andere Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 14 Jahre
G52Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit bestimmten komplizierenden Faktoren
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane
G73Z	Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
G77B	Andere Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 J., ohne kompl. Eingriff, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P.

DRG	DRG-Text
H05Z	Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen
H06A	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit aufwendigem Eingriff und bestimmten komplizierenden Faktoren
H06B	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit bestimmtem Eingriff und komplexer Diagnose, Dialyse, komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation
H06C	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation
H07A	Cholezystektomie und wenig komplexe Eingriffe an Gallenblase, Gallenwegen, Leber mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation
H07B	Cholezystektomie und wenig komplexe Eingriffe an Gallenblase, Gallenwegen, Leber ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation
H08A	Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand, Alter < 12 Jahre oder mit laparoskopischer Steinentfernung
H08C	Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand, Alter > 11 Jahre
H09A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit bestimmtem Eingriff mit äußerst schweren CC oder aufwendiger Eingriff am Dünndarm mit bestimmten komplizierenden Faktoren
H09B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, ohne bestimmten Eingriff oder ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff am Dünndarm mit bestimmten komplizierenden Faktoren
H12A	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen mit äußerst schweren CC
H12C	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
H16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 828 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H38B	Andere komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H40B	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung ohne äußerst schwere CC



DRG	DRG-Text
H41A	Bestimmte ERCP mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, mit Zugang durch retrograde Endoskopie
H41B	Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, ohne Zugang durch retrograde Endoskopie
H41C	Best. ERCP mit schw. CC od. kompl. Eingriff oder Alter < 16 J., oh. kompl. Proz. od. and. ERCP, oh. äuß. schw. od. schw. CC, oh. kompl. Eingriff, mit Radiofrequenzabl. und endoskop. Stentimpl. od. and. aufwend. ERCP / best. endoskop. Eingr. m. best. BNB
H41E	Andere ERCP ohne bestimmte ERCP, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff, ohne Radiofrequenzablation mit endoskopischer Stentimplantation
H44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H60Z	Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC oder komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung oder Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
H62B	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, mit akuter Pankreatitis oder Leberzirrhose oder bestimmter nichtinfektiöser Hepatitis, Alter > 15 Jahre
H62C	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, ohne akute Pankreatitis, ohne Leberzirrhose, ohne bestimmte nichtinfektiöse Hepatitis, Alter > 15 Jahre
H63A	Erkrankungen der Leber auß. bösart. Neubild., Leberzirr. u. best. nichtinfekt. Hepatitiden u. best. Erkrank. der Gallenwege, mehr als ein Belegungstag, mit kompl. Diag. u. äuß. schw. o. schw. CC od. kompl. Diag. od. äuß. schw. od. schw. CC, Alter < 1 J.
I01Z	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose
I02B	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation m. kompliz. Konst., Eingr. an mehr. Lokal. od. schw. Weichteilsch., m. äuß. schw. CC od. kompl. OR-Proz. od. mit hochkompl. Gewebe-Tx od. Vakuumbh. od. BNB u. kompl. OR-Proz. od. kompl. Gewebe-Tx m. äuß. schw. CC
I02D	Kleinflächige oder großflächige Gewebe- / Hauttransplantation außer an der Hand, mit äußerst schweren CC
I03A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrodese od. Alter < 16 Jahre oder beidseitige od. mehrere gr. Eingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, mit äuß. schw. CC oder mehrzeitigem Wechsel oder Eingr. an mehr. Lok.
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie
I05A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
I05B	Implantation oder Wechsel einer inversen Endoprothese am Schultergelenk oder Implantation einer Sprunggelenkendoprothese
I06B	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals mit sehr komplexem Eingriff bei schwerer entzündlicher Erkrankung oder bestimmte bösartige Neubildung am Knochen oder Alter < 19 Jahre
I08A	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit hochkomplexem Eingriff bei Beckenfraktur, mit bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren CC oder mit weiteren komplizierenden Faktoren
I08B	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit sehr komplexem Eingriff bei komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule mit bestimmten komplizierenden Faktoren
I08G	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexem Eingriff
I09B	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten expandierbaren Implantaten oder mehrzeitigen komplexen Eingriffen
I09C	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit best. kompl. Faktoren, mit Wirbelkörperersatz oder komplexer Spondylodese oder andere mehrzeitige komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit aufwendiger intensmed. Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten
I09D	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit best. kompl. Faktoren, bei Frakturen der Halswirbelsäule oder sek. bösartiger Neub. des Knochens oder mit anderen mehrz. kompl. Eingriffen ohne aufwendige intensmed. Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten
I09H	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten anderen kompliz. Faktoren oder mit anderen kompliz. Faktoren, ohne Frakturen HWS, ohne BNB der Wirbelsäule oder ohne Kyphoplastie od. ohne Radiofrequenzabl., ohne komplexen Eingriff an der Wirbelsäule
I09I	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne komplizierende Faktoren
I10A	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Rückenmark, Spinalkanal, Wirbelsäule, Rumpf mit äußerst schweren CC
I10B	Andere Eingriffe WS m. best. kompl. Eingriffen od. Para- / Tetrapl. od. Wirbelfraktur m. best. Eingriffen oh. äuß. schw. CC od. best. andere Operationen WS m. äuß. schw. CC u. > 1 BT od. mäßig kompl. Eingriffe u. Diszitis od. Exzision spin. Tumorgewebe
I10C	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule bei Bandscheibeninfektion oder mit bestimmtem Eingriff an der Wirbelsäule
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, ohne bestimmten anderen Eingriff an der Wirbelsäule
I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff, mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als 1 Belegungstag, Alter < 18 Jahre oder mit bestimmtem anderen kleinen Eingriff
I10G	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne wenig komplexen Eingriff oder ein Belegungstag, mit anderem kleinen Eingriff

DRG	DRG-Text
I12C	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, ohne Revision des Kniegelenkes, ohne Einbringen oder Wechsel von Abstandshaltern, ohne Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre
I13A	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit komplexem Mehrfacheingriff, mit komplizierendem Eingriff an Humerus und Tibia oder aufwendiger Osteosynthese
I13B	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit best. Mehrfacheingriff oder kompliz. Diagnose oder bei Endoprothese der oberen Extremität oder mit Fixateur ext., mit best. BNB od. mit Einbringen von Abstandshalt od. Alter < 18 J. mit auß. schw. od. schw. CC
I13C	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit best. Mehrfacheingr. od. kompliz. Diag. od. bei Endopr. der oberen Extrem. od. m. Fix. ext., m. kompl. Eingr. od. schw. Weichteilsch., m. best. kompl. Osteot. od. BNB od. Alter < 18 J. m. auß. schw. od. schw. CC
I13D	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit bestimmtem anderen Mehrfacheingriff oder komplizierender Diagnose oder bei endoprothetischem Eingriff an der oberen Extremität oder mit Fixateur externe oder bestimmte geschlossene Reposition an der Tibia
I13E	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten od. bei Endoproth. am Knie m. kompl. Eingr. od. schw. Weichteilsch. od. Pseudarthrose od. best. Osteotom. od. best. Eingr. Knieproth. od. Epiphyseodese od. bei BNB od. Alter > 17 J. od. ohne auß. schw. od. schw. CC
I13F	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit bestimmtem Eingriff an Unterschenkel und Humerus oder bei bösartiger Neubildung oder kleiner Eingriff bei Knochen- und Gelenkinfektion oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
I13G	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten ohne bestimmten Eingriff an Unterschenkel und Humerus, außer bei bösartiger Neubildung, ohne kleinen Eingriff bei Knochen- und Gelenkinfektion oder Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I14Z	Revision eines Amputationsstumpfes
I15B	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, ohne bestimmten intrakraniellen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an der Mandibula oder Alter > 15 Jahre
I16A	Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität mit bestimmtem Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk
I20A	Eingriffe am Fuß mit mehreren hochkomplexen Eingriffen oder Teilwechsel Endoprothese des unteren Sprunggelenks, mit hochkomplexem Eingriff und komplexer Diagnose oder bestimmter Arthrodesese
I20B	Eingriffe am Fuß mit mehreren komplexen Eingriffen oder hochkomplexem Eingriff oder Teilwechsel Endoprothese d. unteren Sprunggelenks oder bei Zerebralparese oder mit komplexem Eingriff und komplexer Diagnose oder mit Eingriff an Sehnen des Rückfußes
I20E	Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritits oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre

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
I22A	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit großfläch. Gewebetransplantation, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, schwerem Weichteilschaden oder komplexer Gewebetransplantation mit schweren CC
I22B	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kleinflächiger Gewebetransplantation od. mit großflächiger Gewebetransplantation ohne kompliz. Konst., oh. Eingr. an mehreren Lokal., oh. schw. Weichteilschaden, oh. kompl. Gewebetranspl. m. schw. CC
I23A	Andere kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen mit bestimmten kleinen Eingriffen am Knochen oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
I23C	Andere kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen ohne bestimmte kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I24A	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe mit komplexem Eingriff oder Alter < 16 Jahre
I24B	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre
I26A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 785 / 829 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I26B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe oder bestimmte hochaufwendige Implantate
I27B	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebe-Tx mit äußerst schweren CC oder bei BNB mit schweren CC oder mit kompliz. Faktoren, mit schweren CC oder bei BNB oder mit best. Eingr. am Weichteilgewebe, > 1 Belegungstag oder best. Eingriff
I27C	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen mit schweren CC oder bei BNB oder mit bestimmtem Eingriff am Weichteilgewebe, mehr als ein Belegungstag oder bestimmter Eingriff ohne komplizierende Faktoren
I27D	Bestimmte andere Eingriffe am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag
I28A	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit bestimmter offen chirurgischer Stabilisierung der Thoraxwand oder bestimmtem Eingriff am Zwerchfell oder Alter < 18 Jahre bei bösartiger Neubildung
I28B	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit komplexem Eingriff an Thorax und Abdomen oder Implantation/Wechsel best. Medikamentenpumpen oder Eingriff bei bösartiger Neubildung an Knochen und Gelenken, mehr als ein Belegungstag
I30A	Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk, Alter < 16 Jahre oder komplexe Eingriffe am Kniegelenk mit sehr komplexem Eingriff oder bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter < 18 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC

DRG	DRG-Text
I31A	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, mit aufwendigen Eingriffen am Unterarm
I31B	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand oder bestimmte Eingriffe bei Mehrfragmentfraktur der Patella, mit bestimmten komplexen Eingriffen am Unterarm
I31C	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm ohne gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, ohne bestimmte Eingriffe bei Mehrfragmentfraktur der Patella, ohne bestimmte komplexe Eingriffe am Unterarm
I32A	Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Eingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwendigem rekonstruktivem Eingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochentx. bei Pseudarthrose der Hand
I32C	Eingr. an Handgel. und Hand oh. mehrz. Eingr., oh. Komplexb. Hand, mit kompl. Eingr. od. bei angeb. Anomalie d. Hand od. Pseudarthr., Alter > 5 J. od. mit hochkompl. Eingr. bei angeb. Fehlb. d. Hand, Alter < 16 J. oder mit best. Eingr. od. kompl. Diagn.
I32D	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder ohne sehr komplexen Eingriff oder mit komplexer Diagnose oder mit bestimmtem oder beidseitigem Eingriff
I32E	Bestimmte mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, mehr als ein Belegungstag oder Mehrfacheingriff an 3 Strahlen oder Alter < 6 Jahre
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I36Z	Beidseitige oder kombinierte Implantation oder Wechsel einer Endoprothese an Hüft-, Kniegelenk und/oder an der oberen Extremität
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
I43B	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk oder Entfernung bestimmter Endoprothesen am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC
I44A	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk mit äußerst schweren CC oder Implantation bestimmter schaftverankerten Prothese am Knie oder Korrektur einer Brustkorbdeformität
I46A	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC oder Eingriff an mehreren Lokalisationen
I46C	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne periprothetische Fraktur
I47A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff

DRG	DRG-Text
I50A	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit bestimmtem Eingriff oder bestimmter Vakuumbehandlung mit kontinuierlicher Sogbehandlung ab 8 Tagen
I54A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, bei bösartiger Neubildung, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder Alter < 18 Jahre
I54B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, bei bösartiger Neubildung, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, Alter > 17 Jahre
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie, Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I65C	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter > 16 Jahre, ohne äußerst schwere CC
I66B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte oder anderen komplizierenden Konstellationen
I66F	Frakturen an Becken und Schenkelhals oder systemischer Lupus erythematodes ohne äußerst schwere CC
I66G	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne bestimmte Erkrankungen, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Aufwandsp. oder multisystemisches Entzündungssyndrom bei COVID-19, ein Belegungstag
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh., oh. Wirbelsäulenfraktur
I69A	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathie mit bestimmter Arthropathie oder Muskel- / Sehnenenerkrankung bei Para- /Tetraplegie
I69B	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathie ohne bestimmte Arthropathie, ohne Muskel- / Sehnenenerkrankung bei Para- /Tetraplegie
I73Z	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes
I75A	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit CC
I79Z	Fibromyalgie
I87B	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I95A	Implantation einer Tumorendoprothese mit Implantation oder Wechsel einer bestimmten Endoprothese oder Knochentotalersatz am Femur oder Alter < 18 Jahre
I95B	Implantation einer Tumorendoprothese ohne Implantation oder Wechsel einer bestimmten Endoprothese, ohne Knochentotalersatz am Femur, Alter > 17 Jahre
J02A	Hauttransplantation oder bestimmte Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion oder ausgedehnte Lymphadenektomie oder Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomose, mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff

DRG	DRG-Text
J03Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung
J08A	Bestimmte Hauttransplantation oder Debridement mit Eingriff an Kopf und Hals oder mit bestimmtem Eingriff an Haut und Unterhaut oder Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung, mit äußerst schweren CC
J10B	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff
J11A	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit komplexem Eingriff bei komplizierender Diagnose oder bei Para- / Tetraplegie oder selektive Embolisation bei Hämangiom
J11B	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit komplizierender Diagnose oder mit mäßig komplexer Prozedur oder Diagnose oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit bestimmtem Eingriff bei bösartiger Neubildung oder Pemphigoid
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
J18A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
J18B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
J21Z	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit Lymphknotenexzision oder schweren CC
J22Z	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit Weichteildeckung oder Mehrfachtumoren der Haut oder Erysipel
J24B	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, mit Prothesenimplantation, ohne bestimmte Mammareduktionsplastik, ohne beidseitige Mastopexie
J44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein BT, Alter > 17 Jahre oder mit kompl. Diagn., mit äuß. schw. CC od. Hautulkus bei Para-/Tetraplegie od. hochkompl. Diagn. od. Epid. bullosa, Alter < 10 Jahre oder mit schwerer Erkr. der Haut, mit aufw. Behandl.
J61C	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter < 18 Jahre, ohne hochkomplexe Diagnose oder mäßig schwere Hauterkrankungen, mehr als ein Belegungstag
J62B	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC
J64A	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus mit äußerst schweren CC
J64B	Bestimmte Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC oder Alter < 6 Jahre
J64C	Andere Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut, Alter > 5 Jahre

DRG	DRG-Text
J67A	Bestimmte Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder moderate Hauterkrankungen
K06B	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, bei BNB oder mit auß. schw. oder schw. CC oder Ingr. an der Schilddrüse außer kl. Ingr., mit Thyreoidektomie durch Sternotomie oder Alter < 16 Jahre
K06C	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse u. Ductus thyreogl. ohne IntK > 392 / 368 / - P., auß. bei BNB, oh. auß. schw. od. schw. CC, mit Ingr. an d. Schilddrüse auß. kl. Ingr., ohne Thyreoidektomie durch Sternotomie, Alter > 15 J. od. Alter < 18 J.
K09A	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit hochkomplexem Eingriff oder mit bestimmtem Eingriff, mit äußerst schweren CC oder Alter < 7 Jahre
K14Z	Andere Eingriffe an der Nebenniere oder ausgedehnte Lymphadenektomie
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen
K44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 6 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K60D	Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC oder multiplen Komplikationen oder Ketoazidose oder Koma, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K60E	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag
K60F	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose
K62A	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetrapleg. oder mit kompliz. Diagnose oder endoskopischer Einlage eines Magenballons oder Alter < 16 Jahre, mit äußerst schweren CC oder best. aufwendiger / hochaufw. Behandlung, mehr als ein Belegungstag
K62B	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetrapleg. oder mit kompliz. Diagnose oder endoskop. Einlage eines Magenballons oder Alter < 16 Jahre, ein Belegungstag od. ohne äußerst schwere CC od. ohne best. aufwendige / hochaufwendige Behandlung
K62C	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie, ohne kompliz. Diagnose, ohne endoskopische Einlage eines Magenballons, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne best. aufwendige / hochaufwendige Behandlung, Alter > 15 Jahre
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte



DRG	DRG-Text
K64C	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre oder mit bestimmter komplexer Diagnose oder mit invasiver endokrinologischer Diagnostik oder Alter < 18 Jahre bei bösartiger Neubildung oder Alter < 1 Jahr
K64D	Endokrinopathien ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne invasive endokrinologische Diagnostik, Alter > 17 Jahre oder außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 0 Jahre
L03Z	Bestimmte Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder bestimmter Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm
L06A	Bestimmte kleine Eingriffe an den Harnorganen mit äußerst schweren CC
L08Z	Komplexe Eingriffe an der Urethra oder Ureter
L09A	And. Ingr. bei Erkr. der Harnorg. mit Anl. Dialyseshunt bei akut. Nierenins. od. bei chron. Nierenins. mit Dialyse od. auß. Anl. Dialyseshunt, m. Kalziphylaxie od. best. Laparotomie od. m. kompl. OR-Proz. od. kompl. Ingr., Alt. < 2 J. od. auß. schw. CC
L09B	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane mit Anlage Dialyseshunt bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse od. außer Anlage Dialyseshunt, m. Kalziphylaxie od. best. Laparotomie, Alter > 1 Jahr, ohne auß. schw. CC
L09C	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane auß. Anlage Dialyseshunt, ohne Kalziphylaxie, ohne best. Laparotomie, ohne best. Eingriff an Präputium od. Nebenschilddrüse, Alter < 2 J. od. mit auß. schw. CC, ohne kompl. OR-Proz., ohne kompl. Eingriff
L09D	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne best. Laparotomie, mit best. anderen Eingriff od. Alter < 18 Jahre
L12A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
L12B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 9 Tagen
L13B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC, ohne komplexen Eingriff, mit anderem Eingriff
L18A	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit äußerst schweren CC
L20B	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre oder Alter > 89 Jahre
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter > 15 Jahre oder Alter < 90 Jahre
L36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane

DRG	DRG-Text
L60B	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse und komplizierenden Faktoren oder äußerst schweren CC oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, Alter > 15 Jahre
L60C	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC oder Alter < 18 Jahre mit schweren CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
L60D	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre oder ohne schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
L62C	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
L63B	Infektionen der Harnorgane ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung, mit best. aufwendiger Behandlung od. mit äußerst schweren CC, ohne Komplexbeh. bei Isolationspfl. Erregern oder mit Komplexbeh. bei Isolationspfl. Erregern, ohne äußerst schwere CC
L63C	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei Isolationspflichtigen Erregern, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandl., Alter < 3 Jahre oder best. schwere Infektionen oder best. mäßig aufwendige Behandlung
L64A	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, bei angeborener Fehlbildung oder Alter < 3 Jahre
L69A	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
M02A	Transurethrale Prostataresektion oder bestimmte andere Operationen an der Prostata mit äußerst schweren CC
M02B	Transurethrale Prostataresektion oder bestimmte andere Operationen an der Prostata ohne äußerst schwere CC
M03A	Bestimmte Eingriffe am Penis, Alter < 6 Jahre oder aufwendige plastische Rekonstruktion des Penis, Alter < 18 Jahre oder totale Amputation des Penis oder Amputation des Penis mit bestimmter Lymphadenektomie
M09A	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder BNB des Penis
M10C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 8 Tagen oder interstitielle Brachytherapie
M37Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Erkrankungen und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane oder Eingriffe am Hoden bei Fournier-Gangrän mit äußerst schweren CC
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
N01B	Beckeneviszeration bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszeraleingriff
N02C	Eingriffe an Uterus und Adnexen od. best. Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei BNB od. best. Eingriffe am Darm od. Rekonstruktion von Vagina und Vulva, ohne auß. schw. CC, ohne kompl. Eingriff, mit mäßig kompl. Eingriff
N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff
N05A	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Eingriff an der Harnblase
N05B	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder anderer Eingriff an der Harnblase oder Adhäsiolyse, Alter > 15 Jahre
N07A	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus oder kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, mit bestimmtem Eingriff
N09B	Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, kleine Eingriffe an Blase, Uterus, Bauchwand und Peritoneum
N13A	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva auß. bei BNB oder kl. Eingriffe an Vagina/Douglasraum oder best. Eingriff an der Harnblase, Alter > 80 Jahre od. auß. schw. od. schw. CC od. best. Embolisation an viszeralen und and. abdominalen Gefäßen bei BNB
N16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
N16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen oder Brachytherapie
N60B	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
N61Z	Infektion und Entzündung der weiblichen Geschlechtsorgane
N62A	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre
O01A	Sekundäre Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Mehrlingsschwangerschaft oder Sectio caesarea mit IntK > 196 / 184 / 184 Punkte
O02A	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierende Konstellation oder bestimmtem Eingriff oder komplizierender Diagnose oder mit äußerst schweren CC
O04A	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma mit komplexem Eingriff

DRG	DRG-Text
O05C	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, ein Belegungstag oder ohne Cerclage, ohne Muttermundverschluss, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte intrauterine Operation am Feten, mit fetoskopischer Hochfrequenzablation von Gefäßen
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexer Diagnose oder komplizierendem Eingriff oder ein Belegungstag
O65C	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff, mehr als ein Belegungstag
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe mit Beatmung > 480 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen mit Beatmung > 899 Stunden
P05B	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, ohne Beatmung > 275 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P06A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g, sig. OR-Proz. oder Beatmung > 95 Std., mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Proz. oder mit Beatmung > 120 Std. oder best. aufwendige OR-Proz., mit Beatmung > 240 Std. oder mehrz. kompl. OR-Proz. oder Dialyse
P06B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g, sig. OR-Proz. od. Beatmung > 95 Std., mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Proz. od. mit Beatmung > 120 Std. od. best. aufwendige OR-Proz., ohne Beatmung > 240 Std., ohne mehrz. kompl. OR-Proz., ohne Dialyse
P06C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme oder ohne sig. OR-Prozedur oder ohne Beatmung > 120 Std., ohne bestimmte aufwendige OR-Prozeduren
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden
P60C	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt, ohne Beatmung > 24 Stunden
P61B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur
P62C	Aufnahmegewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur
P65A	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder Beatmung > 95 Stunden
P65D	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne Problem
P66C	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem
P66D	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem

DRG	DRG-Text
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit Hypothermiebehandlung oder Krampfanfall mit bestimmten diagnostischen Maßnahmen oder Beatmung > 24 Stunden
P67B	Neugeborenes, Aufnahmegegew. > 2499 g mit schw. Prob., oh. Hypothermiebeh., oh. Krampfanfall mit best. diag. Maßnah., oh. Beatmung > 24 Std. od. mit anderem Prob., mehr als ein Belegungstag, neugeb. Mehrling od. mit bestimmter aufwendiger Prozedur
P67C	Neugeborenes, Aufnahmegegew. > 2499 g oh. sig. OR-Proz., oh. Beatmung > 95 Std., ohne schw. Prob., anderes Problem und mehr als ein Belegungstag oder nicht signifikante OR-Prozedur, ohne Mehrling, ohne bestimmte aufwendige Prozeduren
Q01Z	Eingriffe an der Milz
Q02C	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe u. des Immunsystems oh. äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre, oh. bestimmte Exzisionen u. Resektionen Mediastinum od. Thymus, oh. best. aufwendige / hochaufwendige Behandlung
Q60C	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Granulozytenstörung oder Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere CC
Q60D	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC
Q61A	Andere Erkrankungen der Erythrozyten mit äußerst schweren CC
Q61B	Andere Erkrankungen der Erythrozyten, ohne äußerst schwere CC
Q62Z	Andere Anämie
R01A	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R04B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderer OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Bestrahlungen an mindestens 7 Tagen
R11B	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit schweren CC
R11C	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur

DRG	DRG-Text
R13B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation
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
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose od. Dialyse od. Portimplantation od. intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte od. schwerste CC od. best. kompl. Diagnostik bei Leuk., Alter > 15 J.
R60C	Akute myel. Leukämie m. int. Chemo, äuß. schw. CC od. kompl. Diagnostik b. Leuk. od. Port od. m. mäß. kompl. Chemo m. best. kompliz. Fakt. od. m. äuß. schw. CC m. kompl. Diagnost. od. KomplBeh. isolat.pfl. Erreg. m. Dial. od. äuß. schw. od. schwerste CC
R60D	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth., ohne kompliz. Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimpl., oh. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - AufwP., oh. äuß. schwere CC, oh. kompl. Diagnostik b. Leukämie od. mit Dialyse od. äußerst schweren CC
R60E	Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemoth., ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimpl., ohne äußerst schwere CC od. mit lokaler Chemoth. od. mit Komplexbeh. bei multi-resistenten Erregern od. mit kompl. Diagnostik bei Leukämie
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Sepsis oder bestimmter komplizierender Konstellation oder mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, mit hochkompl. Chemotherapie oder schwersten CC
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Sepsis oder anderer kompliz. Konstell. oder mit kompl. Diagnose oder Portimpl., mit äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre od. mit äuß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom, mit kompl. Diagnostik bei Leukämie od. mit schwersten CC
R61D	Lymphom u. nicht akute Leukämie m. Agranuloz., Portimpl., Komplbeh. b. isolat.pfl. Erregern od. kompl. Diag. b. Leuk., > 15 J., m. intens. Chemo od. < 18 J. od. m. äuß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndr. od. Blastenkr., oh. kompl. Diag. b. Leuk., oh. schw. CC
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose od. Portimpl. od. Komplbeh. b. isolat.pfl. Erregern od. komplexe Diagnostik b. Leukämie, oh. äußerst schw. CC, Alter > 17 J., oh. intensive Chemoth.
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, mit kompl. Diagnose od. kompliz. Prozedur, Alter < 16 J. od. best. Lymphom mit best. Chemotherapie od. kompl. Diagnose od. andere Komplexbeh. b. isolationspfl. Erregern
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie oh. best. kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, Alter < 16 J. od. mit kompl. Diag. od. kompliz. Prozedur, Alter > 15 J., oh. best. Lymphom m. best. Chemoth., oh. kompl. Diagnose, oh. and. Komplbeh. b. isolat.pfl. Erregern
R61H	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Prozedur, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit kompliz. Diagnose oder Portimplantation oder mit Knochenaffektionen oder best. Metastasen oder äußerst schweren CC oder Dialyse oder Alter < 1 Jahr, mit komplexer Diagnose oder kompliz. Konstellation
R62B	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne kompliz. Diagnose, ohne Portimplantation, mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Dialyse oder Alter < 1 Jahr, ohne komplexe Diagnose, ohne kompliz. Konstellation
R63E	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer oder lokaler Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder komplizierender Konstellation 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 oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter < 18 Jahre
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit mit Herzinfarkt oder bei chronisch ischämischer Herzkrankheit oder äußerst schweren CC
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, außer bei chronisch ischämischer Herzkrankheit, ohne äußerst schwere CC
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer Prozedur oder komplizierender Konstellation, außer bei sonstiger Sepsis
T01B	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer Prozedur oder komplizierender Konstellation bei sonstiger Sepsis oder mit bestimmtem komplexen Eingriff oder mit äußerst schweren CC
T01C	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer Prozedur oder komplizierender Konstellation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC
T01D	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne bestimmte komplexe Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC mit bestimmtem anderen Eingriff
T01E	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne bestimmte komplexe Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten anderen Eingriff
T36Z	Intensivmedizinische Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandsp. bei infektiösen und parasitären Krankheiten oder OR-Prozedur bei inf. u. parasitären Krankh. mit best. komplexer Prozedur oder kompliz. Konstellation mit IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
T44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei infektiösen und parasitären Krankheiten
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
T60B	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Z. n. Organtransplantation oder mit komplexer Diagnose oder äuß. schw. CC, Alter < 18 J. oder mit Para- / Tetraplegie oder mit bestimmter ERCP oder mit schwersten CC oder mit IntK > 196 / 184 / 368 Punkte
T60C	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Z. n. Organtransplantation oder mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter > 17 Jahre, ohne Para- / Tetraplegie, ohne bestimmte ERCP, ohne schwerste CC oder mit IntK > 196 / 184 / 368 Punkte
T60D	Sepsis mit anderer komplizierender Konstellation, außer bei Z. n. Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte oder Alter < 10 Jahre
T60E	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, mehr als ein Belegungstag
T60G	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, ein Belegungstag
T62A	Fieber unbekannter Ursache mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre
T63B	Schwere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, Alter > 13 Jahre oder ohne komplexe Diagnose
T63C	Mäßig schwere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, Alter > 13 Jahre oder ohne komplexe Diagnose
T64A	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit bestimmter komplexer Diagnose, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
T64B	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
T64C	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
T77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen
U63Z	Schwere affektive Störungen



DRG	DRG-Text
U66Z	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen oder psychische Störungen in der Kindheit
V40Z	Qualifizierter Entzug
V61Z	Drogenintoxikation und -entzug
V63Z	Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit
W02A	Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
W02B	Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
W04A	Polytrauma mit anderen Eingriffen oder Beatmung > 24 Stunden, mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
W61B	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe, ohne komplizierende Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, Alter > 11 Jahre
X01B	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne kompliz. Konstellation, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, mit schweren Weichteilschäden oder komplex. OR-Prozedur oder best. mäßig kompl. Eingriff oder äußerst schw. CC, mehr als 1 BT
X01D	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne kompliz. Konstellation, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, ohne schwere Weichteilschäden, ohne kompl. OR-Prozedur, ohne äuß. schw. CC, ohne best. Nervennaht oder Hautplastik oder 1 BT
X04Z	Anderer Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität
X06B	Anderer Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder Alter > 65 Jahre mit bestimmtem Eingriff oder mit schweren CC
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten
X60Z	Verletzungen und allergische Reaktionen
X62Z	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung oder bestimmte Erfrierungen und andere Traumata
X64Z	Anderer Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung
Y03Z	Anderer Verbrennungen mit anderen Eingriffen
Y62Z	Anderer Verbrennungen
Z64B	Anderer Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung mit bestimmter Radiojoddiagnostik, mit bestimmtem Kontaktanlass

DRG	DRG-Text
Z64C	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, ohne bestimmten Kontak Anlass oder allergologische Provokationstestung bis 2 Belegungstage

**Tabelle A-5:**

Gegenüberstellung der DRGs je MDC (siehe Kapitel 3.4.1.1)

MDC	Bezeichnung	Anzahl DRGs 2022	Anzahl DRGs 2023	Veränderung (in %)
00	Prä-MDC	74	74	0
01	MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	112	112	0
02	MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges	30	30	0
03	MDC 03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	56	56	0
04	MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	66	65	-1,5
05	MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	149	148	-0,7
06	MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	89	89	0
07	MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	49	49	0
08	MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	177	178	0,6
09	MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	52	52	0
10	MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	42	43	2,4
11	MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	72	72	0
12	MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	28	27	-3,6
13	MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	39	39	0
14	MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	24	25	4,2
15	MDC 15 Neugeborene	41	41	0
16	MDC 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	15	15	0
17	MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen	50	50	0
18A	MDC 18A HIV	7	7	0

<b>MDC</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Anzahl DRGs 2022</b>	<b>Anzahl DRGs 2023</b>	<b>Veränderung (in %)</b>
18B	MDC 18B Infektiöse und parasitäre Erkrankungen	25	25	0
19	MDC 19 Psychische Krankheiten und Störungen	13	13	0
20	MDC 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	6	6	0
21A	MDC 21A Polytrauma	14	14	0
21B	MDC 21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	16	16	0
22	MDC 22 Verbrennungen	9	9	0
23	MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	14	14	0
24	MDC 24 Sonstige DRGs	10	10	0
25	MDC 25 Teilstationäre pädiatrische Diagnostik und Behandlung	10	10	0
-1	Fehler-DRGs und sonstige DRGs	3	3	0
<b>Gesamt</b>		<b>1.292</b>	<b>1.292</b>	<b>0</b>