

InEK

Abschlussbericht

Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2024

Klassifikation, Katalog, Bewertungsrelationen

Siegburg, den 21. Dezember 2023

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

Telefon 0 22 41 - 93 82 - 0

Fax 0 22 41 - 93 82 - 36

Internet [Internetseite des InEK](#)

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1 EINFÜHRUNG	1
2 METHODIK DER WEITERENTWICKLUNG	1
2.1 Datenerhebung und Datenprüfung	1
2.1.1 Datenerhebung	1
2.1.2 Datenprüfung	1
2.2 Datenaufbereitung	1
2.3 Versionsüberleitung der ICD-10- und OPS-Klassifikationen.....	2
3 AG-DRG-SYSTEM 2024.....	3
3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	3
3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung	5
3.2.1 Datenbasis	5
3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung	5
3.2.1.2 Ergänzende Datenbereitstellung.....	9
3.2.3 Ausgliederung der Pflegepersonalkosten	14
3.2.4 Sachkostenkorrektur / gezielte Absenkung	16
3.2.4.1 Sachkostenkorrektur	16
3.2.4.2 Gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen	17
3.2.5 Gestufte Dämpfung.....	18
3.2.6 Hybrid-DRGs.....	21
3.2.6.1 Klassifikatorische Abbildung	21
3.2.6.2 Kalkulationsmodell zur Berechnung der Vergütung.....	26
3.3 Schwerpunkte der Weiterentwicklung.....	32
3.3.1 Anpassung der Methodik	32
3.3.1.1 Aktualisierung der Plausibilitätsprüfungen	32
3.3.1.2 Bewertungsrelationen für Belegversorgung.....	36
3.3.1.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen	39
3.3.1.4 Überarbeitung der CCL-Matrix.....	41
3.3.1.5 Einbeziehung von verlegten Fällen und Überliegern	46
3.3.1.6 Berechnung der Bezugsgröße	47
3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation	48
3.3.2.1 COVID-19.....	49
3.3.2.2 Abdominalchirurgie	51
3.3.2.3 Alkohol- und Drogengebrauch	56
3.3.2.4 Andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	57
3.3.2.5 Augenheilkunde	57
3.3.2.6 Eingriffe an Haut, Unterhaut, Mamma	59
3.3.2.7 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	61
3.3.2.8 Gastroenterologie.....	61
3.3.2.9 Gefäßchirurgie und -interventionen / Angiologie	66
3.3.2.10 Globale Funktionen.....	67

3.3.2.11	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde.....	68
3.3.2.12	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	69
3.3.2.13	Intensivmedizin	69
3.3.2.14	Kardiologie und Herzchirurgie.....	71
3.3.2.15	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	73
3.3.2.16	Krankheiten des Blutes und des Immunsystems.....	76
3.3.2.17	Neugeborene	77
3.3.2.18	Neurologie und Neurochirurgie.....	79
3.3.2.19	Onkologie.....	81
3.3.2.20	Operative Gynäkologie	82
3.3.2.21	Polytrauma.....	83
3.3.2.22	Sonstige DRGs	83
3.3.2.23	Unfallchirurgie/Orthopädie	84
3.3.2.24	Urologie.....	89
3.3.2.25	Verletzungen und Vergiftungen	90
3.3.2.26	Versorgung von Kindern	91
3.3.2.27	Wirbelsäulenchirurgie	94
3.3.3	Integration neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	95
3.3.4	Zusatzentgelte.....	96
3.3.5	Sortierung.....	103
3.3.6	Umgang mit ICD- und OPS-Anpassungen	105
3.3.6.1	Anpassungen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen	105
3.3.6.2	Überleitung auf die ab 1. Januar 2024 gültigen Versionen.....	106
3.3.6.3	Nicht identische Codes mit „Vorgängerkode“	107
3.3.6.4	Nicht identische Codes ohne „Vorgängerkode“ (neue Codes)	109
3.3.7	Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien.....	110
3.3.8	Schlichtungsausschuss.....	111
3.4	Statistische Kennzahlen.....	113
3.4.1	Analyse des Pauschalierungsgrades.....	113
3.4.2	Statistische Güte der Klassifikation.....	115
3.4.3	Analyse der Verweildauer	119
3.4.3.1	Verweildauervergleich Datenjahre 2020–2022.....	119
3.4.3.2	Prüfung auf Repräsentativität	120
4	PERSPEKTIVEN DER WEITERENTWICKLUNG	124
	ANHANG	126

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
AOP	Ambulantes Operieren
ATMP	Advanced Therapy Medicinal Product
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
d.h.	das heißt
DJ	Datenjahr
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien
DRG	Diagnosis Related Group; Diagnosebezogene Fallgruppe
ECCE	Extrakapsuläre Exzision 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
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GM	German Modification (ICD-10-GM)
HA	Hauptabteilung
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HK	Homogenitätskoeffizient (der Kosten)
HWS	Halswirbelsäule
ICD	International Classification of Diseases; Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Ausgabe für die Zwecke des SGB V
InBA	Institut des Bewertungsausschusses
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
KI	Konfidenzintervall
KK	Komplizierende Konstellationen
KOR	Komplexe OR-Prozeduren
MDC	Major Diagnostic Category; Hauptdiagnosegruppe
med.	medizinisch
Mio.	Millionen
MRE	Multiresistente Erreger
MS	Multiple Sklerose
MSPNG	Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen
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
PECLA	pumpenlose extrakorporale Membranoxygenation
PCCL	Patient Clinical Complexity Level; Patientenbezogener Gesamtschweregrad
PKV	private Krankenversicherung
PPR	Pflegepersonalregelung
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
PPV	Pars-Plana-Vitrektomie
Prä-MDC	den MDCs vorgeschaltete Hauptdiagnosegruppe
PTCA	Perkutane Koronarangioplastie
Qu.	Quantil
R ²	Varianzreduktion
RG	Relativgewicht
SAPS	Simplified Acute Physiology Score
SGB	Sozialgesetzbuch
SIRS	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom
SIRT	Selektive interne Radiotherapie
SPNG	Schweres Problem beim Neugeborenen
TE	Transfusionseinheiten
TEP	Totalendoprothese
TIA	Transitorische ischämische Attacke
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 2024 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. Das mit Einstieg in die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten entstandene Spannungsverhältnis zwischen kostenrechnerischem Umgang mit Pflegepersonal und der Berücksichtigung im Pflegeerlös-Budget hat sich im Zeitablauf unter Berücksichtigung der gesammelten Erfahrungen zu den Grenzziehungen zwischen „aG-DRG-Fallpauschalen“ und „Pflegeerlös-Budget“ deutlich abgemildert.

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 2024 (Vorschlagsverfahren 2024)“ 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 am 23. September 2022 dem aktualisierten Ziehungskonzept entsprechend 30 Krankenhäuser für die fünf Datenjahre 2022–2026 zur Teilnahme an der Kostendatenerhebung verpflichtet. Diese Krankenhäuser mussten im Jahr 2023 erstmals Kostendaten (Datenjahr 2022) an das InEK übermitteln. Im ersten Jahr der Datenlieferung konnten die verpflichteten Krankenhäuser optional Kostenstellenauswertungen sowie Strukturinformationen an das InEK liefern. Dieser optionalen Vorgehensweise sind 17 Krankenhäuser gefolgt. Da diese Datenlieferungen auf einem hohen Aggregationsniveau erfolgen, konnten die übermittelten Daten nicht der fallbezogenen Datenbasis für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems zugeführt werden. Den acht zur Teilnahme verpflichteten Häusern mit einer fallbezogenen Kostenkalkulation sei an dieser Stelle sehr herzlich für ihr Engagement gedankt. Ihre aktive Beteiligung leistete einen ersten Beitrag zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation.

Mit Einführung der speziellen sektorengleichen Vergütung gem. § 115f SGB V durch das „Gesetz zur Pflegepersonalmessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG)“ (BGBl. I, Nr. 56 vom 28.12.2022, S. 2793) sollte zum 1. Januar 2024 die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung neu justiert werden. Die spezielle sektorengleiche Vergütung basiert auf dem Grundgedanken, die Erbringung bestimmter Leistungen (sogenannter Hybrid-DRGs) einheitlich zu vergüten, unabhängig davon, ob die Leistung ambulant oder stationär erbracht wurde. Da die gem. § 115f Abs. 1 SGB V beauftragten Selbstverwaltungspartner (GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Bundesvereinigung) innerhalb der gesetzlich vorgegebenen Frist keine Einigung zur Leistungsaus-

wahl und der entsprechenden Vergütung erzielen konnten, war das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gem. § 115f Abs. 4 SGB V ermächtigt, eine entsprechende Rechtsverordnung zu erlassen. Mit der „Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V)“ schafft das BMG die Grundlage für eine fristgerechte Einführung der Hybrid-DRGs zum 1. Januar 2024 (zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieses Berichts liegt die finale Fassung der Hybrid-V noch nicht vor. Nach Bekanntgabe der Hybrid-V finden Sie diese auf der [Internetseite des InEK](#)). Bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems musste die Einführung der Hybrid-DRGs entsprechend sowohl hinsichtlich der klassifikatorischen Einordnung der Hybrid-DRGs in den Gruppierungsalgorithmus als auch hinsichtlich der Normierung des Entgeltsystems für 2024 berücksichtigt werden. Beide Aspekte werden im vorliegenden Abschlussbericht adressiert.

Das InEK legte den Selbstverwaltungspartnern (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) am 25. August 2023 den Entwurf des aG-DRG-Systems 2024 und des Pflegeerlös-Katalogs 2024 vor. Nach ausführlicher Beratung der Fach- und Entscheidungsgremien haben die Selbstverwaltungspartner der Weiterentwicklung des aG-DRG-Fallpauschalen-Katalogs 2024, des Pflegeerlös-Katalogs 2024 und den dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen zugestimmt.

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

Für die Mitarbeiter der InEK GmbH

Dr. Frank Heimig
Geschäftsführer

Christian Jacobs
Abteilungsleiter
Medizin

Dr. Michael Rabenschlag
Abteilungsleiter
Ökonomie

Mathias Rusert
Bereichsleiter
Statistische
Auswertungen

Siegburg, im Dezember 2023

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 2024 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 Datenhal-

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

- Überliegerbereinigung

Als Überlieger galten Behandlungsfälle, die vor dem 1. Januar 2022 aufgenommen, aber erst 2022 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 Neuordnung der dem G-DRG-System zugrunde liegenden Diagnosen- und Prozedureninformationen wird immer dann erforderlich, wenn zwischen dem der Kalkulation zugrunde liegenden Datenjahr und dem Geltungsjahr des weiterentwickelten G-DRG-Systems ein Versionswechsel bei den anzuwendenden ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen eingetreten ist. Aufgrund der seit Einführung des G-DRG-Systems stets jährlichen Weiterentwicklung von ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen ist dies somit für jede neue G-DRG-Version erforderlich.

Für identische Codes ergibt sich keine Notwendigkeit einer Überleitung.

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

- Klassifikatorische Überleitung
- Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

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

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

Eine detaillierte Erläuterung des Verfahrens findet sich in Kapitel 3.3.6.

3 aG-DRG-System 2024

3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Das aG-DRG-System 2024 umfasst insgesamt 1.296 DRGs. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Veränderungen zur Vorjahresversion:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
aG-DRG-System 2024	1.296	+ 4
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.239	+ 4
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	42	± 0
davon rein teilstationäre DRGs	15	± 0
davon bewertet (Anlage 1c)	2	± 0
davon explizite Ein-Belegungstag-DRGs	24	+ 1
davon implizite Ein-Belegungstag-DRGs	389	+ 2

Tabelle 1: Überblick über das aG-DRG-System 2024

Die im Anhang enthaltene Tabelle A-5 gibt einen Überblick über die Veränderung der Anzahl der DRGs je MDC. Im Zusatzentgelte-Katalog (Anlage 2 FPV) werden 72 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 74) aufgeführt. Die Anzahl der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 FPV) liegt bei 161 (Vorjahr: 154).

Für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems wurden in der Datenerhebung gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG Angaben zu ca. 19,5 Mio. Fällen (Entgeltbereich „DRG“) aus 1.404 Krankenhäusern aus dem Datenjahr 2022 übermittelt.

Nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen lag die Anzahl der Kalkulationskrankenhäuser mit 238 im Datenjahr 2022 um zwei niedriger als im Vorjahr. Die auswertbare Fallmenge aus den Kalkulationskrankenhäusern betrug ca. 3,5 Mio. Fälle. Die Anzahl der vollstationären Fälle aus den Kalkulationskrankenhäusern (ca. 3,35 Mio. Fälle) sank im Vergleich zum Datenjahr 2021 (mit 3,45 Mio. Fällen) um 2,7%.

Hybrid-DRGs

Das aG-DRG-System 2024 enthält erstmals auch sogenannte „Hybrid-DRGs“. Dem liegt ein Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zugrunde, für die spezielle sektorengleiche Vergütung (also unabhängig davon, ob die Leistung ambulant oder stationär erbracht wird) erste geeignete aufwandshomogene Fallpauschalen zu definieren und zu kalkulieren.

Die ermittelten Fallpauschalen sollen für die entsprechenden Leistungen ab dem 1. Januar 2024 gelten. Für die fünf Indikationsgebiete Hernienoperationen, Entfernung von Harnleitersteinen, Ovariectomien, Arthrodesen der Zehengelenke und Exzision eines Sinus pilonidalis wurden insgesamt 12 spezifische Hybrid-DRGs etabliert.

Bei der Entwicklung der Hybrid-DRGs lag besonderes Augenmerk einerseits auf der Erarbeitung einer operationalisierbaren und robusten Falldefinition, andererseits auf der Formulierung geeigneter Ausschlusskriterien, um Fälle, die typischerweise nicht für eine ambulante Behandlung geeignet erscheinen, aus dieser neuen Gruppe von DRGs auszuschließen.

Während diese inhaltliche Definition der ersten Hybrid-DRGs zumindest noch in Teilen auf das Know-how und die etablierten Werkzeuge der DRG-Weiterentwicklung zurückgreifen konnte, war die erstmalige Einbeziehung von Datenquellen ambulant versorgter Fälle und die Einbindung dieser Informationen in den Kalkulationsprozess ein Novum.

Entsprechend der hohen Bedeutung der Hybrid-DRGs für den diesjährigen Weiterentwicklungsprozess sind die Veränderungen rund um die Hybrid-DRGs in Kapitel 3.2.6 ausführlich dargestellt.

COVID-19

Aktuell wird der COVID-19-Pandemie nicht mehr die Aufmerksamkeit zuteil wie in den vergangenen Jahren. Dennoch ist davon auszugehen, dass auch künftig eine Vielzahl von Patienten mit oder wegen einer COVID-19-Infektion einer stationären Behandlung bedarf. Demzufolge galt es, die Abbildung der entsprechenden Fälle anhand aktueller Kalkulationsdaten zu analysieren und gegebenenfalls zu adjustieren.

Das Hauptaugenmerk lag dabei erneut auf den bekannten, gehäuft auftretenden Konstellationen von COVID-19-Infektionen in Kombination mit Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, einer Intensivmedizinischen Komplexbehandlung oder einer Pneumonie sowie einem hohen PCCL. Auch wenn sich die sachgerechte Abbildung der jeweiligen Fälle ganz überwiegend bestätigte, mussten dennoch punktuell Anpassungen am Algorithmus vorgenommen werden, größtenteils im Sinne einer Aufwertung durch Etablierung weiterer COVID-19-spezifischer DRG-Zuordnungen. Jedoch wurden an anderen Stellen, wo die bislang existierenden Kostenunterschiede von COVID-Fällen nicht mehr oder nicht mehr in der bisherigen Höhe bestanden, die jeweiligen Fälle auch abgewertet.

Eine ausführlichere Darstellung der COVID-19-spezifischen Änderungen des aG-DRG-Systems für das Jahr 2024 findet sich in Kapitel 3.3.2.1.

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 („Kindersplits“) sein als auch der Wegfall solcher auf aktuellen Daten nicht mehr gerechtfertigter (weil nicht mehr zur Besserstellung von Kindern führender) Splits.

Im aG-DRG-System 2024 finden sich insgesamt 350 DRGs, in denen das Alter höhergruppierend wirkt. Insgesamt wurden acht neue oder erweiterte Alterssplits für Kinder geschaffen. Darüber hinaus wurde die hochdifferenzierte Abbildung in der Neonatologie und von aufwendigen Fällen in der MDC 15 *Neugeborene* durch Präzisierung der Abbildung von komplexen und komplizierenden Diagnosen in Zusammenhang mit den Funktionen „Schweres Problem des Neugeborenen“ und „Mehrere schwere Probleme des Neugeborenen“ weiter verbessert.

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 2023	aG-DRG-System 2024	Verbesserung (in %)
R ² -Wert auf Basis aller Fälle	0,7530	0,7566	+0,5
R ² -Wert auf Basis der Inlier	0,8370	0,8395	+0,3

Tabelle 2: Vergleich der Varianzreduktion R², aG-DRG-Systeme 2023 und 2024, Datenjahr 2022, 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 2022 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 2022 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	1.404	238
Anzahl Betten	397.092	94.438
Anzahl Fälle	19.493.494	4.009.550

Tabelle 3: Umfang der Datenlieferung, Entgeltbereich „DRG“, Datenjahr 2022 (Stand: 31. Mai 2023)

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 1.404 Krankenhäusern bzw. 238 Kalkulationskrankenhäusern. Abbildung 1 zeigt die regionale Zusammensetzung der Erhebungen nach dem Bundesland der einbezogenen Krankenhäuser.

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

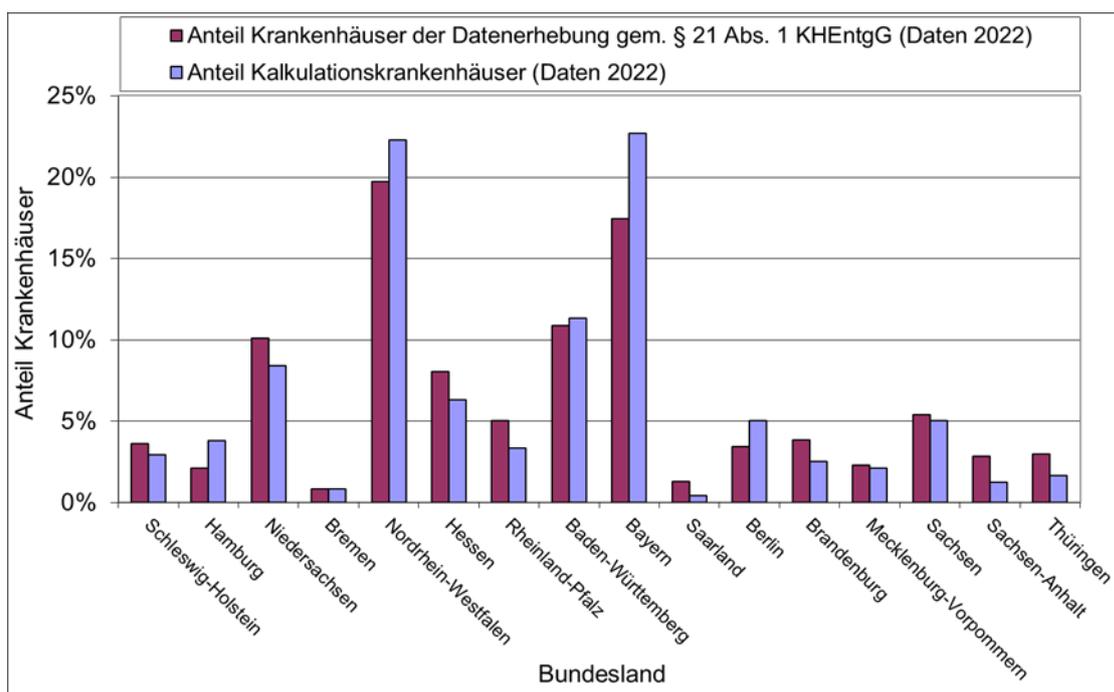


Abbildung 1: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser, Datenjahr 2022

Die Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser zeigt die folgende Abbildung 2. Wie schon in den vergangenen Jahren wird aus der Gegenüberstellung der Kalkulationskrankenhäuser mit Krankenhäusern der Datenerhebung gem. § 21 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 Bettengrößenklasse mit bis zu 100 Betten sowie 301 bis 600 Betten leicht, während dieser in der Bettengrößenklasse 101 bis 300 Betten leicht ansteigt. Bei den größeren Kalkulationskrankenhäusern sinkt der Anteil in den Klassen 601 bis 800 Betten sowie ab 1.001 Betten leicht, während er in der Bettengrößenklasse 801 bis 1.000 Betten leicht ansteigt. In allen Bettengrößenklassen verändert sich der Anteil bei den Kalkulationskrankenhäusern parallel zur Entwicklung der Datenerhebung gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG.

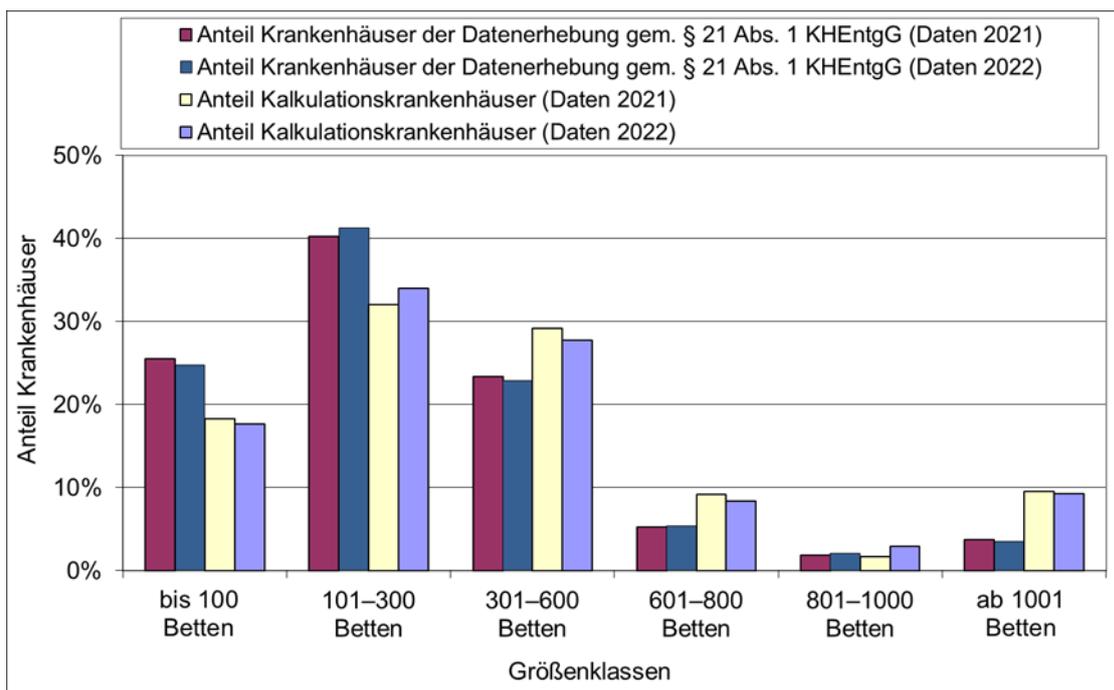


Abbildung 2: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser, Datenjahre 2021, 2022

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

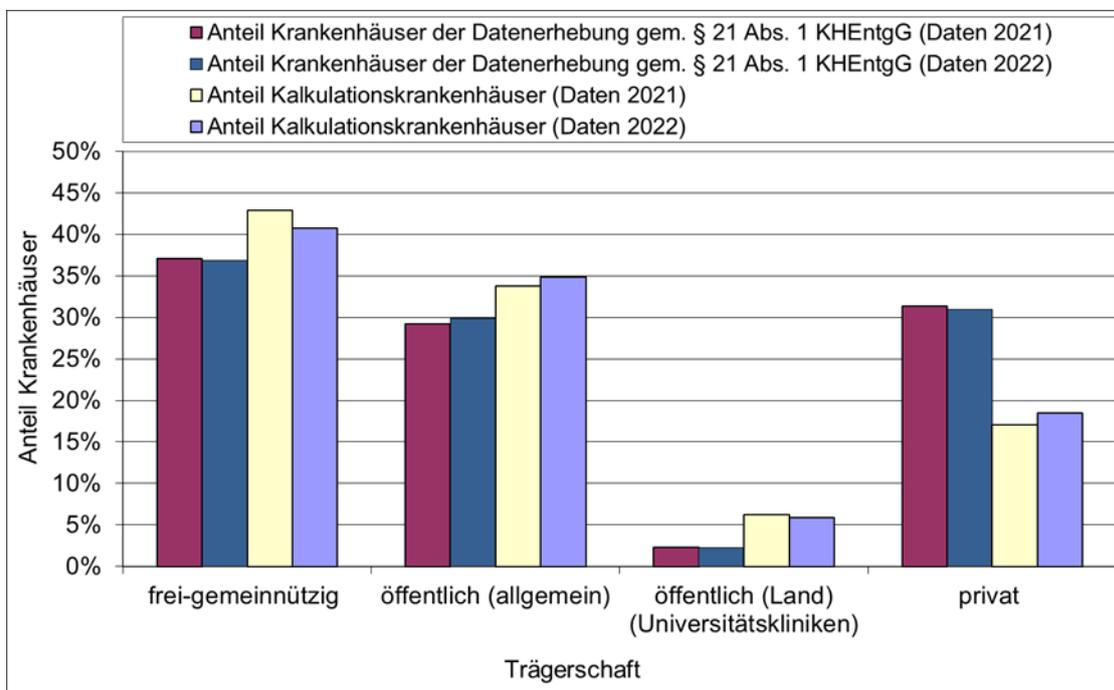


Abbildung 3: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Trägerschaft der Krankenhäuser, Datenjahre 2021, 2022

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 2021 und 2022 zeigt einen Rückgang des Anteils freigemeinnütziger Kalkulationskrankenhäuser, während der Anteil bei öffentlichen und privaten Kalkulationskrankenhäusern leicht ansteigt.

Umfang der Datenlieferungen

Der Anteil fehlerhafter Datensätze an den übermittelten Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG lag nach Auswertung der Datenstelle im Datenjahr 2022 mit 0,10% unverändert auf niedrigem Niveau (Datenjahr 2021: 0,11%).

Insgesamt stellten die Kalkulationskrankenhäuser 4.827.223 Fälle bereit. Diese wurden um alle nicht matchbaren Datensätze (Leistungsdaten ohne Kostendaten sowie Kostendaten ohne Leistungsdaten) bereinigt und der in Kapitel 2.2 beschriebenen Datenaufbereitung unterzogen.

Jeder Fall wies im Durchschnitt 3,9 Prozeduren und 7,5 Nebendiagnosen auf. Die Kostendaten wiesen je Fall im Durchschnitt 30,3 verschiedene Kostenmodule aus. Nach Ausschluss der nicht DRG-relevanten Datensätze standen 4.032.370 Fälle mit Kosten- und Leistungsdaten im Datenjahr 2022 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 4.032.370 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.

Bereinigung/Korrektur	Anteil Datensätze (in %)	Maßnahme
Korrektur Zusatzentgelte: Dialysekosten, Kosten für Faktorpräparate bei Bluterbehandlung	1,0	Bereinigung Dialysekosten, Kosten-separation
Korrektur sonstige Zusatzentgelte	75,6	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 4.032.370 Datensätze, Entgeltbereich „DRG“), Datenjahr 2022

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 3.479.455 Datensätze

im Datenjahr 2022 zur Verfügung. Auf Grundlage des Ergebnisses der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen mussten elf Krankenhäuser ihre Kalkulationsdatensätze komplett stornieren (4,2% der Datensätze des Datenjahres 2022). Insgesamt wurden 13,7% der 4.032.370 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 2022 bei 86%.

Abteilungsart	Fallzahl <u>vor</u> Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen	Fallzahl <u>nach</u> Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen
Versorgung in Hauptabteilung	3.839.383	3.320.448
Belegärztliche Versorgung	46.931	34.479
Teilstationäre Versorgung	146.056	124.528
Gesamt	4.032.370	3.479.455

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 2022

3.2.1.2 Ergänzende Datenbereitstellung

Der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems stehen in jedem Jahr die Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG sowie die Kostendatenlieferungen 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. Die ergänzende Datenbereitstellung bildet beispielsweise mit der fallbezogenen 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 2023 und dem OPS Version 2023 ebenso wie von Leistungen, die in diesen Katalogen noch nicht abgebildet sind. Diese standen in den regulären Daten der Kalkulationskrankenhäuser aus dem Jahr 2022 noch nicht zur Verfügung. Ohne die ergänzende Datenbereitstellung hätten diese Informationen erst in der Kalkulation des Jahres 2024 oder nach Einführung neuer Codes für 2024 erst im Jahr 2025 untersucht werden können. Somit kann sich die Zeitspanne von der Identifizierung eines neuen Verfahrens über die Einführung eines entsprechenden OPS-Kodes bis hin zur Berücksichtigung in der Kalkulation deutlich verkürzen. Damit steht für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems ein Verfahren zur Verfügung, das zeitnah eine aufwandsgerechtere Vergütung insbesondere innovativer Verfahren ermöglicht.

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

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

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

Insgesamt haben 204 Krankenhäuser 309.283 Leistungsdaten übermittelt. Eine detaillierte Übersicht über die ergänzend bereitgestellten Leistungsdaten zeigt Tabelle 6.

Daten	Anzahl Krankenhäuser	Anzahl Daten
Leistungs- und Kostendaten zu Medikamenten	201	208.756
Leistungs- und Kostendaten zu Blutprodukten	181	60.741
Leistungs- und Kostendaten zu Neurostimulatoren, mit Angaben zum Typ des Implantats	90	2.294
Leistungs- und Kostendaten zu minimalinvasiven Operationen an Herzklappen, mit Angaben zum Typ des Implantats	54	13.127
Leistungs- und Kostendaten zu Stentgraft-Prothesen an der Aorta	47	460
Leistungsdaten zur Beatmungsentwöhnung	123	7.921
Leistungsdaten zu anderen operativen und interventionellen Verfahren	24	332
Leistungsdaten zu Dialysen	149	15.644

Tabelle 6: Übersicht ergänzende Datenbereitstellung, Datenjahr 2022

Da sich an der ergänzenden Datenbereitstellung nahezu alle an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser beteiligen, diese Informationen aber nicht aus allen gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG zur Datenlieferung verpflichteten Krankenhäusern vorliegen, wird zwar eine bessere Beurteilung von Mehrkosten bestimmter Verfahren ermöglicht, eine sichere Abschätzung über die bundesweite Leistungsmenge ist aber nicht in jedem Fall möglich. Infolgedessen kann nur bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen der DRG-

Algorithmus basierend auf den Daten der ergänzenden Datenbereitstellung umgebaut werden. 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 2024 (Vorschlagsverfahren für 2024)“ 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 2024 wurde am 30. November 2022 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 6. Juni 2023 auf der Internetseite des InEK veröffentlicht.

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

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

3.2.2.2 Beteiligung

Die Beteiligung am Verfahren fiel etwas geringer aus als im Vorjahr. Insgesamt sind 135 Vorschlagssendungen eingegangen. Dabei wurden 48 Vorschlagssendungen von Fachgesellschaften oder Verbänden sowie weitere 87 Vorschlagssendungen von Einzelpersonen/Institutionen eingebracht. Da eine Vorschlagssendung aus mehreren Teil-

vorschlägen (also Vorschlägen zu verschiedenen Problemstellungen oder DRGs) bestehen konnte, ergaben sich rund 192 rechenbare einzelne Vorschläge. Dazu kamen Vorschläge aus den beiden vorherigen Vorschlagsverfahren, die erst in diesem Jahr rechenbar waren, typischerweise weil die beschriebenen Leistungen erst in den Kalkulationsdaten des Jahres 2022 zweifelsfrei identifizierbar waren.

Die meisten Vorschläge gingen zu den Fachgebieten Orthopädie/Unfallchirurgie, Zusatzentgelt-Prozeduren, Gefäßchirurgie 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 Einzelkodes ohne Berücksichtigung „benachbarter“ Kodes vergleichbaren Aufwands. Damit diese Vorschläge sinnvoll bearbeitet werden konnten, bedurfte es wiederum einiger Nachfragen und Konkretisierungen sowie der Erarbeitung umfassenderer Lösungen, teilweise auch durch Kontaktaufnahmen mit Fachgesellschaften.

3.2.2.3 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge

Wie schon in den Vorjahren waren die eingebrachten Vorschläge in unterschiedlichem Maße konkret. Nach der weiterhin gültigen Vorgabe der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems waren Lösungen innerhalb des aG-DRG-Systems zu finden. Dies wurde auch in diesem Jahr in sehr unterschiedlichem Maße von den Vorschlagenden berücksichtigt. Auf die Schwierigkeiten bei der Berücksichtigung mangels konkreter oder außerhalb des vorgegebenen Rahmens befindlicher Vorschläge wurde bereits in der Beantwortung der Einzelvorschläge, im Abschlussbericht sowie in Vorträgen und Veranstaltungen zur Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems hingewiesen.

Beim Vorschlagsverfahren für 2024 war die Mehrzahl der eingebrachten Vorschläge auf den Daten der Kalkulationskrankenhäuser direkt simulierbar. Aber auch bei den nicht direkt simulierbaren Vorschlägen fand sich eine Verschiebung hin zu Lösungen innerhalb des Systems. Nicht direkt simulierbare Vorschläge waren insbesondere:

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

Die Weiterentwicklung der Klassifikationen ICD-10-GM und OPS ist Aufgabe des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Darauf wurde in der Verfahrensbeschreibung hingewiesen. Die im Rahmen des Verfahrens eingegangenen Vorschläge zur Neuformulierung von Kodes wurden an die zuständigen Stellen weitergeleitet, allerdings hatte dies keine Verlängerung der dortigen Annahmefrist (28. Februar 2023) 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 3.3.4 wird zur Ermittlung von Zusatzentgelten ausführlich Stellung genommen.

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

Im Rahmen der Bearbeitung der CCL-Matrix wurden in diesem Jahr wieder 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 2024 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 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in die Klassifikationen aufgenommen, können sie ab dem Jahr 2024 verschlüsselt werden und stehen dann spätestens im Jahr 2025 in den Kalkulationsdaten zur Analyse zur Verfügung. Vorschläge, die auf Codes des Jahres 2023 basieren, wurden weitestgehend auf Codes des Jahres 2022 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 2024. Weiterhin wurden die DKR an Änderungen der Diagnosen-/Prozedurenklassifikation sowie der aG-DRG-Klassifikation für 2024 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 2023 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 Rahmen des

Verfahrens ein. Primär war Ziel des Verfahrens, eine Lösung innerhalb des aG-DRG-Systems zu finden. Einige DRGs wurden jedoch im Fallpauschalen-Katalog für das Jahr 2024 nicht mit einer Bewertungsrelation belegt (Anlagen 3a und 3b der FPV 2024) 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.

Nach den Vorgaben der Vertragsparteien auf Bundesebene 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 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 Kostendatensätze 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.

Pflegeerlös-Katalog 2024

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

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

Für die Berechnung der tagesbezogenen Bewertungsrelationen wurden die ausgegliederten Pflegepersonalkosten aller plausiblen Fälle (Inlier, Kurz- und Langlieger) des Datenjahres 2022 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).

Für die unbewerteten DRGs in den Anlagen 3a und 3b FPV 2024 wurden ebenfalls tagesbezogene Bewertungsrelationen für den Pflegeerlös-Katalog berechnet. Voraussetzung dafür war, dass mindestens 20 Fälle aus mindestens drei Kalkulationskrankenhäusern vorlagen. Auf diese Weise konnten für 25 der 42 unbewerteten DRGs der Anlage 3a FPV 2024 und zwei der 13 unbewerteten DRGs der Anlage 3b FPV 2024 tagesbezogene Bewertungsrelationen berechnet werden.

Gem. § 8 Abs. 5 FPV 2024 wurden die 17 unbewerteten DRGs ohne kalkulierte Bewertungsrelation der Anlage 3a FPV 2024 mit dem Wert 1,0000 und die elf unbewerteten DRGs ohne kalkulierte Bewertungsrelation der Anlage 3b FPV 2024 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 13 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 2022 bei Versorgung durch Haupt- oder Belegabteilungen mit den entsprechenden Verweildauertagen bewertet. Um im Durchschnitt den Wert 1,0 zu erzielen, musste eine Bezugsgröße von 221,03 € verwendet werden.

3.2.4 Sachkostenkorrektur / gezielte Absenkung

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 Überversorgung 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 abzusenkten. 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 krankenhausesindividuellen 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.

Keine Umsetzung für 2024

Um das Ziel der Sachkostenkorrektur vollständig zu erreichen, müssten die oben genannten Sachkosten nicht durch die Bezugsgröße, sondern durch den Bundesbasisfallwert für 2024 dividiert werden. Dieser liegt zum Zeitpunkt der Katalogerstellung allerdings nicht vor. Diesem Wert am nächsten liegt das Berechnungsergebnis gem. § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntg für 2023, das als gewichteter Mittelwert der landesweiten Basisfallwerte für 2023 den Bundesbasisfallwert für 2023 darstellt. Nach der Vereinbarung wird die Sachkostenkorrektur nur zu 60% umgesetzt; entsprechend ist die Differenz zwischen der Bezugsgröße und dem Berechnungsergebnis gem. § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntg nur zu 60% zu berücksichtigen.

Erstmals seit Durchführung der Sachkostenkorrektur liegt die Situation vor, dass das Berechnungsergebnis gem. § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntg kleiner als die Bezugsgröße ist, sodass die Sachkostenkorrektur bei unveränderter Vorgehensweise zu einer aufwertenden Berücksichtigung der Sachkosten führen würde. Damit würde der gesetzliche Auftrag, die in den Bewertungsrelationen enthaltenen Sachkosten auf die Höhe der tatsächlich durchschnittlich angefallenen Kosten abzusenkten, ins Gegenteil verkehrt werden.

Nach ausführlichen Beratungen haben die Vertragsparteien auf Bundesebene konsentiert, für das aG-DRG-System 2024 keine Sachkostenkorrektur durchzuführen. Technisch wurde dies dadurch umgesetzt, die für die Berechnung erforderlichen Werte „Berech60“ und „Korrekturwert“ auf die Höhe der Bezugsgröße zu setzen, sodass im Endeffekt bei der Berechnung der Bewertungsrelationen wieder einheitlich durch die Bezugsgröße dividiert wurde. Interessierte finden Details zur technischen Umsetzung der Sachkostenkorrektur in Kapitel 3.2.4.1 des Abschlussberichts für das Jahr 2023.

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 (Wert „Berech60“).

Umsetzung

Wie in Kapitel 3.2.4.1 bereits erläutert, wurde die Sachkostenkorrektur für das aG-DRG-System 2024 ausgesetzt, mithin der Wert „Berech60“ auf die Höhe der Bezugsgröße gesetzt. Dadurch kann auch keine gezielte Absenkung in der bislang konsentierten Vorgehensweise vorgenommen werden. In den Beratungen der Vertragsparteien auf Bundesebene wurde allerdings konsentiert, an der gezielten Absenkung festzuhalten. Da durch das Aussetzen der Sachkostenkorrektur kein Wert für die Umsetzung der gezielten Absenkung vorlag, haben die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbart, die Bewertungsrelationen der von der gezielten Absenkung betroffenen DRGs pauschal um 5% abzusenken („Vereinbarung zur Änderung und Anpassung der Vereinbarung gemäß § 17b Absatz 1 Satz 5 zweiter Halbsatz KHG i. V. m. § 9 Absatz 1c KHEntgG zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen vom 09.04.2020“). Die gezielte Absenkung soll nach der Vereinbarung vom 9. April 2020 Case-Mix-neutral erfolgen; entsprechend wurde das durch die gezielte Absenkung erzeugte Case-Mix-Volumen durch einheitliche Anhebung der Bewertungsrelationen aller übrigen DRGs (Multiplikation mit dem Faktor 1,00155) dem System wieder zugeführt. Damit ergab sich insgesamt – von unvermeidlichen Rundungsdifferenzen abgesehen – eine Case-Mix-neutrale Umsetzung der gezielten Absenkung.

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	<i>Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule oder mit äußerst schweren oder schweren CC ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, ohne bestimmten anderen Eingriff an der Wirbelsäule</i>
I10E	<i>Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff, mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als 1 Belegungstag, Alter < 18 Jahre oder mit bestimmtem anderen kleinen Eingriff ohne äußerst schwere oder schwere CC</i>
I10F	<i>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</i>
I10G	<i>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</i>
I10H	<i>Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne anderen kleinen Eingriff</i>
I47C	<i>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 Radiumkopfprothese, ohne Entf. Osteosynthesemat.</i>
I68D	<i>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</i>
I68E	<i>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</i>
I68F	<i>Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag oder Prellung am Oberschenkel</i>

Tabelle 7: DRGs mit gezielter Absenkung der Bewertungsrelationen; grün hinterlegt: DRGs mit gezielter Absenkung in Abhängigkeit von der Median-Fallzahl, Fallpauschalen-Katalog 2024

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

1. Bewertungsrelationen ohne gezielte Absenkung (Leistungserbringung bis einschließlich zur Median-Fallzahl)
2. Bewertungsrelationen mit gezielter Absenkung (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 FPV 2024 bei Versorgung durch Hauptabteilungen und Anlage 1e FPV 2024 bei Versorgung durch Belegabteilungen. Im Fallpauschalen-Katalog bei Versorgung durch Hauptabteilungen (Anlage 1a FPV 2024) bzw. bei Versorgung durch Belegabteilungen (Anlage 1b FPV 2024) sind die Bewertungsrelationen für die Leistungserbringung bis einschließlich der jeweiligen Median-Fallzahl eingetragen.

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. In der Anfangszeit der Pandemie resultierte daraus ein modifizierter zweistufiger Ansatz bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für 2022 (siehe Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems 2022). Auch im vergangenen Jahr wurden die Bewertungsrelationen für 2023 nicht in der „vorpandemisch etablierten Weise“ berechnet. Stattdessen kam erstmals ein sogenannter „gestufter Dämpfungsansatz“ zum Einsatz (siehe Skizze in Abbildung 4). Die modifizierte Vorgehensweise gestattete die aus vielerlei Gründen wünschenswerte Verwendung der damals aktuellsten Kosten- und Leistungsdaten des Datenjahres 2021 bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems.

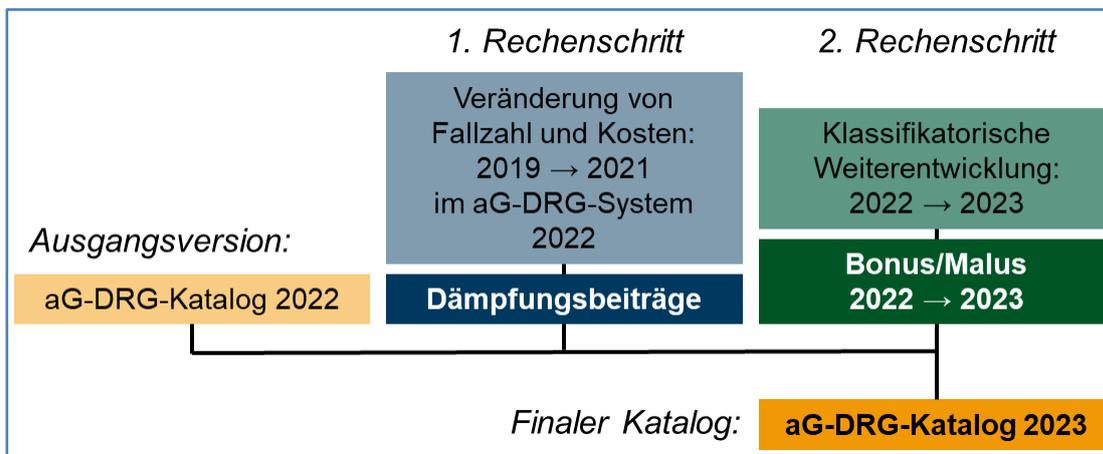


Abbildung 4: Skizze zum gestuften Dämpfungsansatz der Weiterentwicklung des aG-DRG-Katalogs 2023 im Vorjahr

In der diesjährigen Weiterentwicklung bildeten die Leistungs- und Kostendaten des Datenjahres 2022 die Grundlage für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems 2024. Analysen zeigten, dass sich an der letztjährigen Ausgangssituation wenig geändert hat: So lässt sich für das Gesamtjahr 2022 insgesamt ein leichter Fallzahlenanstieg in Höhe von 0,1% gegenüber dem Vorjahr verzeichnen. Auf Ebene der einzelnen DRGs zeigen sich davon abweichend in Teilen auch größere Veränderungen gegenüber dem Vorjahr. Die Kostendaten 2022 sind den Kostendaten 2021 insgesamt ähnlicher als den Kostendaten 2019. Bei DRGs mit einer von der durchschnittlichen Veränderung stark abweichenden Fallzahlveränderung zeigt sich daher auch in den aktuellen Kostendaten ein erheblicher verzerrender kalkulatorischer Einfluss der Fallzahlveränderung auf die Entwicklung der sogenannten „Restkosten“. Unverändert bleibt auch der Blick in die Zukunft: Die Fallzahlenentwicklung „nach Corona“ ist weiter ungewiss.

Daher bestand Konsens der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene darüber, in diesem Jahr am letztjährigen Dämpfungsansatz für den aG-DRG-Katalog und den Pfliegerlös-Katalog jeweils mit den gleichen Stufen und den gleichen Parametern festzuhalten. Die grundsätzliche Vorgehensweise bei der Katalogberechnung wurde deshalb unverändert aus dem Vorjahr übernommen. Detaillierte Informationen und Beispiele zum gestuften Dämpfungsansatz finden sich im letztjährigen Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems 2023, auf die hier nur verwiesen werden soll:

- Die Dämpfung bezog sich damit weiterhin auf die Fallzahlveränderung gegenüber dem letzten „Vor-Corona-Jahr“ 2019; d.h. bei der diesjährigen Berechnung des aG-DRG-Katalogs war die Veränderung der Fallzahl des Datenjahres 2022 gegenüber der Fallzahl im Datenjahr 2019 relevant (im Vorjahr: Fallzahl Datenjahr 2021 gegenüber Fallzahl Datenjahr 2019).
- Die Dämpfung wirkte erneut nur auf die sogenannte „Restkosten“-Komponente. Die Entwicklung bei den Sachkosten wurde damit bei der Berechnung des neuen aG-DRG-Katalogs vollständig berücksichtigt. Ein ausführliches Beispiel zur Zerlegung in Sachkosten- und „Restkosten“-Komponente findet sich im letztjährigen Abschlussbericht.
- Die notwendigen klassifikatorischen Weiterentwicklungen wurden umgesetzt. Wie im Vorjahr wurden dabei die separat ermittelten Dämpfungsbeiträge bei „Fallwanderung“ durch die „Bonus-Malus-Regelung“ berücksichtigt (siehe ausführliches Beispiel im Abschlussbericht 2023).

Der Bezugspunkt für die Dämpfung war wie im Vorjahr der aG-DRG-Katalog 2022 als aktuellster mit den Daten des Jahres 2019 entwickelter Katalog. Nur dort sind die benötigte Ermittlung der relevanten Fallzahlen (für die Jahre 2019 und 2022) und eine Zerlegung der Kosten und Relativgewichte in die Komponenten nach Sachkosten und „Restkosten“ bzgl. der Daten des Jahres 2019 möglich. Da die klassifikatorische Weiterentwicklung wie in der Vergangenheit jedoch auf dem aktuellsten aG-DRG-System, also auf dem aG-DRG-System 2023 aufsetzt, entstand die im Vergleich zum Vorjahr neue Situation, dass Dämpfung und klassifikatorische Weiterentwicklung auf unterschiedlichen aG-DRG-Systemen aufbauen. Um dem sachgerecht zu begegnen, „startete“ die diesjährige Weiterentwicklung in der Umsetzung formal mit dem aG-DRG-System 2022. Der „erste klassifikatorische Umbau“ war dann der Wechsel auf das aG-DRG-System 2023. Dadurch ergab sich genau ein inhaltlich bekannter „technischer“ Zwischenschritt mehr als im Vorjahr (siehe Abbildung 5). Die klassifikatorische Weiterentwicklung konnte so in etablierter Weise auf dem aktuellsten aG-DRG-System aufbauen.

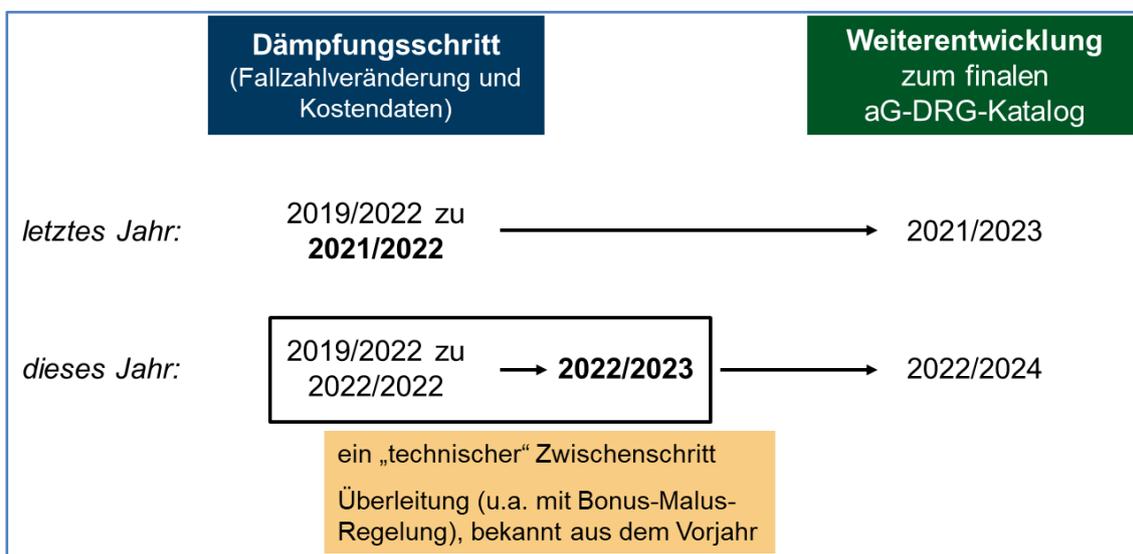


Abbildung 5: Schema für die diesjährige Weiterentwicklung

Die Umsetzung des Dämpfungsansatzes funktioniert im Ergebnis in der konsentierten Weise wie im Vorjahr. Aufgrund des gewählten Vorgehens konnten fast alle in den letzten Jahren entwickelten Routinen z.B. für die Plausibilisierung von Fällen und die Analyse der Kostendaten für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems auch in diesem Jahr gewinnbringend eingesetzt werden. Dadurch konnten wie im Vorjahr notwendige Anpassungen im aG-DRG-System bei „Kontrolle“ der in Teilen verzerrten „Restkosten“ mit einem hohen Maß an Transparenz umgesetzt werden.

Dass der gestufte Dämpfungsansatz in der dargestellten Weise umgesetzt werden konnte, war jedoch mit einem insgesamt höheren Aufwand verbunden. So musste z.B. die Bereinigung der Kalkulationsdaten in diesem Jahr deutlich früher erfolgen. Darüber hinaus mussten bei jedem Weiterentwicklungsschritt – über den gesamten Sommer hinweg – im Vergleich zum Vorjahr stets noch ein zusätzlicher Katalog und damit im Vergleich zur „vorpandemischen Zeit“ zwei zusätzliche Kataloge berechnet werden mit entsprechenden sehr langen Rechenzeiten: Insgesamt waren für jede Simulationsrechnung einer Weiterentwicklung des aG-DRG-Katalogs jeweils drei Kataloge zu kalkulieren (siehe Abbildung 6): 2022/2022 (aG-DRG-System 2022 mit neuen Kostendaten für die Dämpfung), 2022/2023 (aG-DRG-System 2023 mit neuen Kostendaten als Aus-

gangspunkt für die klassifikatorische Weiterentwicklung) und 2022/2024 (neues aG-DRG-System 2024 mit neuen Kostendaten).

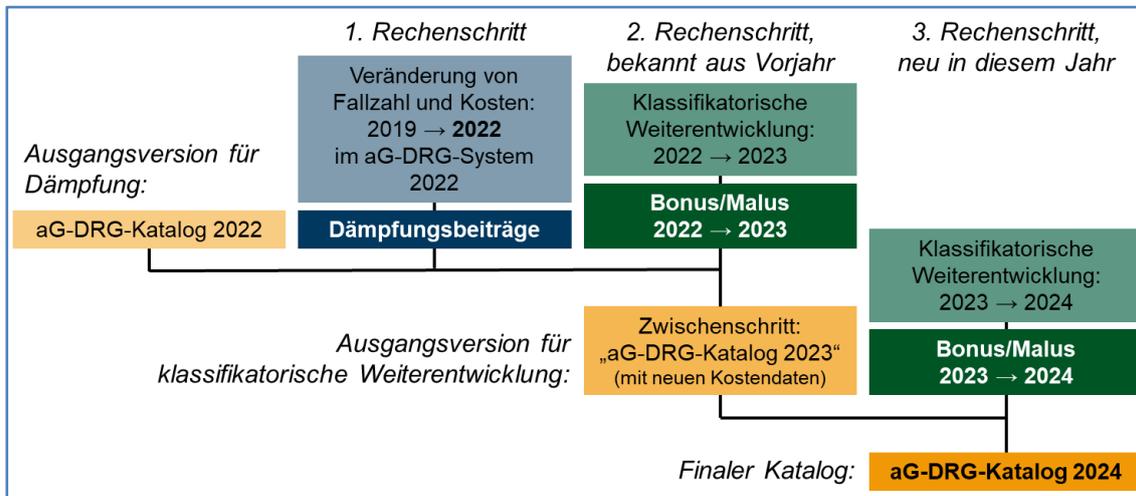


Abbildung 6: Skizze zum gestuften Dämpfungsansatz der diesjährigen Weiterentwicklung des aG-DRG-Katalogs 2024

Im Ergebnis wurde für den aG-DRG-Katalog 2024 bzgl. des Inlier-Relativgewichts der Hauptabteilung

- bei 379 DRGs (Vorjahr: 446 DRGs), die für ein Case-Mix-Volumen in Höhe von rund 5,4 Mio. (6,3 Mio.) Bewertungsrelationen stehen, ein Rückgang gedämpft,
- bei 291 DRGs (219 DRGs), die für ein Case-Mix-Volumen in Höhe von etwa 2,8 Mio. (2,4 Mio.) Bewertungsrelationen stehen, ein Anstieg gedämpft,
- bei 562 DRGs (567 DRGs), die für ein Case-Mix-Volumen in Höhe von gut 6,4 Mio. (6,2 Mio.) Bewertungsrelationen stehen, nicht gedämpft.

Die angegebenen Case-Mix-Volumina wurden mit dem aG-DRG-Katalog 2022 ermittelt, da dieser Katalog für die Dämpfung entscheidend ist.

Als Ausblick für das kommende Jahr ist anzumerken, dass der gestufte Dämpfungsansatz in dieser Form nur im letzten und in diesem Jahr für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Katalogs umgesetzt werden konnte. Für das kommende Jahr ist keine Anpassung oder Übertragung dieses Ansatzes mehr möglich, da der Abstand zwischen dem letzten „Vor-Corona-Jahr“ 2019 und dem dann vorliegenden Datenjahr 2023 zu groß ist.

Die Weiterentwicklung mit dem „technischen Zwischenschritt“ wurde auch auf die Berechnung des Pflegeerlös-Katalogs übertragen, sodass auch dieser wie im Vorjahr ebenfalls mit einem „gestuften Dämpfungsansatz“ ermittelt wurde (detaillierte Informationen zum gestuften Dämpfungsansatz bei der Berechnung des Pflegeerlös-Katalogs finden sich im letztjährigen Abschlussbericht).

3.2.6 Hybrid-DRGs

3.2.6.1 Klassifikatorische Abbildung

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat die Entwicklung einer speziellen sektorengleichen Vergütung (sog. Hybrid-DRG) beauftragt. Diese Vergütung soll unabhän-

gig davon abgerechnet werden, ob die entsprechende Leistung ambulant oder im Rahmen eines stationären Aufenthalts erbracht wird. Als Zielgröße wurde die Etablierung von etwa zehn möglichst aufwandshomogenen Fallpauschalen vorgegeben, die für die jeweiligen Leistungen ab dem 1. Januar 2024 gelten sollen.

Startkatalog

Als Grundlage für die Etablierung dieser Hybrid-DRGs diente ein von Seiten des BMG übermittelter Startkatalog, der insgesamt 34 Prozedurenkodes aus fünf verschiedenen Leistungsbereichen umfasste:

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

Für die im Startkatalog enthaltenen OPS-Kodes waren für die spezielle sektorengleiche Vergütung Fallpauschalen zu ermitteln. Problematisch ist an dieser Stelle, dass jedoch keine eindeutige Zuordnung einzelner OPS-Schlüssel zu DRGs im aG-DRG-System existiert. In Kombination mit anderen logischen „Bausteinen“ kann jede dieser Prozeduren in mehreren DRGs für die Eingruppierung und damit letztlich für die Vergütung relevant sein. Erschwerend kommt hinzu, dass aufgrund der Hierarchisierung der Fallpauschalen auch andere Diagnosen und Prozeduren des Falles in eine höher eingordnete DRG führen können, sodass eine bestimmte Prozedur bei der Eingruppierung letztlich gar nicht entscheidend ist.

Diese Problematik spiegelte auch eine erste Analyse der Prozeduren im „Startkatalog § 115f SGB V“ wider. Dabei ließen sich prinzipiell drei Konstellationen feststellen:

- Nur sehr wenige Einzelfälle haben in den relevanten DRGs ausschließlich eine Prozedur aus dem Startkatalog – als Einzeleingriff kommen die Prozeduren praktisch nicht vor
- Viele Fälle haben neben der Prozedur aus dem Startkatalog weitere vergütungsrelevante Prozeduren der DRG
- Die jeweiligen DRGs enthalten weitere Fälle, die keine Prozedur aus dem Startkatalog aufweisen, allerdings ähnliche, in Teilen sogar weniger schwierige Eingriffe haben, welche die bisherige Eingruppierung in dieselbe DRG rechtfertigten

Die zu etablierenden Hybrid-DRGs hatten zudem mehrere Bedingungen zu erfüllen. So war neben der Verwendung der Prozeduren aus dem Startkatalog (oder weiterer OPS-Kodes) eine Verweildauer von einem Tag – also ein Belegungstag vorgegeben. Darüber hinaus sollte der Patient keine schweren Komplikationen und/oder Komorbiditäten in Form einer höheren Erkrankungsschwere aufweisen, also einen PCCL < 3.

Für eine Operationalisierung war der übermittelte Startkatalog letztlich nicht ausreichend. So enthielt er beispielsweise im Leistungsbereich *Arthrodesen (Versteifung) der Zehengelenke* die in Abbildung 7 dargestellten Prozedurenkodes:

OPS-Kode 2022	Text 2022
5-808.b0	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Großzehengrundgelenk
5-808.b1	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Großzehenendgelenk
5-808.b2	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 1 Gelenk
5-808.b3	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 2 Gelenke
5-808.b4	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 3 Gelenke
5-808.b5	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 4 Gelenke

Abbildung 7: Prozedurenkodes aus dem Startkatalog – Leistungsbereich Arthrodese

Die wenigen zum Analysezeitpunkt vorliegenden Informationen zur Anwendung dieses Startkatalogs boten verschiedene Interpretationsmöglichkeiten, insbesondere da nicht genau definiert war, welche Fälle in der Hybrid-DRG ein- bzw. auszuschließen waren:

1. Fälle, die ausschließlich eine dieser Prozeduren und keine weiteren (operativen) Prozeduren aufweisen?
2. Alle Fälle, die mindestens eine dieser Prozeduren haben?
3. Was ist mit Fällen mit ähnlichen Eingriffen und insbesondere unspezifischen Kodierungen, z.B. „Sonstiger Eingriff am Zehengelenk“?

Die Beantwortung dieser Fragen ist letztlich maßgeblich dafür, wie viele Fälle zukünftig in die neue Hybrid-DRG eingruppiert werden. So weisen etwa 10.000 Fälle in den Daten des Jahres 2022 einen dieser OPS-Kode auf, davon etwa ein Viertel mit einer Verweildauer von einem Belegungstag. Bei rund 95% dieser Fälle sind jedoch auch weitere operative Eingriffe verschlüsselt, wie etwa Abtragung von Exostosen oder Weichteileingriffe.

Am Beispiel der Arthrosen in DRGs I20E/F	Arthrodese ist einziger Eingriff (mehr „draußen“)	Alle Fälle mit Arthrodese (mehr „drin“)	Weiterentwicklung: Ergänzen unspezifischer und ähnlicher Codes sowie weiterer Ausnahmen
Fallzahl Hybrid-DRG:	sehr klein	relevant, aber im Vergleich zur Gesamtfallzahl der DRGs auch klein	deutlich höhere Zahl von Fällen vergleichbarer Komplexität
„Robustheit“ in Bezug auf zukünftige Kodierung	Hinzukodieren einer weiteren, auch unspezifischen Prozedur → Fall nicht mehr in Hybrid-DRG	Hybrid-DRG nur zu vermeiden, wenn die Kodierung der Arthrodese zukünftig weggelassen wird	vergleichsweise „robuste“ Definition einer homogenen Fallmenge
„Gefahr“ der Abwertung komplexer Konstellationen in die Hybrid-DRG	sehr klein (möglich nur für komplexe Fälle, die keine weiteren OPS-Kodes aufweisen)	gegeben (gewisser „Schutz“ durch Hierarchie des DRG-Systems und Vorgaben zu Verweildauer und PCCL)	deutlich vermindert (durch Etablierung weiterer Ausnahmen (Diagnosen, Prozeduren, Beatmung > 0 etc.))

Abbildung 8: Mögliche Definitionen von Hybrid-DRGs – Leistungsbereich Arthrodese

Um eine geeignete Lösung der geschilderten Problematik etablieren zu können, musste die geforderte Definition der neu zu etablierenden Hybrid-DRGs aus den Prozeduren des Startkatalogs, der Verweildauer und dem PCCL noch um weitere Kriterien erweitert werden (siehe Abbildung 8). So wurden zunächst weitere, inhaltsähnliche oder unspezifische OPS-Kodes in die Definition der Hybrid-DRG aufgenommen.

Neben der Zusammenstellung geeigneter Definitionskriterien ist bei der Etablierung von Hybrid-DRGs ebenso wichtig festzulegen, welche Fälle eben nicht in jene neuen Fallpauschalen eingruppiert werden sollen. Daher wurden auch Ausnahmen für Konstellationen definiert, die einen stationären Aufenthalt zwingend erfordern bzw. eine ambulante Behandlung typischerweise ausschließen. Bei diesen Ausnahmen handelt es sich um verschiedene Diagnosen, wie bestimmte bösartige Neubildungen, intrakranielle Blutungen oder Infektionskrankheiten, bei deren Vorliegen eine stationäre Behandlung ange raten scheint. Auch Fälle mit gewissen aufwendigen Eingriffen, z.B. Knochentransplantationen oder die offene Reposition einer Mehrfragmentfraktur (im konkreten Beispiel des Leistungsbereichs „Arthrodesen“), sollten nicht in eine Hybrid-DRG eingruppiert werden (siehe Abbildung 9).

		STARTKATALOG
5-808.b0	Offen chirurgische Arthrodesen: Zehengelenk: Großzehengrundgelenk	aber nicht <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 5px;">Verweildauer > 1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 5px;">PCCL > 2</div>
5-808.b1	Offen chirurgische Arthrodesen: Zehengelenk: Großzehenendgelenk	
5-808.b2	Offen chirurgische Arthrodesen: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 1 Gelenk	
5-808.b3	Offen chirurgische Arthrodesen: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 2 Gelenke	
5-808.b4	Offen chirurgische Arthrodesen: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 3 Gelenke	
5-808.b5	Offen chirurgische Arthrodesen: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 4 Gelenke	
WEITERENTWICKLUNG		weitere Ausnahmen:
weitere eingeschlossene Codes, zum Beispiel:		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 5px;">Bestimmte aufwendige Diagnosen</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 5px;">Komplexere Eingriffe, spezifische Listen je nach Leistung, hier z.B. Arthroplastik, Mehrfragmentfraktur, Knochen-Tx</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 5px;">Weitere „Kontextfaktoren“</div>
5-788.00	Resektion (Exostose): Os metatarsale I	
5-788.06	Resektion (Exostose): Os metatarsale II bis V, 1 Os metatarsale	
5-788.40	Weichteilkorrektur: In Höhe des 1. Zehenstrahles	
5-788.x	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Sonstige	
5-788.y	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: N.n.bez.	
5-808.x	Offen chirurgische Arthrodesen: Sonstige	
5-808.y	Offen chirurgische Arthrodesen: N.n.bez.	

Abbildung 9: Weiterentwicklung – Leistungsbereich Arthrodesen an den Zehengelenken

Kontextfaktoren

Der in Abbildung 9 erwähnte Begriff der Kontextfaktoren wird im Bereich des ambulanten Operierens (AOP) für Kriterien verwendet, die gegen eine ambulante Erbringung von Leistungen sprechen können. Dabei handelt es sich beispielsweise um ICD- oder OPS-Kodes, die komplexere Fälle beschreiben: erhebliche Funktionseinschränkungen oder höhere Pflegegrade der Patienten, eine durchgeführte Beatmung, bestimmte beidseitige Operationen oder auch Kinder im Alter von unter einem Jahr.

Alle diese Kontextfaktoren wurden auf Grundlage der Daten 2022 umfassend analysiert. Als Ausnahme wurden neben der Beatmung auch die Diagnose- und Prozedurenkodes, die komplexere Fälle beschreiben, weitgehend übernommen und vielfach spezifisch für den jeweiligen Leistungsbereich weiter ergänzt. Auch beidseitige Eingriffe wurden nach Analyse beim Leistungsbereich Hernien nicht in jedem Fall, aber für besonders komplexe Fälle als Ausnahme übernommen. Das Alter dagegen wurde nicht als regelhafte Ausnahme übernommen, da aufgrund der Hierarchie des Entgeltsystems diese Fälle vielfach bereits an anderer Stelle im System zugeordnet sind und ohnehin nicht in Hybrid-DRGs eingruppiert werden würden. Auch das Kriterium „Erhebliche Funktionseinschränkungen“ oder „Höherer Pflegegrad“ wurde nicht in die Definition der Hybrid-DRGs aufgenommen. Zum einen wird beispielsweise der Barthel-Index nur von einem Teil der Leistungserbringer regelhaft kodiert, zum anderen war bei den analysierten Tagesfällen geringerer Fallschwere (in einem Entgeltsystem ohne Pflege) kein höherer Aufwand erkennbar.

Weiterentwicklung

Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung waren also die Vorgaben des Startkatalogs (bestimmte Prozedurenkodes, ein Belegungstag, nur leichter oder moderater patientenbezogener Gesamtschweregrad). Dabei ist jede Hybrid-DRG definiert durch ihre indikationsspezifische Prozedurenliste, bestehend aus Codes des Startkatalogs sowie sinnvollen Ergänzungen. Im genannten Beispiel der Arthrodesen wurden z.B. Prozeduren für die Resektion einer Exostose (Überbein) oder unspezifische Codes, wie *Offen chirurgische Arthrodesen: Sonstige* oder *Offen chirurgische Arthrodesen: nicht näher bezeichnet* ergänzt.

Auch die Ausnahmen für Fallkonstellationen, die nicht in eine Hybrid-DRG eingruppiert werden sollten, wurden erweitert. Neben einem hohen PCCL und einer längeren Verweildauer werden auch beatmete Fälle aus Hybrid-DRGs ausgeschlossen. Dies gilt ebenso für Patienten mit komplexen, ausschließlich stationär zu erbringenden Eingriffen. Im Falle der Arthrodesen werden z.B. Fälle mit Arthroplastiken, der Behandlung einer Mehrfragmentfraktur oder Knochentransplantationen nicht in eine Hybrid-DRG eingruppiert. Die Ausnahmebedingungen (Kontextfaktoren) sind teilweise individuell auf die jeweilige Hybrid-DRG zugeschnitten, andere wiederum sind für alle Hybrid-DRGs identisch. So schließt eine bösartige Neubildung einen Fall aus allen Hybrid-DRGs aus, ebenso wie das Vorliegen anderer komplexer Diagnosen. Auch werden Fälle mit bestimmten Infektionserkrankungen, mit Frakturen oder Blutungen nicht in eine Hybrid-DRG eingruppiert. Im Beispiel der Arthrodesen an den Zehengelenken wurden innerhalb der Basis-DRG I20 *Eingriffe am Fuß* zwei Hybrid-DRGs primär zur Abbildung der Arthrodesen etabliert (siehe Abbildung 10).

DRG vor Umbau	DRG nach Umbau	DRG Bezeichnung
I20E	I20E	Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritits oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre
	I20N	Hybrid-DRG der DRG I20E
I20F	I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe oder komplizierende Faktoren, Alter > 15 Jahre
	I20M	Hybrid-DRG der DRG I20F

Abbildung 10: Hybrid-DRGs – Leistungsbereich Arthrodesen an den Zehengelenken

Der ursprünglich nur sechs Prozeduren umfassende Startkatalog wurde letztlich aus den genannten Gründen auf 66 inhalts- und aufwandsähnliche Codes erweitert. Fälle mit hohem PCCL, Beatmung oder längerer Verweildauer sind ebenso ausgeschlossen wie solche mit einer komplexen Diagnose oder einem bestimmten zusätzlichen Eingriff.

Im Leistungsbereich der Hernieneingriffe wurden drei Hybrid-DRGs etabliert, die neben der Bedingung ihrer jeweiligen „Ausgangs-DRG“ über 48 Prozedurenkodes definiert sind, von denen wiederum 17 aus dem Startkatalog stammen. Eine individuelle Besonderheit in diesem Bereich ist jedoch, dass mitunter komplexere Operationen zur Anwendung kommen, die in der Regel einen stationären Aufenthalt erfordern. Aus diesem Grund sind beidseitige Hernieneingriffe, bei denen zusätzlich der Verschluss einer Nabelhernie durchgeführt wird, aus diesen DRGs ausgeschlossen.

Fazit

Für die fünf Indikationsgebiete Hernienoperationen, Entfernung von Harnleitersteinen, Ovariektomien, Arthrodesen der Zehengelenke und Exzision eines Sinus pilonidalis wurden insgesamt zwölf spezifische Hybrid-DRGs etabliert. Dabei wurden die eigentlichen

Vorgaben – Startkatalog, kurze Verweildauer und Ausschluss von hohem PCCL – geeignet erweitert. Neben der Ergänzung des indikationsspezifischen Startkatalogs lag ein besonderes Augenmerk auf dem Ausschluss nicht für eine ambulante Behandlung geeigneter Fälle.

Die genauen logischen Definitionen der Hybrid-DRGs können dem aG-DRG-Definitionshandbuch entnommen werden. Im Fallpauschalen-Katalog (Anlage 1 FPV 2024) sind die Hybrid-DRGs nicht enthalten, da anders als bei den dort aufgeführten DRGs keine Relativgewichte aus den Kosten der stationären Fälle ermittelt wurden. Hingegen zeigt Anlage 3c FPV 2024 die Pflegeerlös-Bewertungsrelationen der Hybrid-DRGs und bietet zudem einen guten Überblick über die für das Jahr 2024 etablierten Hybrid-DRGs (vgl. Abbildung 11).

Anlage 3c

DRG	Parti-tion	Bezeichnung
1	2	3
MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		
G09N	O	Hybrid-DRG der DRG G09Z
G24M	O	Hybrid-DRG der DRG G24C
G24N	O	Hybrid-DRG der DRG G24B
MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		
I20M	O	Hybrid-DRG der DRG I20F
I20N	O	Hybrid-DRG der DRG I20E
MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma		
J09N	O	Hybrid-DRG der DRG J09B
MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane		
L17N	O	Hybrid-DRG der DRG L17B
L20M	O	Hybrid-DRG der DRG L20C
L20N	O	Hybrid-DRG der DRG L20B
MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane		
N05N	O	Hybrid-DRG der DRG N05B
N07N	O	Hybrid-DRG der DRG N07A
N25N	O	Hybrid-DRG der DRG N25Z

Abbildung 11: Fallpauschalen-Katalog – Auszug Anlage 3c FPV 2024

Die zwölf etablierten Hybrid-DRGs für die fünf vorgegebenen Indikationen stellen einen „Einstieg in Hybrid-DRGs“ nach § 115f SGB V dar. Die spezifischen Definitionen gewährleisten ein homogenes Fallkollektiv in den neuen DRGs. Die Gefahr, dass auch komplexe Fälle in eine dieser DRGs eingruppiert werden, wird durch die Definition von logischen Ausnahmen minimiert.

3.2.6.2 Kalkulationsmodell zur Berechnung der Vergütung

Die Einführung der Hybrid-DRGs in die Vergütungssystematik von Krankenhausleistungen erfolgt mit Wirkung zum 1. Januar 2024 über die „Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V)“ des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Nach Rückfrage beim BMG soll die Nennung konkreter Fallzahlen und ihrer Erlöse der oben genannten Verordnung vorbehalten sein. Im Folgenden wird das der Verordnung zugrunde liegende Kalkulationsmodell daher an einem Beispiel dargestellt.

Wie zu Beginn des Abschnitts geschildert, setzt § 115f Abs. 1 Satz 2ff SGB V einige Rahmenvorgaben, die bei der Entwicklung eines Kalkulationsmodells für die spezielle

sektorengleiche Vergütung zu berücksichtigen waren. Die Berücksichtigung dieser gesetzlichen Rahmenvorgaben in dem nachfolgend beschriebenen Kalkulationsmodell erfolgte u.a. über eine gewichtete Mischkalkulation, mit der zum einen der aktuelle Ambulantisierungsgrad berücksichtigt und zum anderen dem gegenwärtigen Kosten- bzw. Erlösunterschied zwischen der stationären und der ambulanten Durchführung der jeweiligen Operationen Rechnung getragen wird. Die einzelnen Rechenkomponenten werden im Folgenden im Detail dargestellt.

Datenbasis

Zur Kalkulation der Entgelthöhe der Hybrid-DRGs wurden Daten zu Fällen und deren Kosten sowohl aus der stationären Leistungserbringung als auch aus der ambulanten Leistungserbringung berücksichtigt. Aus den Daten nach § 21 Abs. 1 KHEntgG und den Kostendaten der Kalkulationsstichprobe liegen dem InEK für das Datenjahr 2022 nur Daten für den stationären Krankenhausbereich vor. Die Daten für die ambulante Leistungserbringung stellten das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) und das BMG für die Kalkulation der Vergütung der Hybrid-DRGs zur Verfügung.

Die Fallzahlen und Kosten für die stationär im Krankenhaus erbrachten Leistungen wurden durch das InEK ermittelt. Die Datenbasis für die Kalkulation bildeten die Daten der Datenlieferung gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG und die Daten der Kostenkalkulation für das Datenjahr 2022. Ausgewertet wurden vollstationäre Fälle im Entgeltbereich „DRG“, die zukünftig in die genannten Hybrid-DRGs eingruppiert würden. Für die Kalkulation wurden die validen Fälle der Kalkulationsstichprobe und der §-21-Daten verwendet.

Das InBA stellte jeweils für die fünf genannten Entitäten Daten für die ambulant nicht im Krankenhaus erfolgte Leistungserbringung zur Verfügung. Dabei handelt es sich um aggregierte fallbezogene Abrechnungsdaten aller gesetzlich krankenversicherten Patienten (GKV-Versicherte) für die ersten drei Quartale 2021, die auf das Gesamtjahr hochgerechnet wurden. Die Daten enthalten je Leistungsbereich die Anzahl der Behandlungsfälle und die durchgeführten Prozeduren sowie die Quote der Anzahl der Versicherten zur Anzahl der unterschiedlichen OPS-Kodes. In Bezug auf die Vergütung wurden der durchschnittliche Leistungsbedarf und durchschnittliche – jedoch bundeslandbezogene sowie unvollständige – Sach- und Laborkosten übermittelt.

Vom BMG wurden für die fünf genannten Entitäten Fallzahlen für das „Ambulante Operieren im Krankenhaus“ nach § 115b SGB V bereitgestellt. Die Daten enthalten Informationen zur Anzahl der Fälle mit einer der relevanten Prozeduren aus dem AOP-Katalog im Datenjahr 2022, hochgerechnet auf alle gesetzlich krankenversicherten Patienten. Informationen zur Vergütung oder den Kosten lagen für den Bereich der ambulant im Krankenhaus erbrachten Leistungen nicht vor.

Da für die ambulante Versorgung Fallzahlen nur je Entität, aber nicht je Hybrid-DRG und nur für die gesetzliche Krankenversicherung vorlagen, war eine Aufteilung der ambulant versorgten Fälle auf die einzelnen Hybrid-DRGs und eine Hochrechnung auf alle Versicherten notwendig. Die Aufteilung und Hochrechnung erfolgte anhand der Informationen des stationären Bereichs mit den Daten nach § 21 Abs. 1 KHEntgG durch das InEK. Da für die ambulante Versorgung im Krankenhaus keine Informationen zur Vergütung oder den Kosten vorliegen, wurde der vom InBA übermittelte durchschnittliche Leistungsbedarf für die gesamte ambulante Versorgung verwendet.

Kalkulation der Vergütung der Hybrid-DRGs

Da aus der ambulanten Leistungserbringung keine vollständigen und genauen Informationen zu Sach- und Laborkosten vorliegen, wurden diese mit der Kalkulationsstichprobe der stationären Leistungserbringung ermittelt. Die Gesamtvergütung einer Hybrid-

DRG ergibt sich aus der Summe der so ermittelten Sach- und Laborkosten und einem „Mischpreis“ für die übrigen Kosten (ohne Pflege), der sich aus der stationären und ambulanten Leistungserbringung ergibt:

$$\text{Gesamtvergütung Hybrid-DRG} = \text{Sach- und Laborkosten} + \text{„Mischpreis“ der übrigen Kosten (ohne Pflege)}$$

Die Sach- und Laborkosten wurden aus der InEK-Kostenmatrix berechnet. Sie beinhalten Sachkosten für Arzneimittel (Kostenartengruppen 4a und 4b), für Implantate/Transplantate (Kostenartengruppe 5) und für den übrigen medizinischen Bedarf (Kostenartengruppen 6a, 6b und 6c) sowie die sonstigen Kosten der Kostenstellengruppe 10 (Laboratorien) in den Kostenartengruppen für Personal und Infrastruktur. Analysen zeigten, dass aus Gründen der Robustheit der Kalkulation und insbesondere zur Kontrolle statistischer Kostenausreißer der Median der genannten Sach- und Laborkosten gegenüber dem Durchschnittswert der Kosten zu bevorzugen ist. Gerade bei geringer Fallzahl können Ausreißer einen starken Einfluss auf den Mittelwert haben. Das nachfolgende Beispiel in Abbildung 12 illustriert die Ermittlung der Sach- und Laborkosten am Beispiel der DRG G24B für das Datenjahr 2023.

Summe Sach- und Laborkosten DRG G24B = 672,64 Euro	Personalkosten			Sachkosten						Personal-/ Sachkosten	
	Arztl. Dienst	Pflege-dienst	Med.-techn./ Funktionsdienst	Arzneimittel		Im-plantate	Übriger medizinischer Bedarf			Med. Infra-struktur	Nicht med. Infra-struktur
				Gemein-kosten	Einzel-kosten		Gemein-kosten	Einzel-kosten	Leistung Dritter		
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8
Normalstation				24,45	1,48	0,00	15,71	0,79	3,17		
Intensivstation				1,28	0,00	0,00	2,17	0,05	0,02		
OP-Bereich				10,11	1,27	227,64	143,72	133,25	2,34		
Anästhesie				14,22	0,08	0,00	46,23	0,99	1,84		
Kardiologische Diagnostik /Therapie				0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00		
Endoskopische Diagnostik / Therapie				0,06	0,00	0,00	1,06	0,07	0,00		
Radiologie				0,03	0,01	0,00	0,45	0,11	3,52		
Laboratorien	2,54	0,00	8,67	0,67	0,37	0,00	2,32	0,00	7,77	1,84	5,20
Diagnostische Bereiche				0,17	0,00	0,00	0,62	0,00	0,07		
Therapeutische Verfahren				0,01	0,00	0,00	0,10	0,00	0,27		
Patientenaufnahme				0,76	0,00	0,00	5,05	0,00	0,08		
Summe	2,54	0,00	8,67	51,76	3,21	227,64	217,44	135,26	19,08	1,84	5,20

Abbildung 12: Sach- und Laborkosten der DRG G24B in der InEK-Kostenmatrix, Quelle: aG-DRG-Report-Browser 2023, Datenjahr 2021, Daten nur zu Illustrationszwecken

Der „Mischpreis“ der übrigen Kosten (ohne Pflege) ergibt sich als mit dem Ambulantisierungsgrad α gewichteter Mittelwert dieser Kosten für stationär im Krankenhaus behandelte Fälle in der Kalkulationsstichprobe des InEK und dem durchschnittlichen gesamten Leistungsbedarf ohne Sach- und Laborkosten je ambulant nicht im Krankenhaus behandeltem Fall. Der „Mischpreis“ berücksichtigt damit sowohl den gegenwärtigen stationären als auch ambulanten Leistungsbedarf.

$$\begin{aligned} \text{„Mischpreis“ der übrigen Kosten (ohne Pflege)} &= (1 - \alpha) \times \text{Median der übrigen Kosten (ohne Pflege) im stationären Bereich} \\ &+ \alpha \times \text{Leistungsbedarf Gesamt ohne Sach- und Laborkosten im ambulanten Bereich} \end{aligned}$$

Der „Leistungsbedarf Gesamt ohne Sach- und Laborkosten“ für ambulant nicht im Krankenhaus durchgeführte Operationen wurde für die Kalkulation vom InBA ermittelt und an das InEK übermittelt. Die Kostenkomponente „übrige Kosten (ohne Pflege) im

stationären Bereich“ umfasst die Personalkosten für den ärztlichen Dienst (Kostenartengruppe 1), den Pflegedienst ohne die aus dem aG-DRG-System ausgegliederten Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen (Kostenartengruppe 2, nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten) und den medizinisch-technischen Dienst / Funktionsdienst (Kostenartengruppe 3) sowie die Personal- und Sachkosten der medizinischen Infrastruktur (Kostenartengruppe 7) und der nicht medizinischen Infrastruktur (Kostenartengruppe 8), jeweils abzüglich der Kosten der Kostenstellengruppe 10 (Laboratorien). Abbildung 13 illustriert die Ermittlung der übrigen Kosten (ohne Pflege) am Beispiel der DRG G24B für das Datenjahr 2021.

Summe übrige Kosten ohne Pflege DRG G24B = 2.524,47 Euro	Personalkosten			Sachkosten						Personal-/ Sachkosten	
	Ärztl. Dienst	Pflege- dienst	Med.- techn./ Funk- tionsdienst	Arzneimittel		Im- plan- tate	Übriger medizinischer Bedarf			Med. Infra- struktur	Nicht med. Infra- struktur
				Gemein- kosten	Einzel- kosten		Gemein- kosten	Einzel- kosten	Leistung Dritter		
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8
Normalstation	289,66		14,02							118,36	331,85
Intensivstation	7,65		0,1							2,71	7,99
OP-Bereich	343,38		315,80							169,49	211,52
Anästhesie	275,25		187,69							35,73	76,89
Kardiologische Diagnostik /Therapie	0,03		0,02								0,02
Endoskopische Diagnostik / Therapie	1,36		1,58							0,97	0,85
Radiologie	3,27		3,60							1,27	2,02
Laboratorien											
Diagnostische Bereiche	9,94	0,23	6,26							1,73	5,10
Therapeutische Verfahren	1,21	0,12	3,03							0,20	1,03
Patientenaufnahme	34,26	6,21	24,53							5,48	22,16
Summe	966,01	6,56	556,53							335,94	659,43

Abbildung 13: Übrige Kosten (nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten) der DRG G24B in der InEK-Kostenmatrix, Quelle: aG-DRG-Report-Browser 2023, Datenjahr 2021, Daten nur zu Illustrationszwecken

Der in die Mischpreiskalkulation der Hybrid-DRGs als Gewichtung eingehende Ambulantisierungsgrad α setzt jeweils Schätzungen für die Fallzahl im Jahr 2022 mit ambulant durchgeführten Operationen ins Verhältnis zu der Gesamtfallzahl der im stationären und ambulanten Bereich erbrachten Leistungen.

Ambulantisierungsgrad α

= Anzahl ambulanter Fälle / Gesamtfallzahl stationärer und ambulanter Bereich

Der Ambulantisierungsgrad α gibt den gegenwärtigen Anteil der ambulanten Fallzahl an der Gesamtfallzahl im stationären und ambulanten Bereich an. Er liegt für die fünf Entitäten aktuell zwischen rund 30% und rund 80%. Der Wert $(1 - \alpha)$ gibt den Grad der stationären Versorgung an.

Sowohl die vom InBA als auch vom BMG übermittelten Daten zur Anzahl ambulant durchgeführter Operationen liegen nur für die übergeordneten Entitäten und nur für die Gruppe der gesetzlich Krankenversicherten vor. Für eine Aufteilung dieser Daten wurde auf die Verteilung in den §-21-Daten des InEK zurückgegriffen. Die Hochrechnung des Anteils der GKV-Versicherten auf die „Gesamtfallzahl“ (inkl. PKV-Versicherten und sonstigen Patienten) erfolgte über den in den §-21-Daten ermittelten Anteil GKV-Versicherter.

Beispiel:

Für die Hybrid-DRG G24N *Hybrid-DRG der DRG G24B* ist der Median der übrigen Kosten (ohne Pflege) in der stationären Versorgung 2.107,07 € (siehe Tabelle 8) und für die ambulante Versorgung werde ein Leistungsbedarf Gesamt ohne Sach- und Laborkosten in Höhe von 681,27 € angenommen. Der Ambulantisierungsgrad betrage rund 41,8%. Der Grad der stationären Versorgung beträgt dann rund 58,2% (= 100% – 41,8%). Hieraus ergibt sich ein „Mischpreis“ für die Komponente der übrigen Kosten von 1.511,43 € (= (100% – 41,8%) x 2.107,07 € + 41,8% x 681,27 €). Der Median der Sach- und Laborkosten aus der InEK-Kostenmatrix beträgt 453,62 € (siehe Tabelle 8). Als Vergütung der Hybrid-DRG wird damit ein Betrag in Höhe von 1.965,05 € (= 1.511,43 € + 453,62 €) ermittelt.

Hybrid-DRG		Anzahl Fälle	Fallanteil je Entität	Übrige Kosten (ohne Pflege)	Sach- und Laborkosten
Bestimmte Hernienoperationen		98.735			
G09N	Hybrid-DRG der DRG G09Z	10.243	10%	2.183,04 €	498,19 €
G24N	Hybrid-DRG der DRG G24B	7.274	7%	2.107,07 €	453,62 €
G24M	Hybrid-DRG der DRG G24C	81.218	82%	1.792,14 €	327,25 €
Arthrodese		12.536			
I20N	Hybrid-DRG der DRG I20E	2.916	23%	1.785,50 €	389,97 €
I20M	Hybrid-DRG der DRG I20F	9.620	77%	1.653,44 €	257,20 €
Exzision eines Sinus pilonidalis		10.647			
J09N	Hybrid-DRG der DRG J09B	10.647	100%	1.218,80 €	170,25 €
Entfernung von Harnleitersteinen		32.388			
L17N	Hybrid-DRG der DRG L17B	5.733	18%	1.205,46 €	202,93 €
L20N	Hybrid-DRG der DRG L20B	15.130	47%	1.725,87 €	453,05 €
L20M	Hybrid-DRG der DRG L20C	11.525	36%	1.391,56 €	297,71 €
Ovariectomien		25.504			
N05N	Hybrid-DRG der DRG N05B	9.342	37%	1.905,15 €	365,63 €
N07N	Hybrid-DRG der DRG N07A	5.052	20%	2.002,55 €	352,80 €
N25N	Hybrid-DRG der DRG N25Z	11.110	44%	1.814,03 €	298,44 €

Tabelle 8: Fallzahlen und Mediankosten der Hybrid-DRGs in der InEK-Datenbasis für den Bereich der stationären Leistungserbringung, Datenjahr 2022

Normierung

Da die Fälle in Hybrid-DRGs nicht länger über die Fallpauschalen des aG-DRG-Systems finanziert werden, sind sie folgerichtig aus dem aG-DRG-System auszugliedern. Eine Bereinigung von Fällen geht einher mit der Bereinigung ihrer Kosten.

Im Rahmen der Diskussion zur Normierung des aG-DRG-Katalogs regte die Deutsche Krankenhausgesellschaft an, anstelle der Kosten die zukünftigen Erlöse der Fälle in Hybrid-DRGs zu bereinigen. Zur Unterstützung der Abstimmung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene hat das InEK den Unterschied zwischen den Kosten und Erlösen der bereinigten Fälle ermittelt: Die Kosten belaufen sich auf eine Summe in Höhe von 388 Mio. Euro. Wegen des „Mischpreiseffekts“ stehen ihnen Erlöse in Höhe von 281 Mio. Euro gegenüber. Der Unterschied zwischen Kosten und Erlösen beträgt in

Summe 107 Mio. Euro. Für eine Orientierung zeigt Tabelle 9 einen Vergleich der Summe der Mediane aus übrigen Kosten (ohne Pflege) und Sach- und Laborkosten in der stationären Leistungserbringung und der Erlöse der Hybrid-DRGs. Im Ergebnis haben sich die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene auf eine Vorgehensweise zur Normierung geeinigt (siehe Kapitel 3.3.1.6).

Hybrid-DRG		Summe Mediane aus übrigen Kosten (ohne Pflege) und Sach- und Laborkosten	Erlös gem. Hybrid-DRG-V	Erlös / Kosten
Bestimmte Hernienoperationen				
G09N	Hybrid-DRG der DRG G09Z	2.681,23	2.021,82	75,4%
G24N	Hybrid-DRG der DRG G24B	2.560,69	1.965,05	76,7%
G24M	Hybrid-DRG der DRG G24C	2.119,39	1.653,41	78,0%
Arthrodesen				
I20N	Hybrid-DRG der DRG I20E	2.175,47	1.072,95	49,3%
I20M	Hybrid-DRG der DRG I20F	1.910,64	909,25	47,6%
Exzision eines Sinus pilonidalis				
J09N	Hybrid-DRG der DRG J09B	1.389,05	1.038,17	74,7%
Entfernung von Harnleitersteinen				
L17N	Hybrid-DRG der DRG L17B	1.408,38	1.189,09	84,4%
L20N	Hybrid-DRG der DRG L20B	2.178,92	1.791,58	82,2%
L20M	Hybrid-DRG der DRG L20C	1.689,27	1.412,05	83,6%
Ovariectomien				
N05N	Hybrid-DRG der DRG N05B	2.270,78	1.554,58	68,5%
N07N	Hybrid-DRG der DRG N07A	2.355,35	1.587,73	67,4%
N25N	Hybrid-DRG der DRG N25Z	2.112,47	1.458,20	69,0%

Tabelle 9: Vergleich der Summe der Mediane aus übrigen Kosten (ohne Pflege) und Sach- und Laborkosten in der stationären Leistungserbringung mit den Erlösen der Hybrid-DRGs

Fazit

In die Einführung der Hybrid-DRGs waren viele für das InEK neue Ansprechpartner sowohl auf Seiten des BMG als auch auf Seiten des InBA involviert. Über den gesamten Sommer hinweg waren zahlreiche Arbeitsgruppensitzungen in den Prozess der Weiterentwicklung des Entgeltsystems zu integrieren. Die Entwicklung der Hybrid-DRGs mit der klassifikatorischen Abbildung und dem Kalkulationsmodell zur Berechnung der Vergütung hat in diesem Jahr bei allen Beteiligten enorme Ressourcen beansprucht. Wir danken dem InBA und dem BMG für die konstruktive Zusammenarbeit und die Bereitstellung der Daten für die Kalkulation. Die finale Regelung zur Vergütung von Hybrid-DRGs findet sich in der entsprechenden Rechtsverordnung (Hybrid-DRG-V).¹

¹ Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieses Berichts liegt die finale Fassung der Hybrid-V noch nicht vor. Nach Bekanntgabe der Hybrid-V finden Sie diese auf der [Internetseite des InEK](#).

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 Intensiveinheiten sowie
- Informationen über die Leistungsdokumentation bei intensivmedizinischer Betreuung (insbesondere Aufenthaltsdauer, TISS/SAPS-Score, Kosten).

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

Die Auswirkungen der Corona-Pandemie führten weiterhin zu kostenrechnerischen Effekten, sodass auch mit dem Datenjahr 2022 keine routinemäßige Weiterentwicklung des Entgeltsystems durchgeführt werden konnte. Die Schwerpunktverlagerung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen wurde im Hinblick auf die grundsätzliche Fortführung der gestuften Dämpfung bei der Weiterentwicklung ebenfalls beibehalten. Um die Datenqualität der Daten 2022 im Vergleich zu den Daten 2021 besser einschätzen zu können, wurden die im vergangenen Jahr durchgeführten Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen auf Ebene aggregierter Kostenblöcke unverändert übernommen.

Die Auswirkungen der Corona-Pandemie zeigten sich in den fallbezogenen Datensätzen insbesondere durch einen (teilweise 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 2022 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 lagen die Einkaufsmengen der Produkte aufgrund der bestehenden Hygienevorgaben in den einzelnen Einrichtungen teilweise unverändert hoch. In Summe nahmen die Kostensteigerungen im Zeitverlauf unterschiedliche Dimensionen an und geben je nach krankenhausindividueller 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 bei der Kostenträgerrechnung weiterhin erhöhte Kostensätze. Veränderungen der Personalkosten auf der aggregierten Ebene waren typischerweise von krankenhausindividuellen 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 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.

Im Bereich der Sachkosten (Kosten der nicht medizinischen Infrastruktur) wurden im Einzelfall auch erste Auswirkungen der im Jahr 2022 angestiegenen Energiepreise identifiziert. Diese Erhöhungen der Infrastrukturkosten wurden bei der Plausibilisierung der Kostendatensätze entsprechend berücksichtigt.

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 höheren 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 2021 und 2022 nochmals leicht 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 – „Inflationsausgleich“)
- Buchungstechnische Veränderungen insbesondere im Hinblick auf die Vorbereitungen zur Vereinbarung eines Pflegebudgets gem. § 6a KHEntgG
- Geänderte Berücksichtigung von Überliegerfällen (vollständige versus unvollständige Kosten bei Überliegerfällen)
- Sonstige Einflussfaktoren

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

Nach den Darlegungen der Kalkulationskrankenhäuser resultierten die beobachteten Anstiege der Pflegepersonalkosten im Wesentlichen aus einem Anstieg der Beschäftigtenzahlen (inkl. eines verstärkten Einsatzes 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 zum Vorjahr wurde zur Plausibilisierung der Kostendaten die Ursache hinterfragt. Typischerweise lagen strukturelle Unterschiede in Verbindung mit einem Auf- oder Abbau von Betten in bettenführenden

Aufnahmestationen vor. Die von den Krankenhäusern bereitgestellten Informationen zum Umfang der Pflegepersonalkosten in bettenführenden Aufnahmestationen wurden für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf der Fallebene verwendet.

Prüfungen auf Fallebene

Die fallbezogenen Plausibilitätsprüfungen konzentrierten sich auf die Konsistenz zwischen der medizinischen Dokumentation und dem kostenrechnerischen (ökonomischen) Kalkulationsergebnis. Bei der diesjährigen Aktualisierung wurden die Plausibilitätsprüfungen in den für die Weiterentwicklung relevanten Bereichen in Ausmaß und Sensibilität angepasst. Tendenziell wurde die Anzahl der Prüfungen etwas reduziert, indem Prüfungen mit ähnlichem Prüfgegenstand zusammengeführt wurden.

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

Die von den Kalkulationskrankenhäusern je Intensivaufenthalt übermittelten gewichteten und ungewichteten Intensivstunden sowie die Angaben zu den einzelnen Intensivstationen in den Informationen zur Kalkulationsgrundlage wurden zu Plausibilitätsprüfungen herangezogen. Dabei wurden die Kostensätze des Ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes sowie die verwendeten Gewichtungsfaktoren selbst in den Fokus der Prüfungen gerückt. Bei der Kostenzuordnung auf den Intensivstationen wurde auch analysiert, ob die Gesamtsumme der zugeordneten Personalkosten auf Ebene des einzelnen Behandlungsfalls 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 2022 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 Aus-

wirkungen 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 beinhaltete auch die Prüfung von Konstellationen, bei denen eine unvollständige Kodierung zu einer anderen Eingruppierung eines Falles führen würde wie z.B. bei der Kodierung 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 konnten auch Rückmeldungen der Krankenhäuser zu einzelnen Prüfungen in dem Sinne berücksichtigt werden, dass bestimmte Fallkonstellationen aus Prüfungen ausgenommen wurden und zukünftig nicht mehr zu einer Hinweis- oder Fehlermeldung führen. Grundsätzlich bestand bei allen Prüfungen unverändert die Möglichkeit für die Krankenhäuser, die Korrektheit der Kodierung zu erläutern bzw. falls notwendig eine Korrektur des Falles vorzunehmen.

3.3.1.2 Bewertungsrelationen für Belegversorgung

Die Berechnung der Bewertungsrelationen für die DRGs mit belegärztlicher Versorgung sowie die normativ-analytische Ableitung bei nicht eigenständig kalkulierten DRGs wurde im Vergleich zu den Vorjahren unverändert durchgeführt. Die Berechnung von Bewertungsrelationen erfolgte entsprechend der in Kapitel 3.2.5 vorgestellten Vorgehensweise der 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 2022 weiter zurück. In der Kalkulationsstichprobe konnte die Fallzahl zwar auf Vorjahresniveau gehalten werden, wegen der geänderten Verteilung der Kalkulationsdatensätze auf die unterschiedlichen Leistungsbereiche konnten jedoch im Ergebnis weniger DRGs für die Versorgung in Belegabteilungen eigenständig kalkuliert werden. Für die diesjährige Kalkulation standen 34.479 plausible Datensätze zur Verfügung, auf deren Basis 36 DRGs eigenständig kalkuliert werden konnten (acht DRGs weniger als im Vorjahr). Eine Aufstellung dieser DRGs befindet sich im Anhang (siehe Tabelle A-2). Wird die Gesamtheit der gelieferten Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG betrachtet, repräsentieren diese DRGs gut 45% aller abrechenbaren Belegfälle in Deutschland. Die Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung (Spalte 4, Teil b des Fallpauschalen-Katalogs) liegen bei den eigenständig kalkulierten DRGs im Mittel 37,4% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tabelle 10).

Differenz Bewertungsrelation	DRGs kalkuliert	DRGs abgeleitet
Bis 10%	0	28
Über 10% bis 20%	0	367
Über 20% bis 30%	9	261
Über 30% bis 40%	11	4
Über 40% bis 50%	12	0
Über 50%	4	0
Mittelwert (ungew.)	37,4%	18,8%

Tabelle 10: Verteilung der Differenz der Bewertungsrelation Belegabteilung zur Bewertungsrelation Hauptabteilung, Datenjahr 2022

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

Eine Besonderheit ergab sich bei der Kalkulation der DRG F39B *Unterbindung und Stripping von Venen [...]*, für die in der Kalkulationsstichprobe bei belegärztlicher Leis-

tungserbringung ausschließlich Fälle mit einer Verweildauer von einem Belegungstag vorlagen. Entsprechend wurden für diese DRG die Bewertungsrelationen für die Inlier, für den Zuschlag bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer sowie für den Verlegungsabschlag abgeleitet und der Abschlag für die Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer (implizite Ein-Belegungstag-DRG) auf Basis der Kalkulationsdaten berechnet.

Normativ-analytische Ableitung

Die Methodik der normativ-analytischen Ableitung wurde unverändert beibehalten. Auf Basis der Verweildauer-Strukturanalyse wurde bei 354 DRGs zusätzlich zum Abzug der Arztkosten ein Zu- bzw. Abschlag der verweildauerabhängigen Module vorgenommen (104 DRGs mit Zuschlag, 250 DRGs mit Abschlag). Dadurch wurden die Bewertungsrelationen für belegärztliche Versorgung den mittleren Verweildauern der Belegfälle in den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG angepasst. Die Bewertungsrelationen bei den abgeleiteten DRGs liegen im Ergebnis durchschnittlich 18,8% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tabelle 10). Bei 44% der DRGs wurden lediglich die Arztkosten abgezogen, ohne dass weitere Anpassungen vorgenommen wurden (siehe Tabelle 11). 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 171 Mal abgesenkt und 45 Mal angehoben. Die untere Grenzverweildauer (UGV) wurde im Vergleich zur Hauptabteilung 30 Mal abgesenkt und 12 Mal angehoben.

Verfahren	Anzahl DRGs
Zu- und Abschläge durch VWD-Anpassung	354
Nur Abzug Arztkosten	306
Eigenständig kalkulierte DRGs	36
Gesamt	696

Tabelle 11: Überblick Kalkulationsmethodik der DRGs bei belegärztlicher Versorgung, Datenjahr 2022

Für 540 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 29 DRGs reduziert (Vorjahr: 725 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 2022 wies die Beschaffenheit der Datenmenge für die DRGs A90A *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung* und A90B *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung* unverändert eine Verletzung der Kalkulationsbedingungen sowie eine mangelnde Kostendifferenz zwischen den DRG-Fallpauschalen auf, sodass die beiden Fallpauschalen nicht bewertet werden konnten. Die teilstationären geriatrischen Fallpauschalen werden unverändert als unbewertete DRG in Anlage 3b der FPV 2024 ausgewiesen.

Niereninsuffizienz, teilstationär

Die teilstationären DRGs der Basis-DRG L90 *Niereninsuffizienz, teilstationär* wurden inhaltlich unverändert aus dem Vorjahr übernommen. Die Fallpauschale für teilstationäre Dialyse bei Kindern (L90A) konnte aufgrund der geringen Anzahl an Kalkulationsdatensätzen nicht bewertet werden; diese DRG verbleibt in Anlage 3b FPV 2024. 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 1.674 Kalkulationsdatensätze zur DRG L90B und 107.709 Kalkulationsdatensätze zur DRG L90C in Tabelle 12 in modularer Struktur dargestellt. In Tabelle 13 und Tabelle 14 werden die häufigsten Hauptdiagnosen und in Tabelle 15 und Tabelle 16 die häufigsten Prozeduren abgebildet.

Teilstationäre Leistungen bei Kindern

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

Die Analysen der Fälle der teilstationären DRGs zeigten im Datenjahr 2022 allerdings erhebliche Kostenunterschiede, auch zwischen den leistungserbringenden Krankenhäusern. Aufgrund dieser uneinheitlichen Datenlage war eine Bewertung der DRGs der MDC 25 für 2024 nicht möglich (siehe auch Kapitel 3.3.2.26).

Bezeichnung	Kostenarten- gruppe	Kosten (€) L90B	Kosten (€) L90C
Ärztlicher Dienst	1	50,53	39,32
Funktions-/Medizinisch-technischer Dienst	3	3,56	7,38
Arzneimittel	4a	9,83	11,29
Arzneimittel Einzelkosten	4b	0,83	3,30
Implantate/Transplantate	5	–	0,02
Übriger med. Bedarf	6a	31,14	39,41
Übriger med. Bedarf Einzelkosten	6b	37,52	7,13
Sachkosten für von Dritten bezogene med. Behandlungsleistungen	6c	1,86	16,02
Med. Infrastruktur	7	28,44	22,65
Nicht med. Infrastruktur	8	74,03	56,66
Gesamt		237,74	203,18

Tabelle 12: Mittlere Kosten der teilstationären DRGs L90B Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse und L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Datenjahr 2022

Kode	Hauptdiagnose	Fälle
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	37
Z49.1	Extrakorporale Dialyse	32

Tabelle 13: Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90B, Datenjahr 2022

Kode	Hauptdiagnose	Fälle
Z49.1	Extrakorporale Dialyse	3.457
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	1.698

Tabelle 14: Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90C, Datenjahr 2022

Kode	Prozeduren	Anzahl
8-857.0	Peritonealdialyse: Intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	1.530
8-855.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	81

Tabelle 15: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90B, Datenjahr 2022

Kode	Prozeduren	Anzahl
8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	54.798
8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	39.835
8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	4.668

Tabelle 16: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90C, Datenjahr 2022

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 aG-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 aG-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 führte in der Konsequenz systemweit zu einem Anstieg des PCCL-Niveaus.

Vorgehensweise der Überarbeitung

Grundsätzlich sind unterschiedliche Herangehensweisen zur Analyse der CCL-Matrix möglich. Zum einen können Diagnosen oder Diagnosegruppen überwiegend systemweit auf- bzw. abgewertet werden. Zum anderen kann die Anpassung der CCL-Werte bestimmter Diagnosen in bestimmten Basis-DRGs individuell erfolgen. Der Fokus lag in diesem Jahr – wie in den letzten Jahren – vor allem auf Diagnosen mit signifikantem Fallzahlwachstum sowie Diagnosen mit großer Häufigkeit oder Bedeutung für das Gesamtsystem. Nach der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten für die „Pflege am Bett“ für das aG-DRG-System 2020 und nach einjähriger „Corona-Pause“ mit nur sehr geringem Umfang der Anpassungen konnte für 2023 der Prozess der Weiterentwicklung der CCL-Matrix fortgesetzt werden.

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

Im Datenjahr 2022 zeigte sich, nach einem deutlichen Anstieg in der Anzahl an Nebendiagnosen je Fall (siehe Abbildung 14) in den letzten beiden Jahren, eine Stabilisierung der Fallzahl und der Anzahl der Nebendiagnosen. Der starke Anstieg der Anzahl der Nebendiagnosen je Fall ist im Jahr 2021 im Wesentlichen auf Kodierungen mit Bezug zur Corona-Pandemie zurückzuführen.

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.

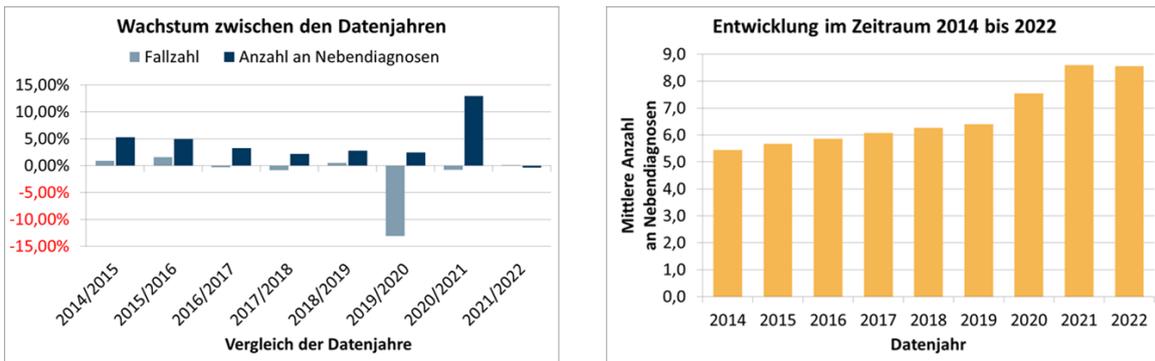


Abbildung 14: Vergleich des Wachstums von Fallzahl und Anzahl an Nebendiagnosen zwischen den Datenjahren (links) sowie Entwicklung der mittleren Anzahl an Nebendiagnosen je Fall (rechts) für die Datenjahre 2014 bis 2022, valide vollstationäre Fälle der §-21-Daten 2014 bis 2022

Bei internen Analysen wurden somit viele Diagnosen hinsichtlich ihrer Abbildung in der CCL-Matrix untersucht. Diese Analysen auf Basis des Datenjahres 2022 führten zur Anpassung der Werte bestimmter Diagnosen innerhalb mehrerer Basis-DRGs. In Abbildung 15 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	für 2024
DRG-spezifische Abwertungen in 1-2 Basis-DRGs	938	553	726	467	635	197	691	345
DRG-spezifische Abwertungen in 3-9 Basis-DRGs	435	50	514	46	639	4	401	28
DRG-spezifische Abwertungen in 10-29 Basis-DRGs	2	16	208	7	436	4	61	23
DRG-spezifische Abwertungen >29 Basis-DRGs	107	171	16	78	227	1	68	135
Abwertungen aus dem Vorschlagsverfahren	24	18	22	0	2	0	9	2
Aufwertungen aus dem Vorschlagsverfahren	3	1	0	0	0	0	5	1
Weitere Aufwertungen	10	11	0	0	5	1	11	38
Neu aufgenommene Codes	42	7	1	1	27	0	2	5
Gesamt (beinhaltet Doppelnennungen)	1.521	827	1.487	599	1.971	207	1.248	577

Abbildung 15: Anzahl der Diagnosen mit verändertem CC-Level in der CCL-Matrix für 2017 bis 2024 (beinhaltet Doppelnennungen)

Im Ergebnis wurden in diesem Jahr weniger Anpassungen in der CCL-Matrix vorgenommen als im Vorjahr. Besonders erwähnenswert ist die große Anzahl an Aufwertungen und Neuaufnahmen, die für das aG-DRG-System 2024 umgesetzt werden konnten. (siehe Abbildung 15). Einen Überblick über die Anzahl der geänderten Diagnosen für die Jahre 2011 bis 2024 zeigt Abbildung 16.

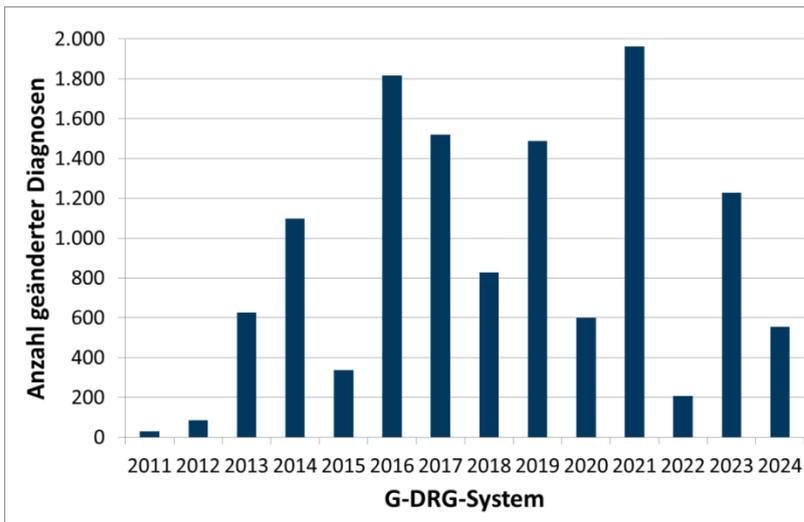


Abbildung 16: Anzahl geänderter Diagnosen für 2011 bis 2024

Vorschlagsverfahren

Die Beteiligung im Vorschlagsverfahren zu Anpassungen der CCL-Matrix lag in diesem Jahr unter dem Niveau des Vorjahres. 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.

Der Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Bewertung der Diagnose für chronisches Müdigkeitssyndrom im Zusammenhang mit Long-/Post-COVID führte beispielsweise zu einer Neuaufnahme der Diagnose *Chronisches Fatigue-Syndrom [Chronic fatigue syndrome]* (ICD G93.3) in drei Basis-DRGs.

Zudem wurde erneut ein Vorschlag zur Analyse der Bewertung der Diagnosen für die chronische Virushepatitis B eingereicht. Nach der systemweiten Neuaufnahme der gastroenterologischen Diagnose *Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 3* (ICD B18.13) im vergangenen Jahr erfolgte nun eine systemweite Angleichung an die Diagnosen *Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 2* (ICD B18.12) und *Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase nicht näher bezeichnet* (ICD B18.19) und somit eine deutliche Aufwertung.

Weitere Neubewertungen

Darüber hinaus konnten Basis-DRG-spezifische Neuaufnahmen folgender Diagnose-Kodes in die CCL-Matrix vorgenommen werden (siehe Abbildung 17).

ICD	Bezeichnung
C43.0	<i>Bösartiges Melanom der Lippe</i>
K86.84	<i>Pankreatoduodenale Fistel</i>
M30.3	<i>Mukokutanes Lymphknotensyndrom [Kawasaki-Krankheit]</i>
N80.5	<i>Endometriose des Darmes</i>

Abbildung 17: Basis-DRG-spezifische Neuaufnahmen von Diagnose-Kodes in die CCL-Matrix

Weiterhin wurden in diesem Jahr zahlreiche grundsätzliche Neubewertungen vorgenommen. Durch spezifische, Basis-DRG-bezogene Analysen konnten Diagnosen auf- und abgewertet werden, sodass die Fälle sachgerecht neu gruppiert werden konnten. Nachfolgend sind einige Beispiele für punktuelle Neubewertungen von Diagnosen aufgeführt:

- Aufwertung der Diagnose Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet (ICD D69.58) in 22 Basis-DRGs sowie Abwertung in 110 Basis-DRGs
 - in Verbindung damit Aufwertung der Diagnose *Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, als transfusionsrefraktär bezeichnet* (ICD D69.57) in 15 Basis-DRGs
- Neubewertung der Diagnose COVID-19, Virus nachgewiesen (ICD U07.1) durch Abwertung in 20 Basis-DRGs und Aufwertung in 11 Basis-DRGs
- Aufwertung der Diagnose Akute Blutungsanämie (ICD D62) in 3 Basis-DRGs und Abwertung in 19 Basis-DRGs

Neben den Neuaufnahmen und Neubewertungen einiger Codes wurden auch Streichungen von Diagnosen aus der CCL-Matrix vorgenommen, da sie den Mehraufwand nicht mehr begründen. Dies erwies sich bei den in Abbildung 18 dargestellten Diagnosen als sachgerecht.

ICD	Bezeichnung
C79.9	<i>Sekundäre bösartige Neubildung nicht näher bezeichneter Lokalisation</i>
E64.9	<i>Folgen eines nicht näher bezeichneten alimentären Mangelzustandes</i>
E66.96	<i>Adipositas, nicht näher bezeichnet: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter, Body-Mass-Index [BMI] von 40 bis unter 50</i>
L89.19	<i>Dekubitus, Stadium 2: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen</i>
M48.45	<i>Ermüdungsbruch eines Wirbels: Thorakolumbalbereich</i>
B95.8	<i>Nicht näher bezeichnete Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind</i>
N18.1	<i>Chronische Nierenkrankheit, Stadium 1</i>
R57.9	<i>Schock, nicht näher bezeichnet</i>

Abbildung 18: Streichung von Diagnosen aus der CCL-Matrix

Fazit der Überarbeitung der CCL-Matrix

Im Vergleich zum vergangenen Jahr lag der diesjährige Fokus auf systemweiten Analysen und daraus resultierenden punktuellen Anpassungen in vielen Basis-DRGs. Im Ergebnis wurden in diesem Jahr weniger Anpassungen in der CCL-Matrix vorgenommen als im Vorjahr. Besonders erwähnenswert ist die große Anzahl an Aufwertungen, die in Summe eine größere Anzahl darstellen als die Aufwertungen der letzten Jahre. Zudem konnten, neben einigen Basis-DRG-spezifischen Neubewertungen, fünf ICD-Codes, inklusive der Berücksichtigung aus dem Vorschlagsverfahren, neu in die CCL-Matrix aufgenommen werden.

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 1.296 DRGs wie in Tabelle 17 dargestellt verteilen (siehe auch Tabellen A-4-1 bis A-4-3 im Anhang).

Kalkulationsbasis	Anzahl DRGs	Anteil DRGs (in %)
Nicht verlegte Fälle	225	17,4
Nicht verlegte und zusätzlich aufnahmeverlegte Fälle	179	13,8
Nicht verlegte und zusätzlich entlassverlegte Fälle	226	17,6
Alle Fälle (nicht verlegte und zusätzlich aufnahme- oder entlassverlegte Fälle)	611	47,1
DRGs ohne Bewertung (Anlage 3a und 3b)	55	4,2
Gesamt	1.296	100,0

Tabelle 17: Überblick über die Berücksichtigung der Verlegungsarten im aG-DRG-System 2024

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 88,5 Tagen (Fallpauschalen-Katalog 2024) 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 Kodes (von 2021 auf 2022) ist diese unter Umständen nicht gegeben, da für Überlieger (die noch mit undifferenzierten Kodes aus 2021 verschlüsselt sind) keine Information darüber verfügbar ist, mit welchem der inzwischen verfügbaren differenzierten Kodes der Fall im Jahr 2022 verschlüsselt würde.

Ein Beispiel hierfür ist der Code 5-310.2 *Larynxverengende Eingriffe: Thyroplastik*. Mit dem OPS Version 2022 wurde der Code weiter differenziert:

- 5-310.20 *Larynxverengende Eingriffe: Thyroplastik: Mit autogenem Gewebe*
- 5-310.21 *Larynxverengende Eingriffe: Thyroplastik: Mit sekundär adjustierbarem alloplastischen Implantat*
- 5-310.x *Larynxverengende Eingriffe: Thyroplastik: Sonstige*

Wenn auf Grundlage neu ausdifferenzierter Kodes z.B. eine neue DRG definiert wurde und daher Fälle, die 2021 mit dem gleichen Code verschlüsselt wurden, 2022 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 Kodes aus 2021 in der Kalkulationsmenge verbleiben, beispielsweise wenn sich die DRG durch eine sehr kleine Fallzahl auszeichnet 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 2023 ergab sich auf Basis der Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG für das Datenjahr 2022 eine Summe effektiver Bewertungsrelationen von 14.598.171. Fälle, für die im Jahr 2024 eine spezielle sektorengleiche Vergütung nach § 115f SGB V (sog. Hybrid-DRG) abgerechnet werden kann, wurden bei der Berechnung des nationalen Case-Mix-Volumens nicht berücksichtigt. Unter Verwendung identischer Daten ergab sich für den aG-DRG-Katalog 2024 nach Umsetzung der Sachkostenvereinbarung und der Vereinbarung zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen (siehe Kapitel 3.2.3) eine Summe effektiver Bewertungsrelationen von 14.587.642. Die für die Normierung des aG-DRG-Katalogs 2024 erforderliche Bezugs-

größe beträgt damit 4.097,14 €. Die Differenz der effektiven Bewertungsrelationen von –10.529 Case-Mix-Punkten beruht im Wesentlichen auf der erstmaligen Kostenbereinigung für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Zusatzentgelte. Dabei entfallen rund 72% auf die Bereinigung von zwei Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB).

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben in mehreren Sitzungen beraten, inwieweit technische Effekte einen Einfluss auf die Normierung des aG-DRG-Systems 2024 haben, insbesondere

- die Herausnahme der Fälle, für die im Jahr 2024 eine spezielle sektorengleiche Vergütung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRGs) abgerechnet wird,
- die unveränderte Anwendung des Bereinigungsverfahrens für eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, die sich durch hohe Kosten und eine sehr geringe Fallzahl auszeichnet, sowie
- die Veränderung der Gesamtsumme der Pflegepersonalkosten in der Kalkulationsstichprobe in Abgrenzung zum Pflegeerlös-Budget.

Die Nichtberücksichtigung der Hybrid-DRG-Fälle bei der Berechnung des nationalen Case-Mix-Volumens bedeutet auch eine vollständige Nichtberücksichtigung der mit diesen Fällen korrespondierenden Kosten. Gleichwohl reflektieren die Vergütungen der Hybrid-DRGs die Kosten der stationär behandelten Fälle nicht zu 100%. Im Datenjahr 2022 stieg im Vergleich zum Datenjahr 2021 bei den Kalkulationskrankenhäusern die Gesamtsumme der Pflegepersonalkosten leicht an. 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 – genannt. 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.

Im Ergebnis konnten sich die Vertragsparteien auf Bundesebene auf eine gemeinsame Bewertung der diversen Effekte hinsichtlich der Normierung des aG-DRG-Systems 2024 verständigen. Danach sollte eine neue Normierung des aG-DRG-Systems 2024 unter Berücksichtigung einer Aufwertung des nationalen Case-Mix-Volumens im Wert von rund 72,9 Mio. Euro bzw. 17.793 Bewertungsrelationen erfolgen. Davon entfallen 18,9 Mio. Euro auf die Rückabwicklung der Bereinigung der neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode mit hohen Kosten und sehr geringer Fallzahl.

Ein Vergleich der Bezugsgröße mit Werten vergangener Jahre ist insbesondere wegen der nachträglichen Aufwertung des Case-Mix-Volumens durch die Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene nicht möglich.

3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation

Im nachfolgenden Teil werden thematisch gegliedert die Veränderungen des aG-DRG-Systems für 2024 ausführlich dargestellt. Aufgrund der Bedeutung des Themas beginnt dieser Teil mit der Darstellung der verbesserten Abbildung der COVID-19-Fälle im Entgeltsystem.

3.3.2.1 COVID-19

Auch wenn aktuell die COVID-19-Pandemie etwas aus dem Fokus der Öffentlichkeit verschwunden zu sein scheint, so wird doch auch im kommenden Jahr mit einer stationären Behandlung zahlreicher Patienten mit oder wegen einer COVID-19-Infektion zu rechnen sein. Daher wurde die Abbildung verschiedener Fallkonstellationen anhand der Kalkulationsdaten des Jahres 2022 überprüft und wo nötig angepasst.

Fälle mit einer COVID-19-Infektion sind bislang insbesondere in Kombination mit einer der folgenden Konstellationen abgebildet:

- Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern (NONMRE) bzw. längerer Verweildauer
- Intensivmedizinische Komplexbehandlung (SAPS)
- Pneumonie
- PCCL, d.h. Summation verschiedener Nebenerkrankungen

Diese und weitere Konstellationen wurden auf der aktuellen Datenbasis erneut analysiert, wobei sich die sachgerechte Abbildung eines Großteils dieser Fälle im Grundsatz bestätigte. Trotzdem wurden an mehreren Stellen des Algorithmus – wenn auch nicht in dem Ausmaß der vergangenen Jahre – punktuelle Modifikationen umgesetzt; letztlich wurden Fälle mit einer COVID-19-Infektion sowohl auf- als auch abgewertet.

Die Behandlung einer Infektion mit SARS-CoV-2 geht häufig mit einer notwendigen Isolierung des Patienten einher. Der entsprechende OPS-Kode 8-98g.* *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern* unterscheidet in:

- Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit
- Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit

Weiterhin ist er differenziert anhand der Behandlungsdauer, von „bis zu 4 Behandlungstage“ bis zu „mindestens 20 Behandlungstage“. Diese verschiedenen OPS-Abstufungen ermöglichen auch für 2024 eine DRG-spezifische Abbildung von isolierten COVID-19-Fällen, z.B. innerhalb der Basis-DRG E08 *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane [...]* (siehe Abbildung 19):



Abbildung 19: Aufwertung der COVID-19-Fälle in der Basis-DRG E08

In weiteren DRGs wurden Fälle mit COVID-19 und Komplexbehandlung bei nicht multiresistenten Erregern bereits ab einer Dauer von 5 Behandlungstagen aufgewertet (siehe Abbildung 20):

DRG	Bezeichnung
E71C	Neubildungen der Atmungsorgane [...]
G12C	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen[...]
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane [...]
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand, Alter < 12 Jahre [...]
I66E	Amyloidose, bestimmte Vaskulitiden oder adulte Form des Morbus Still, Alter > 15 Jahre [...]
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen Wirbelsäule [...]
L60B	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse und komplizierenden Faktoren [...]

Abbildung 20: Aufwertung weiterer COVID-19-Fälle mit NONMRE ab 5 Behandlungstagen

An anderen Stellen des Algorithmus fanden sich dagegen Konstellationen, bei denen bestimmte Fälle mit einer COVID-19-Infektion nicht mehr mit höheren Kosten einhergingen. Hier wurden individuell Anpassungen vorgenommen, sodass diese Fälle erst mit einer längeren NONMRE-Komplexbehandlung in die entsprechenden DRGs eingruppiert werden. Auch die Anzahl der benötigten Aufwandspunkte einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung wurden in einigen DRGs in Abhängigkeit von den Kosten der COVID-19-Fälle spezifisch verändert (siehe Abbildung 21).

DRG-Bezeichnung	aG-DRG 2023 Fälle mit...	aG-DRG 2024 Fälle mit...
A06A <i>Beatmung > 1799 Stunden [...]</i>	COVID-19 und intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 4600 / - P.	COVID-19 wirkt nicht mehr höhergruppierend
A07A <i>Beatmung > 999 Stunden oder [...]</i>	COVID-19 und intensivmedizinische Komplexbehandlung > 3400 / 3220 / - P.	COVID-19 und intensivmedizinische Komplexbehandlung > 3920 / 3680 / - P.
G36A/G36B <i>Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane [...]</i>	COVID-19 und Komplexbehandlung bei NONMRE, mindestens 5 Behandlungstage	COVID-19 und Komplexbehandlung bei NONMRE, mindestens 15 Behandlungstage
I08B <i>Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur [...]</i>	COVID-19 und Komplexbehandlung bei NONMRE, mindestens 15 Behandlungstage	COVID-19 und Komplexbehandlung bei NONMRE, mindestens 20 Behandlungstage
R61E <i>Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis [...]</i>	COVID-19 und Komplexbehandlung bei NONMRE, mindestens 5 Behandlungstage	COVID-19 und Komplexbehandlung bei NONMRE, mindestens 10 Behandlungstage

Abbildung 21: Neuuzuordnung bestimmter COVID-19-Fälle mit NONMRE oder SAPS

Die Frage „Kann bei einer Infektion mit SARS-CoV-2 der Kode B34.2 *Infektion durch Coronaviren nicht näher bezeichneter Lokalisation* angegeben werden?“ beschäftigte den Schlichtungsausschuss nach § 19 KHG. In der Entscheidung am 9. Juni 2023 wurde die Kodierung der ICD-Kodes B34.2 *Infektion durch Coronaviren nicht näher bezeichneter Lokalisation*, B34.88 *Sonstige Virusinfektionen nicht näher bezeichneter Lokalisation* und B34.9 *Virusinfektion, nicht näher bezeichnet* in Verbindung mit einem Kode aus U07.1! *COVID-19, Virus nachgewiesen* oder U07.2! *COVID-19, Virus nicht nachgewiesen* ausgeschlossen. Klassifikatorisch sind diese Hauptdiagnosen der MDC 18B *Infektiöse und parasitäre Krankheiten* und ohne operativen Eingriff der Basis-DRG T63 *Virale Erkrankung* zugeordnet. Künftig werden Fälle, die entgegen der Entscheidung des Schlichtungsausschusses weiterhin mit der ausgeschlossenen Diagnosenkombination kodiert werden, aus der Basis-DRG T63 in die MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* umgeleitet. Dort sind diese Fälle auch unter Berücksichtigung ihrer Komorbiditäten in gleich mehreren Basis-DRGs sachgerecht abgebildet.

3.3.2.2 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 internen Analysen konnte im Ergebnis für das aG-DRG-System 2024 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 2024 hinsichtlich ihrer Definitionskriterien (Basis-DRG oder Splitbedingungen) verändert wurden:

- G03 *Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum oder bestimmte Eingriffe an Dün- und Dickdarm oder an Magen, Ösophagus und Duodenum [...]*
- G07 *Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis mit auß. schw. od. schw. CC od. kl. Eingr. an Dün- / Dickdarm [...]*
- G12 *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen*
- G18 *Bestimmte Eingriffe an Dün- und Dickdarm [...]*
- G21 *Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum [...]*
- G22 *Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC*
- G23 *Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis*
- 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*
- H01 *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 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 2024 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 Dün- und Dickdarm [...]* wurden beispielsweise bestimmte Peri-

tonektomien und tubuläre Rektumresektionen sowohl innerhalb der Basis-DRG G18, aber auch Basis-DRG-übergreifend neu zugeordnet. Einen Überblick darüber gibt Abbildung 22.

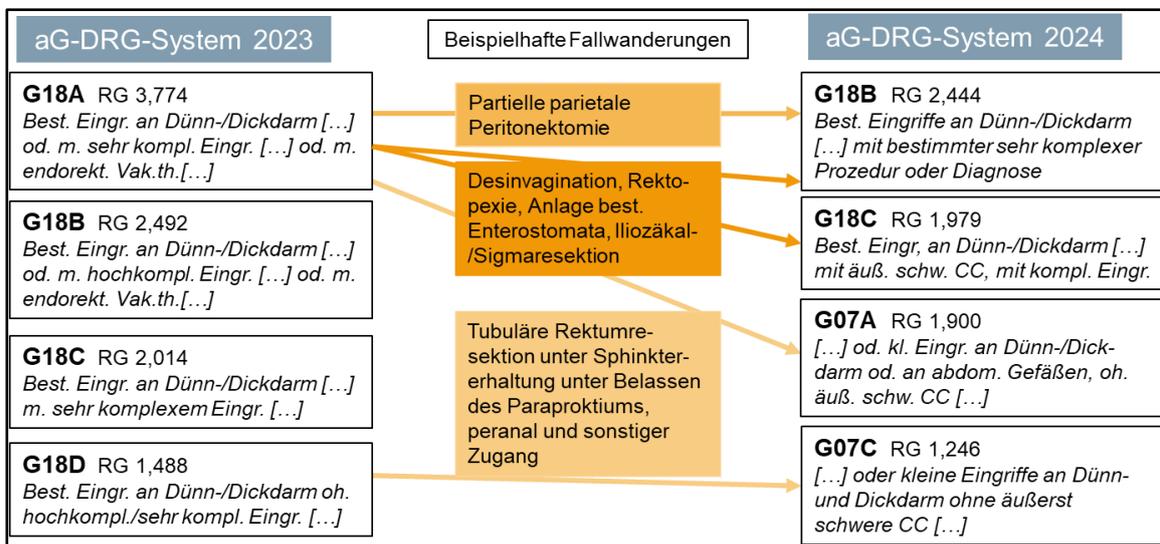


Abbildung 22: Umbau Basis-DRG G18

In der Basis-DRG G03 wurden in der DRG G03C [...] mit komplexer Prozedur ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspkt., ohne komplexen Eingriff Fälle mit (totaler) Gastrektomie mit partieller Ösophagusresektion, mit Dünn-/Dickdarminterposition und systemischer Lymphadenektomie identifiziert, die mit höheren Kosten verbunden waren. Diese Eingriffe wurden aufwandsgerecht der DRG G03B [...] mit komplexer Prozedur ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspkt., mit komplexem Eingriff zugeordnet und damit aufgewertet.

Im Fokus der Analysen standen auch Fälle mit Appendektomie oder Adhäsioolyse, die hauptsächlich in den Basis-DRGs G04, G07, G21, G22 und G23 abgebildet werden. Die Einteilung in verschiedene Schweregrade erfolgt dabei u.a. anhand des PCCL und des Vorliegens einer Peritonitis. In der Basis-DRG G22 *Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC* zeigte sich, dass Fälle mit einer Hauptdiagnose für eine sonstige und nicht näher bezeichnete Peritonitis mit geringeren Kosten verbunden waren. Daher werden diese ab der aG-DRG-Version 2024 überwiegend der DRG G23B *Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse außer bei Peritonitis [...]* zugeordnet. Kostenauffällig im Sinne von höheren Kosten waren Fälle in der DRG G22C [...], *Alter > 15 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung* mit einer sekundären Appendektomie (nach Drainage eines perityphlitisches Abszesses). Fälle mit dieser Leistung wurden aufgewertet und werden zukünftig in die DRG G22B eingruppiert. Ebenfalls höhere Kosten zeigten Fälle der DRG G23B mit einer Endometriose am Darm. Fälle mit dieser Diagnose wurden deshalb in die DRG G23A [...], *Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung oder Endometriose am Darm* aufgewertet. In den oben genannten Basis-DRGs für Appendektomie und Adhäsioolyse spielt neben dem PCCL und dem Vorliegen einer Peritonitis auch das Alter eine Rolle bei der Eingruppierung. Auch diesbezüglich bestand in zwei Basis-DRGs Anpassungsbedarf. So wurde in den DRGs G07A [...], *Alter < 3 Jahre od. mit best. Eingr. an abdominalen Gefäßen* und G07B [...], *Alt. > 2 J. u. Alt. < 14 J. od. mit laparoskop. Adhäsioolyse [...]* die Altersbedingung erweitert auf < 10 bzw. < 16 Jah-

re. In der DRG G22A zeigte sich im Gegensatz dazu allerdings, dass nicht alle Kinder dort mit höheren Kosten verbunden waren. Daher werden dort zukünftig nur noch Kinder mit einem Alter < 6 Jahre und nicht mehr < 10 Jahre abgebildet. Die Definition der DRG G22A in Bezug auf die Kinder unverändert zu lassen, hätte dort aufgrund der geringeren Kosten der Fälle zwischen 6 und 9 Jahren zu einer geringeren Vergütung der Kinder < 6 Jahre in der DRG G22A geführt.

Das Alter spielt auch in der Basis-DRG G26 *Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden* bei der Eingruppierung eine Rolle. Bisher wurden hier Kinder < 16 Jahre der DRG G26A zugeordnet, zukünftig gilt dies für Kinder < 18 Jahre. Dadurch wurden 16- und 17-jährige Patienten aufgewertet. Neben dem Alter führten bisher auch Diagnosen für bestimmte bösartige Neubildungen und entzündliche Darmerkrankungen in die DRG G26A. Dies wurde ergänzt um Diagnosen (Haupt- oder Nebendiagnose) für Rektalfistel und Fistel zwischen Vagina und Dickdarm, da die betroffenen Fälle in der DRG G26B nicht sachgerecht abgebildet waren. Neu der Basis-DRG G26 zugeordnet wurden Fälle mit plastischer Rekonstruktion des Rektums, da diese in der Basis-DRG G21 *Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 J., ohne äußerst schw. oder schw. CC od. andere Eingriffe an Darm u. Enterostoma [...]* geringere Kosten als die übrigen Fälle aufwiesen und demnach zukünftig kostengerecht in der Basis-DRG G26 abgebildet werden. Zusätzlich wurden unspezifische Prozeduren für eine sonstige und nicht näher bezeichnete Rekonstruktion des Rektums innerhalb der Basis-DRG G26 der DRG G26B neu zugeordnet (Details zeigt Abbildung 23).

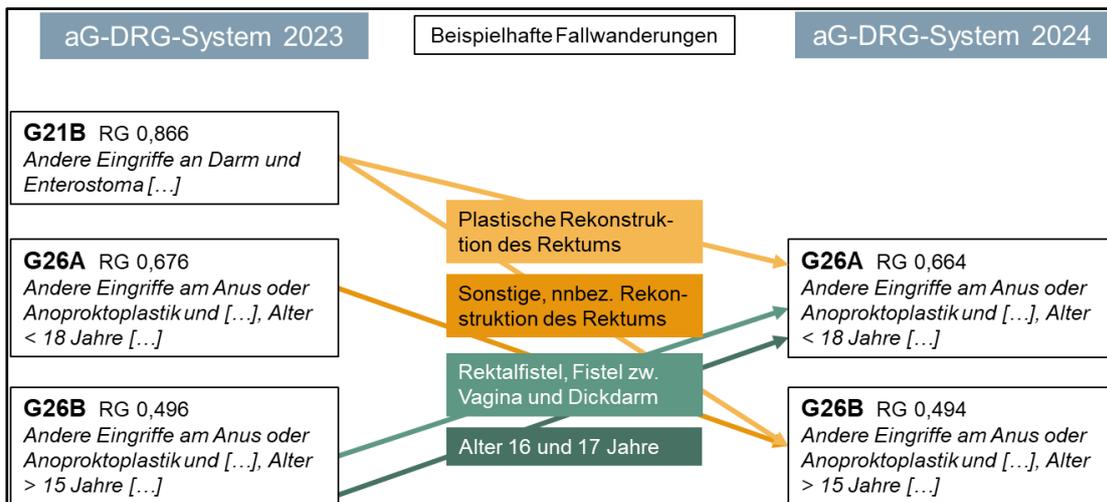


Abbildung 23: Umbau der Basis-DRG G26

Bei intensivmedizinisch behandelten Patienten in der MDC 06 wurde die Abbildung von Fällen mit COVID-19 und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern in den DRGs G36A *Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane > 1470 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1104 und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte [...]* und G36B *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte [...]* in der Form präzisiert, dass diesen nur noch Fälle mit einer Behandlungsdauer von mindestens 15 Tagen zugeordnet werden. Fälle mit einer Behandlungsdauer von weniger als 15 Tagen waren mit geringeren Kosten verbunden und werden deshalb ab 2024 der DRG G36C *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / - Aufwandspunkte und < 1177 / 1105 / - Aufwandspunkte [...]* zugeordnet.

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 wurde die Abbildung von Fällen mit Implantation, Revision und Entfernung eines Katheterverweilsystems in den Bauchraum analysiert, da in der aG-DRG-Version 2023 die Implantation eines solchen Systems mit der DRG G12D *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe OR-Prozedur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexe OR-Prozedur [...]* – trotz anfallender Implantatkosten – schlechter bewertet war als die Revision und Entfernung in der DRG G12B *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre*. Ab 2024 werden Fälle mit Implantation, Revision und Entfernung eines Katheterverweilsystems zur Peritonealdialyse und zur Aszitesdrainage kostengerecht einheitlich der DRG G12C *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit wenig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag* zugeordnet. Fälle, bei denen ein anderes System betroffen ist, das mit „sonstige“ kodiert wurde, werden zukünftig in die DRG G12D eingruppiert.

Fälle mit einer offen chirurgischen abdominalen Exzision bzw. Resektion von retroperitonealem Gewebe ohne sichere Organzuordnung zeigten in der DRG G12C höhere Kosten im Vergleich zu den übrigen Fällen dieser DRG. Diese Leistungen werden zukünftig in Abhängigkeit vom Alter in die DRGs G12A *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur [...], Alter < 16 Jahre* oder G12B *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre* eingruppiert.

Höhere Kosten wiesen auch COVID-19-Fälle mit Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern in der DRG G12D auf. Diese werden zukünftig ab einer Behandlungsdauer von mindestens 5 Tagen überwiegend der DRG G12C zugeordnet und damit aufgewertet (siehe Abbildung 24).

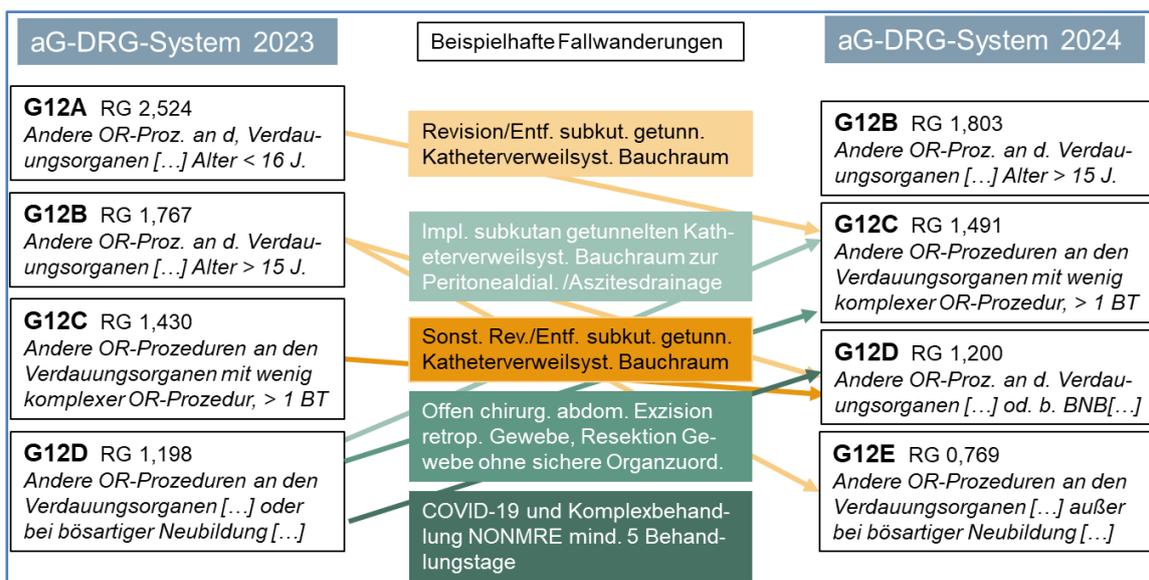


Abbildung 24: Umbau der „Reste“-Basis-DRG G12

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 diesjährigen Analysen zeigten sich jedoch Behandlungsfälle mit Patchplastik oder mit anderer plastischer Rekonstruktion an Blutgefäßen 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.

Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas

Bei der Analyse der Daten 2022 zeigten sich Fälle mit einer Diagnose für nicht näher bezeichnetes akutes Nierenversagen mit nicht näher bezeichnetem Stadium in der DRG H06A mit geringeren Kosten verbunden. Ihren Kosten entsprechend werden diese Fälle im aG-DRG-System 2024 sachgerecht in die DRG H06B eingruppiert.

Laparoskopische Cholezystektomie

Behandlungsfälle mit Cholezystektomie oder bestimmten Eingriffen an Leber und Bauchwand werden im aG-DRG-System 2023 der dreifach differenzierten Basis-DRG H08 zugeordnet. Dabei werden Fälle mit einer komplexen Diagnose wie z.B. bösartiger Neubildung, Gallengangsstein mit Cholangitis/Cholezystitis mit Gallenwegsobstruktion oder akuter Pankreatitis oder mit komplizierenden Faktoren der DRG H08A *Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation* zugeordnet. Fälle mit einem Alter < 12 Jahren oder mit endoskopischer Steinentfernung im gleichen Aufenthalt werden in die DRG H08B eingruppiert. Für alle anderen Fälle erfolgt eine Eingruppierung in die DRG H08C.

In den Analysen der Daten des Jahres 2022 zeigten sich Fälle der DRG H08A mit einer Hauptdiagnose für z.B. nicht näher bezeichnete BNB, Pankreatitis ohne Angabe einer Organkomplikation oder Pseudozyste des Pankreas mit deutlich geringeren Kosten verbunden als andere Fälle dieser DRG. Im aG-DRG-System 2024 zählen die genannten Diagnosen nicht mehr zu den komplexen Diagnosen, betroffene Fälle werden ihren Kosten entsprechend zukünftig in die DRG H08B *Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand, Alter < 12 Jahre oder mit endoskopischer Steinentfernung oder mit bestimmter Diagnose* eingruppiert.

Der Schlichtungsausschuss nach § 19 KHG hat am 14. Juli 2023 eine Entscheidung getroffen zu der Frage, ob bei einem Zweitaufenthalt zur Cholezystektomie ein Gallenblasenstein mit Gallenwegsobstruktion als Hauptdiagnose kodiert werden kann, wenn dieser bereits in einem vorherigen Aufenthalt mittels ERCP entfernt wurde und aktuell keine Obstruktion mehr vorliegt. Die betroffenen Hauptdiagnosen für Gallengangsstein mit Cholangitis bzw. mit Cholezystitis mit Gallenwegsobstruktion (K80.31, K80.41) führen im aG-DRG-System 2023 in die DRGs H08A *Laparoskopische Cholezystektomie [...] mit komplexer Diagnose [...]* bzw. H07A *Cholezystektomie [...] mit sehr komplexer Diagnose [...]*. Gemäß der Entscheidung des Schlichtungsausschusses vom 14. Juli 2023 ist für die Festlegung der Hauptdiagnose des zweiten Aufenthalts der für den aktuell vorliegenden Befund zutreffende Kode aus dem Codebereich K80.- *Cholelithiasis*

zu verwenden. Entsprechend kann keine Obstruktion und/oder Entzündung kodiert werden, wenn diese nicht mehr vorliegen. Vor dem Hintergrund der beschriebenen Fragestellung wurden Fälle mit den genannten Hauptdiagnosen in den Daten des Jahres 2022 eingehend analysiert. Dabei zeigte sich, dass Behandlungsfälle ohne endoskopische Stein Entfernung im gleichen Aufenthalt in der DRG H08A mit geringeren Kosten verbunden waren als andere Fälle dieser DRG. Für das aG-DRG-System 2024 wurde die Definition der DRG H08A dahingehend präzisiert, dass Behandlungsfälle mit einer Hauptdiagnose für Gallengangsstein mit Cholangitis/Cholezystitis mit Gallenwegsobstruktion nur noch bei endoskopischer Stein Entfernung im gleichen Aufenthalt der DRG H08A zugeordnet werden. Ansonsten erfolgt für diese Fälle eine Zuordnung zur DRG H08B. Aus dieser kostenentsprechenden Neuordnung resultiert zukünftig nicht nur eine sachgerechtere Abbildung, sondern auch eine Entschärfung der oben beschriebenen streitbefangenen Kodierung.

Bei weiteren Kostenanalysen innerhalb der Basis-DRG H08 zeigten sich zudem Fälle mit einer unspezifischen Prozedur für „sonstige Stein Entfernung“ aus dem Pankreas- und Gallengang in der DRG H08B mit geringeren Kosten verbunden. Aufwandsgerecht werden diese Fälle zukünftig der DRG H08C zugeordnet. In Abbildung 25 sind die für das aG-DRG-System 2024 relevanten Änderungen innerhalb der Basis-DRG H08 zusammenfassend dargestellt.

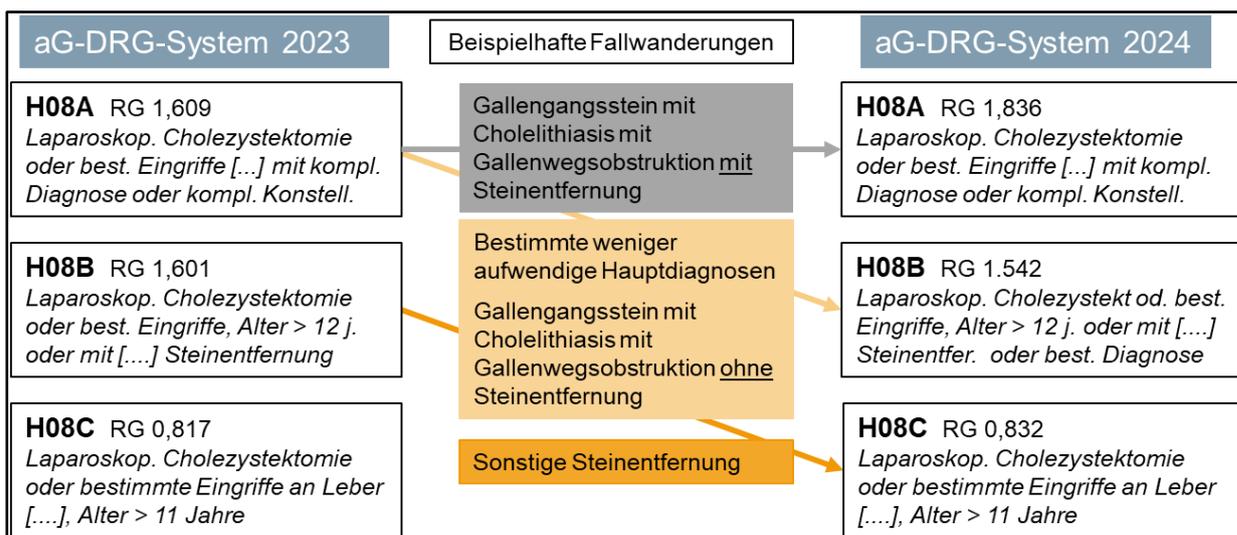


Abbildung 25: Beispielhafte Fallwanderungen innerhalb der Basis-DRG H08 für das aG-DRG-System 2024

3.3.2.3 Alkohol- und Drogengebrauch

In der MDC 20 *Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen* werden Erkrankungen abgebildet, die durch den Missbrauch von Alkohol und Drogen entstanden sind. Dabei besteht bereits eine differenzierte Abbildung der Fälle mit qualifiziertem Entzug sowie mit Störungen durch Einwirkung von Alkohol, Drogen, Opioiden oder Medikamenten.

In der DRG V60A *Alkoholintoxikation und Alkoholentzug [...] mit bestimmten psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol [...]* werden Fälle mit Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit u.a. mit Delir oder psychotischem Syndrom abgebildet. Fälle mit psychotischer Störung durch Alkohol zeigten sich mit niedrigeren Kosten verbunden als andere Fälle der DRG. Im Ergebnis wurden sie für 2024 kosten-

entsprechend der DRG V60B *Alkoholintoxikation und Alkoholentzug [...] ohne bestimmte psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol [...]* zugeteilt.

3.3.2.4 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 zugeordnet werden kann.

In den Daten 2022 zeigten sich in der Basis-DRG Z01 *OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen* einige operative Eingriffe im Vergleich zu den übrigen Fällen der jeweiligen DRG mit geringeren Kosten verbunden. Im Ergebnis erfolgte für das aG-DRG-System 2024 eine Zuordnung von Fällen mit niedrigeren Kosten aus der DRG Z01A zur DRG Z01B, u.a. mit

- perkutaner (Ballon-)Angioplastie
- Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde) eines Zweikammersystem-Schrittmachers
- (sub-)totaler Resektion des Omentum

3.3.2.5 Augenheilkunde

In die MDC 02 *Krankheiten und Störungen des Auges* werden Fälle mit einer Hauptdiagnose für Erkrankungen an den Augen und damit auch typische Eingriffe an den Augen eingruppiert. Mit der Weiterentwicklung für das Jahr 2024 wurden erneut Neuzuordnungen zur Verbesserung der sachgerechten Abbildung von Fällen mit ophthalmologischen Erkrankungen umgesetzt.

In der Basis-DRG C03 *Eingriffe an der Retina mit PPV [...]* sind Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie (PPV) oder Entfernung des Augapfels mit gleichzeitiger Einführung eines Implantats oder Enukleationen und Eingriffe an der Orbita abgebildet. Einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend, wurden Fälle mit Entfernung einer luxierten Linse aus dem Glaskörper mit Einführung einer Vorderkammerlinse untersucht. Betroffene Fälle haben sich mit ähnlichen Kosten gezeigt wie Fälle der DRG C03B mit ECCE und Linsenimplantation und wurden aus der DRG C03C in die DRG C03B aufgewertet.

Ein weiterer Vorschlag aus dem Vorschlagsverfahren wies darauf hin, dass Fälle mit Blockexzision der Choroidea bei bösartiger Neubildung der Retina, der Choroidea oder des Ziliarkörpers in der DRG C03A *Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Entfernung Augapfel [...]* mit erhöhtem Aufwand verbunden seien. Bei der Analyse zeigten sich Fälle der DRG C03A mit bösartiger Neubildung mit erhöhten Kosten. Im Ergebnis wurden betroffene Fälle aus der DRG C03A in die DRG C02Z *Enukleationen und Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung* aufgewertet.

In der Basis-DRG C04 *Hornhauttransplantation* sind Fälle mit Hornhauttransplantation sowie mit Insertion einer Keratoprothese abgebildet. Fälle der DRG C04B mit Hauptdi-

agnosen für bestimmte Hornhauterkrankungen und -verletzungen, wie z.B. das Ulcus corneae oder die interstitielle und tiefe Keratitis, zeigten erhöhte Kosten im Vergleich zu den anderen Fällen der DRG. Im Ergebnis wurden betroffene Fälle für 2024 in die DRG C04A *Hornhauttransplantation [...] mit komplexem Eingriff [...]* aufgewertet.

In der Basis-DRG C08 *ECCE oder best. Eingriffe am Auge* sind Fälle mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE) oder mit bestimmten Eingriffen am Auge, wie z.B. Vorderkammerspülung mit Einbringen von Medikamenten, abgebildet. Fälle mit bestimmten Hauptdiagnosen für Krankheiten des Auges, wie z.B. Ulcus corneae oder Augenkrankheit durch Herpesviren, zeigten sich mit erhöhten Kosten verbunden und wurden aus der DRG C08B in die DRG C08A aufgewertet.

In der DRG C16Z *Aufwendige Eingr. am Auge, Alter < 6 J.* sind Kinder unter 6 Jahren mit aufwendigen Eingriffen abgebildet. Im System 2023 waren dort Kinder < 6 Jahre, die die Definition der Basis-DRGs C01, C02, C03, C05 und C06 erfüllen, eingruppiert. Kinder unter 6 Jahren zeigten sich auch in der Basis-DRG C08 mit erhöhten Kosten verbunden. Im Ergebnis wurden diese Fälle für das System 2024 in die DRG C16Z aufgenommen und somit aufgewertet.

In der DRG C20A *Eingriffe an Kornea, Sklera [...]* waren im System 2023 Kinder unter 16 Jahren, bestimmte Transplantationen, BNB am Auge und bestimmte Fälle mit beidseitigem Eingriff abgebildet, wie z.B. die Biopsie an Tränendrüse und Tränendrüsenausführungsgang durch Inzision oder die Naht des Augenlides. Die Fälle mit beidseitigem Eingriff zeigten sich in den Kalkulationsdaten 2022 mit niedrigeren Kosten verbunden als die anderen Fälle der DRG und wurden aus der DRG C20A in die DRG C20B verschoben.

Im Vorschlagsverfahren wurde schon mehrmals darauf hingewiesen, dass der arterielle retinale Gefäßverschluss als Sonderform des ischämischen Schlaganfalls zu werten ist. Dabei wurde angeregt, Fälle mit einer Hauptdiagnose für *Verschluss der A. centralis retinae* (H34.1) mit der entsprechenden Prozedur für die *neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* in den „Stroke-Unit-DRGs“ der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* spezifisch abzubilden. In den Vorjahren war bei sehr geringer Fallzahl und uneinheitlichen Kosten jedoch keine Änderung möglich. Bei der diesjährigen Analyse zeigten sich betroffene Fälle der DRG C61Z [...] *vaskuläre Erkrankungen des Auges* kostenähnlich zu Fällen der Basis-DRG B70 *Apoplexie*. Im Ergebnis werden die Fälle mit Augen-Hauptdiagnose und „Stroke-Unit-Kode“ zukünftig in der MDC 01 spezifisch abgebildet und in der Regel damit deutlich aufgewertet (siehe Abbildung 26).

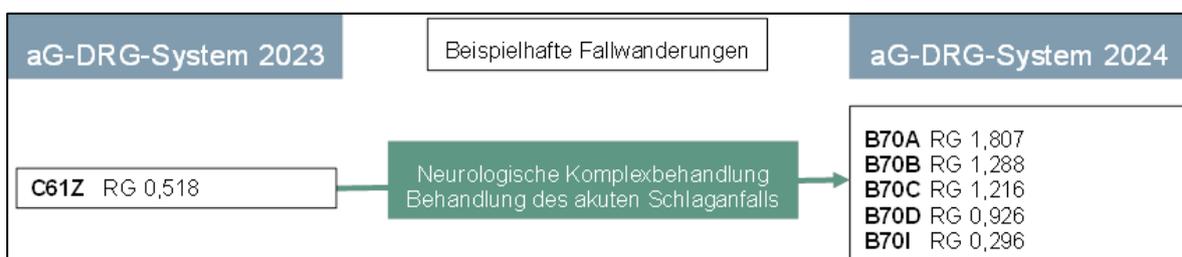


Abbildung 26: Verschluss retinaler Arterien – Ergebnis

3.3.2.6 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.

Innerhalb der vierfach differenzierten Basis-DRG J02 *Hauttransplantation oder bestimmte Lappenplastik [...]* werden Fälle mit verschiedenen Hauttransplantationen und Lappenplastiken abgebildet, z.B. mit großflächiger freier Hauttransplantation mit Spalthaut am Unterschenkel. Einige Fälle, wie z.B. mit kombinierten Lappenplastiken bzw. mit großflächiger Transpositionsplastik an sonstigen Teilen des Kopfes, zeigten sich in der DRG J02B mit niedrigeren Kosten verbunden als die übrigen Fälle. Betroffene Fälle werden zukünftig kostenentsprechend in den DRGs J02C und J08A *Bestimmte Hauttransplantation [...]* abgebildet.

Innerhalb der Basis-DRG J08 *Bestimmte Hauttransplantation [...]* werden Fälle mit Hauttransplantation oder Debridement oder Eingriffe an der Haut der unteren Extremität abgebildet, z.B. mit chirurgischer Wundtoilette mit großflächiger Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut am Unterschenkel. Einige Fälle, wie z.B. mit sonstiger Resektion der Wange mit plastischer Rekonstruktion, zeigten sich in der DRG J08A mit geringeren Kosten verbunden als die übrigen Fälle. Diese Fälle werden zukünftig aufwandsentsprechend in der DRG J08B abgebildet.

Fälle der DRG J04Z *Eingriffe an der Haut d. unt. Extremität [...]* mit weniger aufwendigen Prozeduren, wie z.B. mit bestimmter Dehnungsplastik der Unterschenkel, waren auch mit geringeren Kosten verbunden. Betroffene Fälle werden zukünftig der Basis-DRG J11 *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma* abgebildet.

Ebenso mit geringeren Kosten verbunden zeigten sich einige Fälle der DRG J22Z *Andere Hauttransplantation oder Debridement [...]*. Im Ergebnis werden betroffene Fälle zukünftig in der „Reste“-Basis-DRG J11 abgebildet, wie z.B. Fälle mit

- Exzision an der äußeren Nase, histographisch kontrolliert,
- Exzision an der Ohrmuschel, histographisch kontrolliert,
- bestimmter Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik,
- großflächiger Rotations-Plastik an sonstigen Teilen des Kopfes.

Die vierfach differenzierte Basis-DRG J11 *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma* ist die operative „Reste“-DRG der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma*. Hier werden u.a. Fälle mit eher MDC-untypischen, operativen Eingriffen, z.B. an Gefäßen oder Gelenken, oder weniger spezifisch zugeordnete Eingriffe, z.B. an sonstigen Teilen des Kopfes bei Neubildungen der Haut, abgebildet. Fälle der DRGs J11B und J11C mit bestimmten Hauptdiagnosen für bösartige Neubildung zeigten sich mit erhöhten Kosten verbunden. Im Ergebnis wurden betroffene Fälle für 2024 kostenentsprechend aufgewertet, u.a. Fälle mit

- diagnostischer Laparoskopie (Peritoneoskopie) bei bösartiger Neubildung der Mamma: Aufwertung von DRG J11B in DRG J11A,
- Hauptdiagnosen für bösartige Neubildung der Mamma: Aufwertung von DRG J11C in DRG J11B.

Einige Fälle der DRGs J11B und J11C waren mit geringeren Kosten verbunden und wurden kostenentsprechend der DRG J11D zugeordnet, u.a. Fälle mit

- Entfernung oberflächlicher Hautschichten, Shaving, kleinflächig an sonstigen Teilen des Kopfes,
- lokaler Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut mit primärem Wundverschluss an sonstigen Teilen des Kopfes,
- radikaler und ausgedehnter Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne primären Wundverschluss an sonstigen Teilen des Kopfes.

Fälle der DRG J04Z *Eingriffe an der Haut d. unt. Extremität [...]* mit Exzision an äußerer Nase, Ohrmuschel sowie mit bestimmter Exzision an der Haut und Unterhaut mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik sowie Fälle in der DRG J22Z *Andere Hauttransplantation oder Debridement [...]* mit Dehnungsplastik der Oberschenkel, Knie, Unterschenkel, Fuß und mit temporärer Weichteildeckung durch alloplastisches Material am Unterschenkel zeigten sich mit niedrigeren Kosten verbunden als andere Fälle der entsprechenden DRG und wurden für 2024 kostenentsprechend den DRGs J11C und J11D zugeteilt.

In der Basis-DRG J24 sind Eingriffe an der Mamma abgebildet, wie z.B. die Mammareduktionsplastik mit gestieltem Brustwarzentransplantat. Einige Fälle wiesen geringere Kosten auf und wurden neu zugeordnet, wie z.B.:

- bestimmte submammäre Implantation einer Alloprothese zur Vergrößerung der Mamma sowie sekundäre subkutane Rekonstruktion der Mamma mit Alloprothese: von DRG J24A in DRG J24B
- bestimmte Entfernung einer Mammaprothese: von DRG J24B in DRG J24C

In der Basis-DRG J61 werden Fälle mit schweren oder mäßig schweren Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag oder mit Dekubitus bei Para-/Tetraplegie abgebildet. Mit geringeren Kosten verbunden erwiesen sich Fälle der DRG J61A mit bestimmter, nicht näher bezeichneter Para-/Tetraplegie mit Dekubitus. Betroffene Fälle wurden kostenentsprechend aus der DRG J61A in die DRG J61B verschoben. Fälle der DRG J61C mit bestimmter Para-/Tetraplegie dagegen zeigten sich mit erhöhten Kosten verbunden und wurden in die DRG J61B aufgewertet.

In der Basis-DRG J64 werden Fälle mit Infektionen und Entzündungen der Haut, wie z.B. Erysipel oder bestimmte Phlegmone, abgebildet. Mit niedrigeren Kosten verbunden zeigten sich Fälle der DRG J64B mit bestimmten Entzündungen der Haut, wie z.B. Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten oder Phlegmone an der unteren Extremität. Betroffene Fälle wurden kostenentsprechend aus der DRG J64B in die DRG J64C verschoben.

In der Basis-DRG J68 *Erkrankungen der Haut, 1 Belegungstag* werden Tagesfälle mit Erkrankungen der Haut abgebildet, wie z.B. Fälle mit bösartigem Melanom des Rumpfes oder mit allergischer Urtikaria, dabei wurden bestimmte aufwendige Diagnosen sowie alle Kinder < 16 Jahren bisher der besser bewerteten DRG J68A zugeordnet. Dort zeigen sich bestimmte Hauptdiagnosen, wie z.B. allergische Urtikaria, Skabies oder unspezifische Codes für Erkrankungen der Haut, mit geringeren Kosten verbunden. Betroffene Fälle wurden kostenentsprechend aus der DRG J68A in die DRG J68B verschoben. In der DRG J68A verbleibende Kinder mit bestimmten schweren Erkrankungen der Haut sowie Fälle mit bösartiger Neubildung wurden dadurch aufgewertet.

3.3.2.7 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen

In MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* sind u.a. Krankheiten und Störungen der endokrinen Organe eingruppiert. Für das aG-DRG-System 2024 wurden dort insbesondere bösartige Neubildungen endokriner Drüsen neu bewertet.

In der Basis-DRG K64 sind neben allgemeinen Störungen endokriner Drüsen auch deren bösartige Neubildungen abgebildet. Die Eingruppierung berücksichtigt eine Vielzahl von Faktoren, was zu einer vierfachen Differenzierung der Basis-DRG geführt hat. Neben SAPS und Alter führen auch bösartige Neubildungen (zum Teil in Kombination mit Kindesalter) zu einer höheren Eingruppierung.

Für 2024 hat die Prüfung ergeben, dass bösartige Neubildungen der Schilddrüse und der Hypophyse mit höheren Kosten verbunden sind. Deshalb wurden diese Diagnosen aus der DRG K64D in die DRG K64C aufgewertet.

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 aG-DRG-Systems zum Teil umgesetzt werden konnten. Die einzelnen Umbauten im Bereich der Gastroenterologie sind nachfolgend beschrieben. Vielfach stellen die Veränderungen die Fortsetzung oder Präzisierung von Umbauten der Vorjahre dar.

ERCP und bestimmte endoskopische Eingriffe

Im aG-DRG-System 2023 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 einer Hauptdiagnose für bestimmte BNB an hepatobiliärem System und Pankreas oder für bestimmte akute Pankreatitis mit Organkomplikation oder mit Ligatur (Banding) von Ösophagusvarizen zeigten sich in der DRG H41E mit höheren Kosten verbunden. Im aG-DRG-System 2024 werden diese Behandlungsfälle ihren Kosten entsprechend der DRG H41D *Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexem Eingriff oder Alter < 16 J. [...] oder andere aufwendige ERCP oder bestimmter endoskopischer Eingriff mit bestimmter BNB* zugeordnet und damit deutlich aufgewertet.

Bei den Analysen der Fälle der DRGs H41B und H41C zeigten sich bestimmte Behandlungsfälle mit perkutan-transhepatischem Wechsel einer Drainage an den Gallengängen im Verhältnis zu anderen Fällen der DRGs mit einer kürzeren Verweildauer und dementsprechend geringeren Kosten verbunden. Im Ergebnis werden die Behandlungsfälle im aG-DRG-System 2024 nur bei Vorliegen von schweren oder äußerst schweren CC den genannten DRGs zugeordnet. Der überwiegende Teil der Fälle wird

dagegen zukünftig in die DRG H41D *Andere aufwendige ERCP oder bestimmter endoskopischer Eingriff oder andere ERCP mit bestimmter BNB oder bestimmter Pankreatitis* eingruppiert.

Weitere Analysen von Fällen mit ERCP und endoskopischen Eingriffen verdeutlichten, dass Behandlungsfälle mit Pankreatitis mit Organkomplikation und mehrzeitigem Eingriff mit bestimmten Drainagen von Pankreaszysten und Entfernungen von Pankreasnekrosen in der DRG H41C mit deutlich höheren Kosten verbunden waren. Im aG-DRG-System 2024 werden diese Fälle der DRG H41B *Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, [...] zugeordnet* und damit deutlich aufgewertet.

Erkrankungen am hepatobiliären System

Die Analysen der Daten 2022 zeigten, dass der überwiegende Teil der konservativ behandelten Fälle in den entsprechenden DRGs der MDC07 sachgerecht abgebildet ist. Auffällig waren allerdings Kinder mit einem Alter < 10 Jahren und Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen. Diese zeigten sich in der DRG H64Z mit deutlich höheren Kosten verbunden. Zukünftig erfolgt eine Eingruppierung in die DRG H62A *Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung oder [...] oder Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 10 Jahre* und damit eine deutliche Aufwertung der genannten Behandlungsfälle. Behandlungsfälle mit einer Hauptdiagnose für Pfortaderthrombose zeigten sich dagegen in der DRG H61A mit deutlich geringeren Kosten verbunden als andere Fälle der DRG. Im aG-DRG-System 2024 werden die Fälle sachgerecht in die DRG H61B *Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, Alter < 18 Jahre oder mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit Pfortaderthrombose* eingruppiert.

Motorisierte Spiral-Endoskopie

Thematisiert wurde in diesem Jahr erneut 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 den OPS Version 2021 waren zahlreiche neue Codes sowohl für diagnostische als auch für therapeutische Verfahren durch motorisierte Spiral-Endoskopie aufgenommen worden. Nach Aussage der Fachgesellschaft bestehen bei dem Verfahren im Vergleich zu Endoskopien in Push-and-pull-back-Technik keine wesentlichen Kostenunterschiede. Daher wurden bereits für das aG-DRG-System 2023 verschiedene Aufwertungen der motorisierten Spiral-Endoskopie an die Abbildung des analogen Verfahrens in Push-and-pull-back-Technik vorgenommen und beide Verfahren damit überwiegend einheitlich eingruppiert. Im diesjährigen Vorschlagsverfahren wurde von der Fachgesellschaft erneut thematisiert, dass für nahezu alle Verfahren in motorisierter Spiral-Endoskopie eine Untervergütung bestehe, und dementsprechend ein detaillierter Vorschlag zur Aufwertung der einzelnen Verfahren eingebracht. Die Analysen führten zur Aufnahme und damit Gleichstellung der diagnostischen Intestinoskopie durch motorisierte Spiral-Endoskopie mit dem analogen Verfahren in Push-and-pull-back-Technik in der Basis-DRG H41 *ERCP oder bestimmte endoskopische Eingriffe*, in der beide Verfahren mindestens der DRG H41D *Andere aufwendige ERCP oder bestimmter endoskopischer Eingriff [...] zugeordnet* werden.

Darüber hinaus konnten einige Detailaufwertungen von Verfahren in motorisierter Spiral-Endoskopie umgesetzt werden:

- Fälle mit endoskopischer submukosaler Dissektion [ESD] am Dickdarm und mehr als einem Belegungstag und mit endoskopischer Vollwandexzision [EFTR] am Dünndarm werden zukünftig der Basis-DRG G46 zugeordnet.
- Tagesfälle mit endoskopischer Vollwandexzision [EFTR] und endoskopischer Mukosaresektion am Dickdarm werden zukünftig in der DRG G47A *Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, mit bestimmter endoskopischer Maßnahme am Dickdarm, ein Belegungstag* abgebildet.
- Fälle der Basis-DRG G67 *Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane [...]* mit Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge sowie mit endoskopischer Mukosaresektion am Dickdarm wurden in die DRG G67A *[...] mit bestimmten komplizierenden Faktoren* aufgewertet.

Endoskopie in der MDC 06

Im Vorschlagsverfahren erreichten uns wieder zahlreiche Hinweise zur Abbildung endoskopischer Leistungen in der MDC 06. Dabei wurde auch wieder die Abbildung von Fällen mit endoskopischer Vollwandexzision (EFTR) an Magen und Dünndarm thematisiert. Dieses Verfahren wird zur Entfernung von Läsionen unter Einbeziehung aller Wandschichten 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. Die Fachgesellschaft schlug für diese beiden Lokalisationen zukünftig aber unabhängig von weiteren Faktoren eine Höhergruppierung von der DRG G47B *[...], Alter > 15 Jahre, ohne endoskopische submukosale Dissektion am Dickdarm oder mehr als ein Belegungstag* in die DRG G46C *Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsorgane [...]* vor. Außerdem wurden auch zu anderen Lokalisationen verschiedene Vorschläge zur Aufwertung der jeweiligen Fälle, auch unter Berücksichtigung von Fällen mit einem Belegungstag, eingebracht. Die durchgeführten Analysen führten im Ergebnis zur Aufnahme der EFTR am Dünndarm in die Basis-DRG G46, wodurch Fälle aus der DRG G47B in die DRG G46C aufgewertet wurden. Darüber hinaus werden Fälle mit einer EFTR am Dickdarm und einem Belegungstag ab 2024 in der DRG G47A abgebildet und damit aufgewertet. Weitere Aufwertungen der EFTR – z.B. am Dickdarm in die DRG G46C oder bei einem Belegungstag in die DRG G48B *Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre [...], außer bei bösartiger Neubildung oder ohne äußerst schwere CC* – waren nicht möglich, da die betroffenen Fälle geringere Kosten zeigten als die übrigen Fälle der DRGs G46C, G47A und G48B.

Im OPS Version 2019 wurde ein spezifischer Kode für die endoskopische Pyloromyotomie (OPS 5-432.03) etabliert. Zuvor war dieses Verfahren nur allgemein als „Pyloromyotomie“, jedoch ohne Angabe zum Zugang verschlüsselbar. Der „Vorgängerkode“ 5-432.0 *Pyloromyotomie* ist im aG-DRG-System als operative Prozedur in der Basis-DRG G11 *Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik [...]* abgebildet. Durch die klassifikato-

rische Überleitung des neuen Codes wurde auch das endoskopische Verfahren als operative Prozedur gewertet und der Basis-DRG G11 zugeordnet. Laut Fachgesellschaft sei das analoge Verfahren der endoskopischen Ösophago-(Gastro-)Myotomie vom Personal- und Materialaufwand vergleichbar und schon seit langem in endoskopischen DRGs der MDC 06 abgebildet. Die Abbildung des endoskopischen Verfahrens in der DRG G11B sei nicht sachgerecht (einige operative DRGs sind in der MDC 06 geringer bewertet als einige DRGs der anderen Partition). Daher wurde vorgeschlagen, die endoskopische Pyloromyotomie anderen Myotomien, z.B. der Ösophagomyotomie, gleichzusetzen und überwiegend in der DRG G46C abzubilden. Dieser Vorschlag konnte nach Analyse umgesetzt werden, sodass die endoskopische Pyloromyotomie zukünftig nicht mehr als operative, sondern als nicht operative Prozedur gewertet und systemweit nicht mehr für die Definition von operativen DRGs verwendet wird. In der MDC 06 wird das Verfahren zukünftig als komplexe therapeutische Gastroskopie gewertet und überwiegend der DRG G46C *Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie [...], mit anderem aufwendigen Eingriff* zugeordnet. Neben den oben bereits erwähnten Änderungen, die Basis-DRG G46 betreffend, führten eigene Analysen zu weiteren Anpassungen in dieser Basis-DRG. So werden ab dem kommenden Jahr – zusätzlich zu den oben genannten Verfahren in motorisierter Spiral-Endoskopie – auch Fälle mit endoskopischer Einlage und Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese am Magen und endoskopischer submukosaler Dissektion [ESD] bei mehr als einem Belegungstag der Basis-DRG G46 und damit hauptsächlich der DRG G46C zugeordnet. Darüber hinaus zeigten Fälle mit Kapselendoskopie des Dünndarmes und bestimmten endoskopischen Eingriffen an den Gallengängen wie z.B. Papillotomie oder Steinentfernung höhere Kosten, sodass die DRG G46C gesplittet und diese Verfahren damit aufgewertet werden konnten. Die folgende Abbildung 27 zeigt beispielhafte Fallwanderungen.

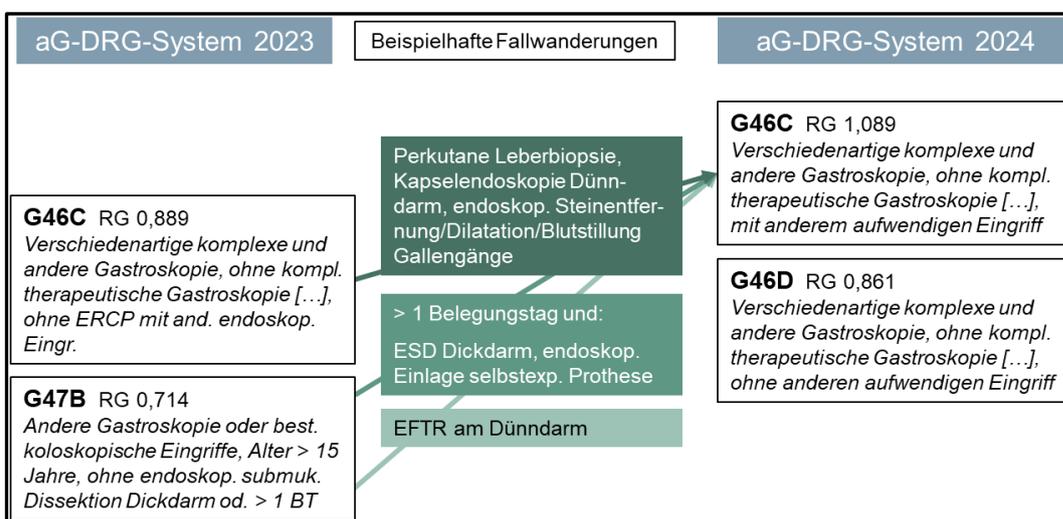


Abbildung 27: Beispielhafte Fallwanderungen für die Aufwertung von Fällen in die DRG G46C für das aG-DRG-System 2024

Zahlreiche Anpassungen haben sich sowohl aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren als auch aufgrund eigener Analysen in der Basis-DRG G47 *Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe* ergeben. Diese Basis-DRG ist in zwei Schweregrade unterteilt, wobei in der DRG G47A bisher Kinder < 16 Jahre und Tagesfälle mit endoskopischer submukosaler Dissektion am Dickdarm abgebildet wurden. Von der Fachgesellschaft kam der Hinweis, dass – zusätzlich zu Tagesfällen mit EFTR – auch Tagesfälle mit anderen komplexen therapeutischen Koloskopien (z.B. mit

endoskopischer Mukosaresektion) der DRG G47A zugeordnet werden sollten, um den hohen Personal- und Materialaufwand dieser Leistungen abzubilden. In den durchgeführten Analysen erwies sich dies als sachgerecht, sodass zukünftig auch Tagesfälle mit endoskopischer Mukosaresektion in die DRG G47A eingruppiert werden. Nicht mehr der Basis-DRG G47 zugeordnet werden Fälle mit einer Hauptdiagnose für eine schwere Krankheit der Verdauungsorgane und Kinder < 15 Jahre mit Fremdkörperentfernung durch Ösophago(gastroduodeno)skopie, da sie geringere Kosten aufwiesen. Die Abbildung erfolgt zukünftig überwiegend in medizinischen Basis-DRGs (hauptsächlich Basis-DRG G72 *Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane [...]*). In der Folge wurde auch die Altersbedingung „< 16 Jahre“ aus der DRG G47A gestrichen, sodass in dieser DRG zukünftig keine Kinder, sondern nur noch Fälle mit einem Belegungstag und bestimmten endoskopischen Maßnahmen am Dickdarm abgebildet werden. Im Vergleich zum Vorjahr kann dies in Abhängigkeit von der Verweildauer der jeweiligen Fälle sowohl eine Auf- als auch eine Abwertung bedeuten. Die Analyse von Diagnosen in endoskopischen DRGs der MDC 06 hat für die DRG G48A *Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, [...], mit schwerer Darminfektion oder bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC* zur Folge, dass bestimmte Darminfektionen wie beispielsweise Enteritis durch E. coli oder Campylobacter nur noch bei Vorliegen von äußerst schweren CC in die DRG G48A eingruppiert werden.

Weitere Änderungen in der MDC 06

Eine Analyse bezüglich der Abbildung von Diagnosen in konservativen DRGs der MDC 06 zeigte, dass Fälle mit einer Tuberkulose des Darmes, des Peritoneums und der Mesenteriallymphknoten, mit einer spontanen bakteriellen Peritonitis, mit Hämoperitoneum und mit Verätzung des Ösophagus in der DRG G70B *Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre, ohne komplexe Diagnose* nicht sachgerecht abgebildet waren. Zukünftig werden Fälle mit diesen Hauptdiagnosen der DRG G70A *[...] Alter < 18 Jahre oder mit komplexer Diagnose* zugeordnet und damit aufgewertet. Auch in der Basis-DRG G67 zeigten sich in der DRG G67B *Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung [...] mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC* Fälle mit bestimmten Kolitiden, die im Vergleich zu den übrigen Fällen der DRG höhere Kosten aufwiesen und deshalb ab dem kommenden Jahr der DRG G67A *[...] mit bestimmten komplizierenden Faktoren* zugeordnet werden. Gleiches gilt für bestimmte Verfahren wie z.B. Arteriographien, endoskopische Polypektomie am Dickdarm von mehr als 2 Polypen mit Schlinge und endoskopische Mukosaresektion am Dickdarm. In der Basis-DRG G67 zeigten sich umgekehrt auch zahlreiche Diagnosen, die aufgrund geringerer Kosten in der jeweiligen DRG nicht mehr sachgerecht abgebildet waren, was zur kostengerechten Neuordnung innerhalb der Basis-DRG G67 und damit zu zahlreichen Detailveränderungen geführt hat. Dazu gehören beispielsweise:

- Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen, sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs,
- Übelkeit und Erbrechen, bakterielle Lebensmittelvergiftung,
- bestimmte bösartige Neubildungen,
- Sodbrennen, Dysphagie,
- Stuhlinkontinenz,
- Obturation des Darmes und Ileus,

- Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese ohne Organkomplikationen,
- bestimmte Zerebralpareesen, Paraparesen und Paraplegien.

3.3.2.9 Gefäßchirurgie und -interventionen / Angiologie

Für diesen Teilbereich der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* ergab sich auch in diesem Jahr nur eine moderate Anzahl von Änderungen. Bei der diesjährigen Weiterentwicklung zum aG-DRG-System 2024 betraf dies vor allem die Abbildung von Fällen mit interventionellen und operativen Eingriffen zur Rekanalisation von peripheren Gefäßen.

Interventionelle Eingriffe an Gefäßen

Im Vorschlagsverfahren benannte interventionelle Verfahren sind oft schon aus dem NUB-Verfahren bekannt. Eine spezifische Abbildung solcher Leistungen im DRG-System ist aber häufig erst nach einigen Jahren möglich. Gründe hierfür sind beispielsweise die zu Beginn der Etablierung eines neuen Verfahrens häufig sehr geringen Fallzahlen, aber auch ein uneinheitliches Kostenbild der Kalkulationsfälle. Für zwei dieser im Vorschlagsverfahren thematisierten Verfahren war in diesem Jahr innerhalb der Basis-DRG F59 *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe* eine Aufwertung bei ausreichend hohen Fallzahlen und einheitlich höheren Kosten möglich.

Die Basis-DRG F59 ist eine sechsfach differenzierte DRG, in der mäßig komplexe, offenen chirurgische und interventionelle Gefäßeingriffe abgebildet werden. Fälle, bei denen größere Mengen bestimmter embolisierender Flüssigkeiten zur selektiven Embolisation von Gefäßen Verwendung finden, so bei der Reparatur von Endoleckagen implantierter Aortenprothesen, wurden bislang innerhalb der Basis-DRG F59 vor allem in Abhängigkeit von der Lokalisation des Gefäßeingriffs verschiedenen DRGs (F59C – F59F) zugeordnet. Zukünftig werden Fälle mit einem entsprechenden Eingriff an aorto-abdominalen Gefäßen in der höher bewerteten DRG F59B abgebildet. Ebenfalls konnten Fälle der DRG F59E mit einem interventionellen Verfahren zur Rekanalisation durch Lithoplastie an peripheren Gefäßen in die DRG F59D aufgewertet werden (siehe Abbildung 28).

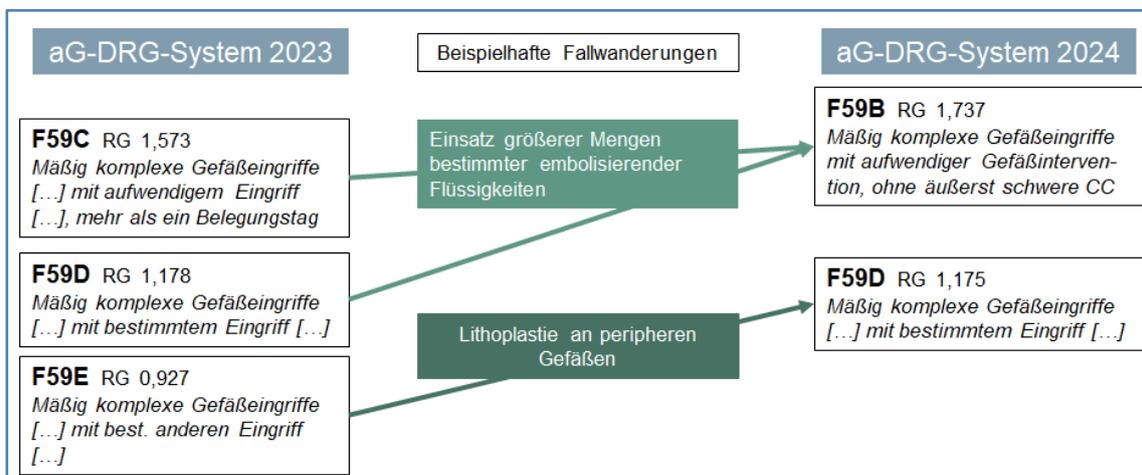


Abbildung 28: Aufwertung interventioneller Verfahren innerhalb der Basis-DRG F59

Amputationen an der unteren Extremität

Die Amputation von Extremitäten bei Kreislauferkrankungen wird differenziert in den beiden Basis-DRGs F13 *Amputation [...] an oberer oder unterer Extremität [...]* und F28 *Bestimmte Amputation [...] an der unteren Extremität* abgebildet. Bei Komplikationen im Rahmen des diabetischen Fußsyndroms erfolgt unter Umständen auch eine Zuordnung des Falles in die Basis-DRG F27 *Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus [...]*.

In den beiden DRGs F13C und F27B zeigten Fälle mit bestimmten Amputationen am Fuß, z.B. einer Zehenstrahlresektion, in den Daten 2022 deutliche Kostenunterschiede in Abhängigkeit davon, ob zusätzlich zur Amputation auch ein Eingriff zur Rekanalisation an Gefäßen der unteren Extremität erfolgte, z.B. eine Ballonangioplastie oder eine Stentimplantation an Unterschenkelgefäßen. Für die weniger komplexen Fälle ohne einen entsprechenden Eingriff wurde im aG-DRG-System 2024 eine neue DRG F13D etabliert mit konsekutiver Aufwertung der in ihren jeweiligen DRGs verbleibenden komplexeren Fälle (siehe Abbildung 29).

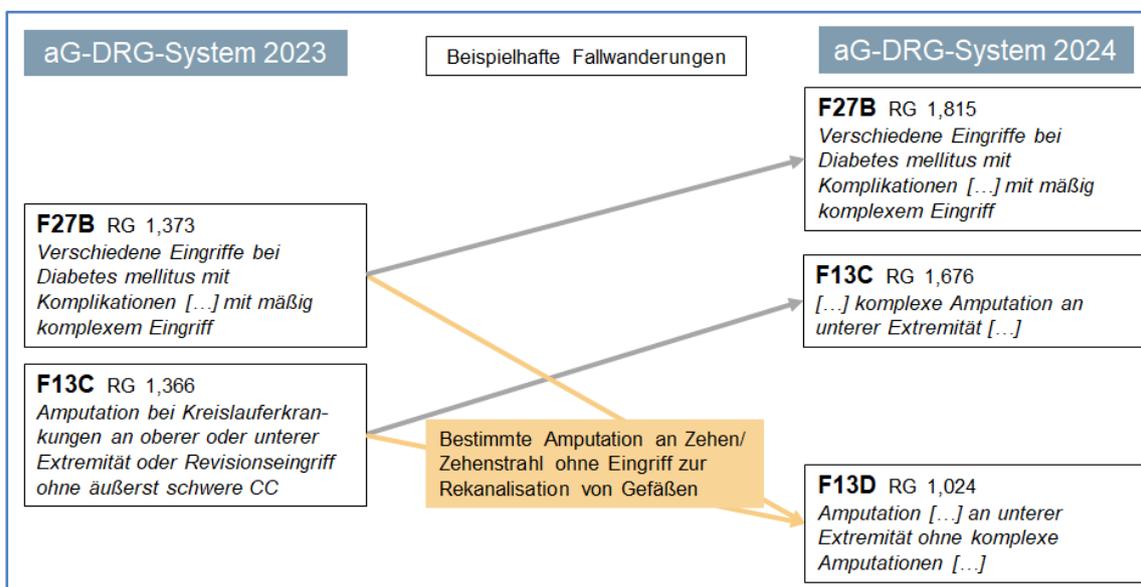


Abbildung 29: Neue DRG F13D

3.3.2.10 Globale Funktionen

Die Eingruppierung der Fälle in einzelne DRGs ist durch logische Ausdrücke definiert, die sich teilweise an mehreren Stellen des Gruppierungsalgorithmus – auch MDC-übergreifend – wiederholen. Zur Vereinfachung der Logiken insgesamt und zur leichteren Handhabung der 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 Fallkosten eine höhere Eingruppierung der Fälle nicht mehr begründen, werden Prozeduren oder Diagnosen gestrichen oder die Logik innerhalb der Funktion geändert. Die zu streichenden bzw. 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 bei der Weiterentwicklung in den vergangenen Jahren eine Vielzahl von Detailumbauten, insbesondere bei den „Funktionsfamilien“

- Komplizierende Konstellationen,
- Komplexe/bestimmte OR-Prozeduren,
- Komplexe Vakuumbehandlung und
- Eingriff an mehreren Lokalisationen.

Für 2024 ergab sich keine vergleichbar umfangreiche Überarbeitung der globalen Funktionen. Umgesetzt wurden lediglich einzelne Detailanpassungen, etwa eine Präzisierung der Gruppierungsrelevanz von ECMO und PECLA innerhalb der in der Prä-MDC zur Anwendung kommenden Funktionen der Funktionsfamilie „Komplizierende Konstellationen“.

Im technischen Sinn ebenfalls eine globale Funktion ist die neue Funktion „Ausschluss Kontextfaktoren“, die bei der Definition der zwölf für 2024 etablierten Hybrid-DRGs zur Anwendung kommt (siehe Kapitel 3.2.6).

Die meisten Veränderungen für 2024 erfuhren jedoch die Funktionen „Schweres Problem beim Neugeborenen“ und „Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen“, die ausschließlich in der MDC15 *Neugeborene* zum Einsatz kommen und somit keine globalen Funktionen im Sinne dieses Kapitels darstellen. Die entsprechenden Änderungen für 2024 sind im Kapitel 3.3.2.26 umfassend dargestellt.

3.3.2.11 Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

In der MDC 03 sind die Krankheiten und Störungen des Hals-Nasen-Ohren-Bereichs bereits hochdifferenziert abgebildet. Dennoch konnte für einige Konstellationen die Abbildung der Fälle im aG-DRG-System 2024 weiter verbessert werden.

In der Basis-DRG D06 *Eingriffe an Nasennebenhöhlen [...]* werden Fälle mit Eingriffen an Nase, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen und Rachen abgebildet, wie z.B. mit plastischer Korrektur mit Resektion des Nasenseptums oder mit endonasaler Operation der Kieferhöhle. Einige Fallgruppen zeigten sich mit niedrigeren Kosten verbunden und wurden entsprechend neu zugeordnet. So wurden z.B. Fälle mit bestimmter äußerer Inzision und Drainage im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich aus der DRG D06A in die DRG D06B verschoben.

In der DRG D09Z *Tonsillektomie bei BNB oder versch. Ingr. [...]* werden Fälle mit Tonsillektomie oder mit verschiedenen Eingriffen an Ohr, Nase, Mund und Hals abgebildet, wie z.B. mit Exzision von erkranktem Gewebe des Larynx oder mit operativer Blutstillung nach Tonsillektomie. Nach Analyse erfolgte eine kostenentsprechende Neuordnung aus der DRG D09Z in die DRG D22A *Eingriffe an Mundhöhle und Mund [...]* von Fällen mit weniger aufwendigen Eingriffen, u.a. mit

- Tonsillektomie (ohne Adenotomie) mit Dissektionstechnik,

- radikaler transoraler Tonsillektomie (ohne Adenotomie),
- Destruktion von erkranktem Gewebe durch Elektrokoagulation.

In der Basis-DRG D12 *Andere Eingriffe an Ohr, Nase [...]* werden Fälle mit Eingriffen an Ohr, Nase, Mund und Hals, u.a. Fälle mit Exzision einer lateralen Halszyste oder mit Gingivoplastik, abgebildet. Aufwendigere Fälle, wie z.B. mit bestimmter bösartiger Neubildung der Zungentonsille, der Lippe oder des Pharynx, wurden aus der DRG D12B *Andere Eingriffe [...]* ohne komplexe Diagnose in die DRG D12A *Andere Eingriffe [...]* mit komplexer Diagnose aufgewertet.

In der Basis-DRG D30 *Tonsillektomie außer bei BNB [...]* werden Fälle mit Tonsillektomie oder mit Eingriffen an Ohr, Nase, Mund wie z.B. mit partieller transoraler Tonsillektomie oder mit plastischer Korrektur mit Resektion des Nasenseptums abgebildet. Fälle mit weniger aufwendigen Eingriffen, wie z.B. mit Destruktion von erkranktem Gewebe durch Elektrokoagulation an Gaumen- und Rachenmandeln, wurden kostenentsprechend aus der DRG D30B in die DRG D30C verschoben.

3.3.2.12 Infektiöse und parasitäre Krankheiten

In der MDC 18B *Infektiöse und parasitäre Krankheiten* sind Fälle mit einer Sepsis in der gleichnamigen und vielfach differenzierten Basis-DRG T60 abgebildet, in der als Splitkriterien u.a. das Alter, Diagnosen, PCCL sowie verschiedene Funktionen und Komplexbehandlungen dienen. Diese Attribute werden regelmäßig auf ihre Eignung als Kostentrenner untersucht. Bei der diesjährigen Weiterentwicklung wurden die Diagnosen für bestimmte Paraparese und Paraplegie bzw. Tetraparese und Tetraplegie aus der Bedingung der DRG T60B gestrichen.

Virale Erkrankungen sind in der Basis-DRG T63, andere infektiöse und parasitäre Krankheiten in der Basis-DRG T64 abgebildet. In der Basis-DRG T63 waren Nebendiagnosen für Zustand nach Herz- oder Nierentransplantation nicht mehr mit höheren Kosten assoziiert und wurden demzufolge aus der Bedingung der DRG T63A gestrichen. Fälle mit einer Infektion durch Retroviren, anderenorts nicht klassifiziert oder Grippe mit sonstigen Manifestationen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen, werden statt in die DRG T63C zukünftig in die DRG T63D eingruppiert. In der DRG T64A wurden bestimmte weniger komplexe Diagnosen, wie Immunkompromittierung nach Bestrahlung, Chemotherapie und sonstigen immunsuppressiven Maßnahmen, aufgrund geringerer Fallkosten aus der Definition der DRG gestrichen.

3.3.2.13 Intensivmedizin

Im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems unterliegt die Analyse intensivmedizinischer Fälle einer besonderen 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 und insbesondere Langzeitbeatmete.

In den Basis-DRGs A06, A07, A09, A11 und A13 werden Fälle mit einer Langzeitbeatmung – gestaffelt nach der Anzahl der Beatmungsstunden – differenziert abgebildet (siehe Abbildung 30).

Basis-DRG	Bezeichnung
A06	Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung
A07	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte
A09	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2352 / 1932 / 2208 Aufwandspunkte
A11	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte
A13	Beatmung > 95 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte

Abbildung 30: Abbildung langzeitbeatmeter Fälle im aG-DRG-System

In der DRG A06A sind hochkomplexe Fälle zusammengefasst, die sich neben ihrer Langzeitbeatmung noch einem komplexen Eingriff unterziehen mussten oder mit mehr als 2940 / 5520 / 5520 Aufwandspunkten lange intensivmedizinisch behandelt wurden. Die Punktwerte stehen für intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter, aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung und „einfache“ intensivmedizinische Komplexbehandlung. Sie unterscheiden sich anhand personeller, apparativer und struktureller Voraussetzungen über ihre Prozedurenkodes. Diese als Kostentrenner verwendeten Aufwandspunkte für intensivmedizinische Komplexbehandlung werden Jahr für Jahr analysiert. In diesem Jahr wurde die Prozedur für intensivmedizinische Komplexbehandlung von 5.521 bis 7.360 Aufwandspunkten aus der Bedingung der DRG A06A gestrichen. Auch Fälle mit aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung und 4.601 bis 5.520 Aufwandspunkten bei COVID-19 werden nicht länger in die DRG A06A eingruppiert.

In der Basis-DRG A13 wurden ebenfalls Anpassungen am Algorithmus vorgenommen. Zunächst wurden vergleichsweise wenig komplexe Prozeduren, wie die sonstige Übernähung eines Ulkus am Darm oder nicht näher bezeichnete Endarteriektomie aus der DRG A13E in die DRG A13F verschoben, weiterhin Fälle mit einer Dekompression am Schädelknochen in die Bedingung der DRG A13F aufgenommen und somit kostensprechend aufgewertet. Ebenfalls aufgewertet wurden Fälle mit bestimmten Eingriffen am Liquorsystem, die zukünftig der Basis-DRG A11 zugeordnet werden (siehe Abbildung 31).

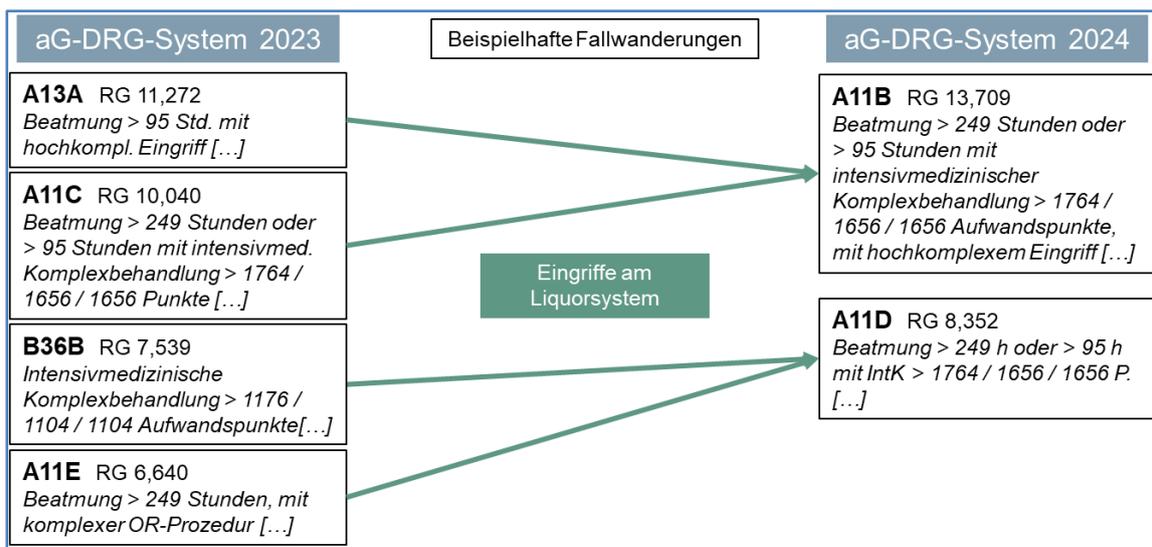


Abbildung 31: Aufwertung von Fällen mit einem bestimmten Eingriff am Liquorsystem

Auch außerhalb der Prä-MDC werden intensivmedizinische Fälle häufig in separaten Basis-DRGs abgebildet. In der MDC 01 ist dies die Basis-DRG B36, u.a. differenziert nach Aufwandspunkten für intensivmedizinische Komplexbehandlung. In diesem Jahr wurde die Prozedur für intensivmedizinische Komplexbehandlung von 1.657 bis 1.932 Aufwandspunkten aus der Bedingung der DRG B36A gestrichen. Wird jedoch zusätzlich ein bestimmter operativer Eingriff durchgeführt, werden Fälle bereits mit mehr als 1.380 Aufwandspunkten in diese DRG eingruppiert.

Im aG-DRG-System finden sogenannte (globale) Funktionen als Kostentrenner Verwendung. Dabei handelt es sich um logische Definitionen und Ausdrücke, die an mehreren Stellen des DRG-Gruppierungsalgorithmus vorkommen und die Prozeduren und ggf. Diagnosen beinhalten, 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. Innerhalb der Prä-MDC wird neben der Anzahl der Beatmungsstunden und der intensivmedizinischen Komplexbehandlung u.a. auch die Funktion „Komplexe OR-Prozeduren“ als Kostentrenner genutzt. Wegen eines fehlenden Kostenunterschieds wurden die Codes für die Verwendung eines bestimmten herzunterstützenden Systems, ECMO, PECLA sowie Anwendung einer minimalisierten Herz-Lungen-Maschine aus dieser Funktion gestrichen und die entsprechenden Fälle innerhalb der Prä-MDC abgewertet. In der Basis-DRG A06 dagegen, wo der kostentrennende Effekt dieser Prozeduren nach wie vor gegeben war, wurde eigens für diese Basis-DRG eine neue Funktion „Komplexe OR-Prozeduren A06“ etabliert, welche die Codes für die Verwendung eines bestimmten herzunterstützenden Systems, ECMO, PECLA sowie Anwendung einer minimalisierten Herz-Lungen-Maschine nach wie vor enthält.

3.3.2.14 Kardiologie und Herzchirurgie

In der diesjährigen Weiterentwicklung des DRG-Entgeltsystems wurde erneut eine Vielzahl an Analysen zu Leistungen der Kardiologie und Herzchirurgie durchgeführt. Die für das System 2022 und 2023 eingeführten Veränderungen innerhalb der MDC 05 für die sachgerechte Eingruppierung von Fällen mit einer COVID-19-Erkrankung bestätigten

sich in den Daten des Jahres 2022. Für das aG-DRG-System 2024 ergaben sich dementsprechend keine Veränderungen in diesem Bereich.

Eine häufige Anfrage von Fachgesellschaften und Krankenhäusern thematisierte die Aufwertung bestimmter Fälle, die mit hohen Sachkosten einhergehen, wie z.B. die Implantation eines Defibrillators mit subkutaner Elektrode 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, der Kardiologie und der 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. Aufwendige Fälle mit z.B. bestimmten Zweifacheingriffen mit *Ersatz der Aortenklappe durch ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten* werden im aG-DRG-System 2023 der DRG F03B 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 2024 wurde – wie schon in der Vergangenheit – erneut um eine Überprüfung der genannten Fälle mit Zweifacheingriff gebeten und eine Gleichstellung des genannten 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 der Daten des Jahres 2022 verdeutlichten, dass die oben genannten Behandlungsfälle mit Zweifacheingriff mit *Ersatz der Aortenklappe durch ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten* mit geringeren Kosten verbunden waren als andere Fälle der DRG F03B. Zukünftig werden diese der DRG F03C zugeordnet. Mit dieser Neuordnung erfolgte damit für das aG-DRG-System eine vollständige Gleichstellung der beiden speziellen Verfahren zum Aortenklappenersatz.

Ein weiterer Schwerpunkt der diesjährigen Weiterentwicklung innerhalb der Basis-DRG F03 war die Analyse von Fällen mit intraoperativer Ablation. Die Analyse der Daten des Jahres 2022 zeigte, dass Fälle mit intraoperativer Ablation, die bisher in Verbindung mit der Herzklappen-OP als Mehrfacheingriff gewertet wurden, mit niedrigeren Kosten verbunden waren. Dementsprechend wurden im aG-DRG-System 2024 die Prozeduren für intraoperative Ablation aus der Zuordnungsbedingung der DRGs F03C und F03D gestrichen und somit betroffene Behandlungsfälle überwiegend den DRGs F07C *Andere Eingr. mit HLM, Alter > 0 J., IntK < - / 369/- P. oder Alter > 17 J. [...]* oder F03E *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., [...]* zugeordnet.

Kardiologie

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. Aufwendigere diagnostische Verfahren sind dabei

bei Vorliegen von bestimmten Hauptdiagnosen (z.B. einer schweren Linksherzinsuffizienz) der DRG F49E zugeordnet. In der DRG F49E zeigten sich in den Daten des Jahres 2022 Fälle mit bestimmter Hauptdiagnose, z.B. ventrikulärer Tachykardie oder Vorhofseptumdefekt, mit deutlich geringeren Kosten verbunden als andere Fälle der DRG. Dementsprechend sind die genannten Diagnosen im aG-DRG-System 2024 in der DRG F49E nicht mehr gruppierungsrelevant.

Krankheiten des Kreislaufsystems

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.

Fälle mit einer Hauptdiagnose Hypertonie werden der dreifach differenzierten Basis-DRG F67 *Hypertonie* zugeordnet, wobei Behandlungsfälle mit einer komplizierenden Nebendiagnose in die DRG F67A *Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter hochaufwendiger / mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung* eingruppiert werden. Die Analysen der Daten des Jahres 2022 zeigten, dass Fälle mit primärem Hyperparathyreoidismus und Hyperaldosteronismus in der DRG F67A mit geringeren Kosten verbunden waren als andere Fälle der DRG. Im aG-DRG-System 2024 werden Behandlungsfälle mit den genannten Nebendiagnosen ihren Kosten entsprechend der DRG F67B zugeordnet.

Fälle mit einer Hauptdiagnose für eine angeborene Herzkrankheit werden bei Vorliegen bestimmter intensivmedizinischer Komplexbehandlung, einem Alter < 6 Jahre oder einem Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC der DRG F68A *Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC* zugeordnet. In den Daten des Jahres 2022 zeigten sich Behandlungsfälle mit einer Hauptdiagnose für Vorhofseptumdefekt, mit offenem Ductus arteriosus oder sonstiger nicht näher bezeichneter Fehlbildung des Herzens mit geringeren Kosten verbunden. Im aG-DRG-System 2024 werden Behandlungsfälle mit diesen Diagnosen nur noch bei Vorliegen von mehr als 196 Aufwandspunkten für intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter der DRG F68A zugeordnet, andernfalls erfolgt eine Eingruppierung in die DRG F68B.

3.3.2.15 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane

In diesem Jahr lag nur eine eher zurückhaltende Beteiligung am Vorschlagsverfahren für Fälle der MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* vor. Deshalb ergaben sich für das aG-DRG-System 2024 vor allem einige Detailumbauten. Wie in den Vorjahren erfolgte bei der jährlichen Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems auch eine Überprüfung der Abbildung von Fällen mit COVID-19. Für die MDC 04 ergab sich diesbezüglich nur ein geringer Änderungsbedarf (vgl. auch Abschnitt 3.3.2.1).

Operative Partition

In der operativen Partition der MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* werden aufwendigere chirurgische Behandlungen bei Neubildungen an Lunge und Bronchialsystem vor allem in den Basis-DRGs E01 *Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen [...]* und E05 *Andere große Eingriffe am Thorax [...]* abgebildet. Dort werden Fälle mit einer operativen Behandlung von Hirnmetastasen (bei Hauptdiagnose Bronchialkarzinom) in einigen DRGs schon höher eingrup-

piert als vergleichbare Fälle ohne einen entsprechenden Eingriff. Dennoch zeigten sich in den Kalkulationsdaten 2022 Fälle der DRGs E05B und E05C mit einer *Exzision und Destruktion von erkranktem intrakraniellm Gewebe* mit höheren Kosten verbunden als andere Fälle der jeweiligen DRG, sodass für 2024 eine Aufwertung dieser Fälle mit sachgerechter Abbildung in der DRG E06A erfolgte (vgl. Abbildung 32).

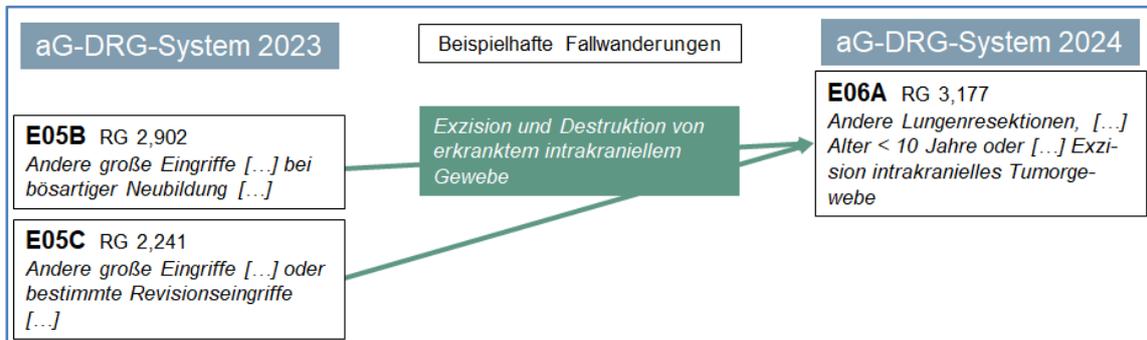


Abbildung 32: Aufwertung von Fällen mit operativer Behandlung von Hirnmetastasen in die DRG E06A

Einige Fallgruppen in diesen beiden Basis-DRGs zeigten sich wiederum in den Kalkulationsdaten 2022 nicht mehr mit höheren Kosten verbunden, sodass hier für 2024 eine kostenentsprechende Neuzuordnung erfolgte. So werden Fälle der DRG E01A mit bestimmten Eingriffen bei Brustkorbdeformität, z.B. bei Trichterbrust, jetzt der DRG E05A zugeordnet. Fälle mit bestimmten interventionellen Eingriffen an der Pulmonalarterie, z.B. einer Thrombektomie oder einer Thrombusfragmentation, werden zukünftig nicht mehr der DRG E05B zugeordnet, sondern vor allem in der DRG E05C abgebildet und Fälle der Basis-DRG E05 mit einer *Explorativen Thorakotomie* werden in Abhängigkeit von weiteren Eingriffen zukünftig vorrangig in den Basis-DRGs E06 und E02 (mindestens jedoch in der DRG E02B) abgebildet.

In der dreifach gesplitteten Basis-DRG E06 *Andere Lungenresektionen [...]* werden offenen chirurgische und interventionelle Eingriffe abgebildet. Innerhalb der dort bislang am niedrigsten bewerteten DRG E06C zeigten sich Fälle z.B. mit bestimmten Pleurektomien oder atypischen Lungenresektionen mit weniger hohen Kosten verbunden. Für das aG-DRG-System 2024 erfolgte deshalb ein Split der DRG E06C mit sachgerechter Zuordnung dieser Fälle in die neu etablierte DRG E06D (vgl. Abbildung 33).

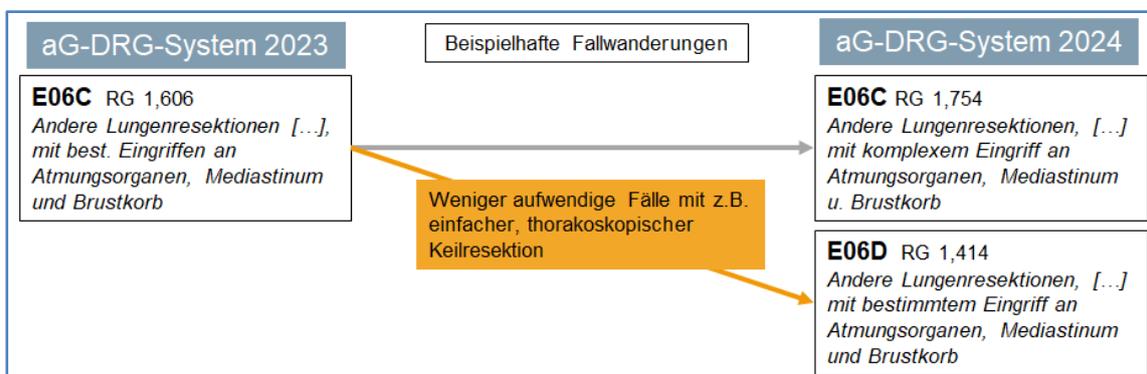


Abbildung 33: Split der DRG E06C

Die Basis-DRG E02 *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen* ist die fünffach differenzierte „Reste“-DRG der MDC 04 mit Abbildung einer heterogenen „Sammlung“ von weniger komplexen chirurgischen und interventionellen Verfahren, z.B. Biopsien oder bronchoskopischen Lungenvolumen-Reduktionsverfahren. Dort zeigten sich inner-

halb der DRG E02C [...] mit bestimmter endoskopischer Lungenvolumenreduktion [...] einige Eingriffe, z.B. Biopsie am Mediastinum, mit höheren Kosten verbunden. Fälle mit diesen Eingriffen werden zukünftig der DRG E02B [...] mit mäßig aufwendigem Eingriff [...] zugeordnet.

Sonstige Partition

Die zweifach differenzierte Basis-DRG E42 *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* gehört zur „sonstigen“ Partition der MDC 04. Bisher enthielt die höher bewertete DRG E42A ausschließlich Fälle mit einer Diagnose für COVID-19 und einer längeren Isolierung. In den Daten des Jahres 2022 zeigten sich in der DRG E42B Fälle mit einer Hauptdiagnose für traumatischen Hämato- oder Pneumothorax mit erheblich höheren Kosten verbunden, sodass auch diese zukünftig aufwandsgerecht der DRG E42A *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane bei traumatischem Hämato-/Pneumothorax [...]* zugeordnet werden.

Medizinische Partition

Die konservative Behandlung von Fällen mit respiratorischer Insuffizienz oder Lungenembolie wird in der mehrfach differenzierten Basis-DRG E64 abgebildet. Als besonders aufwendige Fälle dieser Basis-DRG, und damit der am höchsten bewerteten DRG E64A zugeordnet, gelten im aG-DRG System 2023 zum einen Fälle mit einer Kombination aus Komorbiditäten, die als „äußerst schwer“ bewertet wird (ausgenommen sind Eintagesfälle), wie auch Behandlungsfälle mit einer Lungenembolie, unabhängig davon, ob die *Angabe eines akuten Cor pulmonale* vorliegt. In den Analysen des Datenjahres 2022 zeigten sich ebendiese Fälle mit einer Hauptdiagnose Lungenembolie mit deutlich geringeren Kosten verbunden, wenn keine Angabe über das Vorliegen eines akuten Cor pulmonale vorhanden war. Für das aG-DRG-System 2024 ist deshalb die Hauptdiagnose Lungenembolie nur noch bei *Angabe eines akuten Cor pulmonale* direkt, d.h. ohne weitere Bedingungen für die DRG E64A gruppierungsrelevant.

Auf der anderen Seite zeigten sich Fälle mit bestimmter Komplexbehandlung auf einer Intensivstation und Fälle mit Komplexbehandlung bei Besiedlung und Infektion mit bestimmten Erregern schon bei zum Teil geringen Aufwandspunkten mit höheren Kosten in den niedriger bewerteten DRGs der Basis-DRG E64 auffällig. Diese „Extremkostenfälle“ wurden innerhalb der Basis-DRG E64 in die DRGs E64A und E64B aufgewertet (vgl. Abbildung 34).

Diese Umbauten führten zu komplexen Veränderungen innerhalb der Basis-DRG E64. So führt insbesondere die „Abwanderung“ einer hohen Zahl an weniger aufwendigen Fällen mit *Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale* zu einer relevanten konsekutiven Aufwertung von Fällen der DRG E64A. Auch Fälle der DRG E64B wurden infolge der Umbauten deutlich aufgewertet.

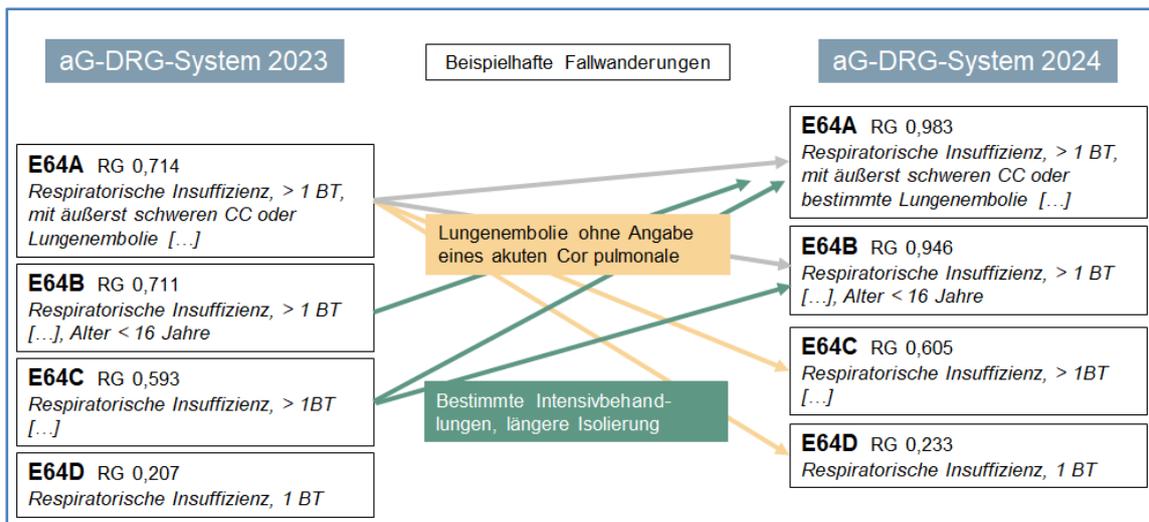


Abbildung 34: Beispielhafte Fallwanderungen in der Basis-DRG E64

Einige Fälle der medizinischen Partition zeigten sich in Abhängigkeit von bestimmten Diagnosen innerhalb ihrer DRG aufwendiger als die übrigen Fälle der entsprechenden DRG und wurden daher aufgewertet. Dies betraf zum einen Fälle der DRG E75C mit einer Hauptdiagnose für bestimmte angeborene Fehlbildungen der Lunge oder mit einer akuten arzneimittelinduzierten interstitiellen Lungenkrankheit – diese Fälle werden zukünftig in der DRG E75B *Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre oder best. andere Krankheiten der Atmungsorgane [...]* abgebildet – und zum anderen Fälle der DRG E77C mit der Diagnose für *Sonstige Aspergillose der Lunge*. Diese Fälle werden im aG-DRG-System 2024 der DRG E77B *Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter komplizierender Konstellation [...]* zugeordnet.

Fälle mit konservativer Behandlung einer Pneumonie werden in den beiden Basis-DRGs E77 *Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane* und E79 *Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane* sehr differenziert abgebildet. Hier zeigten sich Fallgruppen in Abhängigkeit von bestimmten Erregertypen als nicht mehr mit so hohen Kosten verbunden. Diese Fälle wurden ihren Kosten entsprechend niedriger bewerteten DRGs zugeordnet. Betroffen waren Fälle mit einer Pneumonie durch Respiratory-Syncytial-Viren. Für diese erfolgte eine Neuordnung aus der DRG E77C in die DRG E77D und aus der DRG E79B in die DRG E79C. Ebenfalls betroffen waren Fälle der DRG E79A mit einer Pneumonie durch Parainfluenzaviren. Fälle ohne eine *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: mit mindestens 10 Behandlungstagen* werden zukünftig in der DRG E79C abgebildet.

3.3.2.16 Krankheiten des Blutes und des Immunsystems

Für das aG-DRG-System 2024 wurden aplastische Anämien neu bewertet, die in der Basis-DRG Q63 abgebildet sind. Ein Alter kleiner 16 Jahre und paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie differenzierten bisher zwischen den DRGs Q63A und Q63B. Im aG-DRG-System 2024 führen auch Fälle mit idiopathischer aplastischer Anämie kostenentsprechend in die DRG Q63A, was einer deutlichen Aufwertung entspricht.

Ebenfalls in der MDC 16 finden sich Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen, vorwiegend in der gleichnamigen Basis-DRG Q60. Verschiedene Bedingungen wie PCCL, Alter oder bestimmte Diagnosen dif-

ferenzieren diese Basis-DRG vierfach. Für das aG-DRG-System 2024 haben sich Fälle mit sekundärer Polyglobulie, weiteren unspezifischen Diagnosen sowie bestimmten Gerinnungsstörungen als weniger kostenintensiv erwiesen und wurden dementsprechend aus den DRGs Q60B und Q60C in die DRG Q60D verschoben (siehe Abbildung 35).

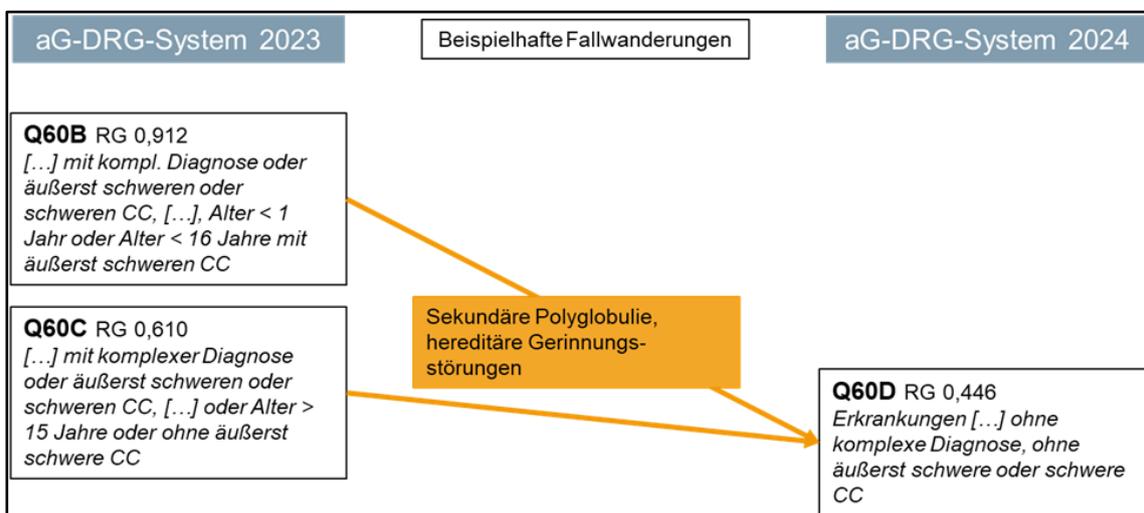


Abbildung 35: Beispielhafte Fallwanderungen für Sekundäre Polyglobulie und hereditäre Gerinnungsstörungen in der Basis-DRG Q60

3.3.2.17 Neugeborene

In der MDC 15 *Neugeborene* werden Neugeborene bis zum 28. Lebenstag oder mit einem Aufnahmegewicht von < 2.500 g abgebildet. Die Zuordnung in die einzelnen Basis-DRGs erfolgt überwiegend anhand des Aufnahmegewichts. Bei der Differenzierung in unterschiedliche Schweregrade spielen u.a. Beatmungsstunden und aufwendige operative und nicht operative Prozeduren eine große Rolle. Eine große Erlösrelevanz haben in der MDC 15 aber auch Diagnosen in Form der Funktionen „Schweres Problem beim Neugeborenen“ (SPNG) und „Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen“ (MSPNG). Diese beiden Funktionen sind in fast allen Basis-DRGs der MDC 15 gebräuchliche und wiederkehrende Splitkriterien, die in den letzten Jahren aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren, aber auch aufgrund eigener Analysen immer wieder im Sinne von Detailänderungen angepasst wurden.

Die Funktion „Schweres Problem beim Neugeborenen“ wird in medizinischen Basis-DRGs der MDC 15 verwendet. Die Funktion „Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen“ dient überwiegend in operativen, aber auch in den medizinischen DRGs P65A *Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, mit mehreren schweren Problemen [...]*, P66A *Neugeborenes ohne sign. OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., Aufnahmegew. 2000 - 2499 g mit mehr. schw. Probl. [...]* und P67A *Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen [...]* als Splitkriterium. In der aG-DRG-Version 2023 wurden beide Funktionen durch eine Liste von 3.329 Diagnosen definiert. Dazu zählen beispielsweise Infektionen, bösartige Neubildungen, (Geburts-)Verletzungen, Erkrankungen der Perinatalperiode oder angeborene Fehlbildungen/Erkrankungen. Ein „schweres Problem“ entspricht dabei einer Diagnose der Liste. „Mehrere schwere Probleme“ entsprechen mindestens zwei Diagnosen der Liste.

Im Rahmen der diesjährigen Kalkulation zeigte sich, dass sich nicht mehr alle Diagnosen der beiden Funktionen weiterhin als Kostentrenner eignen, sodass diese kostenentsprechend angepasst wurden. Zukünftig werden z.B. folgende Diagnosen nicht mehr als schweres / mehrere schwere Probleme gewertet:

- Norovirusenteritis
- Sonstige näher bezeichnete Darminfektionen
- Sonstige und nicht näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen der Schädel- und Gesichtsschädelknochen
- Bestimmte Diagnosen für Aspirationssyndrome beim Neugeborenen
- Einseitige und nicht näher bezeichnete Nierenhypoplasie/-agenesie
- Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe
- Kontakt mit und Exposition gegenüber HIV
- Grippe mit sonstigen Manifestationen

Ab 2024 wird die Funktion „Schweres Problem beim Neugeborenen“ nur noch durch 3.299 Codes definiert. Dadurch wurden die betroffenen Fälle innerhalb der Basis-DRGs P65 (Neugeborene 1.500 - 1.999 g), P66 (Neugeborene 2.000 - 2.499 g) und DRG P67 (Neugeborene > 2.499 g) abgewertet, wobei Fälle mit den gestrichenen Diagnosen in der Basis-DRG P67 mindestens der DRG P67D [...], *mit bestimmter Prozedur oder best. Diagnose beim Neugeborenen oder neugeborener Mehrling* zugeordnet werden. Mit geringeren Kosten verbunden waren in der Basis-DRG P67 auch Fälle mit einer Makrozephalie. Diese wird deshalb zukünftig nicht mehr als schweres, sondern als „anderes Problem des Neugeborenen“ gewertet. Dadurch ist diese Diagnose in der MDC 15 immer noch gruppierungsrelevant, allerdings in geringerem Ausmaß als bisher.

Die Funktion „Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen“ wird zukünftig durch 3.257 Diagnosen definiert. Ein Teil der gestrichenen Codes (44 Diagnosen) erfüllt jedoch in Verbindung mit der verkleinerten Liste MSPNG weiterhin die Definition der Funktion im Sinne einer gestuften Abwertung. Noch weiter spezifiziert wurde die Funktion MSPNG in der DRG P06A *Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g, sig. OR-Proz. oder Beatmung > 95 Std., mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Proz. [...]*, da sich hier bei weiteren Diagnosen wie z.B.

- Herzinsuffizienz beim Neugeborenen,
- angeborene Pneumonie,
- erworbener Hydrozephalus beim Neugeborenen,
- Entzugssymptome beim Neugeborenen.

zeigte, dass diese nicht mehr mit höheren Kosten verbunden waren und demzufolge nur in dieser DRG zukünftig nicht mehr die Definition der Funktion MSPNG erfüllen.

Zusätzlich zu den Änderungen bei den beiden Funktionen SPNG und MSPNG waren einige Fälle mit Schädelfraktur durch Geburtsverletzung, Geburtsverletzung von Röhrenknochen und Ventrikelseptumdefekt in der DRG P67E [...], *ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Prozedur ohne bestimmte Diagnosen beim Neugeborenen* nicht sachgerecht vergütet, da sie höhere Kosten aufwiesen. Die betroffenen Fälle werden deshalb ab der aG-DRG-Version 2024 in die DRG P67D eingruppiert.

Operative DRGs der MDC 15 werden u.a. definiert durch die allgemeine Liste aller operativen Prozeduren im aG-DRG-System. Ausgeschlossen ist davon allerdings eine definierte Liste von sogenannten „nicht signifikanten“ operativen Eingriffen (bisher 86 Prozeduren). Dazu zählen z.B. Pyloromyotomien, Herniotomien, Behandlung einer Varikozele oder Hydrocele funiculi spermatici. Diese Liste wurde erweitert um die Operation einer Hydrocele testis und die explorative sowie sonstige und nicht näher bezeichnete Laparotomie, da diese Eingriffe in den operativen DRGs mit geringeren Kosten verbunden waren und demzufolge zukünftig nicht mehr als signifikante OR-Prozeduren in der MDC 15 gewertet werden.

3.3.2.18 Neurologie und Neurochirurgie

Neurochirurgische Eingriffe am Schädel finden sich in der MDC 01 u.a. in der mehrfach differenzierten Basis-DRG B20 *Kraniotomie [...]*, wo sie jährlich dahingehend überprüft werden, ob bestehende Kostentrenner noch wirken und/oder mögliche neue existieren. So wurde die DRG B20A um die Diagnosen für bestimmte intrazerebrale oder Subarachnoidalblutung erweitert und diese Fälle entsprechend ihren Kosten aufgewertet. Dies gilt ebenso für die Prozeduren für bestimmte epidurale und subdurale Eingriffe, die in die DRGs B20B und B20C aufgenommen wurden. Prozeduren für bestimmte Operationen am Siebbein und an der Keilbeinhöhle dagegen wurden aus der Bedingung der DRG B20C gestrichen.

In der Basis-DRG B17 ist neben Eingriffen am Nervensystem auch die Implantation eines Ereignis-Rekorders abgebildet. Diese Prozeduren – sowie jene für die Implantation bestimmter Schrittmacher oder Defibrillatoren – wurden aus der Bedingung der DRG B17A gestrichen. Die Fälle mit einer Destruktion an intrakraniellen Anteilen von Hirnnerven und Ganglien sind im aG-DRG-System 2024 statt in der DRG B17B in der DRG B17D abgebildet.

Die Basis-DRG B70 *Apoplexie* bildet Fälle mit der Behandlung eines Schlaganfalls differenziert ab. In diesem Jahr wurden auch Fälle mit einer neurologischen Komplexbehandlung bei einem Verschluss retinaler Arterien aus der MDC 02 in diese Basis-DRG umgeleitet und dort sachgerecht abgebildet. Außerdem wurde die Bedingung der DRGs B70E und B70F um die Bedingung „Alter < 16 Jahre“ erweitert, die Kinder somit bessergestellt. Dagegen wurde die Diagnose für nicht näher bezeichnete intrazerebrale Blutung aus der Bedingung der DRG B70A gestrichen.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hatte im OPS Version 2021 die Prozedurenkodes für die Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls nach der Behandlung auf einer Schlaganfalleinheit *ohne* und *mit* kontinuierliche(r) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen differenziert. Aufgrund unterschiedlicher Kosten wurden im Vorjahr bereits Fälle mit Behandlung auf einer Einheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien auf- sowie ohne diese Möglichkeit abgewertet. Die Analysen dieser sich bezüglich apparativer und personeller Ausstattung und Qualifikationen unterscheidenden Prozeduren wurden auch bei der diesjährigen Weiterentwicklung fortgesetzt, wobei sich anhand der Kalkulationsdaten 2022 jedoch diesbezüglich kein Änderungsbedarf ergab. Die entsprechenden Fälle zeigten sich in der Basis-DRG B70 *Apoplexie* differenziert und sachgerecht abgebildet, dies gilt in gleichem Maße für operativ versorgte Fälle in der Basis-DRG B39 *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur*.

In der Basis-DRG B68 sind Fälle mit multipler Sklerose und zerebellärer Ataxie zusammengefasst, wobei neben PCCL, Verweildauer oder Alter auch verschiedene komplexe

Diagnosen als Splitkriterium verwendet werden. Als eine solche komplexe Diagnose wird zukünftig auch die Erstmanifestation einer multiplen Sklerose gewertet, was mit einer kostenentsprechenden Aufwertung der jeweiligen Fälle aus der DRG B68D in die DRG B68C einhergeht.

Anfälle werden in der gleichnamigen, mehrfach differenzierten Basis-DRG B76 zusammengefasst. Umfassende Analysen führten zu einer Neubewertung verschiedener Diagnosen innerhalb dieser Basis-DRG. So wurden die Diagnosen für Status epilepticus aus der Bedingung der DRG B76B gestrichen. Fälle mit einem organischen Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma werden zukünftig statt in die DRG B76C in die DRGs B76D und B76E eingruppiert.

Die Basis-DRG B85 vereint konservativ behandelte Fälle mit degenerativen Erkrankungen des Nervensystems, zerebralen Lähmungen oder Delirium. Die Differenzierung innerhalb dieser Basis-DRG war Inhalt zahlreicher Analysen, aus denen sich letztlich verschiedene Anpassungen ergaben. Neben Kindern mit einem Alter < 6 Jahre und Fällen mit hohem patientenbezogenem Gesamtschweregrad wurden auch die Diagnosen für Motoneuron-Krankheit und bestimmte Dystonien innerhalb der Basis-DRG B85 aufgewertet (siehe Abbildung 36).

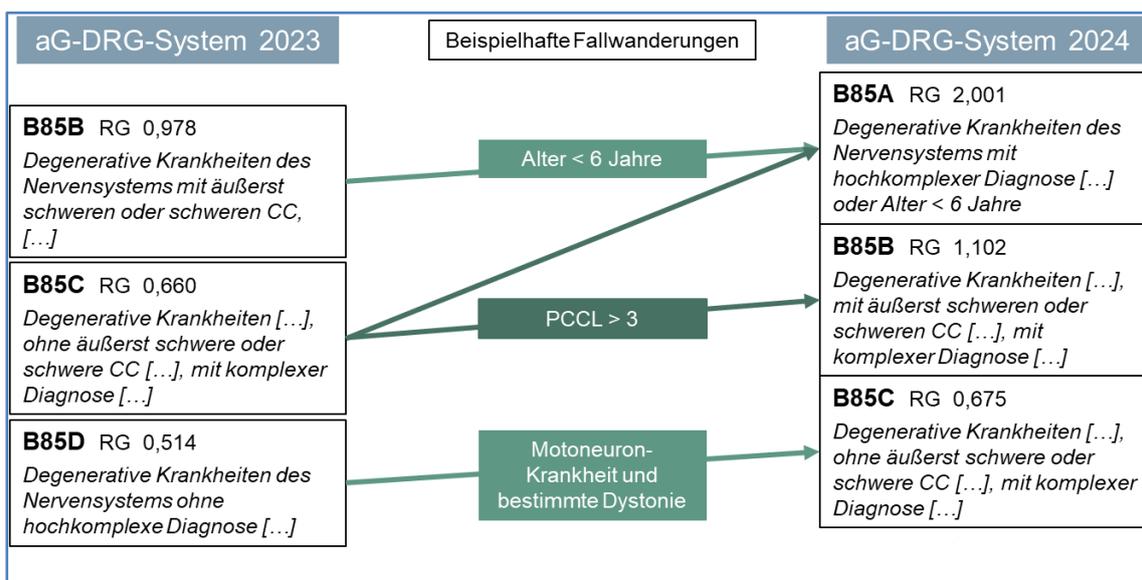


Abbildung 36: Kostenentsprechende Aufwertungen innerhalb der Basis-DRG B85

In der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* finden sich mehrere DRGs für verschiedene nicht operativ behandelte Krankheiten und Verletzungen am Kopf. Neben den Basis-DRGs B77 *Kopfschmerzen* und B78 *Intrakranielle Verletzungen* sind das:

- B79Z *Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor*
- B80Z *Andere Kopfverletzungen*

In der DRG B79Z sind Fälle mit Frakturen von Schädelbasis, Schädeldach oder Gesichtsschädel abgebildet, die fallzahlstarke DRG B80Z dagegen enthält überwiegend vergleichsweise wenig komplexe Fälle – zu über 97% mit der Hauptdiagnose Gehirnerschütterung. Diese unterschiedliche Komplexität der beiden DRGs spiegelt sich auch in einer deutlich höheren Bewertung im Fallpauschalen-Katalog wider. Bei der Analyse der DRG B80Z fanden sich dort erstaunlich viele Fälle mit Nebendiagnosen für Fraktu-

ren von Schädeldach oder Schädelbasis, an Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule oder der Klavikula, den Rippen oder den Extremitäten. Für viele dieser Frakturen zeigten sich in der DRG B80Z deutlich höhere Kosten, eine längere Verweildauer sowie vielfach auch ein höherer Gesamtschweregrad. Diese Fälle ähnelten hinsichtlich ihrer Kosten- und Verweildauerstruktur eher den Fällen der DRG B79Z, bestimmte andere Frakturen (z.B. der Nase) waren dagegen nicht kostenauffällig. Dementsprechend wurden Fälle der DRG B80Z mit bestimmten Frakturen in die DRG B79Z verschoben und somit aufgewertet, was in den Gesamtdaten rund 6.000 Fälle betrifft.

Fälle mit einer Dekompression des Spinalkanals bei Stenose oder Bandscheibenverlagerung werden in den Basis-DRGs I09 *Bestimmte Wirbelsäuleneingriffe* und I10 *Andere Wirbelsäuleneingriffe* in der MDC 08 differenziert abgebildet. Wird hingegen als Hauptdiagnose *Krankheiten der Meningen, anderenorts nicht klassifiziert* oder *Gutartige Neubildung der Meningen, nicht näher bezeichnet* bzw. *Gutartige Neubildung der Rückenmarkshäute, nicht näher bezeichnet* verschlüsselt, werden Fälle mit diesem Eingriff in die Basis-DRG B18 *Eingriffe an Wirbelsäule [...] bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems [...]* eingruppiert. Derart kodierte Fälle werden künftig in die MDC 08 umgeleitet und sind dort einheitlich und sachgerecht abgebildet.

Die Basis-DRG B72 *Infektion des Nervensystems [...]* ist differenziert anhand der Bedingung „Alter < 16 Jahre“. Weiterhin werden Fälle mit einer bestimmten Enzephalitis bei intensivmedizinischer Komplexbehandlung in die DRG B72A eingruppiert. In der Analyse wiesen Fälle mit einer floriden Neurosyphilis höhere Kosten als andere Fälle innerhalb der DRG B72B auf, sodass die entsprechende Diagnose in die Bedingung der DRG B72A aufgenommen und aufgewertet wurde.

3.3.2.19 Onkologie

Die im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems in der MDC 17 *Hämatologische und solide Neubildungen* vorgenommenen Anpassungen beruhten auf internen Analysen und beschränkten sich auf medizinische Basis-DRGs der MDC 17.

In der DRG R61D *Lymphom u. nicht akute Leukämie m. Agranuloz., Portimpl., Komplbeh. b. isolat.pfl. Erregern [...] od. < 18 J. od. m. auß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndr. od. Blastenkr. [...]* war bisher die Nebendiagnose *Tumorlyse-Syndrom* (E88.3) gruppierungsrelevant. Die betroffenen Fälle zeigten allerdings Kosten, die dies nicht mehr begründeten, sodass zukünftig – in Abhängigkeit vom Vorliegen von COVID-19 mit Isolation – eine Abbildung in den DRGs R61E *Lymph. u. nicht akute Leukämie mit best. kompliz. Faktoren, [...] od. kompl. Diag., and. Komplbeh. b. isolat.pfl. Erregern* bzw. R61F *Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte kompliz. Faktoren, [...] od. kompl. Diagnose od. andere Komplexbeh. b. isolationspfl. Erregern* erfolgt. Auch die Abbildung von Fällen mit COVID-19 und Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern in der DRG R61E wurde präzisiert, da Fälle mit einer Behandlungsdauer von 5 bis 9 Tagen nicht mehr mit höheren Kosten verbunden waren und demzufolge ab 2024 der DRG R61F zugeordnet werden.

In der Basis-DRG R63 *Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit Chemotherapie* werden an mehreren Stellen Fälle mit einer Nebendiagnose für arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie aufgewertet. Diese Diagnosen sind differenziert nach der Dauer der kritischen Phase. Für Fälle mit kritischer Phase von 10 bis unter 20 Tagen erwies sich dies aufgrund geringerer Kosten in den DRGs R63B, R63C

und R63D als nicht mehr sachgerecht. Ab 2024 werden die betroffenen Fälle zusammen mit einer arzneimittelinduzierten Agranulozytose und Neutropenie mit kritischer Phase von 20 Tagen und mehr bei Vorliegen von äußerst schweren CC der DRG R63E [...] oder best. Agranulozytose mit auß. schw. CC, mit Dialyse oder Sepsis oder Portimplant. oder auß. schw. CC zugeordnet. Dadurch wurden gleichzeitig Fälle der DRG R63F Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, [...] oder ohne Chemoth. mit Dialyse od. Sepsis od. Agranulozyt. od. Portimpl. od. äußerst schw. CC in die DRG R63E aufgewertet.

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 ausschließlich auf 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 2024 aufwandsentsprechend neu zugeordnet. Dies betrifft hauptsächlich Fälle der DRG N02D *Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien [...], ohne komplexen Eingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff*. Dazu zählen u.a. folgende Leistungen:

- Inzision des Ovars
- Bestimmte lokale Exzisionen und Destruktionen von Ovarialgewebe
- Bestimmte Ovariektomien

Die betroffenen Fälle werden zukünftig überwiegend der DRG N21B *Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne auß. schw. oder schw. CC [...], ohne aufwendigen Eingriff* zugeordnet und damit sachgerecht abgebildet.

Auch in der DRG N06Z *Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen [...]* zeigten sich bestimmte Fallkonstellationen nicht mehr sachgerecht abgebildet. Nicht mehr mit höheren Kosten verbunden waren Eröffnungsplastiken (bei Gynatresie) und vaginale Uterusfixationen, die der DRG N07A [...] *kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, mit bestimmtem Eingriff* zugeordnet wurden. Gleiches gilt für die plastische Rekonstruktion des Rektums, suprapubische Zügeloperationen mit Faszie sowie für Vorderwandplastiken (bei (Urethro-) Zystozele) mit alloplastischem Material. Diese Leistungen werden zukünftig in der DRG N23Z *Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen [...]* abgebildet. Hingegen wiesen Fälle mit einem Verschluss von rekto(kolo-)vaginalen, ureterovaginalen und urethrovaginalen Fisteln höhere Kosten im Vergleich zu den übrigen Fällen der DRG N06Z auf. Ab 2024 werden diese daher der DRG N13A *Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva auß. bei BNB [...]* od. best. *Fistelverschl. [...]* zugeordnet und damit aufgewertet.

Bei Fällen mit einer Hysterektomie mit Plastik außer bei bösartiger Neubildung, die bisher der DRG N14Z *Best. Hysterektomie auß. bei BNB m. Beckenbodenpl. od.*

*Brachytherapie b. Krankh. / Stör. weibl. Geschlechtsorg., > 1 BT, m. auß. schw. CC [...] zugeordnet wurden, zeigten sich bestimmte Uterusexstirpationen ohne bzw. mit einseitiger Salpingoovariektomie und sonstige Uterusexstirpationen als nicht sachgerecht vergütet, da sie nicht mehr mit höheren Kosten verbunden waren. Ab 2024 werden die betroffenen Fälle überwiegend den DRGs N06Z *Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen [...]* und N21A *Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne auß. schw. oder schw. CC [...], mit aufwendigem Eingriff* zugeordnet.*

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 2022 wurden für das aG-DRG-System 2024 nur einzelne Veränderungen in der MDC 21A vorgenommen.

In der Basis-DRG W04 *Polytrauma mit anderen Eingriffen [...]* sind Fälle mit verschiedenen Eingriffen bei Polytrauma oder Beatmung > 24 Stunden abgebildet. Kinder unter 6 Jahren zeigten sich in der DRG W04B *Polytrauma mit anderen Eingriffen [...], ohne komplizierende Konstellation [...]* mit erhöhten Kosten verbunden und werden kostenentsprechend für 2024 in die DRG W04A *Polytrauma mit anderen Eingriffen [...], mit komplizierender Konstellation [...]* aufgewertet.

Fälle mit Schädelöffnung über die Kalotte (Bohrlochtrepanation) zeigten sich mit geringeren Kosten verbunden als andere Fälle der Basis-DRG W02 *Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen* und wurden kostenentsprechend in die Basis-DRG W04 verschoben. In der konservativen DRG W61A *Polytrauma ohne signifikante Eingriffe* zeigten sich Fälle mit traumatischer subarachnoidaler Blutung mit niedrigeren Kosten verbunden und wurden entsprechend 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 in den MDCs mit Organbezug abgebildet.

Die Analysen der Vorjahre wurden fortgesetzt und im Ergebnis bestimmte Fallgruppen innerhalb der Basis-DRG 801 neu zugeordnet:

- Prozeduren für bestimmte Duraplastik bzw. Duraplastik mit Kranioplastik wurden aus der DRG 801B gestrichen.
- Die Prozedur für die Anlage eines endoösophagealen Systems zur Vakuumtherapie wurde aus der Bedingung zu den DRGs 801B und 801C gestrichen.

- Aus der DRG 801C wurden vergleichsweise wenig komplexe Eingriffe, wie sonstige und nicht näher bezeichnete Inzision von Gehirn und Hirnhäuten, gestrichen.
- Prozeduren für bestimmte Eingriffe an der Klavikula, z.B. die Entfernung von bestimmtem Osteosynthesematerial, wurden aus der DRG 801D in die DRG 801E verschoben.

In der Basis-DRG 802 wurden ebenfalls kostenentsprechende Neuzuordnungen weniger komplexer Prozeduren vorgenommen, z.B.:

- Die Prozedur für die nicht näher bezeichnete Biopsie an Knochen durch Inzision wurde aus der DRG 802A in die DRGs 802B und 802C verschoben.
- Fälle mit einer Bougierung der Urethra werden künftig nicht mehr in die DRG 802B, sondern in die DRGs 802C oder 802D eingruppiert.
- Prozeduren für die bestimmte Exzision eines einzelnen Lymphknotens oder die Rückverlagerung eines Enterostomas wurden aus der DRG 802C gestrichen.

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 auch Vorschläge von anderen Beteiligten des Gesundheitssystems. Zahlreiche Analysen und Anpassungen im G-DRG-System hatten in den vergangenen Jahren in diesem Bereich zu einer Vielzahl von Weiterentwicklungen geführt. Dennoch konnte die Abbildung der Fälle im aG-DRG-System 2024 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 2023 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 ergaben sich für das aG-DRG-System 2024 vergleichsweise weniger Anpassungen.

In einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren wurde angemerkt, dass die Prozedur für *Implantation von patientenindividuell hergestelltem Implantat bei knöcherner Defektsituation oder angeborener oder erworbener Deformität (5-829.m)* bei bestimmten Knie-TEPs (nicht aber bei der Hüfte) höhergruppierend wirkt, obwohl das unbewertete ZE 2023-25 *Modulare Endoprothesen* für die Leistung besteht. Bei der Analyse zeigten sich die beschriebenen Fälle in der DRG I43B mit niedrigeren Kosten verbunden und wurden kostenentsprechend in die DRG I44C verschoben. Fälle mit patientenindividuell hergestellter Hüft-TEP waren sachgerecht abgebildet.

In der Basis-DRG I44 *Verschiedene Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk [...]* werden Fälle mit Knie-TEP abgebildet, wie z.B. mit bikondylärer zementierter Oberflächenersatzprothese. Einige Fälle, wie z.B. mit Teilwechsel des Tibiateils einer bikondylären Oberflächenersatzprothese, zeigten sich in der DRG I44B *Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk [...], mit bestimmtem Wechsel von Endoprothesen [...]* mit niedrigeren Kosten verbunden als andere Fälle der DRG. Betroffene Fälle werden für 2024 in der DRG I44C *Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk [...], ohne bestimmten Wechsel von Endoprothesen [...]* abgebildet.

Fälle mit Implantation eines interpositionellen nicht verankerten Implantats am Kniegelenk haben sich in der DRG I44C ebenso mit niedrigeren Kosten als andere Fälle der DRG gezeigt. Betroffene Fälle werden zukünftig in der DRG I44D *Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk oder Einbringen einer Entlastungsfeder am Kniegelenk* abgebildet.

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 von Attributen – 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 kostenentsprechend abgewertet:

- Teilwechsel des Gleitkerns einer Sprunggelenkendoprothese: aus der DRG I20B in die DRG I20C
- Implantation einer Vorfuß- oder Zehenendoprothese: aus der DRG I20D in die DRG I20E

Ebenso zeigten die Analysen in der Basis-DRG I20 Kostenunterschiede zwischen verschiedenen Fallgruppen, die zu Neuuzuordnungen im Sinne einer Aufwertung führten:

- Kinder < 12 Jahre: aus der DRG I20C in die DRG I20B
- Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese am Fuß: aus der DRG I20F in die DRG I20E

Eingriffe an 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 2024 wurden relativ wenige Vorschläge dazu eingereicht.

In einem Vorschlag wurde darauf hingewiesen, dass die Diagnosen für die Schwere des Weichteilschadens bei Frakturen und/oder Luxationen an Hand oder Unterarm nicht höhergruppierend wirken, obwohl die Fälle mit erhöhtem Aufwand verbunden seien. Nach Analyse erfolgte eine kostenentsprechende Aufwertung der Diagnosen für *Weichteilschaden II. Grades bei offener Fraktur oder Luxation des Unterarmes, Handgelenkes und der Hand* sowie für *Weichteilschaden III. Grades bei geschlossener Fraktur oder Luxation des Handgelenkes und der Hand* aus der DRG I32D in die DRG I32B.

Innerhalb der Basis-DRG I32 wurden in den Daten 2022 Kostenunterschiede bei verschiedenen Fallgruppen festgestellt, die zu Neuuzuordnungen führten:

- Bestimmte Revisionen von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese an Radius, Ulna, Karpale, Metakarpale, Phalangen Hand wurden nach Hinweis im Vorschlagsverfahren und bei erhöhten Kosten aus der DRG I32E in die DRG I32D aufgewertet.
- Weniger komplexe Diagnosen wie die Fraktur an Os triquetrum bzw. an Os trapezium: aus der DRG I32C in die DRG I32D
- Einzeitige Mehrfacheingriffe an fünf Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen: aus der DRG I32C in die DRG I32D
- Einzeitige Mehrfacheingriffe an drei Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen: aus der DRG I32E in die DRG I32F

Weitere Änderungen

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

Vorschlagsverfahren

Im Vorschlagsverfahren wurde darauf hingewiesen, dass die im OPS Version 2019 eingeführten Prozeduren für *Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese* (OPS 5-78a.*) mit ähnlichem Aufwand verbunden seien wie die Codes für die primäre Osteosynthese (z.B. 5-790.* *Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese*) und sie deswegen vergleichbar im DRG-System abgebildet werden sollten. Bei der Einführung des Codebereichs für den OPS Version 2019 wurde der Codebereich 5-78a.* durch das BfArM auf die Lokalisations-unspezifischen Codes aus 5-786.* *Osteosyntheseverfahren* übergeleitet, woraus auch – zumindest übergangsweise – eine eher unspezifische Eingruppierung resultierte. In einem Budgethinweis für das System 2019 wurde bereits darauf hingewiesen, dass Fälle mit den neuen Codes entsprechend überwiegend in den Basis-DRGs I12 oder I28 (analog 5-786.* *Osteosyntheseverfahren*) oder I21 und I23 (5-787.* *Entfernung von Osteosynthesematerial*) zu erwarten sind. Bei der Analyse zeigten sich bestimmte Fälle mit 5-78a.* mit deutlich erhöhten Kosten in verschiedenen DRGs der MDC 08. Im Ergebnis wurden viele Codes aus dem Codebereich 5-78a.* je nach Lokalisation in verschiedenen Basis-DRGs kostenentsprechend deutlich aufgewertet (siehe Tabelle 18).

Fälle mit	aG-DRG-System 2023	aG-DRG-System 2024
Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese an Becken, Schenkelhals, Femur	I08G RG 1,100 I21Z RG 0,849 I23B RG 0,693 I28E RG 0,833	I08F RG 1,503
Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese an Humerus, Tibia, Fibula	I13E RG 1,344 I23B RG 0,693 I28E RG 0,833	I13D RG 1,630
Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese am Fuß	I20F RG 0,645	I20E RG 0,817
Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese an Radius, Ulna	I21Z RG 0,849 I31C RG 1,096	I31B RG 1,415
Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese an der Hand	I32E RG 0,744	I32D RG 1,001
Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese an der oberen Extremität	I23B RG 0,693 I23C RG 0,573	I23A RG 0,826
Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese an der Klavikula	I29B RG 1,006	I29A RG 1,293

Tabelle 18: Abbildung von Fällen mit Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese

Im Vorschlagsverfahren wurde ebenso darauf hingewiesen, dass die Behandlung von Fällen mit Borggreveplastik bei bösartiger Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der unteren Extremität mit sehr hohem Aufwand verbunden sei und dementsprechend im DRG-System höher bewertet werden sollte. Bei der Analyse zeigten sich bestimmte Fälle in der Basis-DRG I08 mit deutlich höheren Kosten verbunden als andere Fälle der jeweiligen DRG. Im Ergebnis wurden betroffene Fälle kostenentsprechend aus der DRG I08E in die DRG I08D sowie aus der DRG I08D in die DRG I08C aufgewertet.

Im Vorschlagsverfahren wurde zudem angemerkt, dass bei Kindern mit Zerebralparese sehr häufig knöcherne Korrekturoperationen auf mehreren Etagen der unteren Extremität, also im Bereich des Hüftgelenks, der Kniegelenke und der Füße erforderlich seien und dass insbesondere beidseitige Eingriffe mit erhöhtem Aufwand verbunden seien. Bei der Analyse zeigten sich Fälle der DRG I13B mit bestimmten beidseitigen Eingriffen an Fuß und Sprunggelenk bei infantiler Zerebralparese mit deutlich erhöhten Kosten verbunden. Betroffene Fälle wurden kostenentsprechend in die DRG I13A aufgewertet.

Im Vorschlagsverfahren wurde darauf hingewiesen, dass Fälle mit Hemipelvektomie bei bösartiger Neubildung des Beckenknochens mit erhöhtem Aufwand verbunden seien. Bei der Analyse zeigten die 2023 in die DRG I37Z Resezierender Eingriff [...] eingruppierten Fälle mit resezierendem Eingriff am Becken bei bösartiger Neubildung vergleichbare Kosten zu den Fällen in der deutlich höher bewerteten DRG I95A Implantation einer Tumorendoprothese [...]. Im Ergebnis erfolgte eine Aufwertung der Fälle aus der DRG I37Z in die DRG I95A mit anschließender Auflösung der DRG I37Z bei geringer verbleibender Fallzahl.

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 2024 mehrere aufwandsgerechte Neuzuordnungen umgesetzt, wie z.B.:

- Neurolyse und Dekompression Nerven Leiste/Beckenboden sowie sonstige Naht von tiefen Venen: aus den DRGs I08A und I08B in die DRG I08C
- COVID-19 und Komplexbehandlung bei NONMRE, mindestens 15 Behandlungstage: aus der DRG I08B in die DRG I08C
- Ventrale offene Reposition einer Azetabulum-/Hüftkopffraktur mit Osteosynthese durch Schraube/Platte: aus den DRGs I08B und I08C in die DRG I08D
- Bestimmte Paraparese/Paraplegie bzw. Tetraparese/Tetraplegie sowie bestimmter Arthritis/Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: aus den DRGs I08C und I08D in die DRG I08E
- Temporäre Epiphyseodese am distalen Femur sowie Biopsie am Becken durch Inzision: aus der DRG I08H in die DRG I08I

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.:

- Offen chirurgische Arthrodese des oberen Sprunggelenks mit dem unteren Sprunggelenk bei Infantiler Zerebralparese: aus der DRG I13B in die DRG I13A
- Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich der Tibia durch Fixateur externe: aus der DRG I13A in die DRG I13B
- Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese an Humerus, Tibia, Fibula: aus der DRG I13E in die DRG I13D
- Bestimmte Knocheninfektionen: aus den DRGs I13C und I13D in die DRG I13E

Weitere DRGs der operativen Partition

Auch in anderen DRGs der operativen Partition der MDC 08 wurden nach Analysen bestimmte Fallgruppen kostenentsprechend neu zugeordnet, wie z.B.:

- Kinder < 18 Jahre: aus der DRG I24B in die DRG I24A
- Bestimmte Amputation und Exartikulation wie z.B. die Vorfußamputation nach Chopart: aus der DRG I07A in die DRG I07B
- Exzision und Destruktion von sonstigem erkranktem Gewebe der intraspinalen Nervenwurzeln und/oder Ganglien: aus der DRG I23B in die DRG I23C
- Epifasziale Exzision an Sehnen und Muskeln an Kopf und Hals: aus der DRG I27D in die DRG I27E
- Arthroskopische Gelenkmobilisation des Metatarsophalangealgelenks: aus der DRG I30B in die DRG I30C

Medizinische Partition

In den DRGs der medizinischen Partition der MDC 08 wurden ebenso Fälle mit niedrigeren Kosten entsprechend neu zugeordnet, wie z.B. Fälle mit:

- hochkomplexer Chemotherapie: aus der DRG I65A in die DRG I65B
- Hauptdiagnose für chronische Polyarthrit, nicht näher bezeichnet oder Hämarthros: Unterschenkel: aus der DRG I69A in die DRG I69B
- bestimmten Diagnosen für Osteolyse oder nicht näher bezeichneter eitriger Arthritis: aus der DRG I76A in die DRG I76B

Andere Fälle zeigten sich mit erhöhten Kosten verbunden und wurden entsprechend für 2024 aufgewertet:

- COVID-19 und Komplexbehandlung bei NONMRE, mindestens 5 Behandlungstage: aus den DRGs I66F und I66G in die DRG I66E
- Bestimmte Systemkrankheiten des Bindegewebes: aus der DRG I66G in die DRG I66F
- Kinder < 6 Jahre: aus der DRG I66H in die DRG I66G
- COVID-19 und Komplexbehandlung bei NONMRE, mindestens 5 Behandlungstage: aus der DRG I68E in die DRG I68D
- Marmorknochenkrankheit: aus der DRG I76B in die DRG I76A

In der dreifach differenzierten Basis-DRG I74 *Verletzungen Unterarm, Handgel. [...]* sind bestimmte Verletzungen an den Extremitäten oder unspezifische Arthropathien abgebildet. Fälle der DRG I74A mit äußerst schweren oder schweren CC zeigten sich mit erhöhten Kosten verbunden. Im Ergebnis wurde die DRG anhand PCCL > 2 gesplittet, sodass die Basis-DRG I74 für 2024 vierfach differenziert ist.

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 von geschlechtsunspezifischen Erkrankungen von harnbildenden und harnableitenden Organen in der MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane*. Gleichfalls werden hier internistisch-nephrologische Fälle insbesondere bei Dialyse und verwandten Verfahren abgebildet. Die Abbildung von Fällen mit der Behandlung von Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane erfolgt in der MDC 12 *Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane*.

Auch in diesem Jahr war nur eine zurückhaltende externe Beteiligung zum Vorschlagsverfahren für das aG-DRG-System 2024 zu verzeichnen. Änderungen in der Abbildung von urologischen Fällen ergaben sich so nur durch einige Detailumbauten und die Etablierung dreier Hybrid-DRGs in der MDC 11: L17N, L20N und L20M (vergleiche hierzu Abschnitt 3.2.6). Für die MDC 12 erfolgte in diesem Jahr kein Umbau.

Krankheiten und Störungen der Harnorgane

Nur geringer Änderungsbedarf zeigte sich in der operativen Partition der MDC 11. Betroffen waren vor allem Fälle der Basis-DRG L06 *Kleine Eingriffe an den Harnorganen*. In dieser operativen Basis-DRG werden Fälle mit weniger komplexen Eingriffen, z.B. bei Harnsteinen oder Inkontinenz, abgebildet. In den Kalkulationsdaten 2022 zeigten sich Fälle mit einer Reihe von Eingriffen, z.B. mit *Inzision des Harnblasenhalses* oder

sonstigen und nicht näher bezeichneten anderen Operationen am Ureter, mit niedrigeren Kosten verbunden als andere Fälle der DRG. Diese Fälle wurden aus der Basis-DRG L06 verschoben und werden jetzt in der Basis-DRG L17 *Andere Eingriffe an der Urethra [...], kleine Eingriffe an den Harnorganen* sachgerecht abgebildet.

Für die konservative Partition zeigten sich in den Daten des Jahres 2022 einige Konstellationen in ihren DRGs mit höheren Kosten verbunden, sodass entsprechende Fälle aufgewertet wurden. Betroffen waren vor allem Fälle der Basis-DRGs

- L63 *Infektionen der Harnorgane*,
- L64 *Andere Erkrankungen der Harnorgane oder Urethrozystoskopie*,
- L68 *Andere mäßig schwere Erkrankungen [...]*.

In der mehrfach gesplitteten Basis-DRG L63 werden Harnwegsinfekte durch unterschiedliche Erreger mit und ohne eine Eingrenzung auf unterschiedliche Etagen des Harntrakts, z.B. Niere oder Harnblase, abgebildet. Hier zeigten sich Fälle der DRG L63C *Infektionen der Harnorgane [...], Alter < 3 Jahre [...]* oder *best. mäßig aufwendige Behandlung* mit einer Diagnose für eine *Tuberkulose des Urogenitalsystems* mit höheren Kosten verbunden als die anderen Fälle der DRG. Für 2024 wurden diese Fälle in die DRG L63B *Infektionen der Harnorgane [...], mit Komplexbeh. bei isolationspfl. Erregern od. bei TBC des Urogenitalsyst. [...]* aufgewertet.

In der Basis-DRG L64 werden u.a. Fälle mit Harnverhalt oder Harnabflussstörungen, z.B. durch Steine, abgebildet. Fälle mit Diagnosen für bösartige Neubildungen der Harnorgane wiesen innerhalb der DRG L64B höhere Kosten auf als die übrigen Fälle dieser DRG. Diese Fälle werden zukünftig in der höher bewerteten DRG L64A *Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC [...]* oder *BNB der Harnorgane [...]* abgebildet.

In der zweifach differenzierten Basis-DRG L68 wird die Behandlung sehr unterschiedlicher Erkrankungen der Niere, z.B. zystische Nierenkrankheit, und anderer Harnorgane, z.B. eine neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, abgebildet. Die DRG L68A war bislang ausschließlich Kindern im Alter unter 16 Jahren vorbehalten. Für das aG-DRG-System 2024 wurde diese Bedingung auf „Alter < 18 Jahre“ geändert, sodass künftig auch ältere Kinder in diese höher bewertete DRG eingruppiert werden können.

3.3.2.25 Verletzungen und Vergiftungen

In der MDC 21B *Verletzungen, Vergiftungen [...]* wird die Behandlung von Fällen mit verschiedensten Hauptdiagnosen für Verletzungen und Vergiftungen abgebildet. Vielfach wird die Behandlung von Verletzungen und Vergiftungen bei organspezifischer Hauptdiagnose schon im Vorfeld einer höher sortierten MDC zugeordnet, sodass in der MDC 21B ein hoher Anteil an Fällen mit eher unspezifischen Hauptdiagnosen, die ggf. nicht das betroffene Organ beschreiben, wie z.B. T81.0 *Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes*, abgebildet werden. Häufige Prozeduren der MDC sind beispielsweise Wundversorgungen, z.B. in Form eines eher weniger aufwendigen Eingriffs, wie einer Naht, aber auch in Form einer großflächigen, chirurgischen Wundtoilette mit Hauttransplantation oder Lappenplastik.

Die Basis-DRGs der MDC 21B sind vergleichsweise wenig ausdifferenziert, da sich oft für einzelne Eingriffe und Diagnosen nur geringe Fallzahlen finden. Das kann je nach Konstellation zu hohen Erlössprüngen zwischen einzelnen DRGs und einer möglicherweise differenzierteren Abbildung bei vergleichbarem Eingriff in einer organspezifischen MDC führen. Die sachgerechte Abbildung von Fällen innerhalb der MDC 21B unterliegt

deshalb regelmäßigen Überprüfungen im Rahmen der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems, zum Teil auch angeregt durch Eingaben im Vorschlagsverfahren.

Für 2024 wurde die DRG X60Z bei ausreichenden Fallzahlen differenziert, sodass aufwendigere Fälle, z.B. mit Behandlung einer offenen Wunde der Bauchdecke, zukünftig in der neu etablierten DRG X60A abgebildet werden (vgl. Abbildung 37).

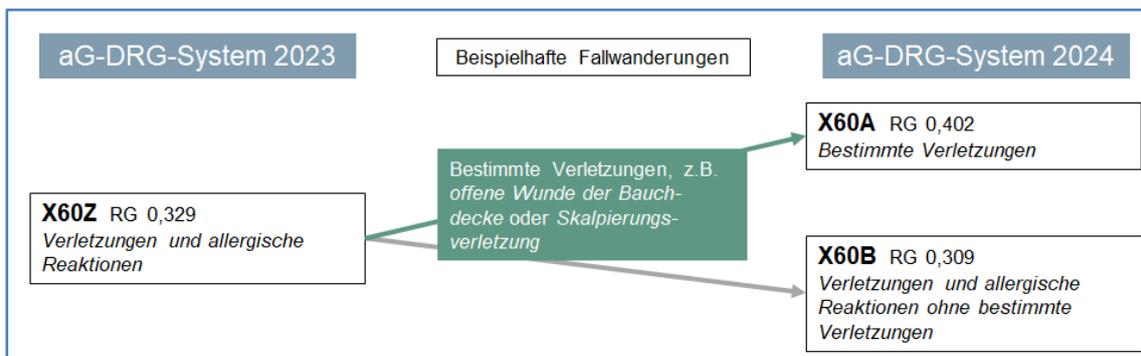


Abbildung 37: Split der DRG X60Z für das aG-DRG-System 2024

Kostenentsprechend erfolgten in der operativen Partition der MDC 21B weitere Umbauten, insbesondere eine

- Aufwertung von Fällen mit Alter < 18 Jahre innerhalb der Basis-DRG X01 Rekonstruktive Operation bei Verletzungen: von DRG X01D in DRG X01C,
- Abwertung von Fällen der DRG X06B *Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur [...]* mit vergleichsweise weniger aufwendigen Prozeduren, z.B. Fälle mit einer diagnostischen Laparoskopie: von DRG X06B in DRG X06C.

3.3.2.26 Versorgung von Kindern

In jedem Kalkulationsjahr werden aller DRGs umfassend darauf überprüft, 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 2024 resultierten aus den systemweiten Analysen zahlreiche Verbesserungen, indem

- bestehende Alterssplits für Kinder erweitert wurden,
- bestehende Splits um das Kindesalter erweitert wurden,
- bestehende Alterssplits für Kinder eingeschränkt wurden und
- bestehende Alterssplits für Kinder gestrichen wurden.

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

- In den DRGs G07A *Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioanalyse bei Peritonitis mit äuß. schw. od. schw. CC [...]* od. *best. Anorektoplastik, Alter < 3 Jahre. [...]* und G07B [...], *Alt. > 2 J. u. Alt. < 14 J. od. mit laparoskop. Adhäsioanalyse od. Rektopexie od. best. Magenexz.* wurden die bestehenden Alters-

splits von < 3 Jahre auf < 10 Jahre bzw. von < 14 Jahre auf < 16 Jahre erweitert.

- In der DRG I24A *Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe mit komplexem Eingriff oder Alter < 16 Jahre* wurde die Altersbedingung von Alter < 16 Jahre auf Alter < 18 Jahre erweitert. Gleiches gilt für die DRG L68A *Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 16 Jahre*.
- In der Basis-DRG B70E *Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, [...]* werden zukünftig neben Fällen mit systemischer Thrombolyse oder komplizierender Diagnose auch Kinder < 16 Jahre abgebildet.
- Die Definition der DRG B85A *Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit hochkomplexer Diagnose oder mit äußerst schweren oder schweren CC [...]* wurde erweitert um Kinder < 6 Jahre. Damit wurden Fälle aus der DRG B85B [...], *mehr als ein Belegungstag oder mit komplexer Diagnose, zerebrale Lähmungen oder Delirium, Alter < 2 Jahre* aufgewertet.
- Kinder mit einem Alter von < 6 Jahren wurden aus der DRG C08A *Beidseitige extrakapsuläre Extradaktion der Linse (ECCE) [...]* oder *bestimmte andere Eingriffe am Auge bei angeborener Fehlbildung der Linse oder Alter < 10 Jahre* in die DRG C16Z *Aufwendige Eingriffe am Auge, Alter < 6 Jahre* und von der DRG I66H *Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne bestimmte Erkrankungen, ohne äußerst schwere CC, [...]* in die DRG I66G [...] od. *Alter < 6 J., 1 BT* aufgewertet. Zusätzlich werden ab 2024 auch in der DRG W04A *Polytrauma mit anderen Eingriffen oder Beatmung > 24 Stunden, mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen* Kinder mit einem Alter < 6 Jahre abgebildet.
- Kinder mit einem Alter < 10 Jahren der DRG H64Z *Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen* werden zukünftig in der Basis-DRG H62 *Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung oder Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden [...]* abgebildet und damit aufgewertet.
- In der DRG I20B *Eingriffe am Fuß mit mehreren komplexen Eingriffen oder hochkomplexem Eingriff oder Teilwechsel Endoprothese [...]* wurde die bestehende Definition erweitert um Kinder < 12 Jahre, die damit überwiegend von der DRG I20C *Eingriffe am Fuß ohne mehrere komplexe Eingriffe, ohne hochkomplexen Eingriff, mit bestimmten komplizierenden Faktoren* aufgewertet wurden.
- In mehreren DRGs werden darüber hinaus zukünftig Kinder < 18 Jahre abgebildet. Dies sind die DRGs G26A *Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter < 18 Jahre [...]*, H61B *Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, Alter < 18 Jahre oder mehr als ein Belegungstag [...]*, O60C *Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose [...]* oder *Alter < 18 Jahre* und X01C *Rekonstr. Operation bei Verletzungen [...], mit best. Nervennaht od. Hautplastik, > 1 BT od. Alter < 18 J..*

In den folgenden (Basis-)DRGs wurden Alterssplits eingeschränkt oder gestrichen:

- In der DRG G22A *Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 10 Jahre [...]* wurde die Altersbedingung auf < 6 Jahre eingeschränkt, da Kinder im Alter von 6 bis 9 Jahren nicht mehr mit höheren Kosten in dieser DRG verbunden waren. Dadurch wurden Kinder < 6 Jahre aufgewertet.
- Kinder im Alter von < 16 Jahren werden in der Basis-DRG G47 *Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe* nicht mehr der DRG G47A [...], *Alter < 16 Jahre oder mit endoskopischer submukosaler Dissektion am Dickdarm, ein Belegungstag zugeordnet*, da sie dort nicht mehr bessergestellt worden wären.

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. Die Daten des Jahres 2021, in dem diese Leistungen erstmals verschlüsselt wurden, ergaben keinen Anhalt für eine Bewertung der DRGs. Daher sind die DRGs der MDC 25 bisher unbewertet.

Im diesjährigen Vorschlagsverfahren wurden erneut verschiedene Hinweise und Vorschläge zur MDC 25 eingebracht, darunter auch wieder der Vorschlag, die DRGs der MDC 25 zu kalkulieren und zu bewerten. Die Analysen der Fälle der teilstationären DRGs zeigten auch im zweiten Jahr der Kodierung unverändert eine uneinheitliche Datenlage, sodass eine Bewertung der DRGs der MDC 25 weiterhin nicht möglich war. Weitere Vorschläge regten an, die DRGs 742Z *Knochenmark-Biopsie oder Liquordiagnostik in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär* und 748Z *Bestimmte Behandlung ohne Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär* anhand von Prozeduren für radiologische Diagnostik zu splitten.

Insgesamt ergab sich im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für 2024 kein Anhalt für eine Änderung der am Konsens der Selbstverwaltung orientierten Leistungsdefinition.

Fazit: Versorgung von Kindern

Kinder werden im G-DRG-System sehr differenziert abgebildet. Im aG-DRG-System 2024 finden sich 350 „reine“ Kinder-DRGs und DRGs, in denen das Alter höhergruppierend wirkt. Für 2024 wurden insgesamt 8 neue oder erweiterte Alterssplits für Kinder geschaffen. Zusätzlich erfolgt eine hochdifferenzierte Abbildung der Neonatologie in der

eigenständigen MDC 15 *Neugeborene*, in der die Abbildung von komplexen und komplizierenden Diagnosen deutlich präzisiert und damit vor allem die Abbildung aufwendiger Fälle verbessert wurde. Im aG-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. Im Fallpauschalen-Katalog 2024 existieren 68 Zusatzentgelte für Medikamente mit Kinderdosisklassen sowie 6 sonstige kinderspezifische Zusatzentgelte (z.B. Komplexe neuropädiatrische Diagnostik). Darüber hinaus wurde ein neues unbewertetes Zusatzentgelt für den *Zusatzaufwand bei Behandlung mit Gabe von CAR-T-Zellen* (ZE2024-220) etabliert, was auch Kinder betrifft.

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, Eingriffe an mehreren Lokalisationen, komplizierende Konstellationen, mehrzeitige Eingriffe oder das 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 Basis-DRG I09 *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule* zeigten sich Fälle der DRGs I09B, I09C und I09D mit langstreckigen dorsalen bzw. kombinierten Spondylodesen ab 11 Segmenten mit erheblich höheren Kosten verbunden als andere Fälle der entsprechenden DRGs. Infolgedessen wurden sie für 2024 in die DRG I09A verschoben und damit deutlich aufgewertet.

Ein Hinweis im Vorschlagsverfahren, dass sortierbedingt in seltenen Konstellationen Fälle mit bestimmten Spondylodesen ab 6 Segmenten in der Basis-DRG I09 schlechter bewertet sein können als Fälle mit Spondylodese an einer kleineren Zahl von Segmenten, wurde ebenfalls berücksichtigt. Dazu lagen zwar keine entsprechenden Fälle in den Kalkulationsdaten vor, aber sachlich war die Anpassung richtig.

Innerhalb der Basis-DRG I10 *Andere 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 I10 entsprechend den Fallkosten in anderen DRGs abgebildet. Fälle mit folgenden Eingriffen sind hiervon betroffen:

- Hemi- und Laminektomie der Halswirbelsäule ab 2 Segmenten sowie knöcherner Dekompression des Spinalkanals ab 4 Segmenten: aus der DRG I10B in die DRG I10C
- Biopsie ohne Inzision Wirbelsäule mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: aus der DRG I10B in die DRGs I10G und I10H
- Hemilaminektomie und Flavektomie der Lendenwirbelsäule ab 2 Segmenten: aus der DRG I10C in die DRG I10D
- Implantation von temporären Elektroden zur Teststimulation des peripheren Nervensystems: aus der DRG I10E in die DRGs I10G und I10H
- Perkutane Destruktion von knöchernem Gewebe durch Radiofrequenzablation ab 3 Segmenten sowie Laminotomie der Lendenwirbelsäule ab 2 Segmenten: aus der DRG I10F in die DRG I10G

- Perkutane Knochendestruktion durch Radiofrequenzthermoablation sowie perkutane Volumenreduktion der Bandscheibe: aus der DRG I10G in die DRG I10H

Andere Fälle dagegen zeigten sich mit erhöhten Kosten verbunden und wurden dementsprechend aufgewertet, wie z.B. Fälle mit:

- spinaler Duraplastik: aus den DRGs I10D und I10E in die DRG I10C
- sekundärer bösartiger Neubildung des Knochens und des Knochenmarks: aus der DRG I10E in die DRG I10D
- äußerst schweren oder schweren CC: aus den DRGs I10E, I10F und I10G in die DRG I10D

3.3.3 Integration neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2024 konnten erneut Leistungen, die in den vergangenen Jahren als noch nicht sachgerecht vergütet identifiziert wurden (NUB-Status 1), in Form von Zusatzentgelten in das aG-DRG-System integriert werden. NUB-Leistungen, die als Zusatzentgelte abgebildet werden konnten, sind in Tabelle 19 aufgeführt.

NUB-Verfahren	Status 2023	Zusatzentgelt	Bezeichnung
Idarucizumab	1	ZE2024-212	<i>Gabe von Idarucizumab, parenteral</i>
Andexanet alfa	1	ZE2024-213	<i>Gabe von Andexanet alfa, parenteral</i>
Letermovir	1	ZE2024-214	<i>Gabe von Letermovir, oral</i>
Letermovir	1	ZE2024-215	<i>Gabe von Letermovir, parenteral</i>
Avelumab	1	ZE2024-216	<i>Gabe von Avelumab, parenteral</i>
Apalutamid	1	ZE2024-217	<i>Gabe von Apalutamid, oral</i>
Cemiplimab	1	ZE2024-218	<i>Gabe von Cemiplimab, parenteral</i>
Rekombinanter aktivierter Faktor VII bei schwerer postpartaler Blutung	1	ZE2024-219	<i>Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII bei postpartaler Blutung</i>

Tabelle 19: Leistungen mit NUB-Status 1, die im aG-DRG-System 2024 als Zusatzentgelt abgebildet werden

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

schiedliche Folgen haben. Zum einen kann die Leistung bei Bestätigung einer nicht sachgerechten Vergütung ggf. klassifikatorisch im aG-DRG-System oder als Zusatzentgelt abgebildet werden. Zum anderen kann die Objektivierung der im NUB-Verfahren beschriebenen Kosten anhand der Kalkulationsdaten die Beurteilung mit NUB-Status 2 weiter fundieren.

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

3.3.4 Zusatzentgelte

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

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 2024 im Vergleich zum aG-DRG-System 2023 ist in Tabelle 20 dargestellt.

	aG-DRG-System 2023	aG-DRG-System 2024
Mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte		
Operative, interventionelle und diagnostische Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	37	38
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	33	30
Besondere Behandlungsformen	4	4
Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG		
Operative, interventionelle und diagnostische Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	50	50
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	98	105
Besondere Behandlungsformen	6	6
Gesamt	228	233

Tabelle 20: Vergleich der Anzahl der Zusatzentgelte im aG-DRG-System 2023 und 2024

Zu den besonderen Behandlungsformen zählen die *Palliativmedizinische Komplexbehandlung* (ZE60), die *Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung* (ZE145), *Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten* (Anlage 8 Tabelle 1 FPV 2024) (ZE162), *Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten* (Anlage 8 Tabelle 2 FPV 2024) (ZE163) (jeweils mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte) sowie die *Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung* (ZE2024-26), die *Versorgung von Schwerstbehinderten* (ZE2024-36), die *Naturheilkundliche Komplexbehandlung* (ZE2024-40), die *Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst* (ZE2024-133), die *Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen externen Palliativdienst*

(ZE2024-134) und die *Längerfristige Beatmungsentwöhnung* (ZE2024-190) (jeweils Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG).

Die Bewertung der Leistungen in den Anlagen 2 und 5 FPV 2024 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, ZE145) zeigten sich auch im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung die Auswirkungen des durch die Corona-Pandemie ausgelösten kostenrechnerischen Effekts und ein sich fortsetzender Fallzahlrückgang. Auch im Datenjahr 2022 war der Fallzahlrückgang bei der *Palliativmedizinischen Komplexbehandlung* (ZE60) stärker ausgeprägt als bei der *Spezialisierten palliativmedizinischen Komplexbehandlung* (ZE145) – der kostenrechnerische Effekt löste aber eine gegensätzliche Entwicklung der Fallkostendifferenzen aus. In einigen Kalkulationskrankenhäusern zeigte sich darüber hinaus eine Verschiebung zwischen den beiden Behandlungsformen, von „Palliativ“ zu „Palliativ Spezial“. Insgesamt betrachtet zeigten die Daten des Jahres 2022, dass Behandlungsfälle mit mindestens 7 und bis zu 20 Behandlungstagen unabhängig von der Behandlungsdauer und vom Spezialisierungsgrad mit vergleichbaren Kosten verbunden waren. Erfolgte dagegen eine längere Komplexbehandlung von mindestens 21 Behandlungstagen, war die spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung weiterhin mit deutlich höheren Kosten verbunden. Auf Grundlage der beschriebenen Analysen erfolgte für das aG-DRG-System 2024 eine deutliche Erhöhung aller Entgeltbeträge für die Zusatzentgelte für stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung und eine Angleichung der Entgeltbeträge für die Zusatzentgelte ZE60.01, ZE60.02, ZE145.01 und ZE145.02.

Zusatzentgelte für erhöhten Pflegeaufwand

Die Methodik zur Berechnung der Zusatzentgelte ZE162 und ZE163 wurde unverändert aus den Vorjahren 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 2024 existieren 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 2022 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 2024 ergeben sich nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten Beträge in Höhe von 28,76 € für ZE162 und 57,08 € 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 ZE2024-109 *Dialyse mit High-Cut-Off-Dialysemembran* bleibt auch weiterhin unbewertet.

Plasmapherese, Adsorption und verwandte Verfahren

Für den OPS Version 2024 wurde eine umfangreiche Umstrukturierung des Codebereichs Plasmapherese, Adsorption und verwandte Verfahren (8-82) vorgenommen. Dies hat zur Folge, dass für 2024 die Bezeichnungen einiger der betroffenen Zusatzentgelte angepasst wurden. Des Weiteren wurde der Code für die *Extrakorporale Leberersatztherapie [Leberdialyse]* für 2024 differenziert. Die umstrukturierten bzw. differenzierten OPS-Kodes wurden gemäß der Überleitung des BfArM den betroffenen ZEs zugeordnet (siehe Abbildung 38).

ZE	ZE-Bezeichnung (2023)	ZE-Bezeichnung (2024)	OPS Version 2024	OPS Version 2024: OPS-Text
ZE61	LDL-Apherese	Lipoprotein-Apherese	8-822	Lipoprotein-Apherese
ZE20xx-09	Hämoperfusion und Adsorption zur Entfernung hydrophober Substanzen	Hämoperfusion [Vollblut-Adsorption]	8-821.30	Hämoperfusion [Vollblut-Adsorption]: Selektiv, zur Entfernung hydrophober Substanzen (niedrig- und/oder mittelmolekular)
			8-821.31	Hämoperfusion [Vollblut-Adsorption]: Selektiv, zur Entfernung sonstiger Substanzen
			8-821.32	Hämoperfusion [Vollblut-Adsorption]: Spezifisch
ZE20xx-10	Leberersatztherapie	Leberersatztherapie	8-858.0	Extrakorporale Leberersatztherapie [Leberdialyse]: Ohne individualisierte pH-Steuerung zum Azidoseausgleich
			8-858.1	Extrakorporale Leberersatztherapie [Leberdialyse]: Mit individualisierter pH-Steuerung zum Azidoseausgleich
ZE20xx-13	Immunadsorption	Adsorption zur Entfernung von Immunglobulinen und/oder Immunkomplexen	8-821.40	Adsorption zur Entfernung von Immunglobulinen und/oder Immunkomplexen: Mit nicht wiederverwendbarem und nicht regenerierbarem Adsorber
			8-821.41	Adsorption zur Entfernung von Immunglobulinen und/oder Immunkomplexen: Mit nicht wiederverwendbarem und regenerierbarem Adsorber
			8-821.42	Adsorption zur Entfernung von Immunglobulinen und/oder Immunkomplexen: Mit wiederverwendbarem und regenerierbarem Adsorber, Erstanwendung
			8-821.43	Adsorption zur Entfernung von Immunglobulinen und/oder Immunkomplexen: Mit wiederverwendbarem und regenerierbarem Adsorber, weitere Anwendung

Abbildung 38: Änderungen bei Zusatzentgelten für bestimmte Plasmapherese, Adsorption und verwandte Verfahren bzw. für Extrakorporale Leberersatztherapie [Leberdialyse] für 2024

Verfahren

Für die perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen können im aG-DRG-System 2023 zwei verschiedene Zusatzentgelte abgerechnet werden: zum einen das bewertete Zusatzentgelt ZE152 *Perkutan-*

transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Stentretreivers, differenziert nach der Anzahl der verwendeten Stentretreiver oder Multizonen-Stentretreiver, sowie das unbewertete Zusatzentgelt ZE2023-197 *Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Thrombektomie-Aspirationskatheters*.

Seinerzeit wurde das bewertete ZE133 *Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Mikrodrahtretreiver-Systems* für das aG-DRG-System 2022 in das unbewertete Zusatzentgelt ZE20xx-197 überführt. Hintergrund war eine komplexe Überarbeitung des Codebereichs für die Zusatzcodes zur Verwendung eines Instruments zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung (8-83b.8*) im OPS Version 2022 (vgl. auch Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2022).

Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung konnten erstmals auf Basis der Daten des Jahres 2022 Behandlungsfälle mit den neuen OPS-Kodes für die Verwendung von Thrombektomie-Aspirationskathetern untersucht werden. Mit einer guten Datengrundlage konnte für das aG-DRG-System 2024 die Leistung *Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Thrombektomie-Aspirationskatheters* bewertet und als ZE175 differenziert nach Anzahl der verwendeten Thrombektomie-Aspirationskatheter in die Anlagen 2 bzw. 5 des Fallpauschalen-Katalogs aufgenommen werden (siehe Abbildung 39).

2023	Bezeichnung	2024	Bezeichnung
ZE2023-197	[...] <i>Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Thrombektomie-Aspirationskatheters</i>	ZE175	[...] <i>Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Thrombektomie-Aspirationskatheters</i>

Abbildung 39: Zusatzentgelt für die *Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Thrombektomie-Aspirationskatheters* im aG-DRG-System 2023 und 2024

Medikamente

In die Liste der unbewerteten Zusatzentgelte wurden insgesamt sieben neue Zusatzentgelte für Medikamente aufgenommen, die für das Jahr 2023 den NUB-Status 1 erhalten hatten (siehe Abbildung 40). 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 Idarucizumab, parenteral</i>	ZE2024-212
<i>Gabe von Andexanet alfa, parenteral</i>	ZE2024-213
<i>Gabe von Letermovir, oral</i>	ZE2024-214
<i>Gabe von Letermovir, parenteral</i>	ZE2024-215
<i>Gabe von Avelumab, parenteral</i>	ZE2024-216
<i>Gabe von Apalutamid, oral</i>	ZE2024-217
<i>Gabe von Cemiplimab, parenteral</i>	ZE2024-218

Abbildung 40: Im Jahr 2023 mit Status 1 bewertete NUB-Leistungen, die ins aG-DRG-System 2024 als unbewertete Zusatzentgelte integriert wurden

Weiterhin konnten bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für 2024 drei vormals unbewertete Zusatzentgelte für Medikamente aufgrund einer homogenen Datenbasis erstmals bewertet werden (siehe Tabelle 21).

Leistung	ZE (2023)	ZE (2024)
<i>Gabe von Atezolizumab, parenteral</i>	ZE2023-184	ZE172
<i>Gabe von Ocrelizumab, parenteral</i>	ZE2023-185	ZE173
<i>Gabe von Venetoclax, oral</i>	ZE2023-186	ZE174

Tabelle 21: *Medikamente, die im aG-DRG-System 2024 in den Katalog der bewerteten Zusatzentgelte aufgenommen wurden*

Bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für 2024 wurden vier Zusatzentgelte für Arzneimittel gestrichen. Die Zusatzentgelte ZE2023-59 *Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral*, ZE2023-60 *Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral*, ZE2023-70 *Radioimmuntherapie mit 90Y-Ibritumomab tiuxetan, parenteral* und ZE2023-174 *Gabe von Liposomalem Cytarabin, intrathekal* wurden gestrichen, da die Zulassung der Arzneimittel nach Kenntnis des InEK erloschen ist und auch in den Kalkulationsdaten keine plausiblen Behandlungsfälle identifiziert werden konnten.

Für einige bewertete Zusatzentgelte, für die in Deutschland in den vergangenen Jahren jeweils nur ein Präparat zur Verfügung stand, sind aufgrund einer geänderten Patentsituation derzeit bereits weitere Präparate (Generika, Biosimilars) am Markt verfügbar oder werden in naher Zukunft verfügbar sein. Auch in den Daten der unterjährigen Preisabfrage bei den Kalkulationskrankenhäusern wurde für einen Teil der betroffenen Medikamente erkennbar, dass durch den beschriebenen Sachverhalt ein deutlicher Preisrückgang zu erwarten ist. Aufgrund dessen und zur Vermeidung nicht medizinischer Anreize bei der Auswahl von Präparaten wurden insgesamt fünf Zusatzentgelte in die Liste der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG überführt. Außerdem war die Datenbasis des Zusatzentgeltes *Gabe von Itraconazol, parenteral* für eine Bewertung unzureichend. Dementsprechend wurde das betroffene Zusatzentgelt ebenfalls in die Liste der unbewerteten Zusatzentgelte verschoben (siehe Tabelle 22):

Leistung	ZE (2023)	ZE (2024)
<i>Gabe von Natalizumab, parenteral</i>	ZE97	ZE2024-206
<i>Gabe von Itraconazol, parenteral</i>	ZE113	ZE2024-207
<i>Gabe von Trabectedin, parenteral</i>	ZE117	ZE2024-208
<i>Gabe von Plerixafor, parenteral</i>	ZE143	ZE2024-209
<i>Gabe von Eculizumab, parenteral</i>	ZE154	ZE2024-210
<i>Gabe von Tocilizumab, intravenös</i>	ZE157	ZE2024-211

Tabelle 22: *Ehemals bewertete Zusatzentgelte für Medikamente, die im aG-DRG-System 2024 in den Katalog der unbewerteten Zusatzentgelte aufgenommen wurden*

Das für den Katalog 2023 aufgrund der Verfügbarkeit von Generika in die Anlage der unbewerteten Zusatzentgelte überführte Zusatzentgelt ZE2024-202 *Gabe von Aldesleukin, parenteral* erhielt auf Grundlage einer Einigung der Selbstverwaltung eine Erläu-

terung zur Abrechnung der betroffenen Zusatzentgelte bei weiterhin fehlender Budgetvereinbarung: „Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2024 ist für dieses Zusatzentgelt das bisher krankenhaushausindividuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2024 weiter zu erheben. Bei fehlender Budgetvereinbarung 2023 ist für dieses Zusatzentgelt das bewertete Zusatzentgelt ZE [...] in Höhe von 70 Prozent der im DRG-Katalog 2022 bewerteten Höhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2023 weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.“

Die Gabe von humanem, polyvalentem Immunglobulin umfasst eine Vielzahl von verschiedenen Präparaten und wird seit 2007 über ein bewertetes Zusatzentgelt vergütet: ZE93 *Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent*. Für diese Leistung erfolgt im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung bereits seit einigen Jahren (neben der verabreichten Dosis und 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 2022 zeigte sich für die meisten Präparate eine fortgesetzte Steigerung der Bezugskosten im Vergleich zum Vorjahr, woraus für 2024 deutlich erhöhte Beträge für das ZE93 resultierten (+15,6%). Gemäß den über eine unterjährigere Marktpreisabfrage erhaltenen Auskünften einiger Kalkulationskrankenhäuser ist in naher Zukunft eher mit geringeren Preissteigerungen zu rechnen als in den zurückliegenden Jahren.

Rekombinanter aktivierter Faktor VII – Eptacog alfa

Die Gabe von rekombinantem aktiviertem Gerinnungsfaktor VII erfolgte bisher überwiegend zur Behandlung bzw. Prophylaxe von Blutungen im Zusammenhang mit chirurgischen und invasiven Eingriffen. Bei einer dauerhaften Gerinnungsstörung kann die Gabe über das unbewertete extrabudgetäre Zusatzentgelt ZE20xx-97 *Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren* abgerechnet werden. Erfolgt die Gabe dagegen bei einer temporären Gerinnungsstörung, kann erst ab einer Schwelle von 20.000 Euro das Zusatzentgelt ZE20xx-137 *Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII* geltend gemacht werden. Im Mai 2022 erfolgte für Eptacog alfa eine Zulassungserweiterung für die Anwendung bei „schwerer“ postpartaler Blutung. Der empfohlene Dosisbereich und die Dosisintervalle liegen allerdings typischerweise in einem Bereich, der unterhalb der für die Abrechnung des Zusatzentgelts ZE20xx-137 erforderlichen Schwelle liegt. Im NUB-Verfahren für 2023 wurde dieser Sachverhalt bereits thematisiert und dementsprechend für die *Gabe von rekombinantem Faktor VII bei schwerer postpartaler Blutung* der Status 1 vergeben. Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung erfolgte auch auf Basis der über die ergänzende Datenbereitstellung abgefragten Daten zu Gerinnungsfaktoren eine eingehende Analyse aller Fälle mit Gabe von rekombinantem Faktor VII. Im Datenjahr 2022 konnten dabei auch Fälle in der MDC 14 *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* identifiziert werden, die einen ICD-Kode für postpartale Blutung und zudem bedeutsame Kosten aufwiesen, wie erwartet jedoch kein Zusatzentgelt für Gerinnungsfaktoren. Für eine zukünftig sachgerechte Abbildung dieser Leistung erfolgte für 2024 die Etablierung des unbewerteten Zusatzentgelts ZE2024-219 *Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII bei postpartaler Blutung* (ab der Gabe von 200 kIE). Das Zusatzentgelt kann zukünftig ausschließlich bei Vorliegen einer postpartalen Blutung (ICD-Kodebereich O72.-) abgerechnet werden. Bei Vorliegen einer dauerhaften Gerinnungsstörung ist dagegen auch zukünftig ggf. das Zusatzentgelt ZE2024-97 *Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren* abzurechnen.

Gabe von Blutprodukten

Bei weiterhin unterschiedlichen Kosten für Thrombozytenkonzentrate und Apherese-Thrombozytenkonzentrate enthält der Fallpauschalen-Katalog 2024 in Bezug auf Vergütungsbetrag und Einstiegsschwelle unverändert differenzierte Zusatzentgelte: ZE146 *Gabe von Thrombozytenkonzentraten* und ZE147 *Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten* bzw. ZE164 *Gabe von pathogeninaktivierten Thrombozytenkonzentraten* und ZE165 *Gabe von pathogeninaktivierten Apherese-Thrombozytenkonzentraten*.

Für den OPS Version 2024 wurden neue Codes für die Gabe von pathogeninaktivierten patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten etabliert. Diese Leistung wurde auch im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung bei den Kalkulationskrankenhäusern abgefragt. Da die über die ergänzende Datenbereitstellung übermittelten Kosten sehr inhomogen waren und nicht wesentlich über den Kosten von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten lagen, konnte kein eigenständiges Zusatzentgelt etabliert werden. Für den Fallpauschalen-Katalog 2024 wurden die neuen OPS-Codes gemäß der Überleitung des BfArM den entsprechenden Zusatzentgelten unter ZE108 *Gabe von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten* zugeordnet.

Gabe von CAR-T-Zellen

Die Therapie mit CAR-T-Zellen ist eine aufwendige neue Behandlungsoption für bestimmte hämatoonkologische Erkrankungen (wie z.B. diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom), die auf der Gabe sogenannter Arzneimittel für neuartige Therapien (Advanced Therapy Medicinal Products, ATMP) basiert. Die Zulassung der ersten beiden CAR-T-Zelltherapien erfolgte 2018. Danach erhielten weitere ATMPs eine Zulassung in diesem Bereich. Das Verfahren *Gabe von CAR-T-Zellen zur Behandlung hämatologischer Erkrankungen* erhielt in den letzten Jahren sowohl bei Anwendung kommerzieller Arzneimittel als auch bei Verwendung von eigenhergestellten Zellpräparaten den NUB-Status 1. Die Behandlung ist gemäß G-BA-Richtlinie an zahlreiche Strukturvoraussetzungen gebunden.

Bei der Therapie mit CAR-T-Zellen entsteht neben den Kosten für die kommerziellen Arzneimittel bzw. die eigenhergestellten Zellprodukte weiterer damit verbundener Behandlungsaufwand (z.B. für die Handhabung der Zellen, für zusätzliche Laboruntersuchungen, längere Verweildauer). In der Vergangenheit wurden aus diesem Grund neben den NUB-Entgelten für das Arzneimittel vielfach auch Entgelte für den „Zusatzaufwand“ von den örtlichen Vertragsparteien vereinbart. Im Vorschlagsverfahren wurde thematisiert, dass die Kalkulation und Verhandlung dieses Entgelts vor Ort zum Teil auch wegen unterschiedlicher Auslegung des Zusatzaufwandes konfliktbehaftet sei. Um eine einheitliche Vergütung zu ermöglichen, wurde im Rahmen des Strukturierten Dialogs vorgeschlagen, für Behandlungsfälle mit CAR-T-Zelltherapie eine eigene DRG zu schaffen, da die Behandlungskosten im Wesentlichen durch das Behandlungsverfahren an sich bestimmt seien und weniger über die Diagnose.

Im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung für das Datenjahr 2022 wurden (wie auch schon in den vergangenen Jahren) die Kosten für die Gabe von CAR-T-Zellen differenziert nach den unterschiedlichen Präparaten abgefragt. Die Analyse der Behandlungskosten erforderte zunächst eine umfangreiche Plausibilisierung der Fälle inkl. Gesamtkosten und der abgerechneten Entgelte. Für eine detaillierte Analyse des Zusatzaufwandes bei CAR-T-Zelltherapie wurden die Kostendaten der Behandlungsfälle (ca. 250 plausible Fälle) zunächst nur um die Arzneimittelkosten bereinigt. Für die Analysen verblieben damit die Gesamtkosten exklusive der Arzneimittelkosten auf den Fällen, die damit größtenteils auch den Zusatzaufwand während des stationären Aufenthalts beinhalteten. Die Ergebnisse verdeutlichten, dass die in viele DRGs eingruppiert

ten Behandlungsfälle entgegen der im Vorschlagsverfahren beschriebenen Annahme mit uneinheitlichen Kosten verbunden waren. Aufgrund der inhomogenen Kosten war auf Basis der Daten 2022 die Schaffung einer eigenständigen DRG für Behandlungsfälle mit CAR-T-Zelltherapie nicht möglich. Alternativ erfolgte für 2024 mit der Etablierung des unbewerteten Zusatzentgelts ZE2024-220 *Zusatzaufwand bei Behandlung mit Gabe von CAR-T-Zellen* eine Möglichkeit, den Mehraufwand bei der Behandlung während des stationären Aufenthalts, in dem die CAR-T-Zellen appliziert werden, abzurechnen. Die Arzneimittelkosten des CAR-T-Produkts selbst sind nicht über dieses Zusatzentgelt abrechenbar. Zur Berücksichtigung der fortlaufenden Weiterentwicklungen bei den CAR-T-Zelltherapien können diese Kosten weiterhin über das NUB-Verfahren (auch unterjährig) geltend gemacht werden.

3.3.5 Sortierung

Vorgehensweise

Zur Vermeidung der Problematik einer „Mindervergütung bei Mehrleistung“ werden im aG-DRG-System die DRGs in der Regel gemäß ihren mittleren Kosten sortiert. Daraus resultiert eine Abfragereihenfolge, in der typischerweise hoch bewertete DRGs vor geringer bewerteten DRGs abgefragt werden. Die diesjährige Vorgehensweise der Sortierung entsprach weitgehend der Vorgehensweise der Vorjahre. Grundsätzlich erfolgte auch für das aG-DRG-System 2024 eine an den Fallkosten 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 2024 (wie erstmals 2023) ist jedoch, dass aufgrund der gestuften Dämpfung (vgl. Abschnitt 3.2.5) die mittleren Kosten der Inlier einer DRG und das Relativgewicht dieser DRG nach Dämpfung nicht immer in einem festen Verhältnis zueinander stehen. Deshalb ist für die Abfragereihenfolge des aG-DRG-Systems 2024 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. ihren Kosten absteigend sortiert. Seit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten – erstmalig im aG-DRG-System 2020 – werden die mittleren Inlierkosten ohne die Kosten der Pflege am Bett als Sortierkriterium herangezogen.

Neben den mittleren Inlierkosten bzw. dem Relativgewicht wird zur Vermeidung einer nicht sachgerechten Vergütung in einigen Konstellationen auch die mittlere Verweildauer und somit auch die untere und obere Grenzverweildauer (UGV, OGV) der Fälle betroffener DRGs berücksichtigt. Exemplarisch soll dies anhand der Sortierung innerhalb der Basis-DRG F49 erläutert werden. Die DRG F49C *Invasive kardiologische Diagnostik [...] Alter < 18 Jahre* steht an Abfrageposition 118 und hat mit 1,040 ein niedrigeres Relativgewicht als die direkt danach abgefragte DRG F49D *Invasive kardiologische Diagnostik [...] Alter > 17 Jahre [...]* mit Rang 119 und einem Relativgewicht von 1,538. 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. haben eine kürzere Verweildauer. Dies zeigt auch der Vergleich der DRG F49C (mVWD 2,4) mit der DRG F49D (mVWD 12,7). Das bedeutet aber auch, dass die Fälle der DRG F49C sowohl eine niedrigere UGV als auch eine deutlich niedrigere OGV als die Fälle der DRG F49D besitzen. Wenn man beide DRGs zusammenlegen würde, d.h. die „Kinder“-DRG entfällt, würde dies bedeuten, dass ein ganz erheblicher Teil der Inlier-Fälle der jetzigen F49C einen Kurzlieger-Abschlag bekommen 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 auch Tabelle 23).

Rang-Sortierung	DRG	Parti-tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweil-dauer	UGV: Erster Tag mit Abschlag	OGV: Erster Tag mit zusätzlichem Entgelt
118	F49C	A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre	1,040	2,4	1	5
119	F49D	A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, mit schweren CC, mehr als ein Belegungstag	1,538	12,7	3	26

Tabelle 23: Auszug aus der FPV 2024: 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 24. Hier würde ein Zusammenlegen von Fällen u.a. zu einer nicht sachgemäßen Benachteiligung von bestimmten Behandlungsformen führen.

Rang-Sortierung	DRG	Parti-tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweil-dauer	UGV: Erster Tag mit Abschlag	OGV: Erster Tag mit zusätzlichem Entgelt
16	K15A	O	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Radiojodtherapie	0,936	3,3	-	6
17	K15B	O	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Radiojodtherapie	1,542	12,9	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	0,739	3,2	-	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	0,757	6,3	-	13
22	K15E	O	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie	0,453	3,1	-	7

Tabelle 24: Auszug aus der FPV 2024 – Basis-DRG K15

3.3.6 Umgang mit ICD- und OPS-Anpassungen

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

Die ab 1. Januar 2024 gültige ICD-10-GM Version 2024 enthält insgesamt 14.290 terminale Codes und somit 29 Codes mehr als die Version 2023 (14.261). Die Mehrzahl dieser Codes (14.242, 99,7%) unterscheidet sich weder hinsichtlich des Codes noch hinsichtlich des dazugehörigen Textes gegenüber dem Vorjahr.

Der OPS Version 2024 enthält insgesamt 33.786 terminale Codes. Das sind 449 Codes mehr als im OPS Version 2023 (33.337). Die Mehrzahl der Codes (33.079, 97,9%) 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 2024 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 2024 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 2024 im OPS zu finden sind, wie z.B. Codes aus 6-00a.2- *Applikation von Medikamenten, Liste 10: Avelumab, parenteral* zur Definition der Dosisklassen beim Zusatzentgelt ZE2024-216 *Gabe von Avelumab, parenteral*.

Darüber hinaus wurden neue Codes zur Abbildung von Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG in den OPS Version 2024 aufgenommen. Dies unterstützt einerseits die Detektion von Fällen für die Abrechnung vereinbarter NUB-Leistungen. Andererseits werden somit in Zukunft Analysen zur Eingliederung dieser Leistungen in das aG-DRG-System ermöglicht. Ein Beispiel ist die Einführung des neuen Codes 8-530.d2 *Intravenöse Radioliganden-Therapie: Therapie mit Lutetium-177-PSMA-Liganden aus nicht patientenindividueller Herstellung, Inkl.: Fer-*

tigarzneimittel. Der neue Kode ermöglicht zukünftig die spezifische Abbildung und Analyse der NUB-Leistung „Radioliganden-Therapie des Prostatakarzinoms mit Lutetium (177Lu)-Vipivotid-Tetraxetan“.

Entsprechend der Vorgehensweise in den Vorjahren wurden für 2024 bestehende ICD-Kodes differenziert bzw. neue ICD-Kodes etabliert, um Unterschiede in Aufwand und Ablauf von Behandlungen darstellbar zu machen. So wurden neue 5-Steller zur spezifischeren Kodierung einer *Chronischen Virushepatitis* (B18.-) eingeführt: B18.80 *Chronische Virushepatitis E* und B18.88 *Sonstige Chronische Virushepatitis*. Auf diese Weise ist es zukünftig ggf. besser möglich, Fälle mit der Diagnose B18.- *Chronische Virushepatitis* aufwandsentsprechend abzubilden.

3.3.6.2 Überleitung auf die ab 1. Januar 2024 gültigen Versionen

Die Datenbasis, die der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2024 zugrunde liegt, beruht auf medizinischen Daten des Jahres 2022 (Datenjahr 2022). Die Diagnosen wurden dementsprechend mit der ICD-10-GM Version 2022 und die Prozeduren mit dem OPS Version 2022 kodiert.

Nach Abschluss der Weiterentwicklung für das Jahr 2024 stand zunächst die aG-DRG-Version 2022/2024 zur Verfügung. Diese Version stellt die erste Übergangsversion dar, die den aG-DRG-Algorithmus des Jahres 2024 anhand der im Datenjahr 2022 gültigen Diagnose- und Prozedurenkodes definiert. Zur Nutzung des aG-DRG-Systems 2024 für die Gruppierung im Jahr 2024 mit den dann gültigen Leistungsbezeichnern waren zwei Überleitungen des Systems notwendig.

In einem ersten Schritt wurde das aG-DRG-System 2022/2024 auf das aG-DRG-System 2023/2024 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 2023 gültigen Diagnosen- oder Prozedurenkodes eine Funktion im Gruppierungsalgorithmus zugewiesen werden, typischerweise die, die sein „Vorgängerkode“ in der Version 2022 der ICD- bzw. OPS-Klassifikationen im Rahmen der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für 2024 erhalten hatte. Dabei wurden textliche, inhaltliche und formale Änderungen der Codes sowie Änderungen der Kodierrichtlinien berücksichtigt. Auf diese Weise entstand die aG-DRG-Version 2023/2024. Die umfangreichen Änderungen und Anpassungen, die für diese Version notwendig waren, entsprechen weitestgehend den Änderungen, die bei der Überleitung der Übergangsversion 2022/2023 auf die aG-DRG-Version 2023 vorgenommen wurden. Diese sind auch im Abschlussbericht für das Jahr 2023 dargestellt.

Im zweiten Schritt wurde, analog zu diesem Vorgehen, die aG-DRG-Version 2023/2024 auf die aG-DRG-Version 2024 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 2024 auf Basis der Leistungsdaten der Jahre 2022 bzw. 2023 zu führen. Dabei sollten die für diesen Zweck ebenfalls auf der Internetseite des InEK veröffentlichten „Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung“ berücksichtigt werden.

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

3.3.6.3 Nicht identische Codes mit „Vorgängerkode“

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

- Klassifikatorische Überleitung
- Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

Diese Varianten werden im Folgenden anhand von Beispielen erläutert.

Klassifikatorische Überleitung

Bei der klassifikatorischen Überleitung wird den Codes, die im Jahr 2024 Gültigkeit erhalten, die Funktion zugewiesen, die ihr „Vorgängerkode“ in der Version 2023/2024 hatte. Typischerweise kommt dies bei einer Ausdifferenzierung von Codes vor.

So wird beispielsweise den für das Jahr 2024 neu etablierten fünfstelligen Codes für *Sonstige autoimmunhämolytische Anämien* D59.1- die Funktion des im Jahr 2023 gültigen vierstelligen Codes D59.1 *Sonstige autoimmunhämolytische Anämien* zugewiesen (siehe Tabelle 25).

Alter Code (ICD-10-GM Version 2023)	Neue Codes (ICD-10-GM Version 2024)
D59.1 <i>Sonstige autoimmunhämolytische Anämien</i>	D59.10 <i>Kälteagglutininkrankheit [CAD]</i> D59.18 <i>Sonstige autoimmunhämolytische Anämien</i>

Tabelle 25: Differenzierung des ICD-Kodes D59.1 *Sonstige autoimmunhämolytische Anämien*

Die neuen Codes wurden gemäß der Überleitungstabelle des BfArM auf den Vorgängerkode D59.1 übergeleitet. Konkret bedeutet dies für das aG-DRG-System 2024:

In jeder Tabelle des aG-DRG-Systems 2023/2024, in welcher der alte ICD-10-Kode D59.1 verzeichnet ist, wurden für das aG-DRG-System 2024 jeweils die neuen Codes an dessen Stelle eingetragen. In diesem Fall sind davon betroffen:

- Tabellen der gültigen Diagnose- und Hauptdiagnosekodes
- Hauptdiagnosentabelle der MDC 16 *Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems*
- Tabelle „Tumordiagnosen und angeborene Fehlbildungen“ der DRGs A09A, A09B und A11D
- Tabelle „Andere Anämie“ der DRG Q62Z
- Tabelle „Bestimmte Erkrankungen bei HIV-Krankheit“ der Basis-DRG S65

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

Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

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

Im Prozeduren-Katalog 2024 wurden Codes für die *Segmentresektion der Lunge: 3 Segmente* und *4 Segmente* (5-323.8 bis 5-323.b) neu etabliert. Diese Codes sind zum einen differenziert nach dem Zugang (offen chirurgisch / thorakoskopisch) und zum anderen nach der Art der Lymphadenektomie (ohne Lymphadenektomie, mit Entfernung einzelner Lymphknoten und mit radikaler Lymphadenektomie). Laut klassifikatorischer Überleitung des BfArM sollten diese neuen OPS-Codes auf die unspezifischen Codes („Sonstige“) für *Segmentresektion der Lunge: Sonstige* übergeleitet werden. Für die Mehrheit der neuen Prozeduren war dies unproblematisch, da diese dadurch in der aG-DRG-Version 2024 analog zu den Codes für die *Bisegmentresektion der Lunge* (ab 2024 *Segmentresektion der Lunge: 2 Segmente*) eingruppiert werden. Für Fälle mit einer Resektion von 3 bzw. 4 Segmenten der Lunge *mit radikaler Lymphadenektomie* hätte dies hingegen bedeutet, dass diese zukünftig – im Gegensatz zu Fällen mit einer Resektion von 2 Segmenten der Lunge mit radikaler Lymphadenektomie – nicht der DRG E05B *Andere große Eingriffe am Thorax bei bösartiger Neubildung oder Alter < 18 Jahre oder Perikarddrainage mit äußerst schweren CC*, sondern der DRG E05C *Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Revisionseingriffe [...] zugeordnet* worden wären. Damit wäre die Resektion von 3 bzw. 4 Segmenten der Lunge mit radikaler Lymphadenektomie im aG-DRG-System 2024 schlechter abgebildet worden als die Resektion von nur 2 Segmenten mit radikaler Lymphadenektomie. Im Ergebnis wurden die neuen OPS-Codes für die *Segmentresektion der Lunge: 3 Segmente* und *4 Segmente: [...] Mit radikaler Lymphadenektomie* (5-323.83, .93, .a3 und .b3) auf die analogen Codes für die *Bisegmentresektion der Lunge* (5-323.63 bzw. 5-323.73) übergeleitet und damit in der aG-DRG-Version 2024 in der Basis-DRG E05 der MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* identisch 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 2024 bestand nicht die Notwendigkeit einer Anpassung des Algorithmus nach der Überleitung auf die ICD-10-GM bzw. den OPS Version 2024. 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 den aG-DRG-Versionen 2020/2021 bzw. 2020/2022 in die DRGs R60A bzw. R60B und R60C führt. Innerhalb der MDC 17 wurde somit eine vollständig kongruente Anpassung zwischen Kalkulations- und Abrechnungsjahr erreicht.

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

Für neu in die ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen aufgenommene Codes, für die keine Überleitungsempfehlung des BfArM vorlag, bestanden verschiedene Varianten der Berücksichtigung im aG-DRG-System 2024:

- 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 aG-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. Ein 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 seit der aG-DRG-Version 2023 gültige Prozeduren ohne Gruppierungsrelevanz.

Grundsätzlich ist eine generelle Nichtberücksichtigung im aG-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 2024 neue Code für die Kodierung einer *Insulinresistenz bei Diabetes mellitus, Typ 1*,

bei Personen von 18 Jahren und älter (U69.75). Dieser neue sekundäre Kode zu Diabetes mellitus, Typ 1 (E10.-) wurde auf den ebenso sekundären Diagnosekode *Milde Hypoglykämie, als nicht rezidivierend bezeichnet* (U69.70) übergeleitet und damit den unzulässigen Hauptdiagnosen der MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* zugeordnet.

Die Kodes werden anhand ergänzender Informationen einzelnen DRGs zugeordnet

In den Jahren 2023 oder 2024 neu etablierte ICD- und OPS-Kodes sind in den regulären Kalkulationsdaten, die dem InEK bei der Entwicklung des aG-DRG-Systems 2024 vorliegen, nicht vorhanden. Es ist in bestimmten Fällen jedoch möglich, diese über eine zusätzliche Datenerhebung oder mittels Hilfskonstrukten auf Basis verfügbarer Kodes im Rahmen der Kalkulation zu untersuchen und ggf. dennoch eine Zuordnung zu einer DRG zu erreichen. Bei der Entwicklung des Systems 2024 wurde keine Zuordnung im Gruppierungsalgorithmus allein aufgrund dieser zusätzlich erhobenen Informationen umgesetzt.

Die Kodes werden inhalts- oder aufwandsähnlichen alten Kodes zugeordnet

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

Generell ist die hier beschriebene Konstellation eher selten und im Rahmen der Überleitung auf die aG-DRG-Version 2024 tritt diese auch nicht auf. Für den Fall, dass die klassifikatorische Überleitung des BfArM dazu führen würde, dass beispielsweise eine operative Leistung nicht als OR-Prozedur gewertet wird, kann prinzipiell von der klassifikatorischen Überleitung abgewichen werden (siehe auch Absatz „Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung“).

Bei neu in den OPS aufgenommenen Zusatzkodes ist bei der klassifikatorischen Überleitung des BfArM standardmäßig kein Vorgängerkode definiert. Diese Kodes werden im aG-DRG-System in der Form übergeleitet, dass sie gültige Prozeduren ohne Gruppierungsrelevanz sind. In der Regel werden diese Kodes zusätzlich zu Prozeduren verschlüsselt, die im aG-DRG-System bereits für DRG-Definitionen verwendet werden.

3.3.7 Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien

Im Rahmen der diesjährigen Überarbeitung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) wurde eine weitere Konsolidierung im Sinne von Klarstellungen vorgenommen. Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen nach § 19 KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) werden entweder in den bereits bestehenden Kodierrichtlinien oder im Anhang C zitiert. Für die Version 2024 gilt dies für alle vom Schlichtungsausschuss getroffenen Entscheidungen, die bis zum 6. September 2023 veröffentlicht wurden. Zwei Entscheidungen zu Anträgen gem. § 19 Abs. 3 KHG, welche die Klärung der Notwendigkeit einer täglichen arteriellen oder kapillären Blutgasanalyse als Voraussetzung zur Berechnung von Beatmungsstunden sowie die Berechnung der Dauer einer kontinuierlichen Dialyse betreffen, werden in der Kodierrichtlinie 1001w *Maschinelle Beatmung* bzw. 1401w *Dialyse* zitiert. Drei weitere Entscheidungen des Schlichtungsausschusses zu Anträgen gem. § 19 Abs. 3 KHG zu den Themen „Ist die Anlagerung von Knochenfragmenten an die Wirbelsäule eine Spondylodese“, „Kodierung Hauptdiagnose bei Wiederaufnahme zur Cholezystektomie nach ERCP bei Cholangitis oder Cholezystitis mit Gallenwegsobstruktion“ und „Kann bei einer Infektion mit SARS-CoV-2 der Kode B34.2 (Infektion

durch Coronaviren nicht näher bezeichneter Lokalisation) angegeben werden?“ 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 3.3.8.

Im Folgenden ein Beispiel für eine Änderung/Klarstellung:

- DKR 0103w: Die Kodierrichtlinie wurde hinsichtlich der Definition und Kodierung einer Sepsis und der Definition eines septischen Schocks umfangreich überarbeitet. Demnach ist eine Sepsis als akut lebensbedrohliche Organdysfunktion zu verstehen, hervorgerufen durch eine inadäquate Wirtsantwort auf eine Infektion. Die Diagnose einer Sepsis-assoziierten Organdysfunktion ist definiert als Veränderung des SOFA-(Sequential Organ Failure Assessment-) Score um ≥ 2 Punkte. Zusätzlich wurde die Kodierrichtlinie ergänzt um die Definition eines septischen Schocks und Hinweise, mit welchen Codes eine Sepsis zu kodieren ist, wie z.B. den Diagnosen für den zeitlichen Bezug der Sepsis (U69.80! – U69.82!) oder des septischen Schocks (U69.83! – U69.85!) zur stationären Krankenhausaufnahme. Der Absatz „Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]“ wurde aus der Kodierrichtlinie gestrichen und in die neue Kodierrichtlinie 0105w *SIRS* überführt. Im Ergebnis kann die Zahl der 2024 erfassten Sepsisfälle im Vergleich zu den Vorjahren variieren. An dieser Stelle sei daher auf die [Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung für 2024](#) verwiesen.

In Anhang B der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2024 sind ausführliche Informationen zu den durchgeführten Änderungen zusammengestellt.

3.3.8 Schlichtungsausschuss

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

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

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

Schlichtungsausschusses entweder in dem für die Version 2021 neu etablierten Anhang C der Deutschen Kodierrichtlinien oder in den bereits bestehenden Kodierrichtlinien zitiert.

Für die Deutschen Kodierrichtlinien Version 2024 gilt dies analog für alle vom Schlichtungsausschuss getroffenen Entscheidungen, die bis zum 6. September 2023 veröffentlicht wurden.

Im Jahr 2023 hat der Schlichtungsausschuss in insgesamt drei Sitzungen vier Anträge zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen zu den Themen Kodierung von COVID-19, Kodierung der Dauer von kontinuierlichen Dialysen, Kodierung von Spondylodesen sowie zur Festlegung der Hauptdiagnose bei Wiederaufnahme zur Cholezystektomie nach ERCP bei Cholangitis oder Cholezystitis mit Gallenwegsobstruktion beraten und entschieden. Alle vom Schlichtungsausschuss getroffenen Entscheidungen sowie die zugrunde liegenden Anträge werden auf der [Internetseite des Schlichtungsausschusses](#) veröffentlicht. Detaillierte Informationen zu Anpassungen des aG-DRG-Systems in Zusammenhang mit Entscheidungen des Schlichtungsausschusses finden sich in Kapitel 3.3.2.1 und 3.3.2.2.

3.4 Statistische Kennzahlen

3.4.1 Analyse des Pauschalierungsgrades

Die Gesamtzahl der DRGs stieg in den letzten drei Jahren (aG-DRG-Systeme 2022, 2023 und 2024) von 1.285 über 1.292 auf 1.296. Parallel dazu verläuft der Anstieg bewerteter DRGs von 1.228 über 1.235 auf 1.239.

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

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

Analyse der Anzahl getroffener DRGs in den Krankenhäusern

Eine Möglichkeit, den Pauschalierungsgrad zu analysieren, ist die Betrachtung der Anzahl getroffener DRGs je Krankenhaus. Dabei werden DRGs, die pro Krankenhaus nur genau ein Mal getroffen werden, ausgeblendet. Auf Basis der vollstationären Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG des Jahres 2022 zeigte sich, dass die Anzahl der Krankenhäuser, die während eines gesamten Jahres z.B. mehr als 400 verschiedene DRG-Fallpauschalen abrechnen, im Vergleich der aG-DRG-Systeme nur leicht angestiegen ist. Rund 62% der dem KHEntgG unterliegenden Krankenhäuser rechnen höchstens 400 verschiedene DRG-Fallpauschalen ab (siehe Abbildung 41).

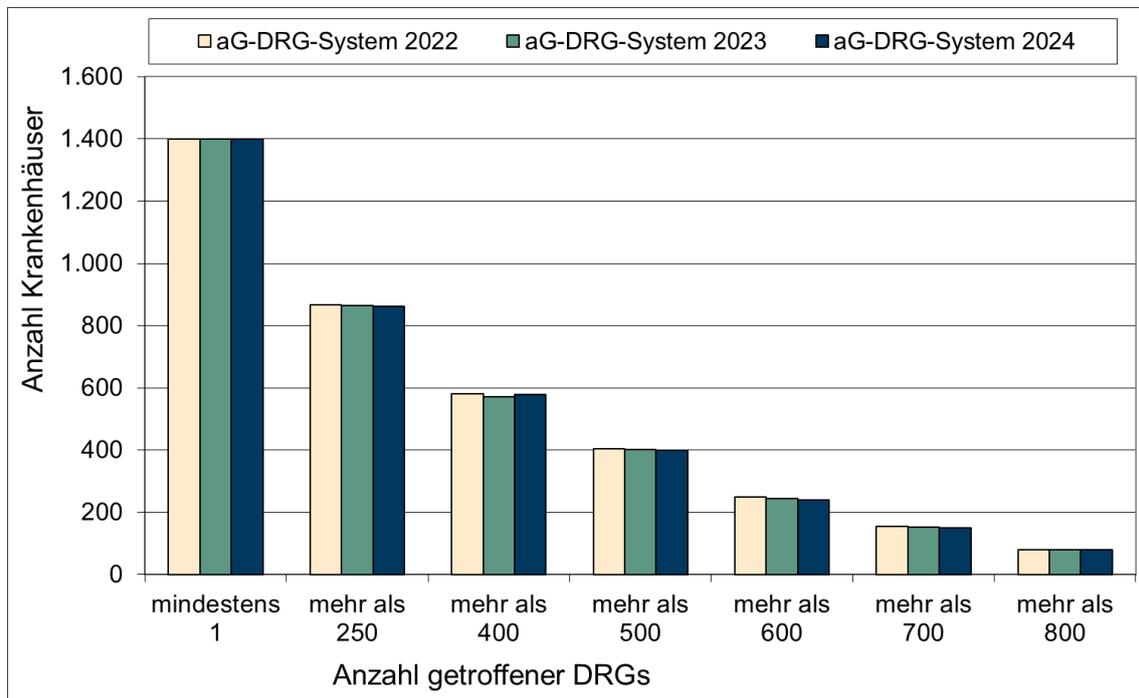


Abbildung 41: Anzahl getroffener DRGs pro Krankenhaus für die aG-DRG-Systeme 2022, 2023 und 2024, vollstationäre Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG, Datenjahr 2022

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 73% aller abrechenbaren vollstationären

Fälle ab. Der Grad der Pauschalierung ist im Vergleich der drei untersuchten aG-DRG-Systeme in etwa gleich (siehe Abbildung 42).

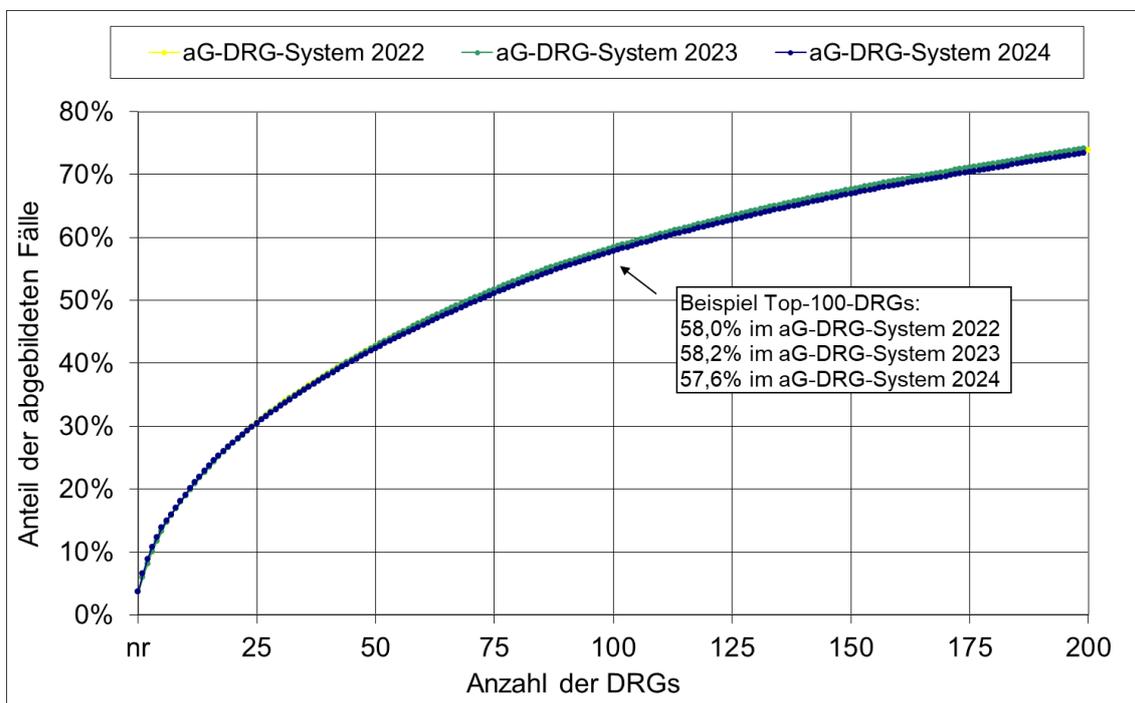


Abbildung 42: Anteil der vollstationären Fälle in den 200 fallzahlstärksten DRGs, aG-DRG-Systeme 2022, 2023 und 2024, vollstationäre Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG, Datenjahr 2022

In Abbildung 43 wurden die Fälle getrennt nach Versorgung durch Hauptabteilungen bzw. in belegärztlicher Versorgung analysiert. Der Pauschalierungsgrad ist bei belegärztlicher Versorgung deutlicher ausgeprägt als bei Versorgung durch Hauptabteilungen. Mit den 100 fallzahlstärksten Fallpauschalen können bereits rund 77% aller abrechenbaren Fälle in belegärztlicher Versorgung abgebildet werden. Für einen identischen Abbildungsgrad bei Versorgung in Hauptabteilungen sind etwas mehr als 200 DRGs erforderlich.

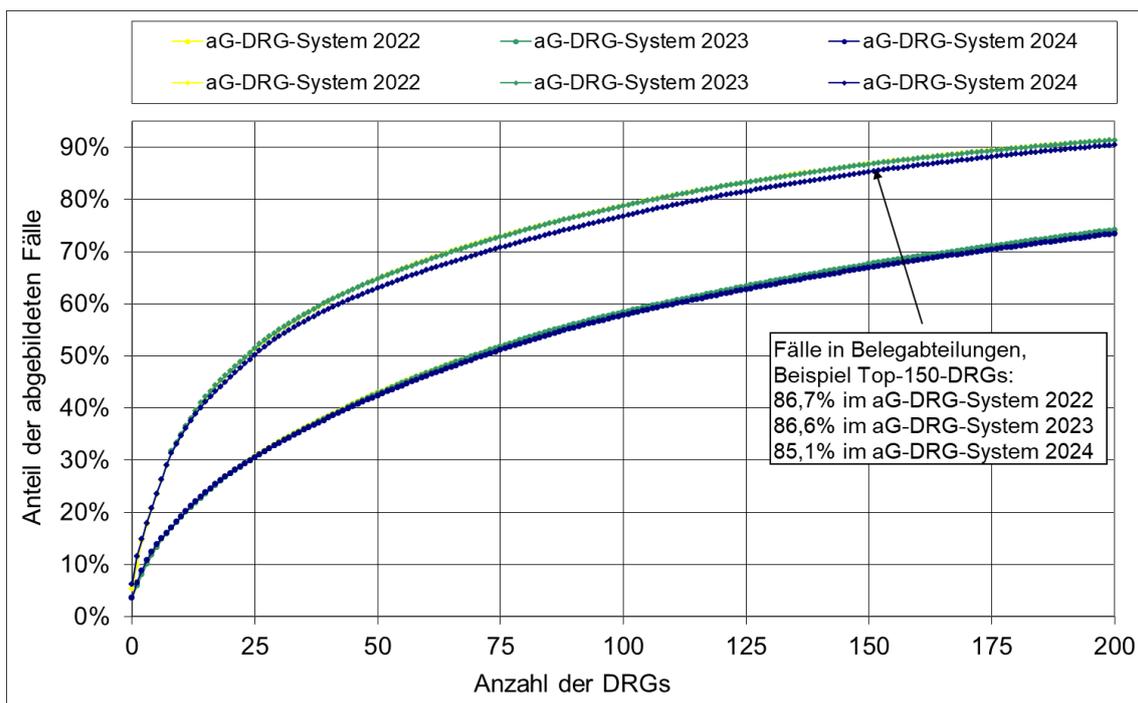


Abbildung 43: Anteil der Fälle in Haupt- und Belegabteilungen in den 200 fallzahlstärksten DRGs, aG-DRG-Systeme 2022, 2023 und 2024, Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG, Datenjahr 2022

3.4.2 Statistische Güte der Klassifikation

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

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

Der Analyse lag die nach Prüfungen und Bereinigungen vorliegende Fallmenge der in Hauptabteilungen versorgten Fälle des Datenjahres 2022 zugrunde. Diese wurden sowohl nach dem aG-DRG-System 2023 als auch nach dem aG-DRG-System 2024 gruppiert.

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

Entsprechend wurden 1.209 DRGs im aG-DRG-System 2023 bzw. 1.212 DRGs im aG-DRG-System 2024 für die Analyse verwendet.

Analyse der Varianzreduktion

Zur Bewertung des aG-DRG-Systems 2024 im Vergleich zum aG-DRG-System 2023 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 2022 – für alle Fälle und für Inlier – berechnet und einander gegenübergestellt (siehe Tabelle 26).

	aG-DRG-System 2023	aG-DRG-System 2024	Verbesserung (in %)
R ² -Wert auf Basis aller Fälle	0,7530	0,7566	+0,5
R ² -Wert auf Basis der Inlier	0,8370	0,8395	+0,3

Tabelle 26: Vergleich der Varianzreduktion R^2 im aG-DRG-System 2023 bzw. 2024, Datenjahr 2022

Bezogen auf alle Fälle konnte die Varianzreduktion um 0,5% verbessert werden. Für Inlier wurde ein R^2 -Wert von 0,8395 erreicht.

Neben der Betrachtung des gesamten aG-DRG-Systems kann die Varianzreduktion auch für jede einzelne MDC berechnet werden. In Abbildung 44 sind die R^2 -Werte je MDC auf Basis der Inlier dargestellt. Die Sortierung der MDCs erfolgt absteigend nach dem R^2 -Wert für das aG-DRG-System 2024 (linke Skala). Der Index gibt das Verhältnis zwischen der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das aG-DRG-System 2024 und für das aG-DRG-System 2023 wieder. Eine Referenzlinie für den Indexwert 100 (rechte Skala) erleichtert den Vergleich.

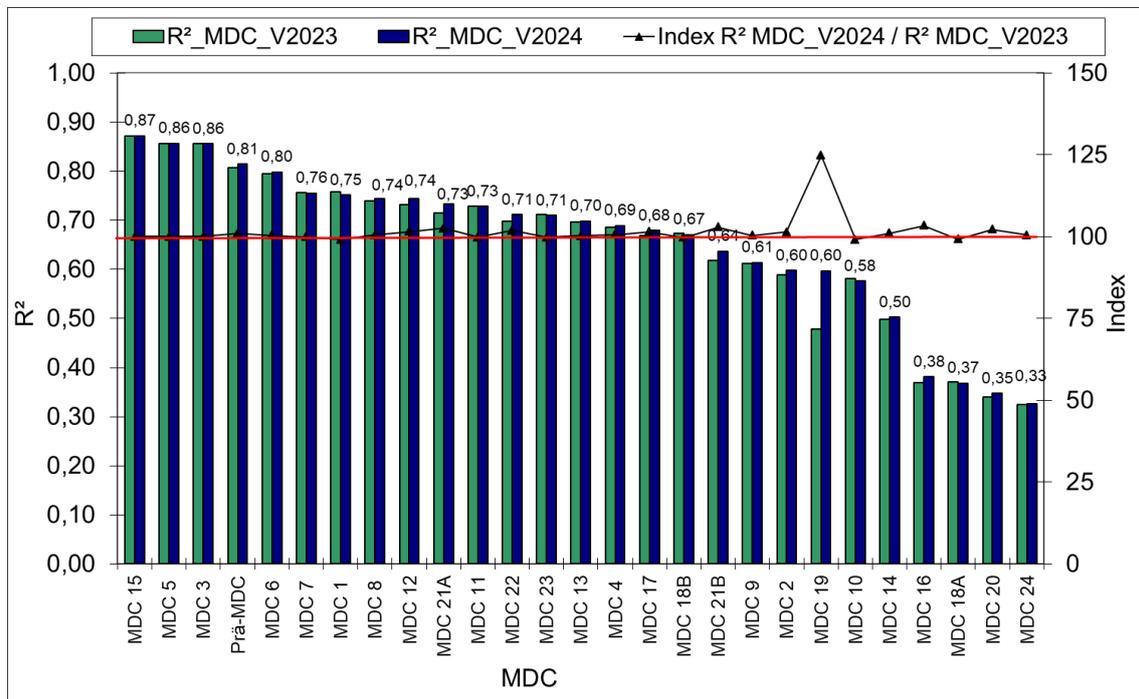


Abbildung 44: R^2 -Wert je MDC im aG-DRG-System 2023 und 2024, Sortierung nach R^2 -Wert für das aG-DRG-System 2024, Inlier, Datenjahr 2022

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 2024 und 2023 zu verzeichnen.

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

- MDC 19 *Psychische Krankheiten und Störungen* (Index 128,4)
- MDC 16 *Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems* (Index 103,4)
- MDC 21B *Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten* (Index 103,0)
- MDC 21A *Polytrauma* (Index 102,5)

Die Varianzreduktion in den MDCs, die in beiden Versionen des aG-DRG-Systems knapp die Hälfte der analysierten Fälle stellen (47,0%), hat sich wie folgt verändert:

- MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*: von 0,7582 auf 0,7515 (Index 99,1)
- MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*: von 0,8558 auf 0,8566 (Index 100,1)
- MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*: von 0,7954 auf 0,7983 (Index 100,4)
- MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*: von 0,7399 auf 0,7436 (Index 100,5)

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 2022) für die analysierten DRGs – folgende Situation (siehe Tabelle 27):

Homogenitätskoeffizient Kosten	aG-DRG-System 2023		aG-DRG-System 2024		Veränderung des Anteils
	Anzahl	Anteil (in %)	Anzahl	Anteil (in %)	
<i>Bereich</i>					<i>Veränderung (in %)</i>
unter 60%	23	1,9	24	2,0	+ 4,1
60% bis unter 65%	117	9,7	106	8,7	– 9,6
65% bis unter 70%	393	32,5	376	31,0	– 4,6
70% bis unter 75%	393	32,5	406	33,5	+ 3,1
75% und mehr	283	23,4	300	24,8	+ 5,7
Gesamt	1.209		1.212		

Tabelle 27: Vergleich Homogenitätskoeffizient der Kosten im aG-DRG-System 2023 bzw. 2024, Inlier, Datenjahr 2022

In den beiden Klassen mit der höchsten Homogenität („70% bis unter 75%“ sowie „75% und mehr“), die knapp 60% der Inlier-Fälle repräsentieren, ist ein Anstieg der Anzahl betroffener DRGs von 3,1% bzw. 5,7% 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 45 zeigt den Fallanteil in den verschiedenen Klassen für die aG-DRG-Systeme 2023 und 2024.

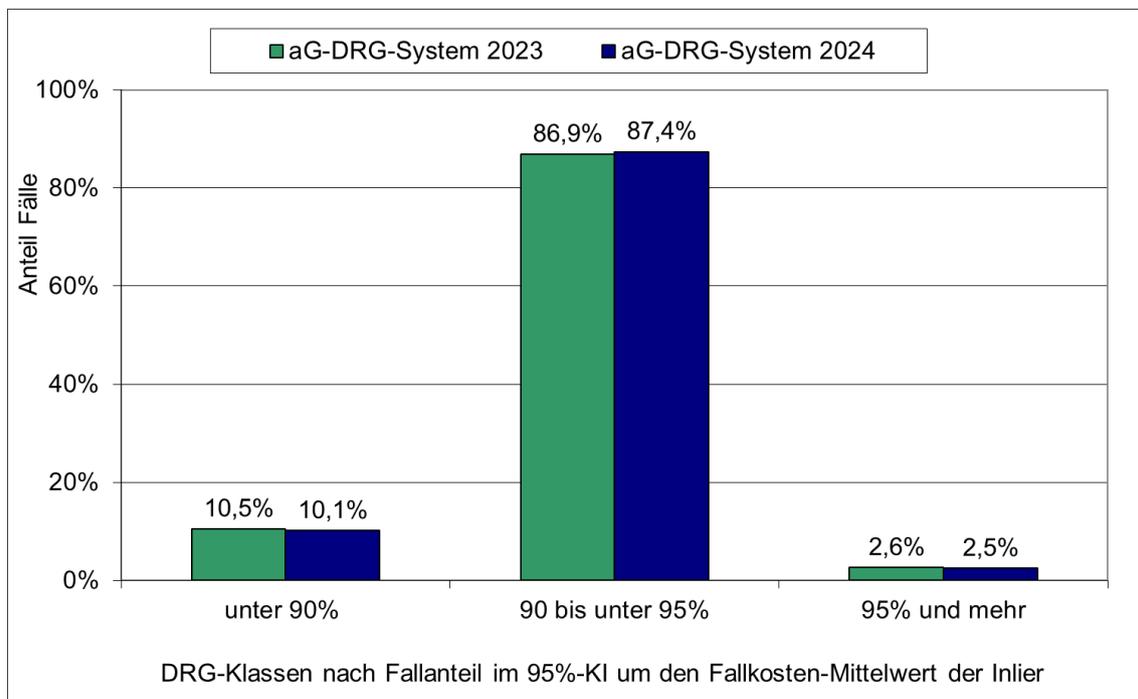


Abbildung 45: Vergleich der DRG-Klassen im 95%-Konfidenzintervall um den Fallkosten-Mittelwert der Inlier im aG-DRG-System 2023 und 2024 bezüglich Fallanteil, Datenjahr 2022

Der Vergleich des aG-DRG-Systems 2024 mit dem aG-DRG-System 2023 zeigt eine recht ähnliche Klasseneinteilung. Die Resultate unterstreichen insgesamt die Kostenhomogenität des aG-DRG-Systems 2024.

3.4.3 Analyse der Verweildauer

3.4.3.1 Verweildauervergleich Datenjahre 2020–2022

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 2020, 2021 und 2022 jeweils gemäß aG-DRG-Version 2022 gruppierten Fälle in Hauptabteilungen ohne Fälle in nicht bewerteten DRGs (Anlage 3a DRG-Fallpauschalen-Katalog 2022). Der Analyse lagen rund 15,9 Mio. bzw. 15,6 Mio. bzw. 15,9 Mio. Fälle zugrunde.

Im Durchschnitt ergab sich in den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG ein Verweildauer-rückgang von 0,7% vom Datenjahr 2020 zum Datenjahr 2021 sowie ein Gleichstand zwischen den Datenjahren 2021 und 2022 (siehe Tabelle 28).

Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG Hauptabteilung	Verweildauer-Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)
Datenjahr 2020	5,92		
Datenjahr 2021	5,88	– 0,04	– 0,7
Datenjahr 2022	5,88	± 0,00	0,0

Tabelle 28: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG, Hauptabteilung, Datenjahre 2020 bis 2022, gruppiert nach aG-DRG-Version 2022

Betrachtet man nur die Datenjahre 2021 und 2022, ergibt sich bei den 20 häufigsten DRGs, die 26,8% der Fälle in den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG des Jahres 2022 repräsentieren, ein minimaler Anstieg des Verweildauer-Mittelwerts von 0,05 Tagen bzw. 1,1%.

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 29 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 2020	4,69			3,40		
Datenjahr 2021	4,60	– 0,09	– 1,9	3,28	– 0,12	– 3,5
Datenjahr 2022	4,60	± 0,00	0,0	3,27	– 0,01	– 0,3

Tabelle 29: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG, Datenjahre 2020 bis 2022, DRGs mit mindestens 20 Fällen in Haupt- und Belegabteilung

Im Vergleich zur Gesamtbetrachtung (siehe Tabelle 28) beträgt der Mittelwert der Verweildauer für das aktuell vorliegende Datenjahr 2022 für Fälle in Hauptabteilungen nun statt 5,88 nur noch 4,60 Tage. In beiden Betrachtungen ist ein Gleichstand zwischen den Datenjahren 2021 und 2022 zu verzeichnen.

Im Folgenden wird die Entwicklung des Anteils der vollstationären Fälle mit einer Verweildauer von einem Belegungstag an allen vollstationären Fällen (siehe Abbildung 46) betrachtet. Insgesamt – und auch getrennt nach Haupt- und Belegabteilung – ist ein Anstieg des Anteils der Ein-Belegungstag-Fälle im Datenjahr 2022 im Vergleich zum Datenjahr 2021 festzustellen.

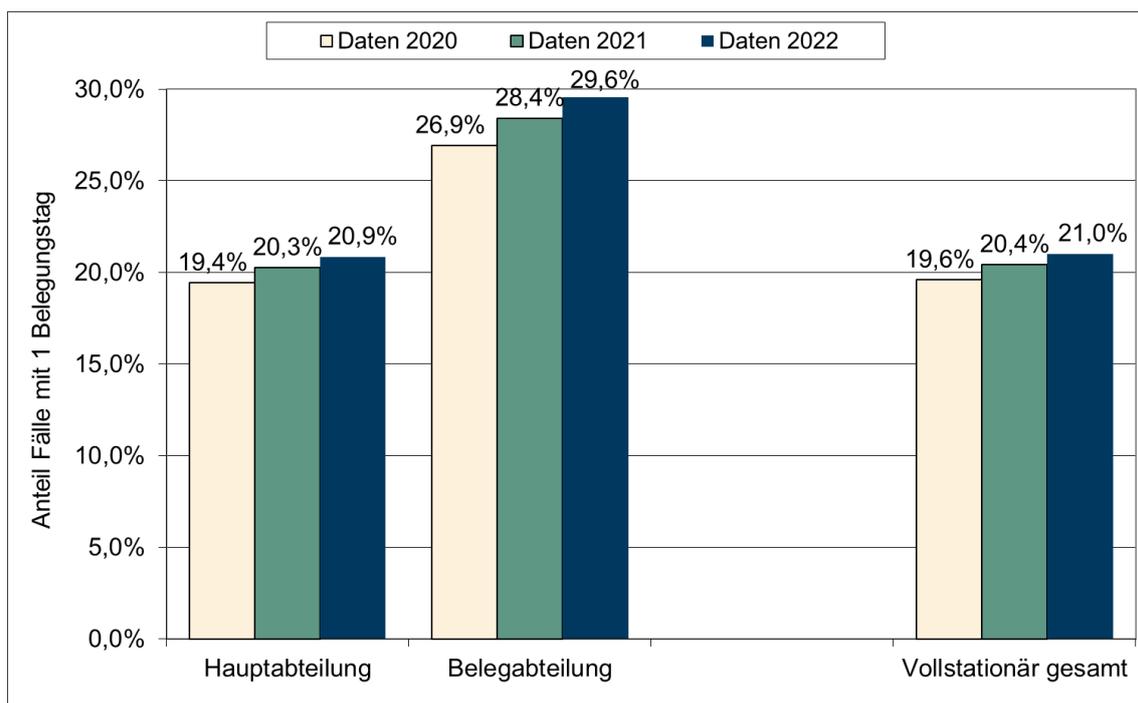


Abbildung 46: Entwicklung des Anteils der Ein-Belegungstag-Fälle an allen vollstationären Fällen, Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG, Datenjahre 2020 bis 2022

3.4.3.2 Prüfung auf Repräsentativität

Zur Überprüfung der Repräsentativität der Daten der Kalkulationskrankenhäuser wurden diese Daten mit den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG verglichen. In beiden Datengesamtheiten wurden die durch die Grenzverweildauern des aG-DRG-Systems 2024 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 19,5 Mio. Datensätze gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG wurden medizinische Plausibilitätsprüfungen durchgeführt (siehe dazu auch Kapitel 2.1 und 2.2).

Unter der Zielvorgabe einer möglichst großen Kostenhomogenität der aG-DRG-Klassifikation müsste die Überprüfung der Repräsentativität in beiden Datengesamtheiten mit

Hilfe von Kostendaten durchgeführt werden. Wegen fehlender Kostenangaben in den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG wurde für die Analyse hilfsweise die Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer zugrunde gelegt.

Überblick über das analytische Vorgehen

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

Nicht einbezogen in die Analyse der Verweildauer wurden folgende DRGs:

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

Diese Einschränkungen schlossen insgesamt 109 DRGs aus der Analyse aus. Der Analyse lagen somit 1.187 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 47): Für 959 der 1.187 analysierten DRGs (81%) ist diese geringer als $\pm 0,5$ Tage, 1.107 DRGs (93%) unterscheiden sich um höchstens ± 1 Tag und für 1.166 DRGs (98%) beträgt diese gerundet höchstens ± 2 Tage.

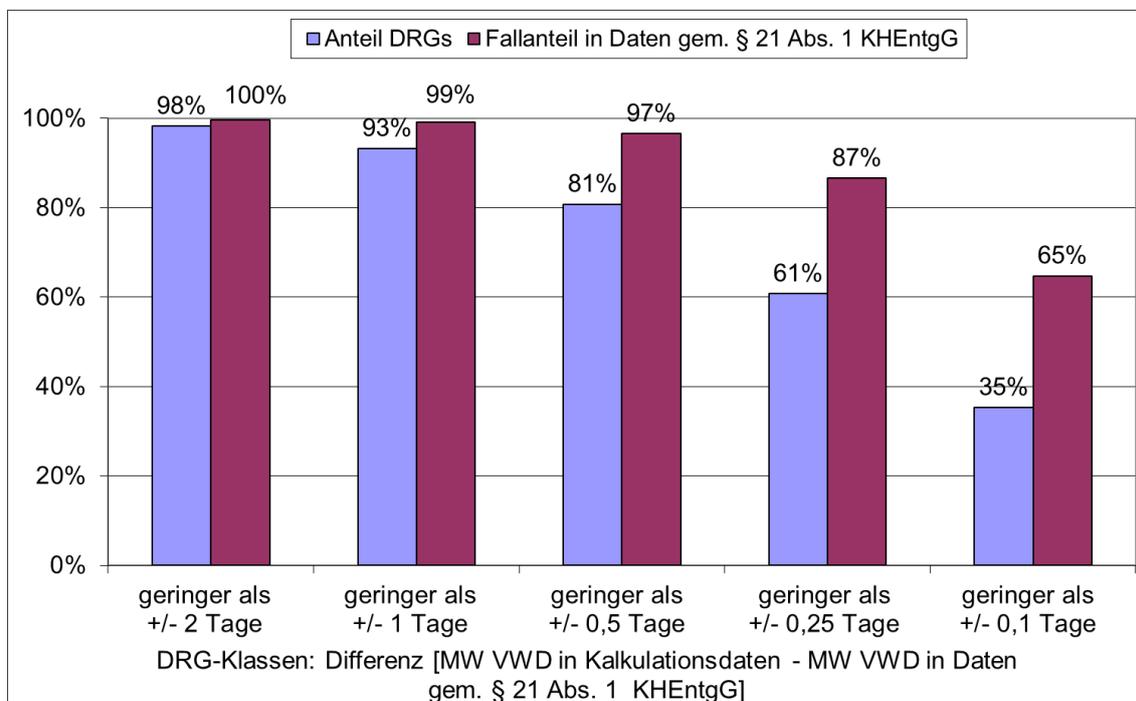


Abbildung 47: Häufigkeitsverteilung Differenzen der Verweildauer-Mittelwerte (Daten der Kalkulationskrankenhäuser – Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG), getrennt nach DRG- und Fallanteil, Inlier, Datenjahr 2022

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

Analyse des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer

Ein weiterer Vergleich der Verweildauerverteilungen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG ist durch die Analyse des 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 48 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.

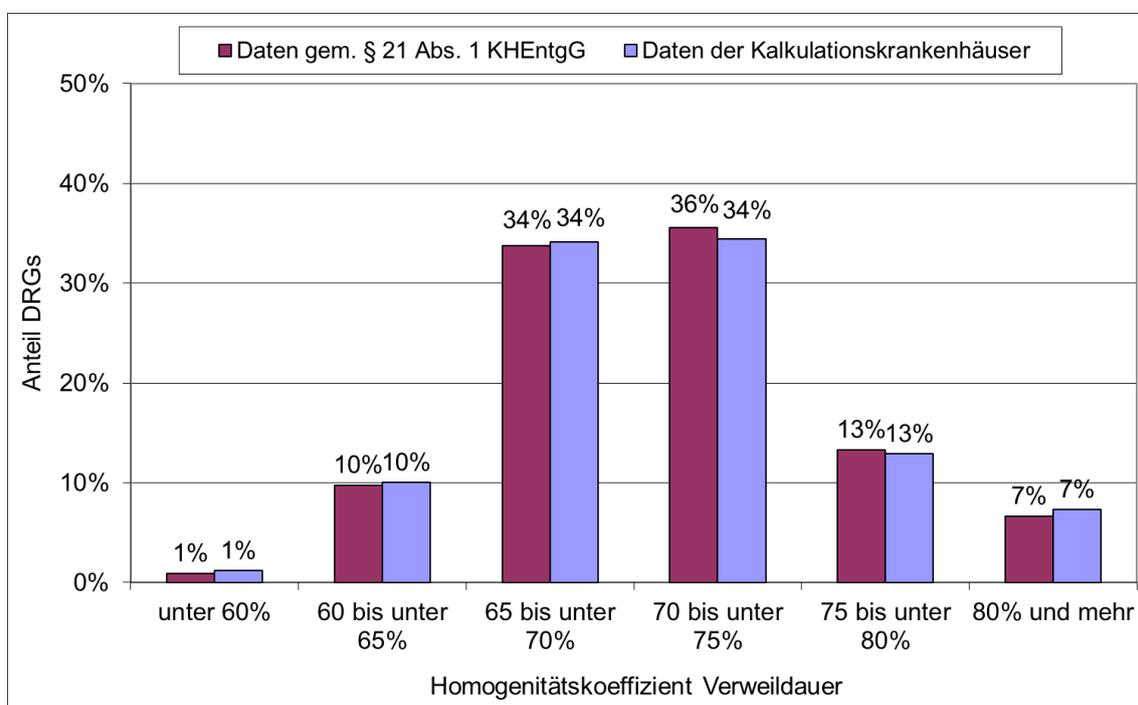


Abbildung 48: Häufigkeitsverteilung der Verweildauer-Homogenitätskoeffizientenklassen, Daten der Kalkulationskrankenhäuser und Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG, Inlier, Datenjahr 2022

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 1.166 von 1.187 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 1.083 DRGs (91% von 1.187 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 1.187 DRGs eine vernachlässigbare Differenz zwischen den Mittelwerten der Verweildauern in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG.
2. Die Analyse des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer, der stärker auf die Streuung und damit auf die Homogenität der Verteilungen fokussiert, zeigt keine Auffälligkeit zwischen den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG.
3. Die Homogenitätskoeffizienten der Verweildauern zeigen unter Berücksichtigung der Abweichung des Verweildauer-Mittelwerts, dass
 - a) die Plausibilitätsprüfungen keine sogenannte „Pseudo-Homogenität“ in den der Weiterentwicklung der aG-DRG-Klassifikation zugrunde liegenden Daten erzeugt haben und
 - b) die für die Bewertung der Weiterentwicklung der aG-DRG-Klassifikation zugrunde gelegten Streuungsmaße eine mindestens zulässige Entscheidungsgrundlage für die Abbildung der Daten gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG sein konnten.

Das auf Basis der Daten der Kalkulationskrankenhäuser weiterentwickelte aG-DRG-System 2024 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 zeigte weiterhin Auswirkungen auf die Leistungs- und Kostendaten des Datenjahres 2022. Steigenden Kosten standen im Vergleich zum Datenjahr 2019 rund 13,5% weniger Behandlungsfälle gegenüber. 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 2023 wird noch Auswirkungen der Corona-Pandemie in den Leistungs- und Kostendaten zeigen. Dabei ist davon auszugehen, dass zukünftig in einem gewissen Umfang stationäre Behandlungen von Fällen mit einer SARS-Cov-2-Infektion erforderlich werden. Die Abbildung von COVID-19-Fällen wird entsprechend einen Teil der Arbeiten zur Weiterentwicklung für das aG-DRG-System 2025 darstellen.

Gleichwohl sollte der Ansatz der gestuften Dämpfung für die Auswertung der Daten 2023 nicht weiter verfolgt werden, insbesondere da der Abstand zwischen dem dann aktuellen Datenjahr (2023) und dem letzten Vor-Corona-Jahr 2019 zu groß wird, um noch sinnvolle Datenvergleiche anstellen zu können. Gleichzeitig muss abgewogen werden, inwieweit der im Vergleich zu 2019 zu beobachtende Fallzahlrückgang insbesondere durch die neuen ordnungspolitischen Rahmenbedingungen zur Förderung der Ambulantisierung im stationären Bereich (z.B. durch die spezielle sektorengleiche Vergütung nach § 115f SGB V) gestützt oder sogar noch verstärkt wird. Entsprechend muss der Umgang mit der Datengrundlage 2023 für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für 2025 alle Facetten des ordnungspolitischen Rahmens berücksichtigen. Dazu wird nach aktuellem Kenntnisstand sehr wahrscheinlich auch gehören, weitere Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V in das Vergütungssystem zu integrieren.

Datenerhebung/Plausibilitätsprüfungen

Für das Jahr 2025 ergeben sich geänderte Vorschriften für die Ausgliederung von Pflegepersonalkosten in Bezug auf das Pflegeerlös-Budget. Insbesondere die Hinzunahme der Hebammen und Entbindungspfleger in die Refinanzierung durch das Pflegeerlös-Budget erfordert Anpassungen sowohl der Kalkulationsvorgaben als auch der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen. Aktualisierte Hinweise zur Durchführung der Kalkulation im Jahr 2024 (Datenjahr 2023) werden den Kalkulationsteilnehmern in gewohnter Weise zu Beginn des Jahres 2024 zur Verfügung gestellt. Bei weiteren 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.

Am 23. September 2022 wurden zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation 30 Krankenhäuser zur Kostendatenlieferung verpflichtet; diese Krankenhäuser müssen im zweiten Jahr der Verpflichtung fallbezogene Kostendatensätze übermitteln und somit einen aktiven Beitrag zur Erweiterung der Kalkulationsbasis leisten. Die 50 Kranken-

häuser, die am 22. September 2023 zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation verpflichtet wurden, müssen im kommenden Jahr nur eine vereinfachte Teilnahme (Lieferung von Kostenstellenauswertungen und Strukturinformationen) vornehmen. Für diese Krankenhäuser besteht die optionale Möglichkeit, bereits im ersten Jahr nach der Verpflichtung fallbezogene Kostendatensätze zu liefern. Aus den Erfahrungen der vergangenen Ziehungen kann davon ausgegangen werden, dass nur ein Teil der Krankenhäuser von dieser Möglichkeit Gebrauch machen wird.

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 2024 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:

326 DRGs, bei denen für die Berechnung der zusätzlichen Entgelte bei Überschreitung der OGV die modifizierte Form der analytischen Ableitung oder der Median der Tageskosten der Langlieger herangezogen wurde (siehe 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 / 7360 Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / 7360 Aufwandspunkte
A06C	Beatmung > 1799 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte

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
B17C	Eingr. an periph. Nerven, Hirnnerven und and. Teilen des Nervensys. oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystr. od. Neurop., mit best. kompl. Eingr., Alt. < 16 J. oder mit mäßig kompl. Eingr., Alt. < 19 J. oder mit schw. CC od. Impl. Ereignis-Rekorder
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 18 Jahre oder mit komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre oder mit bestimmter intrakranieller Blutung
B20B	Kraniotomie oder große WS-Operation mit kompl. Prozedur, mit kompliz. Faktoren, Alter > 15 Jahre, ohne best. intrakran. Blutung oder Alter < 1 J. mit interv. oder großem intrakran. oder best. Eingriff oder mit kompl. Diagnose od. bei bösart. Neubildung
B20C	Kraniotomie oder große WS-Operation, Alter < 3 Jahre oder interventioneller Eingriff oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff oder mit kompl. Diagnose oder best. Eingriff, Alter < 16 J. od. bei bösartiger Neubildung, Alter > 0 Jahre
B20D	Kraniotomie oder große WS-OP mit komplexer Prozedur oder ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff oder mit bestimmter Prozedur oder bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff, ohne bestimmte Prozedur, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1380 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur oder Alter < 10 Jahre bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 588 / 552 / 552 Punkte mit best. OR-Prozedur oder best. hochaufw. Implantate oder Alter > 9 Jahre bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B39A	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, mehr als 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
B45Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
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, ohne komplexe Diagnose
C01A	Komplexer Eingriff bei penetrierenden Augenverletzungen oder bestimmte Orbitotomie
C02Z	Eukleationen und Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder Amnionmembrantransplantation oder komplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Pars-plana-Vitrektomie oder Alter < 16 Jahre
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne Pars-plana-Vitrektomie, Alter > 15 Jahre
C10B	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, mit komplexem Eingriff oder Alter < 6 Jahre
C16Z	Aufwendige Eingriffe am Auge, Alter < 6 Jahre
C20A	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter < 16 Jahre oder mit bestimmter Transplantation am Auge oder bei bösartiger Neubildung am Auge
D01B	Kochleaimplantation, unilateral
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
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

DRG	DRG-Text
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
D20A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
D20B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder mit Eingriff an den oberen Atemwegen mit äußerst schweren CC oder Strahlentherapie mit operativem Eingriff
D25C	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei BNB oder mit Eingriff an den oberen Atemwegen, ohne Laryngektomie, ohne Exzision von Tumorgewebe, ohne äußerst schwere CC
D28Z	Andere Eingriffe an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen oder totale Auflagerungsplastik der Maxilla
D33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
D35Z	Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen bei bösartiger Neubildung
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, mit IntK > 0 / 0 / - Aufwandspunkten, ohne IntK > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkten, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
E75A	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit bestimmter komplizierender Konstellation
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Mehrfacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder bestimmter anderer komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 J., IntK > 196 / 184 / - P. und IntK < 393 / 369 / - P., mit Zweifacheingriff od. bei angeborenem Herzfehler, mit kompl. Eingr. od. best. Herzklappeneingriff oder andere komplizierende Konstellation
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

DRG	DRG-Text
F07B	And. Eingr. mit HLM, Alter < 1 J. od. mit best. kompl. Konst. od. IntK > -/368 /- P., oh. best. kompl. Eingr. od. Alter > 0 J., IntK < -/369/- P., m. and. kompl. Eingr. mit Reop. Herz od. Perik. od. mit best. and. kompliz. Konst. od. mit best. Aortklers.
F07C	Andere Eingr. mit HLM, Alter > 0 J., IntK < - / 369/- P. oder Alter > 17 J. od. ohne Reop. od. ohne and. kompliz. Konst., ohne and. kompl. Eingriffe od. ohne Reop. an Herz od. Perikard od. ohne best. and. kompliz. Konst. od. ohne best. Aortklers.
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 Sondenerntfernung
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. herzzunterst. System
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC
G01Z	Eviszeration des kleinen Beckens

DRG	DRG-Text
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplexer Prozedur mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandsp.
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, mit äußerst schweren CC
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, ohne äußerst schwere CC
G29A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
G29B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane > 1470 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1104 und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte oder mit endoösophagealer Vakuumtherapie, mit aufwendigem Eingriff
G36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte oder mit endoösophagealer Vakuumtherapie, ohne aufwendigen Eingriff
G36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / - Aufwandspunkte und < 1177 / 1105 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane oder mehrzeitiger komplexer Eingriff am Gastrointestinaltrakt und anderem Organsystem
G47A	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, mit bestimmter endoskopischer Maßnahme am Dickdarm, ein Belegungstag
G70A	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 18 Jahre oder mit komplexer Diagnose
G72A	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter < 3 Jahre
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 J., mit kompl. Eingriff oder intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P.

DRG	DRG-Text
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 J., ohne kompl. Eingriff, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P.
H09A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit bestimmtem Eingriff mit äußerst schweren CC oder aufwendiger Eingriff am Dünndarm mit bestimmten komplizierenden Faktoren
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
H16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
H16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 828 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 und < 981 / 829 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H38A	Bestimmte komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H61B	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, Alter < 18 Jahre oder mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit Pfortaderthrombose
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung oder Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre oder Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 10 Jahre
H78Z	Bestimmte komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I02A	Großflächige Gewebe- / Hauttransplantation außer an der Hand, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit schwerem Weichteilschaden, mit äußerst schweren CC und komplexer OR-Prozedur
I06B	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals mit sehr komplexem Eingriff bei schwerer entzündlicher Erkrankung oder bestimmte bösartige Neubildung am Knochen oder Alter < 19 Jahre
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula, Alter < 16 Jahre
I26A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 785 / 829 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe

DRG	DRG-Text
I26B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe oder bestimmte hochaufwendige Implantate
I27A	Eingriffe am Weichteilgew. od. kleinfl. Gewebe-Tx m. best. Diagn. u. best. Eingr. od. m. äuß. schw. CC od. b. BNB m. schw. CC, m. best. Diagn. u. kompl. Eingr. od. Nephrekt. od. best. BNB m. best. Eingr. Abdomen od. Thorax od. Tx e. Zehe als Fingersersatz
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	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff oder bei angeborener Anomalie der Hand oder Pseudarthrose, Alter < 6 Jahre oder bei schweren Weichteilschäden oder mit komplexen Eingriffen bei angeborener Fehlbildung der Hand, Alter < 16 Jahre
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
I54B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, bei bösartiger Neubildung, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, Alter > 17 Jahre
I64A	Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre
I65A	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I95A	Implantation einer Tumorendoprothese mit Implantation oder Wechsel einer bestimmten Endoprothese oder Knochentotalersatz am Femur oder resezierende Eingriffe am Becken bei bösartiger Neubildung oder Alter < 18 Jahre
I95B	Implantation einer Tumorendoprothese ohne Implantation oder Wechsel einer bestimmten Endoprothese, ohne Knochentotalersatz am Femur, ohne resezierende Eingriffe am Becken bei bösartiger Neubildung, Alter > 17 Jahre
I97Z	Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J16B	Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen

DRG	DRG-Text
J18A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
J18B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein BT, Alter > 17 Jahre oder mit kompl. Diagn., mit auß. schw. CC od. Hautulkus bei Para-/Tetraplegie od. hochkompl. Diagn. od. Epid. bullosa, Alter < 10 Jahre oder mit schwerer Erkr. der Haut, mit aufw. Behandl.
K03A	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre 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

DRG	DRG-Text
L03Z	Bestimmte Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder bestimmter Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm
L12A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
L12B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 9 Tagen
L17A	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, mit bestimmten Eingriffen an der Urethra oder Alter < 16 Jahre
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre ohne schwere CC
L69A	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder hämolytisch-urämisches Syndrom
M03A	Komplexe Eingriffe am Penis, Alter < 6 Jahre oder aufwendige plastische Rekonstruktion des Penis, Alter < 18 Jahre oder totale Amputation des Penis oder partielle Amputation des Penis mit bestimmter Lymphadenektomie
M03B	Mäßig komplexe Eingriffe am Penis, Alter < 18 Jahre, ohne aufwendige plastische Rekonstruktion des Penis, ohne totale Amputation des Penis, ohne partielle Amputation des Penis mit bestimmter Lymphadenektomie
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
M38Z	Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane
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

DRG	DRG-Text
N38Z	Komplizierende Konstellation mit best. op. Eingriff bei Krankheiten u. Störungen der weibl. Geschlechtsorg. od. Beckenevisz. bei der Frau u. radikale Vulvektomie od. best. Lymphadenekt. mit äuß. schw. CC, mit kompl. Eingriff od. kompliz. Konstellation
O01A	Sekundäre Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder 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 oder Maßnahmen bei postpart. Blutung, bis 19 vollendete SSW oder mit komplizierender Prozedur oder schwere oder mäßig schwere kompliz. Diagnose bis 33 vollendete SSW
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe mit Beatmung > 480 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen mit Beatmung > 899 Stunden
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

DRG	DRG-Text
P05A	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, mit Beatmung > 275 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren
P05B	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, ohne Beatmung > 275 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P05C	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne temporären Verschluss eines Bauchwanddefektes
P06A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g, sig. OR-Proz. oder Beatmung > 95 Std., best. mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Proz. oder mit Beatmung > 120 Std. oder best. aufwendige OR-Proz., mit Beatmung > 240 Std. oder mehrz. kompl. OR-Proz. oder Dialyse
P06B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g, sig. OR-Proz. oder Beatmung > 95 Std., mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Proz. od. mit Beatmung > 120 Std. od. best. aufwendige OR-Proz., oder mit Beatmung > 240 Std. oder mehrz. kompl. OR-Proz. oder Dialyse
P06C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme oder ohne sig. OR-Prozedur oder ohne Beatmung > 120 Std., ohne bestimmte aufwendige OR-Prozeduren
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden
P60C	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt, ohne Beatmung > 24 Stunden
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61E	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P62A	Aufnahmegewicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur
P62B	Aufnahmegewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62C	Aufnahmegewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62D	Aufnahmegewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P63Z	Aufnahmegewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden
P64Z	Aufnahmegewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden

DRG	DRG-Text
P65A	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder Beatmung > 95 Stunden
P65B	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem
P65C	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, mit anderem Problem
P66A	Neugeborenes ohne sign. OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., Aufnahmegew. 2000 - 2499 g mit mehr. schw. Probl. oder Krampfanfall mit best. diag. Maßnahmen oder Beatmung > 48 Std. od. Aufnahmegew. > 2499 g, m. mehr. schw. Probl., m. Hypothermiebehandlung
P66B	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem, ohne Krampfanfall mit bestimmten diagnostischen Maßnahmen, ohne Beatmung > 48 Stunden
P66C	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit Hypothermiebehandlung oder Krampfanfall mit bestimmten diagnostischen Maßnahmen oder Beatmung > 24 Stunden
P67B	Neugeborenes, Aufnahmegew. > 2499 g mit schw. Prob., oh. Hypothermiebeh., oh. Krampfanfall mit best. diag. Maßnah., oh. Beatmung > 24 Std. od. mit anderem Prob., mehr als ein Belegungstag, neugeb. Mehrling od. mit bestimmter aufwendiger Prozedur
Q02B	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe u. des Immunsystems oh. äußerst schwere CC, Alter < 6 J. od. best. Exzisionen u. Resektionen Mediastinum od. Thymus od. mit best. mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung
Q03A	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter < 10 Jahre
Q60A	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, mit bestimmter Milzverletzung oder Granulozytenstörung, Alter < 16 Jahre
Q60B	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit kompl. Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, oh. Granulozytenstörung, Alter < 1 Jahr oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren CC
Q63A	Aplastische Anämie, Alter < 16 Jahre oder bestimmte Anämie
R01A	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur
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

DRG	DRG-Text
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R03Z	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC oder mit bestimmter OR-Prozedur mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Bestrahlungen an mindestens 7 Tagen
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC, Bestrahlungen an weniger als 7 Tagen
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R13A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation
R13B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation
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, auß. schw. CC od. kompl. Diagnostik b. Leuk. od. Port od. m. mäß. kompl. Chemo m. best. kompliz. Fakt. od. m. auß. schw. CC m. kompl. Diagnost. od. KomplBeh. isolat.pfl. Erreg. m. Dial. od. auß. schw. od. schwerste CC

DRG	DRG-Text
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 auß. 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 auß. schw. CC, Alter > 15 Jahre od. mit auß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom, mit kompl. Diagnostik bei Leukämie od. mit schwersten CC
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation oder Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, Alter < 16 Jahre
R61D	Lymphom u. nicht akute Leukämie m. Agranuloz., Portimpl., Komplbeh. bei isolationspfl. Erregern od. kompl. Diag. bei Leukämie, > 15 J., mit intens. Chemo od. < 18 J. od. m. auß. schw. CC od. Blastenkrise, oh. kompl. Diag. bei Leukämie, oh. schwerste CC
R61E	Lymph. u. nicht akute Leukämie mit best. kompliz. Faktoren, oh. auß. schw. CC, Alt. > 17 J., oh. intensive Chemoth. od. kompl. Diag., kompliz. Proz., Alt. < 16 J. od. best. Lymph. mit best. Chemo. od. kompl. Diag., and. Komplbeh. b. isolat.pfl. Erregern
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte kompliz. Faktoren, oh. auß. 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. auß. 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

DRG	DRG-Text
R63D	Andere akute Leukämie mit intens. Chemoth. mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranuloz. od. Portimpl. od. mit äuß. schw. CC od. mit kompliz. Konstell. od. mit mäßig komplexer Chemoth., mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranuloz. od. Portimpl., Alter < 16 J.
R63E	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemoth., mit Dialyse oder Sepsis oder Agranulozytose oder Portimplantat. oder mit lokaler Chemoth. oder best. Agranulozytose mit äuß. schw. CC, mit Dialyse oder Sepsis oder Portimplant. oder äuß. schw. CC
R63F	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit mäßig komplexer od. lokaler Chemoth., mit äußerst schweren CC oder ohne Chemoth. mit Dialyse od. Sepsis od. and. Agranulozyt. od. Portimpl. od. äuß. schw. CC
R63G	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R63H	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R66Z	Akute myeloische Leukämie oder andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter < 18 Jahre
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit
S63A	Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit, mit äußerst schweren CC
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit, ohne äußerst schwere CC
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer Prozedur oder komplizierender Konstellation, außer bei sonstiger Sepsis
T36Z	Intensivmedizinische Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandsp. bei infektiösen und parasitären Krankheiten oder OR-Prozedur bei inf. u. parasitären Krankh. mit best. komplexer Prozedur oder kompliz. Konstellation mit IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
T60B	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Z. n. Organtransplantation oder mit komplexer Diagnose oder äuß. schw. CC, Alter < 18 J. oder bei best. Para- / Tetraplegie oder mit best. ERCP od. mit schwersten CC oder mit IntK > 196 / 184 / 368 Punkte
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte oder Alter < 14 Jahre mit komplexer Diagnose

DRG	DRG-Text
T64A	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit bestimmter komplexer Diagnose, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
W01B	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne Frührehabilitation, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung oder mit IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte
W01C	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne Frührehabilitation, ohne Beatmung > 263 Stunden, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten
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:

36 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
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom
C08B	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) ohne komplexe Diagnose 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 ohne komplexe Diagnose
D28Z	Andere Eingriffe an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen oder totale Auflagerungsplastik der Maxilla
D30A	Tonsillektomie außer bei BNB od. versch. Eingriffe Ohr, Nase, Mund, Hals oh. äuß. schw. CC, m. aufw. Ingr. od. Ingr. Mundh., Mund, Alter < 3 J. od. m. kompl. Diag. od. Alter < 16 J. m. äuß. schw. od. schw. CC od. m. Ingr. Ohr, Trachea m. äuß. schw. CC
D30B	Tonsillektomie außer bei BNB oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals, Alter > 15 oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 12 Jahre oder Alter > 11 Jahre bei BNB oder mit anderem Eingriff oder ohne Eingriff an Hals, Trachea
D37B	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre, außer bei Gaumenspalte oder Spaltnase, ohne plastische Rekonstruktion der Nase mit Rippenknorpeltransplantation
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen, Gesichtschädelknochen
E63B	Schlafapnoesyndrom oder Polysomnographie oder kardiorespiratorische Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte invasive kardiologische Diagnostik
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

DRG	DRG-Text
G26B	Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 17 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne kleinen Eingriff am Rektum
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule oder mit äußerst schweren oder schweren CC ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, ohne bestimmten anderen Eingriff an der Wirbelsäule
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. angefertigten Endoprothese am Knie, ohne Einbringen od. Wechsel von Abstandshaltern
I44D	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk oder Einbringen einer Entlastungsfeder am Kniegelenk
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne best. kompliz. Faktoren, ohne komplexe Diagnose an Becken/OS, ohne best. endoproth. Eingriff, ohne gelenkpl. Eingriff am Hüftgelenk, ohne Impl. oder Wechsel einer Radiuskopfprothese, ohne Entf. Osteosynthesemat.
I59Z	Andere Eingriffe an den Extremitäten oder am Gesichtsschädel
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh., oh. Wirbelsäulenfraktur
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, ohne bestimmte Eingriffe an der Urethra, Alter > 15 Jahre
L18B	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale / andere retroperitoneale Eingriffe oh. ESWL, oh. äußerst schwere CC od. best. Eingriffe Niere od. transurethrale Eingriffe auß. Prostatares. u. kompl. Ureterorenoskop., b. Para-/Tetrapl., m. auß. schw. CC
L20B	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre oder Alter > 89 Jahre
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter > 15 Jahre oder Alter < 90 Jahre
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

DRG	DRG-Text
L64B	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, außer bei angeborener Fehlbildung, außer bei BNB der Harnorgane, Alter > 2 Jahre
L64D	Andere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Eingriffe am Ureter, Alter > 15 Jahre
M02B	Transurethrale Prostataresektion oder bestimmte andere Operationen an der Prostata ohne äußerst schwere CC
M04D	Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff oder Alter > 2 Jahre, ohne schwere CC oder ohne beidseitigen Hodenhochstand oder Alter > 13 Jahre
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane

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 2022	ICD-Text 2022	Kategorie
A04.70	Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen	Abwertung
A04.72	Enterokolitis durch Clostridium difficile mit Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen	Abwertung
A04.79	Enterokolitis durch Clostridium difficile, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A04.9	Bakterielle Darminfektion, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A08.1	Akute Gastroenteritis durch Norovirus	Abwertung
A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	Abwertung
A40.0	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe A	Abwertung
A40.1	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe B	Abwertung
A40.2	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe D, und Enterokokken	Abwertung
A40.3	Sepsis durch Streptococcus pneumoniae	Abwertung
A40.8	Sonstige Sepsis durch Streptokokken	Abwertung
A40.9	Sepsis durch Streptokokken, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A41.0	Sepsis durch Staphylococcus aureus	Auf- und 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
A41.58	Sepsis: Sonstige gramnegative Erreger	Abwertung
A41.8	Sonstige näher bezeichnete Sepsis	Abwertung
A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
A49.0	Staphylokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	Abwertung
A49.1	Streptokokken- und Enterokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	Auf- und Abwertung
B18.13	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 3	Auf- und Abwertung
B18.19	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase nicht näher bezeichnet	Abwertung
B23.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheitszustände infolge HIV-Krankheit	Abwertung

ICD 2022	ICD-Text 2022	Kategorie
B25.88	Sonstige Zytomegalie	Abwertung
B25.9	Zytomegalie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
B37.0	Candida-Stomatitis	Abwertung
B37.4	Kandidose an sonstigen Lokalisationen des Urogenital-systems	Auf- und Abwertung
B37.7	Candida-Sepsis	Abwertung
B37.81	Candida-Ösophagitis	Auf- und Abwertung
B37.88	Kandidose an sonstigen Lokalisationen	Abwertung
B44.0	Invasive Aspergillose der Lunge	Aufwertung
B95.2	Streptokokken, Gruppe D, und Enterokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.48	Sonstige näher bezeichnete Streptokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.5	Nicht näher bezeichnete Streptokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.6	Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.7	Sonstige Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.8	Nicht näher bezeichnete Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Streichung
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	Auf- und Abwertung
C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	Abwertung
C15.8	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mehrere Teilbereiche überlappend	Aufwertung
C16.4	Bösartige Neubildung: Pylorus	Abwertung
C16.9	Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C18.1	Bösartige Neubildung: Appendix vermiformis	Abwertung
C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	Abwertung
C18.4	Bösartige Neubildung: Colon transversum	Abwertung
C18.6	Bösartige Neubildung: Colon descendens	Abwertung
C21.0	Bösartige Neubildung: Anus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C21.1	Bösartige Neubildung: Analkanal	Abwertung
C25.4	Bösartige Neubildung: Endokriner Drüsenanteil des Pankreas	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

ICD 2022	ICD-Text 2022	Kategorie
C43.0	Bösartiges Melanom der Lippe	Neuaufnahme
C45.0	Mesotheliom der Pleura	Aufwertung
C46.3	Kaposi-Sarkom der Lymphknoten	Aufwertung
C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	Auf- und Abwertung
C71.8	Bösartige Neubildung: Gehirn, mehrere Teilbereiche überlappend	Aufwertung
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
C77.9	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge	Abwertung
C78.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura	Abwertung
C78.3	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Atmungsorgane	Abwertung
C78.4	Sekundäre bösartige Neubildung des Dünndarmes	Abwertung
C78.6	Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums	Auf- und Abwertung
C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	Auf- und Abwertung
C78.8	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Verdauungsorgane	Abwertung
C79.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Niere und des Nierenbeckens	Abwertung
C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	Abwertung
C79.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Nebenniere	Abwertung
C79.88	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen	Abwertung
C79.9	Sekundäre bösartige Neubildung nicht näher bezeichneter Lokalisation	Streichung
C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	Abwertung
C80.9	Bösartige Neubildung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	Aufwertung
C90.00	Multipl. Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Auf- und Abwertung
C90.01	Multipl. Myelom: In kompletter Remission	Abwertung
C92.00	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Aufwertung
C92.80	Akute myeloische Leukämie mit multilineärer Dysplasie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Abwertung
C92.81	Akute myeloische Leukämie mit multilineärer Dysplasie: In kompletter Remission	Abwertung
D50.0	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)	Abwertung

ICD 2022	ICD-Text 2022	Kategorie
D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	Abwertung
D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D57.2	Doppelt heterozygote Sichelzellenkrankheiten	Abwertung
D61.10	Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie	Abwertung
D61.19	Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D61.8	Sonstige näher bezeichnete aplastische Anämien	Abwertung
D61.9	Aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D62	Akute Blutungsanämie	Auf- und Abwertung
D63.0	Anämie bei Neubildungen	Abwertung
D65.0	Erworbene Afibrinogenämie	Abwertung
D65.9	Defibrinationssyndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D68.01	Erworbenes Willebrand-Jürgens-Syndrom	Abwertung
D68.09	Willebrand-Jürgens-Syndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D68.21	Hereditärer Faktor-II-Mangel	Abwertung
D68.33	Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)	Abwertung
D68.34	Hämorrhagische Diathese durch Heparine	Abwertung
D68.38	Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und nicht näher bezeichnete Antikörper	Abwertung
D68.4	Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	Abwertung
D68.5	Primäre Thrombophilie	Abwertung
D68.6	Sonstige Thrombophilien	Abwertung
D68.8	Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien	Abwertung
D68.9	Koagulopathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D69.57	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, als transfusionsrefraktär bezeichnet	Aufwertung
D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet	Auf- und Abwertung
D69.59	Sekundäre Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D69.61	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet	Abwertung
D69.88	Sonstige näher bezeichnete hämorrhagische Diathesen	Abwertung
D69.9	Hämorrhagische Diathese, nicht näher bezeichnet	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
D86.9	Sarkoidose, nicht näher bezeichnet	Abwertung
E05.5	Thyreotoxische Krise	Aufwertung
E10.50	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung

ICD 2022	ICD-Text 2022	Kategorie
E10.51	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E10.91	Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.21	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.40	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.60	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.61	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.80	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.81	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.90	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E13.91	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.61	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Abwertung
E14.74	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	Abwertung
E21.0	Primärer Hyperparathyreoidismus	Abwertung
E23.2	Diabetes insipidus	Aufwertung
E27.2	Addison-Krise	Auf- und Abwertung
E27.3	Arzneimittelinduzierte Nebennierenrindeninsuffizienz	Abwertung
E27.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Nebennierenrindeninsuffizienz	Abwertung
E34.0	Karzinoid-Syndrom	Abwertung
E41	Alimentärer Marasmus	Abwertung
E43	Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E44.0	Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E44.1	Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E53.8	Mangel an sonstigen näher bezeichneten Vitaminen des Vitamin-B-Komplexes	Abwertung
E56.1	Vitamin-K-Mangel	Abwertung
E61.1	Eisenmangel	Abwertung
E64.0	Folgen der Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung

ICD 2022	ICD-Text 2022	Kategorie
E64.9	Folgen eines nicht näher bezeichneten alimentären Mangelzustandes	Streichung
E66.06	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter, Body-Mass-Index [BMI] von 40 bis unter 50	Abwertung
E66.96	Adipositas, nicht näher bezeichnet: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter, Body-Mass-Index [BMI] von 40 bis unter 50	Streichung
E87.0	Hyperosmolalität und Hyponatriämie	Abwertung
E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	Abwertung
E87.6	Hypokaliämie	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
F00.9	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F01.8	Sonstige vaskuläre Demenz	Abwertung
F02.3	Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom	Abwertung
F05.0	Delir ohne Demenz	Abwertung
F05.8	Sonstige Formen des Delirs	Abwertung
F05.9	Delir, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F06.2	Organische wahnhafte [schizophreniforme] Störung	Abwertung
F06.3	Organische affektive Störungen	Abwertung
F07.0	Organische Persönlichkeitsstörung	Abwertung
F10.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch	Abwertung
F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	Abwertung
F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	Abwertung
F10.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir	Abwertung
F10.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom	Abwertung
F10.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen	Abwertung
F11.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Entzugssyndrom	Abwertung
F19.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	Abwertung
F19.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Entzugssyndrom	Abwertung
F20.0	Paranoide Schizophrenie	Abwertung
F20.9	Schizophrenie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F25.9	Schizoaffektive Störung, nicht näher bezeichnet	Abwertung
F31.9	Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2022	ICD-Text 2022	Kategorie
F84.2	Rett-Syndrom	Abwertung
G04.8	Sonstige Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis	Abwertung
G04.9	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G08	Intrakranielle und intraspinale Phlebitis und Thrombophlebitis	Aufwertung
G20.00	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer 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
G35.30	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
G80.1	Spastische diplegische Zerebralparese	Abwertung
G80.2	Infantile hemiplegische Zerebralparese	Abwertung
G80.9	Infantile Zerebralparese, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie	Abwertung
G81.9	Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.03	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.09	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Nicht näher bezeichnet	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
G82.43	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	Abwertung
G82.49	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
G82.53	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	Abwertung
G83.6	Zentrale faziale Parese	Abwertung
G83.8	Sonstige näher bezeichnete Lähmungssyndrome	Abwertung
G91.8	Sonstiger Hydrozephalus	Abwertung
G91.9	Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
G93.1	Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
G93.3	Chronisches Müdigkeitssyndrom [Chronic fatigue syndrome]	Neuaufnahme
G94.2	Hydrozephalus bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
H47.1	Stauungspapille, nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2022	ICD-Text 2022	Kategorie
I05.8	Sonstige Mitralklappenkrankheiten	Abwertung
I07.1	Trikuspidalklappeninsuffizienz	Abwertung
I08.0	Krankheiten der Mitralklappe und Aortenklappe, kombiniert	Abwertung
I11.00	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung
I20.0	Instabile Angina pectoris	Aufwertung
I20.1	Angina pectoris mit nachgewiesenem Koronarspasmus	Aufwertung
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	Abwertung
I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	Abwertung
I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	Abwertung
I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet	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
I31.3	Perikarderguss (nichtentzündlich)	Abwertung
I33.0	Akute und subakute infektiöse Endokarditis	Abwertung
I33.9	Akute Endokarditis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I34.80	Nichtrheumatische Mitralklappenstenose mit Mitralklappeninsuffizienz	Abwertung
I35.0	Aortenklappenstenose	Abwertung
I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	Abwertung
I36.1	Nichtrheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz	Abwertung
I40.0	Infektiöse Myokarditis	Aufwertung
I42.0	Dilatative Kardiomyopathie	Abwertung
I42.88	Sonstige Kardiomyopathien	Abwertung
I42.9	Kardiomyopathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I46.0	Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung	Abwertung
I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	Abwertung
I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	Abwertung
I47.9	Paroxysmale Tachykardie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
I48.3	Vorhofflattern, typisch	Abwertung
I48.4	Vorhofflattern, atypisch	Abwertung
I49.0	Kammerflattern und Kammerflimmern	Abwertung
I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	Abwertung
I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	Abwertung
I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	Abwertung
I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose 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
I65.0	Verschluss und Stenose der A. vertebralis	Abwertung
I65.1	Verschluss und Stenose der A. basilaris	Abwertung

ICD 2022	ICD-Text 2022	Kategorie
I65.3	Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien	Abwertung
I69.0	Folgen einer Subarachnoidalblutung	Abwertung
I69.1	Folgen einer intrazerebralen Blutung	Abwertung
I69.3	Folgen eines Hirninfarktes	Abwertung
I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	Abwertung
I72.0	Aneurysma und Dissektion der A. carotis	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
I74.9	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
I80.28	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	Auf- und Abwertung
I82.3	Embolie und Thrombose der Nierenvene	Aufwertung
I82.9	Embolie und Thrombose nicht näher bezeichneter Vene	Abwertung
I97.89	Sonstige Kreislaufigkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
J10.1	Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen	Abwertung
J15.0	Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae	Abwertung
J15.2	Pneumonie durch Staphylokokken	Abwertung
J15.5	Pneumonie durch Escherichia coli	Abwertung
J15.8	Sonstige bakterielle Pneumonie	Abwertung
J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	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

ICD 2022	ICD-Text 2022	Kategorie
J38.4	Larynxödem	Abwertung
J41.1	Schleimig-eitrige chronische Bronchitis	Abwertung
J43.2	Zentrilobuläres Emphysem	Abwertung
J43.8	Sonstiges Emphysem	Abwertung
J43.9	Emphysem, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J44.02	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 \geq 50 % und $<$ 70 % 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	Auf- und Abwertung
J81	Lungenödem	Abwertung
J84.1	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose	Abwertung
J84.9	Interstitielle Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J90	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
J91	Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	Abwertung
J93.8	Sonstiger Pneumothorax	Abwertung
J93.9	Pneumothorax, nicht näher bezeichnet	Abwertung
J94.2	Hämatothorax	Abwertung
J95.0	Funktionsstörung eines Tracheostomas	Abwertung
J95.2	Akute pulmonale Insuffizienz nach nicht am Thorax vorgenommener Operation	Abwertung
J95.80	Iatrogenen Pneumothorax	Abwertung
J95.88	Sonstige Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen	Abwertung
J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	Abwertung
J96.01	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]	Auf- und 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
J98.10	Dystelektase	Abwertung
J98.11	Partielle Atelektase	Abwertung
J98.12	Totalatelektase	Abwertung
J98.18	Sonstiger und nicht näher bezeichneter Lungenkollaps	Abwertung
J98.2	Interstitielles Emphysem	Abwertung
K22.6	Mallory-Weiss-Syndrom	Abwertung
K25.0	Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung	Auf- und Abwertung
K25.1	Ulcus ventriculi: Akut, mit Perforation	Abwertung

ICD 2022	ICD-Text 2022	Kategorie
K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	Abwertung
K31.5	Duodenalverschluss	Aufwertung
K31.6	Fistel des Magens und des Duodenums	Aufwertung
K35.32	Akute Appendizitis mit Peritonealabszess	Abwertung
K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	Abwertung
K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	Abwertung
K43.3	Parastomale Hernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	Abwertung
K43.69	Nicht näher bezeichnete Hernia ventralis mit Einklemmung, ohne Gangrän	Abwertung
K55.0	Akute Gefäßkrankheiten des Darmes	Abwertung
K56.0	Paralytischer Ileus	Abwertung
K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	Abwertung
K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	Abwertung
K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	Abwertung
K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K57.31	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
K62.50	Hämorrhagie des Anus	Abwertung
K62.59	Anorektale Hämorrhagie, Lokalisation nicht näher bezeichnet	Abwertung
K65.00	Spontane bakterielle Peritonitis [SBP] (akut)	Abwertung
K65.8	Sonstige Peritonitis	Abwertung
K65.9	Peritonitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	Abwertung
K72.0	Akutes und subakutes Leberversagen, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
K72.9	Leberversagen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	Abwertung
K74.72	Leberzirrhose, Stadium Child-Pugh C	Aufwertung
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
K82.3	Gallenblasenfistel	Aufwertung
K83.09	Cholangitis, nicht näher bezeichnet	Abwertung
K85.90	Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer Organkomplikation	Abwertung
K85.91	Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Mit Organkomplikation	Abwertung
K86.1	Sonstige chronische Pankreatitis	Abwertung

ICD 2022	ICD-Text 2022	Kategorie
K86.2	Pankreaszyste	Abwertung
K86.84	Pankreatoduodenale Fistel	Neuaufnahme
K91.2	Malabsorption nach chirurgischem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
K91.3	Postoperativer Darmverschluss	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
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	Streichung
L89.24	Dekubitus, Stadium 3: Kreuzbein	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
L89.34	Dekubitus, Stadium 4: Kreuzbein	Abwertung
L89.38	Dekubitus, Stadium 4: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	Abwertung
L89.39	Dekubitus, Stadium 4: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Abwertung
M00.05	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M00.09	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M00.25	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M00.29	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M00.96	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M00.99	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung

ICD 2022	ICD-Text 2022	Kategorie
M08.40	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M30.1	Panarteriitis mit Lungenbeteiligung	Abwertung
M30.3	Mukokutanen Lymphknotensyndrom [Kawasaki-Krankheit]	Neuaufnahme
M32.1	Systemischer Lupus erythematodes mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen	Abwertung
M32.9	Systemischer Lupus erythematodes, nicht näher bezeichnet	Abwertung
M48.45	Ermüdungsbruch eines Wirbels: Thorakolumbalbereich	Streichung
M48.46	Ermüdungsbruch eines Wirbels: Lumbalbereich	Abwertung
M49.56	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Lumbalbereich	Abwertung
M49.59	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M60.05	Infektiöse Myositis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Abwertung
M60.09	Infektiöse Myositis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
M62.80	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Mehrere Lokalisationen	Abwertung
M62.81	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Abwertung
M62.82	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Abwertung
M62.83	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Abwertung
M62.84	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Abwertung
M62.86	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Abwertung
M62.87	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Abwertung
M62.88	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M84.38	Stressfraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Abwertung
M84.39	Stressfraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Abwertung
N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	Abwertung
N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	Abwertung
N13.4	Hydroureter	Abwertung
N13.65	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose mit Infektion der Niere	Abwertung
N13.68	Sonstige und nicht näher bezeichnete Pyonephrose	Abwertung
N13.9	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie, nicht näher bezeichnet	Abwertung

ICD 2022	ICD-Text 2022	Kategorie
N17.81	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 1	Abwertung
N17.82	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 2	Abwertung
N17.91	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 1	Abwertung
N17.92	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2	Abwertung
N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	Abwertung
N17.99	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium nicht näher bezeichnet	Abwertung
N18.1	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 1	Streichung
N18.2	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2	Abwertung
N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3	Abwertung
N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4	Abwertung
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	Auf- und Abwertung
N32.0	Blasenhalsobstruktion	Abwertung
N32.4	Harnblasenruptur, nichttraumatisch	Abwertung
N45.0	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis mit Abszess	Aufwertung
N70.0	Akute Salpingitis und Oophoritis	Abwertung
N80.5	Endometriose des Darmes	Neuaufnahme
N82.0	Vesikovaginalfistel	Abwertung
N82.1	Sonstige Fisteln zwischen weiblichem Harn- und Genitaltrakt	Abwertung
N82.4	Sonstige Fisteln zwischen weiblichem Genital- und Darmtrakt	Abwertung
O23.4	Nicht näher bezeichnete Infektion der Harnwege in der Schwangerschaft	Abwertung
O23.5	Infektionen des Genitaltraktes in der Schwangerschaft	Abwertung
Q04.3	Sonstige Reduktionsdeformitäten des Gehirns	Abwertung
Q04.6	Angeborene Gehirnzysten	Abwertung
Q05.7	Lumbale Spina bifida ohne Hydrozephalus	Abwertung
Q20.4	Doppeleinstromventrikel [Double inlet ventricle]	Abwertung
Q21.0	Ventrikelseptumdefekt	Abwertung
Q25.0	Offener Ductus arteriosus	Abwertung
Q33.6	Hypoplasie und Dysplasie der Lunge	Abwertung
Q39.1	Ösophagusatresie mit Ösophagotrachealfistel	Abwertung
Q45.0	Agenesie, Aplasie und Hypoplasie des Pankreas	Abwertung
Q65.0	Angeborene Luxation des Hüftgelenkes, einseitig	Abwertung
Q79.2	Exomphalus	Abwertung
Q90.9	Down-Syndrom, nicht näher bezeichnet	Abwertung
Q93.5	Sonstige Deletionen eines Chromosomenteils	Abwertung
R04.2	Hämoptye	Abwertung
R04.8	Blutung aus sonstigen Lokalisationen in den Atemwegen	Abwertung
R04.9	Blutung aus den Atemwegen, nicht näher bezeichnet	Abwertung
R15	Stuhlinkontinenz	Abwertung

ICD 2022	ICD-Text 2022	Kategorie
R18	Aszites	Abwertung
R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	Abwertung
R40.2	Koma, nicht näher bezeichnet	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	Streichung
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
S02.1	Schädelbasisfraktur	Abwertung
S02.3	Fraktur des Orbitabodens	Abwertung
S02.4	Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers	Abwertung
S02.8	Frakturen sonstiger Schädel- und Gesichtsschädelknochen	Abwertung
S02.9	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen, Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung	Abwertung
S06.8	Sonstige intrakranielle Verletzungen	Abwertung
S22.00	Fraktur eines Brustwirbels: Höhe nicht näher bezeichnet	Abwertung
S22.02	Fraktur eines Brustwirbels: T3 und T4	Abwertung
S22.03	Fraktur eines Brustwirbels: T5 und T6	Abwertung
S22.05	Fraktur eines Brustwirbels: T9 und T10	Abwertung
S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	Abwertung
S22.20	Fraktur des Sternums: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
S22.21	Fraktur des Sternums: Manubrium sterni	Abwertung
S22.40	Rippenserienfraktur: Nicht näher bezeichnet	Abwertung
S22.42	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von zwei Rippen	Abwertung
S22.44	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen	Abwertung
S27.6	Verletzung der Pleura	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

ICD 2022	ICD-Text 2022	Kategorie
S32.05	Fraktur eines Lendenwirbels: L5	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
S36.02	Kapselriss der Milz, ohne größeren Einriss des Parenchyms	Abwertung
S36.11	Prellung und Hämatom der Leber	Abwertung
S37.1	Verletzung des Harnleiters	Abwertung
S72.00	Schenkelhalsfraktur: Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	Abwertung
S72.2	Subtrochantäre Fraktur	Abwertung
S72.3	Fraktur des Femurschaftes	Abwertung
S72.9	Fraktur des Femurs, Teil nicht näher bezeichnet	Abwertung
S75.0	Verletzung der A. femoralis	Abwertung
T79.3	Posttraumatische Wundinfektion, anderenorts nicht klassifiziert	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
T81.5	Fremdkörper, der versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist	Abwertung
T81.6	Akute Reaktion auf eine während eines Eingriffes versehentlich zurückgebliebene Fremdschubstanz	Abwertung
T81.7	Gefäßkomplikationen nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	Abwertung
T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	Abwertung
T83.2	Mechanische Komplikation durch ein Harnorgantransplantat	Abwertung
T84.04	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk	Abwertung

ICD 2022	ICD-Text 2022	Kategorie
T84.11	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen: Oberarm	Abwertung
T84.14	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen: Beckenregion und Oberschenkel	Abwertung
T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	Abwertung
T84.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]	Abwertung
T84.8	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
T85.59	Mechanische Komplikation durch gastrointestinale Prothesen, Implantate oder Transplantate, Lokalisation nicht näher bezeichnet	Abwertung
T85.6	Mechanische Komplikation durch sonstige näher bezeichnete interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	Abwertung
T85.74	Infektion und entzündliche Reaktion durch perkutan-endoskopische Gastrostomie-Sonde [PEG-Sonde]	Abwertung
T85.76	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate im sonstigen Gastrointestinaltrakt	Abwertung
T85.78	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	Abwertung
T85.88	Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T86.11	Chronische Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates	Abwertung
T86.19	Sonstige und nicht näher bezeichnete Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Nierentransplantates	Abwertung
T86.51	Nekrose eines Hauttransplantates	Abwertung
T86.9	Versagen und Abstoßung eines nicht näher bezeichneten transplantierten Organs und Gewebes	Abwertung
U07.1	COVID-19, Virus nachgewiesen	Auf- und Abwertung
U50.50	Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 0-15 Punkte	Abwertung
U60.1	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit: Kategorie A	Abwertung

ICD 2022	ICD-Text 2022	Kategorie
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
U81.00	Escherichia coli mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd	Abwertung
U81.20	Escherichia coli mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.21	Klebsiella pneumoniae mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.27	Proteus mirabilis mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.30	Pseudomonas aeruginosa mit Multiresistenz 3MRGN	Abwertung
U81.41	Klebsiella pneumoniae mit Multiresistenz 4MRGN	Abwertung
U81.6	Burkholderia, Stenotrophomonas und andere Nonfermenter mit Resistenz gegen Chinolone, Amikacin, Ceftazidim, Piperacillin/Tazobactam oder Cotrimoxazol	Abwertung
Z43.0	Versorgung eines Tracheostomas	Abwertung
Z94.0	Zustand nach Nierentransplantation	Abwertung
Z94.2	Zustand nach Lungentransplantation	Abwertung
Z94.4	Zustand nach Lebertransplantation	Abwertung
Z94.81	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression	Abwertung
Z95.80	Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems	Abwertung

Tabelle A-4-1:

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

DRG	DRG-Text
863Z	Neonatale Diagnose ohne Bezug zu Alter oder Gewicht
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
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre oder ohne AB0-inkompatible Transplantation, ohne schwerste CC
A42A	Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie oder mit schwersten CC, Alter > 15 Jahre
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
A61A	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen mit äußerst schweren CC oder mit bestimmter akuter Graft-versus-Host-Krankheit, mehr als ein Belegungstag
A61C	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte akute Graft-versus-Host-Krankheit oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation
B05Z	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom oder kleine Eingriffe an den Nerven
B18C	Andere Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems außer bei bösartiger Neubildung
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 18 Jahre oder mit komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre oder mit bestimmter intrakranieller Blutung
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
B70G	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme

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
B73Z	Virusmeningitis oder Infektion des Nervensystems, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag
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 Exzision der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne Pars-plana-Vitrektomie, Alter > 15 Jahre
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom
C13Z	Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen
C60Z	Akute und schwere Augeninfektionen
D01B	Kochleaimplantation, unilateral
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
D61Z	Gleichgewichtsstörung, Hörverlust und Tinnitus
E01B	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose
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
E06D	Andere Lungenresektionen, best. Eingriffe an Thoraxorganen, Thoraxwand, Gefäßsystem od. Mediastinum, Alter > 15 J., ohne offene chirurgische Pleurolyse mit Eingr. an Lunge/Pleura, mit bestimmtem Eingriff 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
E40B	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre oder bei bestimmter Para- / Tetraplegie
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Lungenembolie oder komplexe respiratorische Insuffizienz, Alter < 16 Jahre
E63A	Schlafapnoesyndrom oder Polysomnographie oder kardiorespir. Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter < 18 Jahre oder mit best. invasiver kardiologischer Diagnostik oder Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häusl. Beatmung bis 2 BT, Alter < 18 Jahre
E73A	Pleuraerguss mit äußerst schweren CC
E75A	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
E77D	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane, Alter > 9 Jahre
F01B	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation mit komplizierenden Faktoren oder neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mehr als 24 Stunden mit komplizierenden Faktoren
F02A	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Dreikammer-Stimulation
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
F12B	Implantation eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem ohne äußerst schwere CC, ohne ablative Maßnahme, ohne PTCA oder Implantation eines Herzschrittmachers ohne aufwendige Sondenentfernung mit komplizierenden Faktoren
F13B	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer oder unterer Extremität oder Revisionseingriff mit äußerst schweren CC, ohne mehrzeitige Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe
F14B	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe, ohne äußerst schwere CC
F15Z	Perkutane Koronarangioplastie mit komplizierender Konstellation oder komplexer Diagn. u. hochkompl. Intervention od. m. best. Rekanalisationsverf., Alt. < 16 J. od. inv. kardiolog. Diagnostik, m. kompliz. Konst. od. Endokarditis, mehr als 2 Belegungstage
F20Z	Beidseitige Unterbindung und Stripping von Venen mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC
F27A	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit äußerst schweren CC oder Gefäßeingriff oder bestimmter Amputation oder komplexer Arthrodese des Fußes oder komplexem Hauteingriff oder Ringfixateur
F39A	Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC
F39B	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC
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
F50B	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen ohne hochkomplexe Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne best. angeb. Herzfehler, mit komplexer Ablation, Alter > 17 Jahre
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
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC
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 < 10 Jahre od. mit best. Ingr. an abdominalen Gefäßen
G12C	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit wenig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag
G23A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse außer bei Peritonitis oder Exzision erkranktes Gewebe Dickdarm ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung oder Endometriose am Darm
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
G64B	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre oder ohne schwere CC
G72A	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter < 3 Jahre
H06A	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit aufwendigem Eingriff und 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
H12C	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
H36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 828 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
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
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
I05A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC
I05C	Anderer großer Gelenkersatz ohne Implantation oder Wechsel einer inversen Endoprothese am Schultergelenk, ohne Implantation einer Sprunggelenkendoprothese

DRG	DRG-Text
I07A	Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I08F	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag, mit bestimmten anderen Eingriffen an Hüftgelenk und Femur
I08H	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmtem anderen Eingriff oder Alter < 12 Jahre oder Eingriff an der unteren Extremität
I13A	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit komplexem Mehrfacheingriff, mit komplizierendem Eingriff an der unteren Extremität oder aufwendiger Osteosynthese
I13F	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit bestimmtem anderen Eingriff an den Extremitäten oder bei bösartiger Neubildung oder kleiner Eingriff bei Knochen- und Gelenkinfektion oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula, Alter < 16 Jahre
I16B	Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität ohne bestimmten Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen, mit bestimmtem anderem Eingriff an Klavikula, Schulter und Ellenbogen
I16C	Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität ohne bestimmten Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen, ohne bestimmten anderen Eingriff an Klavikula, Schulter und Oberarm
I17A	Aufwendige Operationen am Gesichtsschädel oder Alter < 16 Jahre
I18A	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff oder mit beidseitigem Eingriff am Kniegelenk
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 od. hochkompl. Eingriff od. Teilwechsel Endoprothese d. unteren Sprunggelenks od. bei Zerebralparese od. mit kompl. Eingriff und kompl. Diagnose od. mit Eingriff an Sehnen des Rückfußes, Alter < 12 Jahre
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
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
I32C	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff oder bei angeborener Anomalie der Hand oder Pseudarthrose, Alter > 5 Jahre oder mit hochkomplexem Eingriff bei angeb. Fehlbildung der Hand, Alter < 16 Jahre oder mit best. Eingr. od. kompl. Diagnose

DRG	DRG-Text
I32F	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe oder ohne bestimmtem mäßig komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag
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
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
I45A	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, mehr als ein Segment
I46B	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, mit periprothetischer Fraktur
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.
I50C	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne bestimmten Eingriff, ohne bestimmte Vakuumbehandlung, Alter > 15 Jahre
I65A	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I66A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte
I66B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte oder anderen komplizierenden Konstellationen
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 Sehnenenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur
I73Z	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes
I74B	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß oder leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit unspezifischen Arthropathien ohne äußerst schwere oder schwere CC
I76A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre mit septischer Arthritis

DRG	DRG-Text
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
J06Z	Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation bei bösartiger Neubildung oder komplexe Prothesenimplantation
J08B	Bestimmte Hauttransplantation oder Debridement ohne Eingriff an Kopf und Hals, ohne bestimmten Eingriff an Haut und Unterhaut oder ohne äußerst schwere CC
J10B	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff
J21Z	Anderer Hauttransplantation oder Debridement mit Lymphknotenexzision oder schweren CC
J24C	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, mit komplexem Eingriff
J61B	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Diagnose, mit schwerer Erkrankung der Haut, ohne aufwendige Behandlung
J61C	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter < 18 Jahre, ohne hochkomplexe Diagnose oder mäßig schwere Hauterkrankungen, mehr als ein Belegungstag
J64C	Anderer Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Alter > 5 Jahre oder ohne komplexe Diagnose
K03A	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre oder bestimmte zweizeitige Eingriffe an der Hypophyse
K06B	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, bei BNB oder mit auß. schw. oder schw. CC oder Ingr. an der Schilddrüse außer kl. Ingr., mit Thyreoidektomie durch Sternotomie oder Alter < 16 Jahre
K06D	Anderer Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder bestimmte Reduktionseingriffe an Haut und Unterhaut
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen
K60D	Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC oder multiplen Komplikationen oder Ketoazidose oder Koma, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K60F	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
L02C	Operatives Einbringen eines Peritonealkatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse oder transurethrale Injektion bei Ostiuminsuffizienz
L06B	Kleine Eingriffe an den Harnorganen ohne äußerst schwere CC oder ohne bestimmte Prozeduren oder Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
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
L16A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators
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
L19Z	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC oder perkutane Thermo- oder Kryoablation der Niere
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
L36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / - / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L42A	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen mit auxiliären Maßnahmen oder bei Para- / Tetraplegie
L64C	Andere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, bestimmte Eingriffe am Ureter oder Retroperitonealfibrose oder Alter < 16 Jahre
L69A	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
L69B	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
L74Z	Bestimmte Krankheiten und Störungen der Harnorgane bei Para- / Tetraplegie
M03B	Mäßig komplexe Eingriffe am Penis, Alter < 18 Jahre, ohne aufwendige plastische Rekonstruktion des Penis, ohne totale Amputation des Penis, ohne partielle Amputation des Penis mit bestimmter Lymphadenektomie
M04C	Eingriffe am Hoden mit mäßig komplexem Eingriff, Alter < 3 Jahre oder mit schweren CC oder beidseitigem Hodenhochstand, Alter < 14 Jahre
M06Z	Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen oder Stanzbiopsie an der Prostata, ein Belegungstag
M09B	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne BNB des Penis
M38Z	Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane
N01D	Beckeneviszeration bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC
N13A	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva auß. bei BNB od. kl. Eingriffe an Vagina/Douglasr. od. best. Eingr. an der Harnblase, Alter > 80 J. od. auß. schw. od. schw. CC od. best. Fistelverschl. od. best. Embolis. an visz. und and. abd. Gefäßen bei BNB

DRG	DRG-Text
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
N16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen oder Brachytherapie
N23Z	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukleation
O02A	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierende Konstellation oder bestimmtem Eingriff oder komplizierender Diagnose oder mit äußerst schweren CC
O03Z	Eingriffe bei Extrauterin gravidität
O04A	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma mit komplexem Eingriff
O04C	Stationäre Aufnahme nach Entbindung mit kleinem Eingriff an Uterus, Vagina, Perianalregion und Bauchwand oder Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie oder bestimmte Amnionpunktion
O05B	Cerclage und Muttermundverschluss oder komplexe OR-Prozedur oder bestimmte intrauterine Operation am Feten, mehr als ein Belegungstag
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
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer oder Maßnahmen bei postpart. Blutung, bis 19 vollendete SSW oder mit komplizierender Prozedur oder schwere oder mäßig schwere kompliz. Diagnose bis 33 vollendete SSW
O60B	Vaginale Entbindung mit mehr. kompliz. Diag., mind. eine schwer od. Maßn. bei postpart. Blutung, > 19 vollend. SSW, oh. kompliz. Proz. od. Thromboemb. während der Gestationsp. oh. OR-Proz. od. schwere od. mäßig schwere kompliz. Diag. bis 33 vollend. SSW
O63Z	Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie
O65A	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern, COVID-19, Virus nachgewiesen
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexer Diagnose oder komplizierendem Eingriff oder ein Belegungstag
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
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
P62A	Aufnahmegewicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur

DRG	DRG-Text
P65B	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem
P65C	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, mit anderem Problem
P66A	Neugeborenes ohne sign. OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., Aufnahmegew. 2000 - 2499 g mit mehr. schw. Probl. oder Krampfanfall mit best. diag. Maßnahmen oder Beatmung > 48 Std. od. Aufnahmegew. > 2499 g, m. mehr. schw. Probl., m. Hypothermiebehandlung
P66B	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem, ohne Krampfanfall mit bestimmten diagnostischen Maßnahmen, ohne Beatmung > 48 Stunden
P66C	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem
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
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
Q60D	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC
Q61B	Andere Erkrankungen der Erythrozyten, ohne äußerst schwere CC
Q63B	Aplastische Anämie, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte Anämie
R01B	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur oder ohne äußerst schwere CC, mit aufwendigem Eingriff an Wirbelsäule oder Gehirn
R04A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC
R11A	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
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.
R60F	Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie
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

DRG	DRG-Text
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, mit kompl. Diagnose od. kompliz. Prozedur, Alter < 16 J. od. best. Lymphom mit best. Chemotherapie od. kompl. Diagnose od. andere Komplexbeh. b. Isolationspfl. Erregern
R63B	Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre oder schwerste 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
T60F	Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196/ 184 / - Aufwandspunkte
V40Z	Qualifizierter Entzug
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
Y02C	Andere Verbrenn. m. Haut-Tx. od. and. Ingr. oh. äuß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn., oh. komplexe Proz., oh. Dialyse, oh. Beat. > 24 Std., oh. kompliz. Konst., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., oh. best. Spalthauttranspl., Alter < 18 J.
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:

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

DRG	DRG-Text
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
802B	Andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit mäßig komplexer OR-Prozedur
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation
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
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
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
A09F	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1380 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur
A11C	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmed. Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre oder komplizierende Konstellation

DRG	DRG-Text
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.
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
A15D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom, ohne bestimmte Entnahme
B02B	Komplexe Kraniotomie oder WS-OP, Bestr. an mind. 9 T. od. best. Eingr. bei BNB mit intraop. Monit., Alt. < 18 J. od. b. BNB od. IntK > 392 / 368 / - P., mit schwersten CC, Alt. > 15 J. od. oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. Alt. > 5 J. od. oh. Eingr. bei BNB
B07Z	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC oder komplizierender Diagnose
B17A	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplexer Diagnose
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
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
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
B39C	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit best. OR-Prozedur, bis 72 Std., ohne kompl. Eing., ohne kompliz. Konst., ohne intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P. oder and. neurolog. Komplexbeh. des akuten Schlaganf., mehr als 72 Std.
B66B	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre, ohne komplizierende Konstellation
B66D	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
B69B	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls > 72 Stunden

DRG	DRG-Text
B69C	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls ohne äußerst schwere CC oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung oder mit äußerst schweren CC
B69D	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne äußerst schwere CC
B70C	Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std., mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolyse oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Std.
B70D	Apoplexie ohne komplexen zerebrovaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose oder systemische Thrombolyse, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std. oder mit bestimmter neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std.
B70E	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolyse oder Alter < 16 Jahre
B70F	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne komplizierende Diagnose, ohne systemische Thrombolyse, Alter < 15 Jahre
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
B75Z	Fieberkrämpfe
B76C	Anfälle, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mehr als ein Belegungstag, mit schweren CC, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder EEG, Alter < 1 Jahr, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose
B78B	Intrakranielle Verletzung, Alter > 5 Jahre, ohne komplizierende Diagnose, ohne Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
B80Z	Andere Kopfverletzungen
C03C	Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Entfernung Augapfel, ohne komplexen oder bestimmten Eingriff, außer bei bösartiger Neubildung
C14Z	Andere Eingriffe am Auge
C62Z	Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen
C65Z	Bösartige Neubildungen des Auges
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D04B	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen, ohne komplexen Eingriff

DRG	DRG-Text
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D15A	Tracheostomie mit äußerst schweren CC oder mit radikaler zervikaler Lymphadenektomie oder Implantation einer Kiefergelenkendoprothese
D15B	Tracheostomie ohne äußerst schwere CC, ohne radikale zervikale Lymphadenektomie
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund oder Eingriffe an Hals und Kopf, ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik, ohne Eingriffe an Gaumen- und Rachenmandeln bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Eingriffe am Kopf
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
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
D29Z	Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung
D33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
D36Z	Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen
D37B	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre, außer bei Gaumenspalte oder Spaltnase, ohne plastische Rekonstruktion der Nase mit Rippenknorpeltransplantation
D63A	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege oder Blutung aus Nase und Rachen mit äußerst schweren CC
D64Z	Laryngotracheitis, Laryngospasmus und Epiglottitis
E02B	Anderer 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
E05A	Anderer große Eingriffe am Thorax mit bestimmten Eingriffen bei Brustkorbdeformität oder äußerst schweren CC
E05B	Anderer große Eingriffe am Thorax bei bösartiger Neubildung oder Alter < 18 Jahre oder Perikarddrainage mit äußerst schweren CC
E06A	Anderer Lungenresektionen, bestimmte Eingriffe an Thoraxorganen, Thoraxwand, Gefäßsystem oder Mediastinum, Alter < 10 Jahre oder Eingriff am Thorax mit äußerst schweren CC oder bestimmte Lobektomie oder Exzision intrakranielles Tumorgewebe
E64B	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit IntK > 0 / 0 / - Aufwandspunkten, ohne IntK > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkten, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
E64D	Respiratorische Insuffizienz, ein Belegungstag
E65A	Chron.-obstr. Atemwegserkrankung od. best. Atemwegsinfekt. mit auß. schw. CC od. best. hochaufw. Beh. od. kompliz. Fakt. od. Bronchitis u. Asthma bronch., > 1 BT, mit auß. schw. od. schw. CC, Alter < 1 J., mit RS-V.-Infekt., mit IntK > 196 / 184 / - P.

DRG	DRG-Text
E66A	Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose
E66B	Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose
E77A	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit bestimmter komplizierender Konstellation
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder Karotiseingriff
F06E	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne intraoperative Ablation, ohne schwerste CC, ohne Implantation eines herzunterstützenden Systems
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
F12F	Impl. HSM, Zweikammersys., oh. äuß. schwere CC, oh. isol. offen chir. Sondenimpl., oh. aufw. Sondenentf., oh. mäßig kompl. PTCA od. Impl. HSM, Einkammersys. od. Impl. Ereignisrekorder, oh. invasive kardiolog. Diagnostik bei best. Eingriffen, Alter > 15 J.
F13A	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer oder unterer Extremität oder Revisionseingriff mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen
F18B	Revision Herzschrittmacher od. Kardioverter / Defibrillator (AICD) oh. Aggregatw., Alt. < 16 J. od. mit äuß. schw. CC, oh. kompl. Eingr., oh. aufwend. Sondenentf. od. Alt. > 15 J., oh. äuß. schw. CC mit kompl. Eingr., mit intralum. exp. Extraktionshilfe
F19A	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC
F21A	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation
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
F28A	Bestimmte Amputation bei Kreislauferkrankungen an unterer Extremität mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder mit Hauttransplantation mit äußerst schweren oder schweren CC
F30Z	Operation bei komplexem angeborenem Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen d. Kreislaufsystems m. kompliz. Fakt., > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. m. best. OR-Proz., ohne aufwend. Eingr. od. > - / 552 / 552 P. m. best. Aortenstent od. minimalinv. Eingr. an mehrer. Herzkkl.

DRG	DRG-Text
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder best. Impl. herzunerst. System
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
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
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
F60B	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äußerst schwere CC
F62A	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder komplizierender Diagnose oder mit bestimmter hochaufwendiger Behandlung mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Punkte oder komplizierender Konstellation
F62D	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung, ein Belegungstag
F66B	Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC
G04Z	Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre od. mit äuß. schw. od. schw. CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder best. Eingriffe an abd. Gefäßen mit äuß. schw. CC oder Implantation eines Antireflux-Stimulationssystems od. best. Gastrektomie
G08A	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, mit äußerst schweren CC
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
G16A	Komplexe Rektumresektion od. and. Rektumres. m. best. Eingr. od. kompl. Diagnose od. mehrz. Enterostomaanlage und -rückverlagerung, m. kompliz. Konstell. od. plast. Rekonstruktion m. myokut. Lappen od. IntK > 196/ 368/ - P. od. endorektale Vakuumtherapie

DRG	DRG-Text
G18A	Bestimmte Eingriffe an Dün- 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
G18C	Bestimmte Eingriffe an Dün- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder andere Eingriffe am Darm mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff
G24A	Eingriffe bei Hernien mit plastischer Rekonstruktion der Bauchwand oder bestimmte partielle Resektion des Dickdarmes
G26A	Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter < 18 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder mit kleinem Eingriff am Rektum
G37Z	Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G40A	Bestimmte komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G46C	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsorgane und auß. schw. oder schw. CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit kompliz. Faktoren, mit anderem aufwendigen Eingriff
G60A	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC oder bestimmte hochaufwendige Behandlung
G64A	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC
G66Z	Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 55 Jahre und mit CC
G74Z	Hämorrhoiden oder andere wenig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane
H02B	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen, Alter > 13 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmte biliodigestive Anastomose
H12B	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff
H16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H40A	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung mit äußerst schweren CC
H41D	Andere aufwendige ERCP oder bestimmter endoskopischer Eingriff oder andere ERCP mit bestimmter BNB oder bestimmter Pankreatitis
H61C	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, Alter > 17 Jahre

DRG	DRG-Text
H62C	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, ohne akute Pankreatitis mit Organkomplikation, ohne Leberzirrhose, ohne bestimmte nichtinfektiöse Hepatitis, Alter > 15 Jahre
H78Z	Bestimmte komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I02C	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation außer an der Hand, mit kompliz. Konst., Eingriff an mehreren Lokalisationen oder schw. Weichteilschaden, bei BNB und kompl. OR-Proz. m. äußerst schweren oder schweren CC od. komplexer Gewebe-Tx m. äußerst schweren CC
I02D	Kleinflächige oder großflächige Gewebe- / Hauttransplantation außer an der Hand, mit äußerst schweren CC
I05B	Implantation oder Wechsel einer inversen Endoprothese am Schultergelenk oder Implantation einer Sprunggelenkendoprothese
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
I06C	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals, Alter > 18 Jahre, ohne Para- / Tetraplegie oder ohne äußerst schwere CC, ohne bösartige Neubildung am Knochen, mit bestimmtem Eingriff ohne schwere entzündliche Erkrankung oder ohne bestimmten Eingriff
I08A	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit hochkomplexem Eingriff bei Beckenfraktur, mit bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren CC oder mit weiteren 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
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 intensimed. Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten
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
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
I13G	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten ohne bestimmten anderen Eingriff an den Extremitäten, außer bei bösartiger Neubildung, ohne kleinen Eingriff bei Knochen- und Gelenkinfektion oder Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I14Z	Revision eines Amputationsstumpfes
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk

DRG	DRG-Text
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
I24A	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe oder Alter < 18 Jahre
I28D	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit mäßig komplexem Eingriff, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre
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
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
I44D	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk oder Einbringen einer Entlastungsfeder am Kniegelenk
I44E	Andere Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk
I59Z	Andere Eingriffe an den Extremitäten oder am Gesichtsschädel
I66H	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh., mit Wirbelsäulenfraktur
I68F	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag oder Prellung am Oberschenkel
I71A	Muskel- und Sehnerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, mit Zerebralparese oder Kontraktur
I74D	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß oder leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre
I77Z	Mäßig schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk
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
J09A	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter < 16 Jahre
J09B	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre
J16A	Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung
J18B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen

DRG	DRG-Text
J65A	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als 1 Belegungstag
J65B	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, ein Belegungstag
J68B	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre
K04Z	Große Eingriffe bei Adipositas
K06E	Kleine Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyroglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Reduktionseingriffe an Haut und Unterhaut
K07B	Andere Eingriffe bei Adipositas ohne bestimmte größere Eingriffe am Magen oder Darm
K14Z	Andere Eingriffe an der Nebenniere oder ausgedehnte Lymphadenektomie
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Radiojodtherapie
K60C	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 17 Jahre oder ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder schwerste Ernährungsstörungen oder äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag
K64B	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
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
L06C	Andere kleine Eingriffe an den Harnorganen, Alter > 15 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
L09D	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshuntis bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne best. Laparotomie, mit best. anderen Eingriff od. Alter < 18 Jahre
L20A	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, mit äußerst schweren CC
L36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L37Z	Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L62A	Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre ohne schwere CC

DRG	DRG-Text
L63A	Infektionen der Harnorgane mit bestimmter hochaufwendiger Behandlung oder mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern
L64B	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, außer bei angeborener Fehlbildung, außer bei BNB der Harnorgane, Alter > 2 Jahre
L64D	Andere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Eingriffe am Ureter, Alter > 15 Jahre
L71Z	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse
M01B	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC
M03C	Eingriffe am Penis, Alter > 17 Jahre oder kleine Eingriffe an Urethra und Penis, Alter < 18 Jahre, ohne aufwendige plastische Rekonstruktion, ohne totale Amputation des Penis, ohne partielle Amputation mit bestimmter Lymphadenektomie
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
M05Z	Zirkumzision, andere Eingriffe am Penis oder großflächige Ablationen der Haut
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC
M61Z	Benigne Prostatahyperplasie
N01A	Beckeneviszeration bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraleingriff
N02A	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung oder bestimmte Eingriffe am Darm oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva, mit äußerst schweren CC
N02B	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei BNB oder bestimmte Eingriffe am Darm oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva, ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff
N02C	Eingriffe an Uterus und Adnexen od. best. Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei BNB od. best. Eingriffe am Darm od. Rekonstruktion von Vagina und Vulva, ohne äuß. schw. CC, ohne kompl. Eingriff, mit mäßig kompl. Eingriff
N02D	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff

DRG	DRG-Text
N11A	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose mit äußerst schweren CC
N16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
N21A	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äuß. schw. oder schw. CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder subtotale und andere Hysterektomie bei bösartiger Neubildung oder komplexe Myomenukleation, mit aufwendigem Eingriff
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
N60A	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC
N62A	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre
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
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
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder Alter < 18 Jahre
O61Z	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Prozedur, ohne bestimmten Eingriff an der Mamma
P02C	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Eingriff bei univentrikulärem Herzen oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen, ohne Beatmung > 180 Stunden
P61B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g ohne signifikante OR-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
Q61A	Andere Erkrankungen der Erythrozyten mit äußerst schweren CC
R01C	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur, ohne aufwendigen Eingriff an Wirbelsäule oder Gehirn
R04B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderer OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC

DRG	DRG-Text
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
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
R13A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen
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
R65Z	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag
R77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei bestimmten hämatologischen und soliden Neubildungen
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag
T01C	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer Prozedur oder komplizierender Konstellation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC
T60C	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Z. n. Organtransplantation oder mit kompl. Diagnose oder äuß. schweren CC, Alter > 17 Jahre, außer bei best. Para- / Tetraplegie, ohne best. ERCP, ohne schwerste CC oder mit IntK > 196 / 184 / 368 Punkte
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
T64B	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
W02A	Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
W04A	Polytrauma mit anderen Eingriffen oder Beatmung > 24 Stunden, mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen oder Alter < 6 Jahre
W04B	Polytrauma mit anderen Eingriffen oder Beatmung > 24 Stunden, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen, mit bestimmten anderen Eingriffen oder Beatmung mehr als 24 Stunden, Alter > 5 Jahre

DRG	DRG-Text
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
W61A	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender Diagnose oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte oder Alter < 12 Jahre
W61B	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe, ohne komplizierende Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, Alter > 11 Jahre
X01D	Rekonstr. Operation bei Verletzungen ohne kompliz. Konst., ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, ohne schw. Weichteilschäden, ohne kompl. OR-Prozedur, ohne äuß. schw. CC, ohne best. Nerven-naht oder Hautplastik oder 1 BT, Alter > 17 J.
X05A	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, mit komplexem Eingriff
X05B	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff
X06C	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, Alter < 66 Jahre oder ohne bestimmten Eingriff
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten
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
Y02D	Andere Verbrenn. m. Hauttr. od. and. Ingr. oh. äuß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn., oh. komplexe Proz., oh. Dialyse, oh. Beat. > 24 Std., oh. kompliz. Konst., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., oh. best. Spalthauttranspl., Alter > 17 J.
Y63Z	Verbrennungen, ein Belegungstag
Z64B	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung mit bestimmter Radiojoddiagnostik, mit bestimmtem Kontaktanlass

Tabelle A-4-3:

611 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
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
801E	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexe, komplexe oder bestimmte OR-Prozedur
802A	Bestimmte nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose oder andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte
802C	Andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne mäßig komplexe OR-Prozedur
802D	Wenig komplexe nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose
A01B	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtranspl. mit Beatmung > 59 und < 180 Std. od. mit Transplantatabstoßung od. mit komb. Nierentranspl. od. m. kombinierter Pankreastranspl. od. Alter < 6 J. oder od. m. intensivm. Komplexbeh. > 980 / 828 / - P.
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne komb. Nierentranspl., ohne kombinierte Pankreastranspl., Alter > 5 Jahre, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 980 / 828 / - P.
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden
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 / 7360 Aufwandspunkte
A06C	Beatmung > 1799 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte
A07A	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und int. Komplexbeh. > 3920 / 3680 / 3680 P. oder mit hochkompl. oder dreizeitigem Eingr.

DRG	DRG-Text
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.
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.
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.
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
A13B	Beatmung > 95 Stunden mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., Alter < 16 Jahre od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte und kompliz. Konst.
A13C	Beatmung > 95 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Konstellation od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / - / 1104 Punkte od. Alter < 16 J., außer bei Lymphom und Leukämie, ohne kompliz. Konstellation
A13E	Beatmung > 95 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte und < 1177 / 829 / 1105 Aufwandspunkte od. Alter < 16 Jahre
A13F	Beatmung > 95 Stunden, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose oder Prozedur od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 368 / - Punkte

DRG	DRG-Text
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre oder AB0-inkompatible Transplantation oder schwerste CC
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion
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
A36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / - / 552 und < - / - / 829 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber-, Dünndarm- oder Nieren-Pankreas-Transplantation
A69Z	Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste
B01A	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation oder Alter < 18 Jahre
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
B02C	Komplexe Kraniotomie oder WS-OP, mehr als 8 Bestr., Alter > 17 J. oder ohne best. Eingr. bei BNB mit intraop. Monit. od. bei NB des Nervensystems oder IntK > 392 / 368 / - P., Alter > 15 J. od. oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. Alt. > 5 J., oh. schwerste CC
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, außer bei Neubildung, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmtem Eingriff, Alter < 18 Jahre oder mit best. komplizierenden Faktoren
B02E	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte komplizierende Faktoren

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
B04B	Beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC oder mehrzeitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen oder äußerst schwere CC
B04C	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, ohne mehrzeitige Eingriffe, ohne beidseitige Eingriffe, ohne äußerst schwere CC
B09Z	Andere Eingriffe am Schädel
B12Z	Implantation eines Herzschrittmachers bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
B16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen
B16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen
B17B	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplexem Eingriff
B17C	Eingr. an periph. Nerven, Hirnnerven und and. Teilen des Nervensys. oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystr. od. Neurop., mit best. kompl. Eingr., Alt. < 16 J. oder mit mäßig kompl. Eingr., Alt. < 19 J. oder mit schw. CC od. Impl. Ereignis-Rekorder
B17D	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit mäßig komplexem Eingriff oder best. Eingriff und Alter < 19 J. oder schw. CC oder best. Diagnose
B18B	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems außer bei bösartiger Neubildung oder Revision eines Ventrikelschuntes oder operative Eingriffe bei nicht akuter Para- / Tetraplegie
B18D	Mäßig komplexe 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
B20B	Kraniotomie oder große WS-Operation mit kompl. Prozedur, mit kompliz. Faktoren, Alter > 15 Jahre, ohne best. intrakran. Blutung oder Alter < 1 J. mit interv. oder großem intrakran. oder best. Eingriff oder mit kompl. Diagnose od. bei bösart. Neubildung
B20C	Kraniotomie oder große WS-Operation, Alter < 3 Jahre oder interventioneller Eingriff oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff oder mit kompl. Diagnose oder best. Eingriff, Alter < 16 J. od. bei bösartiger Neubildung, Alter > 0 Jahre

DRG	DRG-Text
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
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
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
B47A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mindestens 14 Behandlungstage
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen
B60A	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag
B61A	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt
B63Z	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion
B67A	Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung
B67B	Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung
B68A	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
B68D	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B70A	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit komplizierender Diagnose oder bestimmter neurologischer Komplexbehandlung > 96 Stunden
B70B	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
B70I	Apoplexie, ein Belegungstag
B71C	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne Komplexbehandlung der Hand oder mit komplexer 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 oder ohne Komplexbehandlung der Hand oder mit kompl. Diagnose, ohne schw. CC oder außer bei Para- / Tetraplegie
B72A	Infektion des Nervensystems, Alter < 16 Jahre oder bestimmte Enzephalitis mit Intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 0 / 0 / 184 Aufwandspunkte
B72B	Infektion des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, ohne bestimmte Enzephalitis, ohne Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 0 / 0 / 184 Aufwandspunkte
B74Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B76B	Anfälle, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC oder Alter < 3 Jahre oder komplexer Diagnose oder EEG, Alter < 1 Jahr, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose
B76D	Anfälle, Alter < 6 Jahre oder komplizierende Diagnose oder EEG, mehr als ein Belegungstag
B76E	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B77Z	Kopfschmerzen
B78A	Intrakranielle Verletzung, Alter < 6 Jahre oder mit komplizierender Diagnose oder Intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor oder andere Kopfverletzungen und bestimmte Fraktur
B81A	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose oder bestimmter aufwendiger / hochaufwendiger Behandlung
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung
B82Z	Andere Erkrankungen an peripheren Nerven
B84Z	Vaskuläre Myelopathien
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

DRG	DRG-Text
B85C	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, zerebrale Lähmungen oder Delirium, Alter > 1 Jahr
B85D	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose
C01A	Komplexer Eingriff bei penetrierenden Augenverletzungen oder bestimmte Orbitotomie
C01B	Andere Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen oder Amnionmembrantransplantation oder bestimmte Biopsie
C03A	Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Entfernung Augapfel mit komplexem Eingriff oder komplizierenden Faktoren oder mit bestimmtem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung, Alter < 16 Jahre
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder Amnionmembrantransplantation oder komplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Pars-plana-Vitrektomie oder Alter < 16 Jahre
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 komplexe Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Auge, Alter > 9 Jahre
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte Transplantation am Auge außer bei bösartiger Neubildung am Auge
C61Z	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges
C63Z	Andere Erkrankungen des Auges oder Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus
C64Z	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
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
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D12A	Andere aufwendige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit komplexer Diagnose
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne komplexe Diagnose

DRG	DRG-Text
D13A	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals mit komplizierender Diagnose oder bestimmtem Eingriff oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr
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
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
D25B	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei BNB oder mit Eingriff an den oberen Atemwegen, mit Laryngektomie oder Exzision von Tumorgewebe, ohne äußerst schwere CC oder außer bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D28Z	Andere Eingriffe an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen oder totale Auflagerungsplastik der Maxilla
D30A	Tonsillektomie außer bei BNB od. versch. Eingriffe Ohr, Nase, Mund, Hals oh. äuß. schw. CC, m. aufw. Ingr. od. Ingr. Mundh., Mund, Alter < 3 J. od. m. kompl. Diag. od. Alter < 16 J. m. äuß. schw. od. schw. CC od. m. Ingr. Ohr, Trachea m. äuß. schw. CC
D30B	Tonsillektomie außer bei BNB oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals, Alter > 15 oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 12 Jahre oder Alter > 11 Jahre bei BNB oder mit anderem Eingriff oder ohne Eingriff an Hals, Trachea
D30C	Kleine Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals, Alter > 11 Jahre
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder 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
E02A	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen mit aufwendigem Eingriff oder schwersten CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte oder Alter < 10 Jahre
E02C	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 9 J., mehr als 1 BT, ohne best. 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.

DRG	DRG-Text
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
E05C	Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Revisionseingriffe ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 17 Jahre
E06B	And. Lungenresek., best. Ingr. an Thoraxorg., Thoraxw., Gefäßsystem od. Mediast., Alter > 9 und < 16 J. od. m. offen chirurg. Pleurolyse m. Ingr. an Lunge/Pleura od. best. atyp. Lungenresek. od. best. Brustkorbkorr. od. best. chirurg. Stab. d. Thoraxw.
E06C	Andere Lungenresektionen, best. Eingriffe an Thoraxorganen, Thoraxwand, Gefäßsystem od. Mediastinum, Alter > 15 J., ohne offene chirurgische Pleurolyse mit Ingr. an Lunge/Pleura, mit komplexem Eingriff an Atmungsorganen, Mediastinum und Brustkorb
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
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E40C	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur, ohne äußerst schwere CC, außer bei bestimmter Para- / Tetraplegie
E42B	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, außer bei traumatischem Hämato-/Pneumothorax
E64A	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder bestimmte Lungenembolie oder IntK > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte oder Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern, Alter > 15 Jahre
E64C	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, IntK < - / - / 185 Aufwandspunkten, Alter > 15 Jahre
E65B	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung oder best. Atemwegsinfektion ohne äußerst schwere CC, mit komplizierender Diagnose oder mit FEV1 < 35% und mehr als ein Belegungstag oder Alter < 1 J. oder mit best. mäßig aufwendiger /and. aufwendiger Behandlung
E65C	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, ohne FEV1 < 35% oder ein Belegungstag oder Alter > 1 Jahr, ohne bestimmte mäßig aufwendige / andere aufwendige Behandlung
E69A	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung, Alter < 1 Jahr ohne RS-Virus-Infektion oder bei Para- / Tetraplegie

DRG	DRG-Text
E69B	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als 1 BT u. Alter > 55 J. od. mit äuß. schw. od. schw. CC, Alter > 0 J. od. 1 BT od. oh. äuß. schw. od. schw. CC, Alter < 1 J. od. flex. Bronchoskopie, Alter < 16 J. od. andere mäßig aufw. Beh., mit RS-Virus-Infekt.
E69C	Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag oder ohne 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
E70Z	Keuchhusten und akute Bronchiolitis
E71A	Neubildungen der Atmungsorgane mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkten oder mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC
E71B	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, mit Ösophagusprothese oder endoskopischer Stufenbiopsie oder endoskopischer Biopsie am Respirationstrakt mit Chemotherapie ohne int. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Punkten
E71C	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne Ösophagusproth., ohne Stufenbiop., ohne Chemotherapie od. ohne endoskop. Biop. am Respir.-Trakt, mit Bronchoskop. mit starrem Instr. oder perkut. Biop. am Respir.-Trakt
E71D	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag od. ohne äußerst schwere CC, ohne Ösophagusproth., ohne Stufenbiopsie, ohne Chemoth. od. ohne endoskop. Biop. am Respir.-Trakt, ohne Bronchoskopie mit starrem Instr., ohne perkut. Biopsie am Respir.-Trakt
E73B	Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC
E74Z	Interstitielle Lungenerkrankung
E75B	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre oder best. andere Krankheiten der Atmungsorgane oder intensivmed. Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten od. Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern
E75C	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC, ohne best. andere Krankheiten der Atmungsorgane, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., ohne Komplexbeh. bei isolationspfl. Erregern oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose
E76B	Tuberkulose bis 14 Belegungstage oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
E76C	Tuberkulose bis 14 Belegungstag, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Pneumothorax
E77B	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter komplizierender Konstellation oder hochkomplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte
E77C	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung oder schwersten CC oder weiteren komplizierenden Faktoren
E78Z	Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung, bis 2 Belegungstage, Alter > 17 Jahre

DRG	DRG-Text
E79A	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit äußerst schweren CC mit bestimmten Infektionen oder Entzündungen
E79B	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, bei Para- / Tetraplegie oder mit bestimmter mäßig aufwendiger Behandlung oder mit bestimmter Pneumonie, mehr als ein Belegungstag
E79C	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne bestimmte mäßig aufwendige Behandlung
F01A	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stim. od. Defibrillator mit subk. Elektrode od. intrak. Pulsgen. mit kompliz. Fakt. od. myokardstim. Sys. od. aufwendige Sondenentf. mit kompliz. Fakt. od. Zweikammer-Stim. mit kompliz. Fakt.
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
F01F	Impl. Kardioverter / Defibrillator (AICD), Einkammer-Stimulation, ohne zusätzl. Herz- od. Gefäßeingriff, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne auß. schw. CC, ohne aufw. Sondenentf., ohne Impl. Drucksens. in Pulmonalart., ohne Impl. Pulsgen., Alter > 17 J.
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. Gefäßspr.

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

DRG	DRG-Text
F09A	Andere kardiothorakale Eingriffe, Alter < 16 Jahre, mit komplizierender Konstellation oder Exzision am Vorhof
F09B	Andere kardiothorakale Eingriffe, Alter > 15 Jahre, ohne kompl. Konst., ohne Exzision am Vorhof, mit mäßig kompl. kardiothorakalen Eingriffe. mit äußerst schweren CC oder best. kardiothorakalem Eingriff oder best. Perikardektomie bei chron. Perikarditis
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
F12E	Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem oder Implantation eines Ereignisrekorders, Alter > 15 Jahre, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen
F13C	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität oder komplexe Amputation an unterer Extremität oder Revisionseingriff ohne äußerst schwere CC
F13D	Amputation bei Kreislauferkrankungen an unterer Extremität ohne komplexe Amputationen, ohne äußerst schwere CC
F14A	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit äußerst schweren CC
F17B	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammer- oder Zweikammersystem, Alter > 15 Jahre
F18A	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder mit aufwendiger Sondenentfernung
F18C	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, mit komplexem Eingriff, ohne intraluminale expandierende Extraktionshilfe
F18D	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, ohne komplexen Eingriff
F19B	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC oder Ablation über A. renalis oder komplexe koronare Lithoplastie
F21B	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne hochkomplexen Eingriff, mit komplexem Eingriff oder bestimmter 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

DRG	DRG-Text
F21E	Andere OR-Prozeduren bei Kreislaufkrankungen 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
F27C	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne äußerst schwere CC, ohne Gefäßeingriff, ohne best. Amputation, ohne komplexe Arthrodese des Fußes, ohne Ringfixateur, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmtem aufwendigen Eingriff
F28B	Bestimmte Amputation bei Kreislaufkrankungen an unterer Extremität ohne zusätzlichen Gefäßeingriff, ohne Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC
F28C	Bestimmte Amputation bei Kreislaufkrankungen 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
F41B	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt ohne äußerst schwere CC
F42Z	Operation b. kompl. angeb. Herzfehler, Hybridchirurgie, best. Herzklappeneingriffe od. and. Eingriffe m. Herz-Lungen-Maschine m. invas. kardiolog. Diagnostik bei Kindern od. best. rekonstruktive Gefäßeingriffe oh. Herz-Lungen-Maschine m. kompl. Eingriff
F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems oh. IntK > 392 / 552 / 552 Pkte, Alter > 5 J. und Alter < 16 J. od. mit kompl. Konstell. od. best. OR-Prozedur od. IntK > - / 368 / - Punkte, ohne best. Impl. herzunterst. System
F43C	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 15 J., ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, ohne best. OR-Prozedur, ohne best. Impl. herzunterst. System
F48Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, ohne komplexen Eingriff, Alter > 9 Jahre
F49D	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, mit schweren CC, mehr als ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne schwere CC bei BT > 1, mit kardialem Mapping oder best. andere kardiologische Diagnostik oder best. komplexer Diagnose
F49F	Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, mit best. Ingr.
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. Ingr.
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination
F51B	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal, ohne bestimmte Aortenprothesenkombination
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention 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
F59F	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, ohne aufwendigen, bestimmten oder bestimmten anderen Eingriff, ohne Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag
F62B	Herzinsuff. und Schock mit 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.
F63A	Venenthrombose mit äußerst schweren CC
F63B	Venenthrombose ohne äußerst schwere CC
F64Z	Hautulkus bei Kreislaufferkrankungen

DRG	DRG-Text
F65A	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte
F65B	Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte
F66A	Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC
F67A	Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter hochaufwendiger / mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung
F67C	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige / mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter > 17 Jahre
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
F69A	Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC
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 kathetergestützter elektrophysiologischer Untersuchung des Herzens oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung
F73B	Synkope und Kollaps, Alter > 13 Jahre oder mehr als ein Belegungstag
F74Z	Thoraxschmerz und sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems
F75A	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
F75C	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre und Alter < 16 Jahre, ohne schwere CC oder Alter > 15
F77A	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, COVID-19, Virus nachgewiesen
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 Vorhofverschluss
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

DRG	DRG-Text
F98B	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 29 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, mit sehr komplexem Eingriff
F98C	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 29 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, ohne sehr komplexen Eingriff
G02A	Bestimmte Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeb. Fehlbildung, Alter < 2 Jahre oder sehr komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, Alter < 10 Jahre oder best. Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit kompliz. Diagnose, mit bestimmten kompliz. Faktoren
G02B	Bestimmte komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder andere Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeb. Fehlbildung, Alter < 2 Jahre oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose, ohne bestimmte komplizierende Faktoren
G02C	Andere komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder andere Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose, ohne Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre
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
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 auß. schw. od. schw. CC od. kl. Eingr. an Dünn-/Dickdarm, oh. auß. schw. CC od. best. Anorektopt., Alt. > 9 J. u. Alt. < 16 J. od. mit laparoskop. Adhäsiolyse od. Rektopexie od. best. Magenexz.
G07C	Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Anorektoplastik, Alter > 15 Jahre, ohne laparoskopische Adhäsiolyse, ohne Rektopexie
G08B	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, ohne äußerst schwere CC
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

DRG	DRG-Text
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
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
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
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
G19B	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff
G19C	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff
G21A	Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 J., ohne äußerst schw. oder schw. CC od. andere Eingriffe an Darm u. Enterostoma od. best. Eingriffe am Pharynx od. Verschluss Darmfistel m. äußerst schw. CC od. aufw. Eingriff am Darm oder Alter < 16 Jahre
G21B	Andere Eingriffe an Darm und Enterostoma oder bestimmte Eingriffe am Pharynx oder Verschluss Darmfistel ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff am Darm, Alter > 15 Jahre
G22A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 6 Jahre oder bei bösartiger Neubildung
G22B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung, mit laparoskopischer Adhäsiolyse oder sekundärer Appendektomie oder Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
G22C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung, ohne laparoskopische Adhäsioolyse, ohne sekundäre Appendektomie
G23B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse außer bei Peritonitis oder Exzision erkranktes Gewebe Dickdarm ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung oder Endometriose am Darm
G24B	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
G24C	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
G26B	Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 17 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne kleinen Eingriff am Rektum
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
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
G40B	Andere komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane

DRG	DRG-Text
G46B	Komplexe therapeutische Gastroskopie mit schw. CC od. and. Gastroskopie 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.
G46D	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 anderen aufwendigen Eingriff
G47B	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, ohne bestimmte endoskopische Maßnahme am Dickdarm oder mehr als ein Belegungstag
G48A	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, mit schwerer Darminfektion oder bei bösartiger Neubildung oder bestimmter Darminfektion mit äußerst schweren CC
G48B	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, ohne schwere Darminfektion, außer bei bösartiger Neubildung od. best. Darminfektion od. ohne äußerst schwere CC
G50Z	Komplexe therapeutische Gastroskopie und bestimmte andere Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 14 Jahre
G52Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
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
G70A	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 18 Jahre oder mit komplexer Diagnose
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane
G72B	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane, Alter > 2 Jahre oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 2 Jahre und Alter < 56 Jahre oder ohne CC
G73Z	Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
G77A	Bestimmte Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane

DRG	DRG-Text
G77B	Andere Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 J., mit kompl. Eingriff oder intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P.
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 J., ohne kompl. Eingriff, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P.
H05Z	Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen
H06B	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit bestimmtem Eingriff und komplexer Diagnose, Dialyse, komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation
H06C	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation
H07A	Cholezystektomie und wenig komplexe Eingriffe an Gallenblase, Gallenwegen, Leber mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation
H07B	Cholezystektomie und wenig komplexe Eingriffe an Gallenblase, Gallenwegen, Leber ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation
H08A	Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand, Alter < 12 Jahre oder mit endoskopischer Steinentfernung oder mit bestimmter Diagnose
H08C	Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand, Alter > 11 Jahre
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
H12A	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen mit äußerst schweren CC
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen
H29Z	Bestimmte selektive Embolisation oder SIRT
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
H40B	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
H41B	Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, ohne Zugang durch retrograde Endoskopie
H41C	Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexem Eingriff oder Alter < 16 J. oder andere ERCP mit Radiofrequenzablation und endoskopischer Stentimplantation oder andere aufwendige ERCP oder bestimmter endoskopischer Eingriff mit bestimmter BNB
H41E	Andere ERCP ohne bestimmte oder andere aufwendige ERCP, Alter > 15 Jahre
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
H61A	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung oder Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre oder Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 10 Jahre
H62B	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, mit akuter Pankreatitis mit Organkomplikation oder Leberzirrhose oder bestimmter nichtinfektiöser 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. auß. schw. o. schw. CC od. kompl. Diag. od. auß. schw. od. schw. CC, Alter < 1 J.
H63B	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden und best. Erkrankungen der Gallenwege, mehr als ein Belegungstag, mit kompl. Diagnose oder auß. schw. o. schw. CC oder Leberbiopsie, Alter < 18 J.
H77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I01Z	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose
I02B	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation m. kompliz. Konst., Eingr. an mehr. Lokal. od. schw. Weichteilsch., m. auß. schw. CC od. kompl. OR-Proz. od. mit hochkompl. Gewebe-Tx od. Vakuumbeh. od. BNB u. kompl. OR-Proz. od. kompl. Gewebe-Tx m. auß. schw. CC
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprotetische Fraktur an der Schulter oder am Knie
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

DRG	DRG-Text
I08B	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit sehr komplexem Eingriff oder äußerst schweren CC oder bei komplexer Diagnose oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule mit bestimmten komplizierenden Faktoren
I08C	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Einbringen von Abstandshaltern od. and. komplexen Eingriffen od. äuß. schw. CC od. bei kompl. Diagnose od. Ersatz des Hüftgelenks mit Eingriff an oberer Extremität od. Wirbelsäule ohne best. kompliz. Faktoren
I08D	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplexer Diagnose oder Prozedur oder äußerst schweren CC
I08E	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC, mit bestimmten Eingriffen an Becken und Femur oder mit bestimmten komplizierenden Diagnosen
I09A	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit sehr komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC oder bestimmter Spondylodese ab 10 Segmenten oder aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung ab 369 Punkten
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 intensimed. Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten
I09E	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule und best. komplizierende Faktoren oder best. Eingriffe an der WS mit best. anderen kompl. Faktoren und Eingriffe ZNS oder transpleuraler Zugang BWS oder best. langstreckige Spondylodese/Osteosynthese oder Diszitis
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
I09H	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten anderen kompliz. Faktoren oder mit anderen kompliz. Faktoren, ohne Frakturen HWS, ohne BNB der Wirbelsäule oder ohne Kyphoplastie od. ohne Radiofrequenzabl., ohne komplexen Eingriff an der Wirbelsäule
I09I	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne komplizierende Faktoren
I10A	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Rückenmark, Spinalkanal, Wirbelsäule, Rumpf mit äußerst schweren CC
I10B	Andere Eingriffe WS m. best. kompl. Eingriffen od. Para- / Tetrapl. od. Wirbelfraktur m. best. Eingriffen oh. äuß. schw. CC od. best. andere Operationen WS m. äuß. schw. CC u. > 1 BT od. mäßig kompl. Eingriffe u. Diszitis od. Exzision spin. Tumorgewebe
I10C	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule bei Bandscheibeninfektion oder mit bestimmtem Eingriff an der Wirbelsäule
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule oder mit äußerst schweren oder schweren CC ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, ohne bestimmten anderen Eingriff an der Wirbelsäule

DRG	DRG-Text
I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff, mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als 1 Belegungstag, Alter < 18 Jahre oder mit bestimmtem anderen kleinen Eingriff ohne äußerst schwere oder schwere CC
I10F	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als ein Belegungstag oder ohne bestimmten anderen kleinen Eingriff, Alter > 17 Jahre
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
I12C	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, ohne Revision des Kniegelenkes, ohne Einbringen oder Wechsel von Abstandshaltern, ohne Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre
I13B	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit best. Mehrfacheingriff oder kompliz. Diagnose oder bei Endoprothese der oberen Extremität oder mit Fixateur ext., mit best. BNB od. mit Einbringen von Abstandshalt od. Alter < 18 J. mit auß. schw. od. schw. CC
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 od. mit Fixateur externe oder mit and. kompl. Eingr. od. bei sek. BNB Knochen/-mark
I13E	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten od. bei Endoproth. am Knie m. kompl. Eingr. od. schw. Weichteilsch. od. Pseudarthrose od. best. Osteotom. od. best. Eingr. Knieproth. od. Epiphyseodese od. bei BNB od. Alter > 17 J. od. ohne auß. schw. od. schw. CC
I15B	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, ohne bestimmten intrakraniellen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an der Mandibula oder Alter > 15 Jahre
I20E	Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthrit oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe oder komplizierende Faktoren, Alter > 15 Jahre
I21Z	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder bestimmte Eingriffe an der Klavikula
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
I24B	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe ohne komplexen Eingriff, Alter > 17 Jahre

DRG	DRG-Text
I26A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 785 / 829 / - Aufwands- punkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I26B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Auf- wandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett- System und Bindegewebe oder bestimmte hochaufwendige Implan- ta- te
I27A	Eingriffe am Weichteilgew. od. kleinfl. Gewebe-Tx m. best. Diagn. u. best. Ingr. od. m. äuß. schw. CC od. b. BNB m. schw. CC, m. best. Diagn. u. kompl. Ingr. od. Nephrekt. od. best. BNB m. best. Ingr. Abdomen od. Thorax od. Tx e. Zehe als Fingerersatz
I27B	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebe-Tx mit äu- ßerst schweren CC oder bei BNB mit schweren CC oder mit kompliz. Faktoren, mit schweren CC oder bei BNB oder mit best. Ingr. am Weichteilgewebe, > 1 Belegungstag oder best. Eingriff
I27D	Bestimmte andere Eingriffe am Weichteilgewebe oder ein Belegungs- tag
I27E	Bestimmte kleine Eingriffe am Weichteilgewebe oder ein Belegungs- tag
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 Osteosynthes- en an der Klavikula, bei komplizierender Diagnose oder Eingriff an mehreren Lokalisationen
I30A	Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk, Alter < 16 Jahre oder kom- plexe Eingriffe am Kniegelenk mit sehr komplexem Eingriff oder be- stimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter < 18 Jahre, mit äu- ßerst schweren oder schweren CC
I30B	Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk, Alter > 15 Jahre oder be- stimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 17 Jahre oder oh- ne äußerst schwere oder schwere CC
I30C	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk ohne bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder bestimmte arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk, Alter > 15 Jahre
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 Patel- la, mit bestimmten komplexen Eingriffen am Unterarm
I32A	Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Ingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwendigem rekonstruktivem Ingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochentx. bei Pseudarthrose der Hand

DRG	DRG-Text
I32B	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff oder bei angeborener Anomalie der Hand oder Pseudarthrose, Alter < 6 Jahre oder bei schweren Weichteilschäden oder mit komplexen Eingriffen bei angeborener Fehlbildung der Hand, Alter < 16 Jahre
I32E	Bestimmte mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, mehr als ein Belegungstag 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
I42A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mindestens 14 Tage
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 Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem 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.
I50A	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit bestimmtem Eingriff oder bestimmter Vakuumbehandlung mit kontinuierlicher Sogbehandlung ab 8 Tagen
I50B	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne bestimmten Eingriff, mit bestimmter Vakuumbehandlung oder Alter < 16 Jahre
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
I64A	Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre
I64B	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC oder Tuberkulose der Knochen und Gelenke
I64C	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC
I66E	Amyloidose, bestimmte Vaskulitiden oder adulte Form des Morbus Still, Alter > 15 Jahre
I66F	Frakturen an Becken und Schenkelhals oder bestimmte Systemkrankheiten des Bindegewebes

DRG	DRG-Text
I66G	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne bestimmte Erkrankungen, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Aufwandsp. od. multisystemisches Entzündungssyndrom bei COVID-19 od. Alter < 6 J., 1 BT
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.
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- / Sehnenkrankung bei Para- /Tetraplegie
I69B	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathie ohne bestimmte Arthropathie, ohne Muskel- / Sehnenkrankung bei Para- /Tetraplegie
I75A	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit CC
I75B	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne CC oder Entzündungen von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln ohne äußerst schwere oder schwere CC
I76B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne septische Arthritis oder Alter > 15 Jahre
I79Z	Fibromyalgie
I87A	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, COVID-19, Virus nachgewiesen
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 resezierende Eingriffe am Becken bei bösartiger Neubildung oder Alter < 18 Jahre
I95B	Implantation einer Tumorendoprothese ohne Implantation oder Wechsel einer bestimmten Endoprothese, ohne Knochentotalersatz am Femur, ohne resezierende Eingriffe am Becken bei bösartiger Neubildung, Alter > 17 Jahre
J02A	Hauttransplantation oder bestimmte Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion oder ausgedehnte Lymphadenektomie oder Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomose, mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff
J02B	Hauttransplantation oder bestimmte Lappenplastik an der unteren Extr. bei Ulkus od. Infektion od. ausgedehnte Lymphadenekt. oder Gewebetransplant. mit mikrovask. Anastomose, mit auß. schw. CC, oh. kompl. Ingr. od. oh. auß. schw. CC, m. kompl. Ingr.
J02C	Hauttransplantation oder bestimmte Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion oder ausgedehnte Lymphadenektomie, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff

DRG	DRG-Text
J04Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion / Entzündung
J07B	Best. Eingr. an der Mamma mit Lymphknotenex. oder PCCL >2 oder Impl. Hautexpander oder best. Eingr. an Ovar/Plexus brachialis oder Lymphknotenex. mit Hauttransplantation oder Debridement, ohne beidseitigen Eingr., ohne best. Eingr. Ovar/Plexus brachialis
J08A	Bestimmte Hauttransplantation oder Debridement mit Eingriff an Kopf und Hals oder mit bestimmtem Eingriff an Haut und Unterhaut oder Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung, mit äußerst schweren CC
J10A	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff
J11A	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit komplexem Eingriff bei komplizierender Diagnose oder bei Para- / Tetraplegie oder selektive Embolisation bei Hämangiom
J11B	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit komplizierender Diagnose oder mit mäßig komplexer Prozedur oder Diagnose oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit bestimmtem Eingriff bei bösartiger Neubildung oder Pemphigoid
J11C	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.
J11D	And. Eingr. an Haut, Unterhaut u. Mamma oh. kompliz. Diag., oh. mäßig kompl. Proz. od. Diagn., Alter > 17 J. od. oh. auß. schw. od. schw. CC, oh. best. Eingr., oh. Hidradenitis suppurativa, auß. b. BNB od. Pemphigoid, oh. kl. Eingr. an d. Haut od. Weicht.
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
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
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 auß. schw. CC od. Hautulkus bei Para-/Tetraplegie od. hochkompl. Diagn. od. Epid. bullosa, Alter < 10 Jahre oder mit schwerer Erkr. der Haut, mit aufw. Behandl.
J62A	Bösartige Neubildungen der Mamma, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
J62B	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC
J64A	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
J64B	Bestimmte Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC oder Alter < 6 Jahre mit komplexer Diagnose
J67B	Andere Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte Hauterkrankungen
J77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte zweizeitige Eingriffe an der Hypophyse
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.
K09B	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit bestimmtem Eingriff, mit äußerst schweren CC oder Alter < 7 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff, Alter < 16 Jahre
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen
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
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
K60E	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag
K62A	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetrapleg. oder mit kompliz. Diagnose oder endoskopischer Einlage eines Magenballons oder Alter < 16 Jahre, mit äußerst schweren CC oder best. aufwendiger / hochaufw. Behandlung, mehr als ein Belegungstag
K62B	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetrapleg. oder mit kompliz. Diagnose oder endoskop. Einlage eines Magenballons oder Alter < 16 Jahre, ein Belegungstag od. ohne äußerst schwere CC od. ohne best. aufwendige / hochaufwendige Behandlung
K62C	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie, ohne kompliz. Diagnose, ohne endoskopische Einlage eines Magenballons, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne best. aufwendige / hochaufwendige Behandlung, Alter > 15 Jahre
K63B	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
K64A	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC 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
K77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
L02B	Operatives Einbringen eines Peritonealkatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse
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
L04A	Bestimmte komplexe Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff oder bestimmte Harnblaseneingriffe oder Alter < 16 Jahre
L06A	Bestimmte kleine Eingriffe an den Harnorganen mit äußerst schweren CC
L09A	And. Eingr. bei Erkr. der Harnorg. mit Anl. Dialyseshunt bei akut. Nierenins. od. bei chron. Nierenins. mit Dialyse od. auß. Anl. Dialyseshunt, m. Kalziphylaxie od. best. Laparotomie od. m. kompl. OR-Proz. od. kompl. Eingr., Alt. < 2 J. od. auß. schw. CC
L09B	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane mit Anlage Dialyseshunt bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse od. außer Anlage Dialyseshunt, m. Kalziphylaxie od. best. Laparotomie, Alter > 1 Jahr, ohne auß. schw. CC
L09C	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane auß. Anlage Dialyseshunt, ohne Kalziphylaxie, ohne best. Laparotomie, ohne best. Eingriff an Präputium od. Nebenschilddrüse, Alter < 2 J. od. mit auß. schw. CC, ohne kompl. OR-Proz., ohne kompl. Eingriff
L10Z	Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung ohne Multiviszeraleingriff oder Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, mit großem Eingriff am Darm
L12A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen
L12B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 9 Tagen
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
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter > 15 Jahre oder Alter < 90 Jahre
L38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L40Z	Diagnostische Ureterorenoskopie
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 best. hochaufw. Beh., mit best. aufwendiger Beh. od. mit äußerst schw. CC, ohne Komplexbeh. bei isolationspfl. Erregern od. mit Komplexbeh. bei isolationspfl. Erregern od. bei TBC des Urogenitalsyst., ohne äußerst schw. CC
L63C	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbeh. bei isolationspflichtigen Erregern, ohne best. aufw. / hochaufw. Behandl., außer bei TBC des Urogenitalsyst., Alter < 3 Jahre oder best. schwere Infektionen oder best. mäßig aufw. Beh.
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.
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
L64A	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, bei angeborener Fehlbildung oder BNB der Harnorgane oder Alter < 3 Jahre
L68A	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 18 Jahre
L68B	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 17 Jahre
L70B	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre
M01A	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC
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
M04B	Eingriffe am Hoden mit bestimmtem Eingriff bei Orchitis mit Abszess oder bösartiger Neubildung oder bestimmte Eingriffe am Hoden oder bestimmte Eingriffe an Urethra und Prostata bei bösartiger Neubildung

DRG	DRG-Text
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
M10B	Radioligandentherapie mit Lutetium-177-PSMA-Liganden
M10C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 8 Tagen oder interstitielle Brachytherapie
M37Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Erkrankungen und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane oder Eingriffe am Hoden bei Fournier-Gangrän mit äußerst schweren CC
M60A	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane
N01B	Beckeneviszierung bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszeraler Eingriff
N01C	Beckeneviszierung bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit schweren CC
N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff
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
N07B	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus oder kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, ohne bestimmten Eingriff
N08Z	Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorg. oder andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder best. Hernien auß. bei bösartiger Neubildung, ohne kompl. Diagnose oder andere kleine Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorg., Alter < 14 Jahre
N09B	Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, kleine Eingriffe an Blase, Uterus, Bauchwand und Peritoneum
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation und kleine Eingriffe an Vagina und Vulva
N11B	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder äußerst schwere CC
N13B	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei BNB oder kleine Eingriffe an Vagina und Douglasraum oder best. Eingriff an der Harnblase, Alt. < 81 Jahre, oh. äußerst schwere oder schwere CC, oh. best. Fistelverschluss, mit aufwendigem Eingriff

DRG	DRG-Text
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
N34Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N60B	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
N61Z	Infektion und Entzündung der weiblichen Geschlechtsorgane
O01B	Sectio caesarea, 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
O01F	Primäre Sectio caesarea ohne komplexe Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW)
O04B	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma, ohne komplexen Eingriff
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, Alter > 17 Jahre
O65C	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff, mehr als ein Belegungstag
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe mit Beatmung > 480 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen mit Beatmung > 899 Stunden
P03A	Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g, mehrere schwere Probleme mit signifikanter OR-Prozedur oder mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit Beatmung > 479 Stunden oder mehrere schwere Probleme ohne signifikante OR-Prozedur mit Beatmung > 599 Stunden
P04A	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g, mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Prozedur oder mehrz. kompl. OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Std. oder mehrere schwere Probleme mit Beatmung > 320 Std. oder temporärer Verschluss eines Bauchwanddefektes
P05A	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, mit Beatmung > 275 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren
P05B	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, ohne Beatmung > 275 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P05C	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne temporären Verschluss eines Bauchwanddefektes
P06A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g, sig. OR-Proz. oder Beatmung > 95 Std., best. mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Proz. oder mit Beatmung > 120 Std. oder best. aufwendige OR-Proz., mit Beatmung > 240 Std. oder mehrz. kompl. OR-Proz. oder Dialyse

DRG	DRG-Text
P06B	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht > 2499 g, sig. OR-Proz. oder Beatmung > 95 Std., mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Proz. od. mit Beatmung > 120 Std. od. best. aufwendige OR-Proz., oder mit Beatmung > 240 Std. oder mehrz. kompl. OR-Proz. oder Dialyse
P06C	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme oder ohne sig. OR-Prozedur oder ohne Beatmung > 120 Std., ohne bestimmte aufwendige OR-Prozeduren
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
P61C	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur
P65D	Aufnahmege­wicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne Problem
P66D	Aufnahmege­wicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem
P67A	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit Hypothermiebehandlung oder Krampfanfall mit bestimmten diagnostischen Maßnahmen oder Beatmung > 24 Stunden
P67B	Neugeborenes, Aufnahmege­w. > 2499 g mit schw. Prob., oh. Hypothermiebeh., oh. Krampfanfall mit best. diag. Maßnah., oh. Beatmung > 24 Std. od. mit anderem Prob., mehr als ein Belegungstag, neugeb. Mehrling od. mit bestimmter aufwendiger Prozedur
P67C	Neugeborenes, Aufnahmege­w. > 2499 g oh. sig. OR-Proz., oh. Beatmung > 95 Std., ohne schw. Prob., anderes Problem und mehr als ein Belegungstag oder nicht signifikante OR-Prozedur, ohne Mehrling, ohne bestimmte aufwendige Prozeduren
P67D	Neugeborenes, 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
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
Q03B	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter > 9 Jahre
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
Q62Z	Andere Anämie
R01A	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur

DRG	DRG-Text
R01D	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen
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
R11B	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit schweren CC
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R13B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation
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
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Sepsis oder anderer kompliz. Konstell. oder mit kompl. Diagnose oder Portimpl., mit äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre od. mit äuß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom, mit kompl. Diagnostik bei Leukämie od. mit schwersten CC
R61D	Lymphom u. nicht akute Leukämie m. Agranuloz., Portimpl., Komplbeh. bei isolationspfl. Erregern od. kompl. Diag. bei Leukämie, > 15 J., mit intens. Chemo od. < 18 J. od. m. äuß. schw. CC od. Blastenkrise, oh. kompl. Diag. bei Leukämie, oh. schwerste CC
R61E	Lymph. u. nicht akute Leukämie mit best. kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, Alt. > 17 J., oh. intensive Chemoth. od. kompl. Diag., kompliz. Proz., Alt. < 16 J. od. best. Lymph. mit best. Chemo. od. kompl. Diag., and. Komplbeh. b. isolat.pfl. Erregern

DRG	DRG-Text
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie oh. best. kompliz. Faktoren, oh. auß. schw. CC, Alter < 16 J. od. mit kompl. Diag. od. kompliz. Prozedur, Alter > 15 J., oh. best. Lymphom m. best. Chemoth., oh. kompl. Diagnose, oh. and. Komplbeh. b. isolat.pfl. Erregern
R61H	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Prozedur, Alter > 15 Jahre
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit kompliz. Diagnose oder Portimplantation oder mit Knochenaffektionen oder best. Metastasen oder äußerst schweren CC oder Dialyse oder Alter < 1 Jahr, mit komplexer Diagnose oder kompliz. Konstellation
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 auß. schw. CC od. mit kompliz. Konstell. od. mit mäßig komplexer Chemoth., mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranuloz. od. Portimpl., Alter < 16 J.
R63E	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemoth., mit Dialyse oder Sepsis oder Agranulozytose oder Portimplantat. oder mit lokaler Chemoth. oder best. Agranulozytose mit auß. schw. CC, mit Dialyse oder Sepsis oder Portimplant. oder auß. schw. CC
R63F	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit mäßig komplexer od. lokaler Chemoth., mit äußerst schweren CC oder ohne Chemoth. mit Dialyse od. Sepsis od. and. Agranulozyt. od. Portimpl. od. auß. schw. CC
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit, mit äußerst schweren CC
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit, ohne äußerst schwere CC
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer Prozedur oder komplizierender Konstellation, außer bei sonstiger Sepsis
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
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

DRG	DRG-Text
T36Z	Intensivmedizinische Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandsp. bei infektiösen und parasitären Krankheiten oder OR-Prozedur bei inf. u. parasitären Krankh. mit best. komplexer Prozedur oder kompliz. Konstellation mit IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
T44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei infektiösen und parasitären Krankheiten
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
T60B	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Z. n. Organtransplantation oder mit komplexer Diagnose oder äuß. schw. CC, Alter < 18 J. oder bei best. Para- / Tetraplegie oder mit best. ERCP od. mit schwersten CC oder mit IntK > 196 / 184 / 368 Punkte
T60D	Sepsis mit anderer komplizierender Konstellation, außer bei Z. n. Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte oder Alter < 10 Jahre
T60E	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, mehr als ein Belegungstag
T60G	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, ein Belegungstag
T61Z	Postoperative und posttraumatische Infektionen
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
T63D	Andere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, Alter > 13 Jahre oder ohne komplexe Diagnose
T64A	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit bestimmter komplexer Diagnose, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
T64C	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte
T77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen
U63Z	Schwere affektive Störungen

DRG	DRG-Text
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen
U66Z	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen oder psychische Störungen in der Kindheit
V60A	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit bestimmten psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol oder HIV-Krankheit
V61Z	Drogenintoxikation und -entzug
V63Z	Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit
V64Z	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit
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
W02B	Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte
W04C	Polytrauma mit anderen Eingriffen oder Beatmung > 24 Stunden, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen, ohne bestimmte andere Eingriffe, ohne Beatmung > 24 Stunden, Alter > 5 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
X01C	Rekonstr. Operation bei Verletzungen ohne kompliz. Konst., ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, ohne schw. Weichteilschäden, ohne kompl. OR-Prozedur, ohne äuß. schw. CC, mit best. Nervennaht od. Hautplastik, > 1 BT od. Alter < 18 J.
X04Z	Anderer Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität
X06A	Anderer Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerst schweren CC
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
X60A	Bestimmte Verletzungen
X60B	Verletzungen und allergische Reaktionen ohne bestimmte Verletzungen
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
Y02B	Anderer Verbrenn. m. Haut-Tx. od. and. Ingr. auß. b. Sep., oh. kompliz. Konst., oh. hochkompl. Ingr., oh. vierz. best. OR-Proz., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., m. auß. schw. CC, kompliz. Diagn., kompl. Proz., Dialyse od. Beatm. > 24 Std.
Y03Z	Anderer Verbrennungen mit anderen Eingriffen
Y62Z	Anderer Verbrennungen

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 2023	Anzahl DRGs 2024	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	65	66	+1,5
05	MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	148	149	+0,7
06	MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	89	90	+1,1
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	178	178	0
09	MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	52	52	0
10	MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	43	43	0
11	MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	72	72	0
12	MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	27	27	0
13	MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	39	39	0
14	MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	25	25	0
15	MDC 15 Neugeborene	41	41	0
16	MDC 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	15	15	0
17	MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen	50	50	0
18A	MDC 18A HIV	7	7	0

MDC	Bezeichnung	Anzahl DRGs 2023	Anzahl DRGs 2024	Veränderung (in %)
18B	MDC 18B Infektiöse und parasitäre Erkrankungen	25	25	0
19	MDC 19 Psychische Krankheiten und Störungen	13	13	0
20	MDC 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	6	6	0
21A	MDC 21A Polytrauma	14	14	0
21B	MDC 21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	16	17	+6,3
22	MDC 22 Verbrennungen	9	9	0
23	MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	14	14	0
24	MDC 24 Sonstige DRGs	10	10	0
25	MDC 25 Teilstationäre pädiatrische Diagnostik und Behandlung	10	10	0
-1	Fehler-DRGs und sonstige DRGs	3	3	0
Gesamt		1.292	1.296	+0,3