

Bundesgesetzblatt ²³⁴³

Teil I

G 5702

2020

Ausgegeben zu Bonn am 13. November 2020

Nr. 51

Tag	Inhalt	Seite
3.11.2020	Dritte Verordnung zur Änderung der Mindestunterhaltsverordnung FNA: 404-32-1	2344
6.11.2020	Achte Verordnung zur Änderung der Energiewirtschaftskostenverordnung FNA: 752-6-5	2345
9.11.2020	Verordnung zur Ablösung der Heilverfahrensverordnung FNA: neu: 2030-25-8; 2032-1-45, 2030-25-3	2349
9.11.2020	Verordnung über den Zeitpunkt der Einführung der elektronischen Aktenführung in Strafsachen im Geschäftsbereich des Bundes (Bundes-E-Strafakten-Einführungsverordnung – BEStrafAktEV) FNA: neu: 312-2-10	2355
9.11.2020	Dritte Verordnung zur Anpassung der Höhe des Mindestlohns (Dritte Mindestlohnanpassungsverord- nung – MiLoV3) FNA: neu: 802-5-6-3; 802-5-6-2	2356
9.11.2020	Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Kranken- häusern für das Jahr 2021 (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV) FNA: neu: 860-5-61; 860-5-54	2357
9.11.2020	Verordnung zur Ausgestaltung des unabhängigen Expertenrats für Klimafragen und zur Einsetzung der Geschäftsstelle (Expertenrat-Verordnung – ExpertenratV) FNA: neu: 2129-64-1	2386

Hinweis auf andere Verkündungen

Bundesgesetzblatt Teil II Nr. 18	2389
Verkündungen im Bundesanzeiger	2390

Herausgeber: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
Postanschrift: 11015 Berlin
Hausanschrift: Mohrenstraße 37, 10117 Berlin
Telefon: (0 30) 18 580-0

Redaktion: Bundesamt für Justiz
Schriftleitungen des Bundesgesetzblatts Teil I und Teil II
Postanschrift: 53094 Bonn
Hausanschrift: Adenauerallee 99 – 103, 53113 Bonn
Telefon: (02 28) 99 410-40

Verlag: Bundesanzeiger Verlag GmbH
Postanschrift: Postfach 10 05 34, 50445 Köln
Hausanschrift: Amsterdamer Str. 192, 50735 Köln
Telefon: (02 21) 9 76 68-0

Satz, Druck: M. DuMont Schauberg, Köln

Bundesgesetzblatt Teil I enthält Gesetze sowie Verordnungen und sonstige Bekanntmachungen von wesentlicher Bedeutung, soweit sie nicht im Bundesgesetzblatt Teil II zu veröffentlichen sind.

Bundesgesetzblatt Teil II enthält

a) völkerrechtliche Übereinkünfte und die zu ihrer Inkraftsetzung oder Durchsetzung erlassenen Rechtsvorschriften sowie damit zusammenhängende Bekanntmachungen,

b) Zolltarifvorschriften.

Laufender Bezug nur im Verlagsabonnement. Postanschrift für Abonnementbestellungen sowie Bestellungen bereits erschienener Ausgaben:
Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln
Telefon: (02 21) 9 76 68-2 82, Telefax: (02 21) 9 76 68-1 40
E-Mail: bgbl@bundesanzeiger.de, Internet: www.bundesgesetzblatt.de bzw. www.bgbl.de

Bezugspreis für Teil I und Teil II halbjährlich im Abonnement je 85,00 €. Bezugspreis dieser Ausgabe: 8,55 € (7,50 € zuzüglich 1,05 € Versandkosten). Im Bezugspreis ist die Mehrwertsteuer enthalten; der angewandte Steuersatz beträgt 5 %.

ISSN 0341-1095

**Dritte Verordnung
zur Änderung der Mindestunterhaltsverordnung**

Vom 3. November 2020

Auf Grund des § 1612a Absatz 4 des Bürgerlichen Gesetzbuchs, der durch Artikel 1 Nummer 3 des Gesetzes vom 20. November 2015 (BGBl. I S. 2018) eingefügt worden ist, verordnet das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz:

**Artikel 1
Änderung der
Mindestunterhaltsverordnung**

§ 1 der Mindestunterhaltsverordnung vom 3. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2188), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 12. September 2019 (BGBl. I S. 1393) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„§ 1

Festlegung des Mindestunterhalts

Der Mindestunterhalt minderjähriger Kinder gemäß § 1612a Absatz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs beträgt monatlich

1. in der ersten Altersstufe (§ 1612a Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs) 393 Euro,
2. in der zweiten Altersstufe (§ 1612a Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs) 451 Euro,
3. in der dritten Altersstufe (§ 1612a Absatz 1 Satz 3 Nummer 3 des Bürgerlichen Gesetzbuchs) 528 Euro.“

**Artikel 2
Inkrafttreten**

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2021 in Kraft.

Berlin, den 3. November 2020

Die Bundesministerin
der Justiz und für Verbraucherschutz
Christine Lambrecht

Achte Verordnung zur Änderung der Energiewirtschaftskostenverordnung

Vom 6. November 2020

Auf Grund des § 91 Absatz 8 Satz 1 in Verbindung mit Satz 2 und 3 und Absatz 10 des Energiewirtschaftsgesetzes sowie dem 2. Abschnitt des Verwaltungskostengesetzes vom 23. Juni 1970 (BGBl. I S. 821) in der bis zum 14. August 2013 geltenden Fassung, von denen § 91 Absatz 8 Satz 1 des Energiewirtschaftsgesetzes durch Artikel 311 Nummer 6 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist, § 91 Absatz 8 Satz 2 und 3 des Energiewirtschaftsgesetzes durch Artikel 1 Nummer 58 Buchstabe e des Gesetzes vom 26. Juli 2011 (BGBl. I S. 1554) gefasst worden ist und § 91 Absatz 10 des Energiewirtschaftsgesetzes durch Artikel 6 Nummer 12 Buchstabe b des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1066) eingefügt worden ist, verordnet das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen:

Artikel 1 Änderung der Energiewirtschaftskostenverordnung

Die Anlage zur Energiewirtschaftskostenverordnung vom 14. März 2006 (BGBl. I S. 540), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 29. November 2019 (BGBl. I S. 1867) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Nummern 4.16 bis 4.19 werden wie folgt gefasst:

„4.16	Festlegung nach § 29 Abs. 1 EnWG i. V. m. § 30 Abs. 1 GasNEV	20 000 – 180 000
4.17	Festlegung nach § 29 Abs. 1 EnWG i. V. m. § 30 Abs. 2 GasNEV	20 000 – 180 000
4.18	(weggefallen)	
4.19	Festlegung nach § 29 Abs. 1 EnWG i. V. m. § 32 Abs. 1 Nr. 1 und § 4 Abs. 2 ARegV	1 000 – 180 000“.

2. Die Nummer 4.21 wird wie folgt gefasst:

„4.21	Festlegung und Genehmigung nach § 29 Abs. 1 EnWG i. V. m. § 32 Abs. 1 Nr. 10 und § 26 Abs. 2 ARegV	500 – 50 000“.
-------	--	----------------

3. Die Nummer 4.36 wird wie folgt gefasst:

„4.36	Festlegung nach § 29 Abs. 1 EnWG i. V. m. § 32 Abs. 1 Nr. 11 ARegV	10 000 – 180 000“.
-------	--	--------------------

4. Die Nummer 4.44 wird wie folgt gefasst:

„4.44	Entscheidungen nach § 29 Absatz 1 EnWG i. V. m. § 32 Absatz 1 Nummer 10 und § 26 Absatz 3 bis 5 ARegV	500 – 50 000“.
-------	---	----------------

5. Nach Nummer 4.47 werden folgende Nummern 4.48 bis 4.53 eingefügt:

„4.48	Festlegung nach § 29 Abs. 1 EnWG i. V. m. § 32 Abs. 1 Nr. 4b ARegV	1 000 – 100 000
4.49	Festlegung nach § 29 Abs. 1 EnWG i. V. m. § 32 Abs. 1 Nr. 8b ARegV	15 000 – 50 000
4.50	Festlegung nach § 29 Abs. 1 EnWG i. V. m. § 32 Abs. 1 Nr. 8c ARegV	30 000 – 100 000
4.51	Entscheidungen nach § 29 Abs. 1 EnWG i. V. m. § 32 Abs. 1 Nr. 10 und § 26 Abs. 6 ARegV	500 – 50 000
4.52	Festlegung nach § 29 Abs. 1 EnWG i. V. m. § 19a Abs. 2 S. 2 EnWG	500 – 50 000
4.53	Genehmigung nach § 29 Abs. 1 EnWG i. V. m. § 9 Abs. 4 GasNZV	30 000“.

6. Die Nummer 11 wird wie folgt gefasst:

„11.	Erteilung von beglaubigten Abschriften nach § 91 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 EnWG	15“.
------	---	------

7. Die Nummern 12.1, 12.2 und 12.3 werden wie folgt gefasst:

„12.1	Zertifizierung nach § 4a Abs. 1 EnWG als Transportnetzbetreiber nach § 8 EnWG	80 000
12.2	Zertifizierung nach § 4a Abs. 1 EnWG als Transportnetzbetreiber nach § 9 EnWG	80 000
12.3	Zertifizierung nach § 4a Abs. 1 EnWG als Transportnetzbetreiber nach den §§ 10 bis 10e EnWG	80 000“.

8. Die Nummer 15 wird wie folgt gefasst:

„15.	Festlegung nach § 29 Abs. 1 i. V. m. § 12c Abs. 7 EnWG	1 000 – 100 000“.
------	--	-------------------

9. Die Nummern 21, 22 und 23 werden wie folgt gefasst:

„21.	Zustimmung zur Änderung des voraussichtlichen Fertigstellungstermins nach § 17d Abs. 2 Satz 8 EnWG	1 000 – 100 000
22.	Abstellen der Zuwiderhandlung nach Einleitung eines Verfahrens nach § 30 Abs. 2 EnWG, bevor eine Verfügung der Regulierungsbehörde ergangen ist	1 250 – 90 000
23.	(weggefallen)	“.

10. Die Nummern 25, 26 und 27 werden wie folgt gefasst:

„25.	Festlegung nach § 29 Abs. 1 i. V. m. § 17d Abs. 7 EnWG	1 000 – 100 000
26.	Aufsichtsmaßnahme nach § 17d Abs. 8 EnWG	500 – 180 000
27.	Entscheidungen über Vorschläge zur Schaffung oder zum Ausbau von permanenten physischen bidirektionalen Kapazitäten auf Verbindungsleitungen zwischen Mitgliedstaaten oder über Ersuchen um Gewährung oder Verlängerung einer entsprechenden Ausnahme nach Artikel 5 Absatz 4 i. V. m. Anhang III der Verordnung (EU) 2017/1938 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 25. Oktober 2017 über Maßnahmen zur Gewährleistung der sicheren Gasversorgung und zur Aufhebung der Verordnung (EU) Nr. 994/2010 (ABl. L 280 vom 28.10.2017, S. 1) i. V. m. § 54a Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und § 56 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 EnWG	5 000 – 30 000“.

11. Die Nummern 30 und 30.1 werden wie folgt gefasst:

„30.	Entscheidungen nach § 56 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 EnWG i. V. m. der Verordnung (EG) Nr. 715/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 13. Juli 2009 über die Bedingungen für den Zugang zu den Erdgasfernleitungsnetzen und zur Aufhebung der Verordnung (EG) Nr. 1775/2005 (ABl. L 211 vom 14.8.2009, S. 36), die zuletzt durch die Verordnung (EU) 2018/1999 (ABl. L 328 vom 21.12.2018, S. 1) geändert worden ist; der Verordnung (EU) Nr. 984/2013 der Kommission vom 14. Oktober 2013 zur Festlegung eines Netzkodex über Mechanismen für die Kapazitätszuweisung in Fernleitungsnetzen und zur Ergänzung der Verordnung (EG) Nr. 715/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates (ABl. L 273 vom 15.10.2013, S. 5), die durch die Verordnung (EU) 2017/459 (ABl. L 72 vom 17.3.2017, S. 1) aufgehoben wurde; der Verordnung (EU) Nr. 312/2014 der Kommission vom 26. März 2014 zur Festlegung eines Netzkodex für die Gasbilanzierung in Fernleitungsnetzen (ABl. L 91 vom 27.3.2014, S. 15); der Verordnung (EU) 2015/703 der Kommission vom 30. April 2015 zur Festlegung eines Netzkodex mit Vorschriften für die Interoperabilität und den Datenaustausch (ABl. L 113 vom 1.5.2015, S. 13); der Verordnung (EU) 2017/459 der Kommission vom 16. März 2017 zur Festlegung eines Netzkodex über Mechanismen für die Kapazitätszuweisung in Fernleitungsnetzen und zur Aufhebung der Verordnung (EU) Nr. 984/2013 (ABl. L 72 vom 17.3.2017, S. 1) sowie der Verordnung (EU) 2017/460 der Kommission vom 16. März 2017 zur Festlegung eines Netzkodex über harmonisierte Fernleitungsentgeltstrukturen (ABl. L 72 vom 17.3.2017, S. 29)	
30.1	Genehmigung konkurrierender Kapazitätszuweisung nach § 56 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 EnWG i. V. m. Art. 6 und 23 der Verordnung (EG) 715/2009 i. V. m. Art. 8 Abs. 2 der Verordnung (EU) 2017/459 der Kommission vom 16. März 2017 zur Festlegung eines Netzkodex über Mechanismen für die Kapazitätszuweisung in Fernleitungsnetzen und zur Aufhebung der Verordnung (EU) Nr. 984/2013	8 500“.

12. Nach der Nummer 30.7 werden folgende Nummern 30.8 bis 30.16 eingefügt:

„30.8	Genehmigung des genauen Anteils der nach § 56 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 EnWG i. V. m. den Artikeln 6 und 23 der Verordnung (EG) 715/2009 i. V. m. Artikel 8 Absatz 9 der Verordnung (EU) 984/2013 zurückzuhaltenden Kapazität	25 000 – 150 000
30.9	Entscheidungen im Zusammenhang mit der Beseitigung von festgestellten Beschränkungen des grenzübergreifenden Handels auf Grund unterschiedlicher Odorierungspraktiken nach § 56 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 EnWG i. V. m. den Artikeln 6 und 23 der Verordnung (EG) 715/2009 i. V. m. Artikel 19 der Verordnung (EU) 2015/703	500 – 180 000
30.10	Festlegung einer Referenzpreismethode sowie der weiteren in Art. 26 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2017/460 genannten Punkte für alle in einem Marktgebiet tätigen Fernleitungsnetzbetreiber nach § 56 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 EnWG i. V. m. den Artikeln 6 und 23 der Verordnung (EG) 715/2009 i. V. m. Artikel 27 Absatz 4 Satz 1 der Verordnung (EU) 2017/460	80 000

30.11	Festlegung zur Einführung eines wirksamen Ausgleichsmechanismus zwischen den Fernleitungsnetzbetreibern eines Marktgebiets nach § 56 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 EnWG i. V. m. den Artikeln 6 und 23 der Verordnung (EG) 715/2009 i. V. m. Artikel 10 Absatz 3 Satz 1 der Verordnung (EU) 2017/460	20 000
30.12	Festlegung nach Artikel 41 Abs. 6 Buchstabe a der Richtlinie 2009/73/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 13. Juli 2009 über gemeinsame Vorschriften für den Erdgasbinnenmarkt und zur Aufhebung der Richtlinie 2003/55/EG (ABl. L 211 vom 14.8.2009, S. 94) i. V. m. Artikel 28 Abs. 1 der Verordnung (EU) 2017/460	30 000
30.13	Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Verfahren für neu zu schaffende Kapazitäten nach § 56 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 EnWG i. V. m. den Artikeln 6 und 23 der Verordnung (EG) 715/2009 i. V. m. Artikel 28 der Verordnung (EU) 2017/459	30 000 – 100 000
30.14	Genehmigung des genauen Anteils der zurückzuhaltenden Kapazität nach § 56 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 EnWG i. V. m. den Artikeln 6 und 23 der Verordnung (EG) 715/2009 i. V. m. Artikel 8 Absatz 9 der Verordnung (EU) 2017/459	25 000 – 150 000
30.15	Genehmigung eines Überbuchungs- und Rückkaufsystems nach Punkt 2.2.2. Nr. 1 des Anhangs I zur Verordnung (EG) Nr. 715/2009 in der Fassung des Beschlusses 2012/490/EU der Kommission vom 24. August 2012 zur Änderung von Anhang I der Verordnung (EG) Nr. 715/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates über die Bedingungen für den Zugang zu Erdgasfernleitungsnetzen (ABl. L 231 vom 28.8.2012, S. 16)	25 000 – 100 000
30.16	Wahl einer einzigen Buchungsplattform nach § 56 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 EnWG i. V. m. den Artikeln 6 und 23 der Verordnung (EG) 715/2009 i. V. m. Artikel 37 Absatz 3 Satz 3 der Verordnung (EU) 2017/459	5 000 – 20 000 ⁴ .

13. In den Nummern 32, 32.1, 32.2 und 32.3 werden jeweils die Wörter „§ 56 Absatz 1 EnWG Nummer 1“ durch die Wörter „§ 56 Absatz 1 Nummer 1 EnWG“ ersetzt.

14. Die Nummer 33 wird wie folgt gefasst:

„33.	Entscheidungen nach § 28a Absatz 3 Satz 1 EnWG	80 000 ⁴ .
------	--	-----------------------

15. Die Nummer 35 wird wie folgt gefasst:

„35.	Genehmigung oder Genehmigung zur Änderung der Geschäftsbedingungen oder Methoden nach § 56 Absatz 2 Satz 1 EnWG i. V. m. Artikel 9 Absatz 6 Buchstabe a bis m, Absatz 7 Buchstabe a bis h, Absatz 8 Buchstabe a bis f und Artikel 9 Absatz 13 Satz 2 der Verordnung (EU) 2015/1222 der Kommission vom 24. Juli 2015 zur Festlegung einer Leitlinie für die Kapazitätsvergabe und das Engpassmanagement (ABl. L 197 vom 25.7.2015, S. 24)	5 000 – 180 000 ⁴ .
------	--	--------------------------------

16. Nach der Nummer 35 werden die folgenden Nummern 36 bis 47.3 angefügt:

„36.	Entscheidungen nach § 56 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 EnWG i. V. m. den Artikeln 59 und 61 der Verordnung (EU) 2019/943 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. Juni 2019 über den Elektrizitätsbinnenmarkt (Neufassung) (ABl. L 158 vom 14.6.2019, S. 54) i. V. m. Artikel 5 Absatz 3, Artikel 68 Absatz 1, Artikel 69 Absatz 1 und Artikel 70 der Verordnung (EU) 2016/631 der Kommission vom 14. April 2016 zur Festlegung eines Netzkodex mit Netzanschlussbestimmungen für Stromerzeuger (ABl. L 112 vom 27.4.2016, S. 1)	5 000 – 180 000
37.	Genehmigung oder Genehmigung zur Änderung der Modalitäten oder Methoden nach § 56 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 EnWG i. V. m. den Artikeln 59 und 61 der Verordnung (EU) 2019/943 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. Juni 2019 über den Elektrizitätsbinnenmarkt (Neufassung) (ABl. L 158 vom 14.6.2019, S. 54) i. V. m. Artikel 4 Absatz 6 Buchstabe a bis g und Absatz 7 Buchstabe a bis e, Artikel 4 Absatz 12 Satz 2 der Verordnung (EU) 2016/1719 der Kommission vom 26. September 2016 zur Festlegung einer Leitlinie für die Vergabe langfristiger Kapazität (ABl. L 259 vom 27.9.2016, S. 42; L 267 vom 18.10.2017, S. 17)	5 000 – 180 000
38.	Genehmigung oder Genehmigung zur Änderung der Modalitäten oder Methoden nach § 56 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 EnWG i. V. m. den Artikeln 59 und 61 der Verordnung (EU) 2019/943 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. Juni 2019 über den Elektrizitätsbinnenmarkt (Neufassung) (ABl. L 158 vom 14.6.2019, S. 54) i. V. m. Artikel 6 Absatz 2 Buchstabe a bis c, Absatz 3 Buchstabe a bis g und Absatz 4 Buchstabe a bis i und Artikel 7 Absatz 4 Satz 2 der Verordnung (EU) 2017/1485 der Kommission vom 2. August 2017 zur Festlegung einer Leitlinie für den Übertragungsnetzbetrieb (ABl. L 220 vom 25.8.2017, S. 1)	5 000 – 180 000

39.	Genehmigung oder Genehmigung zur Änderung der Modalitäten oder Methoden nach § 56 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 EnWG i. V. m. den Artikeln 59 und 61 der Verordnung (EU) 2019/943 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. Juni 2019 über den Elektrizitätsbinnenmarkt (Neufassung) (ABl. L 158 vom 14.6.2019, S. 54) i. V. m. Artikel 5 Absatz 2 Buchstabe a bis j, Absatz 3 Buchstabe a bis o und Absatz 4 Buchstabe a bis i und Artikel 6 Absatz 3 Satz 2 der Verordnung (EU) 2017/2195 der Kommission vom 23. November 2017 zur Festlegung einer Leitlinie über den Systemausgleich im Elektrizitätsversorgungssystem (ABl. L 312 vom 28.11.2017, S. 6)	5 000 – 180 000
40.	Genehmigung oder Genehmigung zur Änderung der Vorschläge nach § 56 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 EnWG i. V. m. den Artikeln 59 und 61 der Verordnung (EU) 2019/943 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. Juni 2019 über den Elektrizitätsbinnenmarkt (Neufassung) (ABl. L 158 vom 14.6.2019, S. 54) i. V. m. Artikel 4 Absatz 2 Buchstabe a bis g und Artikel 4 Absatz 7 Satz 1 der Verordnung (EU) 2017/2195 der Kommission vom 24. November 2017 zur Festlegung eines Netzkodex über den Notzustand und den Netzwiederaufbau des Übertragungsnetzes (ABl. L 312 vom 28.11.2017, S. 54; L 31 vom 1.2.2019, S. 108)	5 000 – 180 000
41.	Prüfung des Umsetzungsberichts der Übertragungsnetzbetreiber nach § 12d EnWG	10 000
42.	Prüfung des Umsetzungsberichts der Fernleitungsnetzbetreiber nach § 15b EnWG	10 000
43.	Prüfung des Offshore-Umsetzungsberichts der Übertragungsnetzbetreiber nach § 17c Abs. 3 EnWG	10 000 – 20 000
44.	Feststellung nach § 19a Absatz 2 Satz 3 EnWG	500 – 50 000
45.	Entscheidungen nach § 28b Absatz 1 und 5 EnWG	80 000
46.	Änderungsverlangen zum Netzentwicklungsplan Strom nach § 12c Abs. 1 Satz 2 EnWG	25 000
47.	Amtshandlungen auf Grund einer Rechtsverordnung nach § 12g Abs. 3 EnWG	
47.1	Bestätigung nach § 12g Abs. 3 EnWG i. V. m. § 5 Abs. 1 Satz 1 und 2 ÜNSchutzV	500 – 5 000
47.2	Beanstandung nach § 12g Abs. 3 EnWG i. V. m. § 5 Abs. 1 Satz 1 und 3 ÜNSchutzV	500 – 5 000
47.3	Aufforderung nach § 12g Abs. 3 EnWG i. V. m. § 5 Abs. 3 ÜNSchutzV	500 ⁴ .

Artikel 2 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Berlin, den 6. November 2020

Der Bundesminister
für Wirtschaft und Energie
Peter Altmaier

Verordnung zur Ablösung der Heilverfahrensverordnung

Vom 9. November 2020

Es verordnen

- das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen auf Grund des § 33 Absatz 5 des Beamtenversorgungsgesetzes, der zuletzt durch Artikel 9 Nummer 23 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2053) geändert worden ist, und
- das Bundesministerium der Verteidigung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat und dem Bundesministerium der Finanzen auf Grund des § 69a Absatz 7 des Bundesbesoldungsgesetzes, der durch Artikel 1 Nummer 19 des Gesetzes vom 3. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2163) eingefügt worden ist:

Artikel 1

Verordnung

über die Durchführung von Heilverfahren
nach § 33 des Beamtenversorgungsgesetzes
(Heilverfahrensverordnung – HeilVfV)

Inhaltsübersicht

Abschnitt 1

- § 1 Persönlicher Geltungsbereich
- § 2 Rechtsanspruch
- § 3 Notwendigkeit und Angemessenheit
- § 4 Durchgangsarztliche und besondere unfallmedizinische Behandlung
- § 5 Gutachten

Abschnitt 2

Erstattung von Aufwendungen

- § 6 Erstattungsfähige Aufwendungen
- § 7 Erstattungsfähige Aufwendungen bei Traumatisierung
- § 8 Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke
- § 9 Krankenhausleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen
- § 10 Pflege
- § 11 Haushaltshilfe
- § 12 Fahrten
- § 13 Erhöhter Kleider- und Wäscheverschleiß
- § 14 Kraftfahrzeughilfe
- § 15 Dienstunfallbedingte Wohnumfeldanpassung
- § 16 Überführung und Bestattung

Abschnitt 3

Verfahren

- § 17 Erstattungsverfahren

Abschnitt 4

Übergangsvorschriften

- § 18 Übergangsvorschriften

Abschnitt 1

Allgemeines

§ 1

Persönlicher Geltungsbereich

Diese Verordnung gilt für die durch einen Dienstunfall nach § 31 des Beamtenversorgungsgesetzes verletzten

1. Beamtinnen und Beamten des Bundes,
2. Ehrenbeamtinnen und Ehrenbeamten des Bundes (§ 6 Absatz 5 Satz 1 des Bundesbeamtengesetzes).

Für die Richterinnen und Richter im Bundesdienst gilt diese Verordnung nach § 46 des Deutschen Richtergesetzes entsprechend.

§ 2

Rechtsanspruch

(1) Eine durch einen Dienstunfall verletzte Person hat Anspruch auf Durchführung eines Heilverfahrens mit dem Ziel, die Folgen des Dienstunfalls zu beseitigen oder zu lindern und eine möglichst rasche Rehabilitation zu erreichen.

(2) Der Anspruch auf Durchführung des Heilverfahrens wird dadurch erfüllt, dass der Verletzten Person die wirtschaftlich angemessenen Aufwendungen für notwendige Maßnahmen des Heilverfahrens erstattet werden, soweit nicht der Dienstherr das Heilverfahren selbst durchführt.

§ 3

Notwendigkeit und Angemessenheit

(1) Notwendig sind die von einer Ärztin oder einem Arzt, einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt, einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten, einer Heilpraktikerin oder einem Heilpraktiker durchgeführten oder verordneten Maßnahmen, die erforderlich sind, um die Folgen des Dienstunfalls zu beseitigen oder zu lindern. § 6 Absatz 2 der Bundesbeihilfeverordnung gilt entsprechend.

(2) Für die wirtschaftliche Angemessenheit gilt § 6 Absatz 3 und 4 der Bundesbeihilfeverordnung entsprechend, soweit nachstehend nichts anderes bestimmt ist.

(3) Bei der Prüfung der wirtschaftlichen Angemessenheit kann über die im Beihilferecht getroffenen Begrenzungen hinausgegangen werden. Die Entscheidung ist besonders zu begründen und zu dokumentieren.

(4) Über die Notwendigkeit der Maßnahmen und über die wirtschaftliche Angemessenheit der Aufwendungen entscheidet die Dienstunfallfürsorgestelle.

§ 4

Durchgangsarztliche und besondere unfallmedizinische Behandlung

(1) Ist auf Grund einer Verletzung mit einer vorübergehenden Dienstunfähigkeit über den Unfalltag hinaus oder mit einer Behandlungsbedürftigkeit zu rechnen, so hat sich die verletzte Person von einer Durchgangsarztin oder einem Durchgangsarzt untersuchen und behandeln zu lassen. Dabei hat die verletzte Person die freie Wahl unter den am Unfall-, Dienst- oder Wohnort niedergelassenen oder an einem dortigen Krankenhaus tätigen Durchgangsarztinnen und Durchgangsarzten.

(2) Die Verpflichtung nach Absatz 1 Satz 1 entfällt bei

1. Verletzungen, die ausschließlich die Augen, die Zähne, den Hals, die Nase oder die Ohren betreffen,
2. rein psychischen Gesundheitsstörungen,
3. medizinischen Notfällen sowie
4. Unfällen im Ausland.

(3) Sofern wegen der Art und Schwere der Verletzung eine besondere unfallmedizinische Behandlung erforderlich ist, hat die Dienstunfallfürsorgestelle dafür Sorge zu tragen, dass die verletzte Person in einem Krankenhaus im Sinne des § 34 Absatz 2 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch behandelt wird.

§ 5

Gutachten

Sofern nach dieser Verordnung ein ärztliches Gutachten oder ein Gutachten zur Feststellung eines ursächlichen Zusammenhangs eingeholt wird, beauftragt die Dienstunfallfürsorgestelle

1. eine Gutachterin oder einen Gutachter aus dem Gutachterverzeichnis der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung,
2. eine Gutachterin oder einen Gutachter eines medizinischen Gutachteninstituts oder
3. eine andere Fachärztin oder einen anderen Facharzt, die oder der über umfangreiche Erfahrungen auf dem Gebiet der unfallrechtlichen Begutachtung verfügt.

Die Einschränkungen nach Satz 1 gelten nicht in Fällen des § 10 Absatz 1 Satz 2 sowie bei Begutachtungen, die im Ausland erfolgen müssen.

Abschnitt 2**Erstattung von Aufwendungen**

§ 6

Erstattungsfähige Aufwendungen

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

1. ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Maßnahmen sowie Maßnahmen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern einschließlich Berichtsgebühren,
2. die im Rahmen einer Maßnahme nach Nummer 1 verbraucht und die ärztlich oder zahnärztlich verordneten Arznei- und Verbandmittel,
3. die im Rahmen einer Maßnahme nach Nummer 1 ärztlich oder zahnärztlich verordneten Heilmittel und die bei der Anwendung der Heilmittel ver-

brauchten Stoffe, soweit letztere nach § 23 Absatz 1 der Bundesbeihilfeverordnung beihilfefähig sind,

4. die Versorgung mit Hilfsmitteln, mit Geräten zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle sowie mit Körperersatzstücken (§ 8),
5. Krankenhausleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen (§ 9),
6. Pflege (§ 10),
7. Haushaltshilfen (§ 11) sowie
8. Fahrten (§ 12).

(2) Erstattungsfähig sind auch

1. ein erhöhter Kleider- und Wäscheverschleiß (§ 13),
2. Aufwendungen infolge bewilligter Kraftfahrzeughilfe (§ 14),
3. Aufwendungen infolge bewilligter Anpassung des Wohnumfelds (§ 15) sowie
4. Aufwendungen für Überführung und Bestattung (§ 16).

(3) Die Aufwendungen für eine Untersuchung oder Begutachtung im unmittelbaren Anschluss an ein Unfallereignis werden auch dann erstattet, wenn diese Maßnahme nur der Feststellung diene, ob ein Dienstunfall vorliegt oder ob Dienstunfallfolgen eingetreten sind.

(4) Bei dienstunfallbedingten Aufwendungen, die im Ausland entstanden sind, gilt § 11 Absatz 1 und 2 der Bundesbeihilfeverordnung entsprechend. Für verletzte Personen, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet sind, gelten § 11 Absatz 3, § 18a Absatz 4 Satz 2, § 23 Absatz 2 Satz 1, § 26a Absatz 5, § 29 Absatz 1 und 3, § 31 Absatz 5, § 32 Absatz 3, § 36 Absatz 3 sowie § 44 Absatz 2 der Bundesbeihilfeverordnung entsprechend.

(5) Zur Vermeidung unbilliger Härten kann die Dienstunfallfürsorgestelle mit vorheriger Zustimmung des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat und des Bundesministeriums der Finanzen von dieser Verordnung abweichen.

§ 7

Erstattungsfähige Aufwendungen bei Traumatisierung

(1) Nach einem traumatischen Ereignis, das von der verletzten Person nach § 45 des Beamtenversorgungsgesetzes angezeigt worden ist, werden zur psychischen Stabilisierung nach vorheriger Zustimmung der Dienstunfallfürsorgestelle die Aufwendungen für bis zu fünf Sitzungen in Gruppen- oder Einzeltherapie erstattet. Satz 1 gilt auch, wenn das Verfahren zur Feststellung, ob ein Dienstunfall vorliegt, noch andauert. Für eine Therapie, die auf Veranlassung der Durchgangsarztin oder des Durchgangsarztes erfolgt, gilt die Zustimmung nach Satz 1 als erteilt.

(2) Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören auch solche für die fundierte Psychodiagnostik, für die Krisen- oder die Frühintervention und für das Abklären der Notwendigkeit weiterführender Behandlungsmaßnahmen.

(3) Stellt sich während der Therapie nach Absatz 1 Satz 1 heraus, dass eine weiterführende therapeutische Behandlung erforderlich ist, sind Aufwendungen für

weitere Sitzungen in Gruppen- oder Einzeltherapie nur nach vorheriger Anerkennung des Dienstunfalls erstattungsfähig. Vor Beginn der Therapie ist von der Dienstunfallfürsorgestelle ein Gutachten zu Art und Umfang der Therapie einzuholen.

(4) Erstattungsfähig sind nur Aufwendungen für Sitzungen bei

1. Fachärztinnen oder Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
2. Fachärztinnen oder Fachärzten für Psychiatrie,
3. Fachärztinnen oder Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
4. Fachärztinnen oder Fachärzten für psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
5. Fachärztinnen oder Fachärzten für psychotherapeutische Medizin,
6. ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten sowie
7. Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten nach § 1 Absatz 1 Satz 1 des Psychotherapeutengesetzes in der jeweils geltenden Fassung.

§ 8

Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke

(1) Aufwendungen für die dienstunfallbedingte Versorgung mit Hilfsmitteln, mit Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie mit Körperersatzstücken nach Anlage 11 der Bundesbeihilfverordnung werden erstattet, wenn eine ärztliche Verordnung vorliegt. Zu den Aufwendungen zählt auch die Miete von Hilfsmitteln, Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie von Körperersatzstücken, soweit die Miete nicht höher ist als die Anschaffungskosten. Übersteigen die Anschaffungskosten 1 000 Euro, so werden die Aufwendungen nur erstattet, wenn

1. die Dienstunfallfürsorgestelle die Erstattung vorher zugesagt hat oder
2. die Verordnung und eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung während einer stationären Krankenhausbehandlung erfolgt sind.

(2) Die Versorgung umfasst

1. die Erstausrüstung, das notwendige Zubehör, die Instandsetzung und Instandhaltung, die Änderung und die Ersatzbeschaffung, sofern diese nicht durch Missbrauch, Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit der verletzten Person bedingt ist,
2. die Ausbildung im Gebrauch,
3. die für den Betrieb eines Hilfsmittels erforderlichen Energiekosten, insbesondere Kosten für Strom oder Batterien,
4. dienstunfallbedingt erforderliche Änderungen an Schuhen, Bekleidung und anderen Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens.

(3) Ist infolge eines Dienstunfalls eine Sehbeeinträchtigung erstmals eingetreten oder eine bereits bestehende Sehbeeinträchtigung verschlimmert worden, so richtet sich die Erstattung von Aufwendungen für von einer Augenärztin oder einem Augenarzt verordnete Brillen, Kontaktlinsen und andere Sehhilfen nach

Anlage 11 Abschnitt 4 der Bundesbeihilfverordnung ohne Berücksichtigung beihilferechtlicher Altersbeschränkungen. Aufwendungen für ein Brillengestell sind bis zu 100 Euro erstattungsfähig.

(4) Ist dienstunfallbedingt die Haltung eines Blindenhundes oder die Mitnahme einer Begleitperson erforderlich, so wird für nachgewiesene Aufwendungen ein Erstattungsbetrag von bis zu 200 Euro monatlich gezahlt.

§ 9

Krankenhausleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Erstattungsfähig sind die dienstunfallbedingten Aufwendungen für

1. Krankenhausbehandlungen bis zur Höhe der Aufwendungen, wie sie in Krankenhäusern im Sinne der §§ 26 und 26a der Bundesbeihilfverordnung ohne Abzug von Eigenbehalten entstanden wären,
2. die gesondert berechnete Unterkunft ohne Abzug von Eigenbehalten
 - a) bis zur Höhe der Aufwendungen für ein Zweibettzimmer der jeweiligen Abteilung oder
 - b) in einem Einbettzimmer, wenn dies auf Grund besonderer dienstlicher oder medizinischer Gründe erforderlich ist,
3. ärztlich verordnete Anschlussheilbehandlungen als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen bis zur Höhe der Aufwendungen, die in Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht, entstanden wären,
4. ärztlich verordnete stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bis zur Höhe der Aufwendungen, die in Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht, entstanden wären, sofern die Dienstunfallfürsorgestelle vor Beginn der Maßnahme die Erstattungsfähigkeit anerkannt hat,
5. ärztlich verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen oder in wohnortnahen Einrichtungen,
6. ärztlich verordneten Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung.

(2) Die Erstattungsfähigkeit von Maßnahmen nach Absatz 1 Nummer 4 darf nur anerkannt werden, wenn die Maßnahmen nach durchgangsarztlicher Stellungnahme zur Behebung oder Minderung der Dienstunfallfolgen notwendig sind. Ort, Zeit und Dauer der Maßnahmen nach Absatz 1 Nummer 4 bestimmt dann die Dienstunfallfürsorgestelle. Bei dienstlichem Wohnsitz im Ausland oder bei einer Abordnung in das Ausland ist abweichend von Satz 1 eine fachärztliche Stellungnahme erforderlich; die Kosten einer erforderlichen Übersetzung werden erstattet.

(3) Die verletzte Person hat der Dienstunfallfürsorgestelle den Beginn einer geplanten Krankenhausbehandlung oder einer Rehabilitationsmaßnahme unverzüglich anzuzeigen. Nach Beendigung der Maßnahme hat die verletzte Person der Dienstunfallfürsorgestelle einen ärztlichen Schlussbericht vorzulegen; die dadurch entstehenden Aufwendungen werden erstattet.

(4) Die Dienstunfallfürsorgestelle weist die verletzte Person vor Beginn einer stationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Rehabilitationsmaßnahme darauf hin, dass die Aufwendungen, die die nach Absatz 1 Nummer 1 bis 4 erstattungsfähigen Aufwendungen übersteigen, grundsätzlich nicht erstattet werden.

§ 10

Pflege

(1) Die Kosten für eine notwendige Pflege werden erstattet, wenn die verletzte Person infolge des Dienstunfalls mindestens dem Pflegegrad 2 im Sinne des § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zugeordnet worden ist. Die Dienstunfallfürsorgestelle hat bei einer geeigneten Stelle ein Gutachten über die dienstunfallbedingte Pflegebedürftigkeit und über die Zuordnung zu einem Pflegegrad nach § 15 Absatz 1 bis 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch einzuholen.

(2) Bei der häuslichen Pflege durch geeignete Pflegekräfte im Sinne des § 36 Absatz 4 Satz 2 und 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch werden Pflegekosten bis zur Höhe der in § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Beträge erstattet. Nachgewiesene höhere Aufwendungen, die erforderlich sind, um die notwendige häusliche Pflege zu erhalten, können zur Vermeidung unbilliger Härten auf Antrag erstattet werden.

(3) Wird die häusliche Pflege ausschließlich durch andere als die in Absatz 2 Satz 1 genannten Personen erbracht, werden Pflegekosten bis zur Hälfte der in § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Beträge erstattet. Haben die in Satz 1 genannten Personen ihren Beruf aufgegeben, um die Pflege ausüben zu können, so wird das ausgefallene Arbeitseinkommen bis zur Höhe der in § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Beträge zuzüglich des Arbeitgeberanteils zur Sozialversicherung erstattet. Wird die häusliche Pflege sowohl durch geeignete Pflegekräfte (Absatz 2 Satz 1) als auch durch die in Satz 1 genannten Personen erbracht, werden die Pflegekosten anteilig erstattet.

(4) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert, so sind die Aufwendungen für eine notwendige Ersatzpflege entsprechend § 39 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erstattungsfähig. Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, sind Aufwendungen für Kurzzeitpflege entsprechend § 42 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erstattungsfähig.

(5) Muss die verletzte Person in einer stationären Einrichtung gepflegt werden, weil eine geeignete Pflege sonst nicht gewährleistet werden kann, werden die Kosten bis zu der Höhe erstattet, die für eine angemessene Unterbringung in einer zugelassenen oder in einer vergleichbaren Einrichtung am Wohnort der verletzten Person oder in dessen Nähe aufgewendet werden müssen.

(6) Der Anspruch auf Erstattung von Pflegekosten ruht bei stationärer Behandlung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen. Dies gilt nicht für die ersten vier Wochen einer stationären Behandlung. Im

Anschluss an den in Satz 2 genannten Zeitraum werden Betten- und Platzfreihaltegebühren für die restliche Dauer der stationären Behandlung erstattet.

(7) Die erstattungsfähigen Beträge können monatlich im Voraus gezahlt werden. Die pflegebedürftige Person ist verpflichtet, der Dienstunfallfürsorgestelle jede wesentliche Änderung in den Verhältnissen, die für die Erstattung der Pflegekosten maßgebend sind, unverzüglich anzuzeigen. Erfolgt die Pflege nicht für den gesamten Kalendermonat, ist der Erstattungsbetrag durch die Dienstunfallfürsorgestelle entsprechend zu mindern.

(8) Der Bund beteiligt sich an den personenbezogenen Kosten der Träger für eine Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 11

Haushaltshilfe

(1) Eine Haushaltshilfe ist notwendig, solange und soweit der verletzten Person die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist wegen

1. eines dienstunfallbedingten außerhäuslichen Heilverfahrens oder
2. der Art und Schwere des dienstunfallbedingten Körperschadens, insbesondere nach einem stationären Heilverfahren, einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung.

(2) Aufwendungen für eine Haushaltshilfe werden nur erstattet, wenn und solange keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann und im Haushalt der verletzten Person eine der folgenden Personen lebt:

1. ein Kind (§ 63 Absatz 1 Satz 1 des Einkommensteuergesetzes), das zu Beginn des Zeitraums, für den die Haushaltshilfe gewährt wird, das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
2. eine pflegebedürftige Ehegattin oder ein pflegebedürftiger Ehegatte oder
3. ein Kind der verletzten Person, das
 - a) pflegebedürftig ist oder
 - b) wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten.

Einer alleinstehenden verletzten Person werden Aufwendungen für eine Haushaltshilfe nach einem stationären Heilverfahren, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung erstattet.

(3) Werden Leistungen nach § 34 des Beamtenversorgungsgesetzes gewährt, besteht kein Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen für eine Haushaltshilfe.

(4) Bei einem dienstunfallbedingten außerhäuslichen Heilverfahren (Absatz 1 Nummer 1) sind Aufwendungen für eine Haushaltshilfe zu erstatten, solange das außerhäusliche Heilverfahren andauert. Ist eine Haushaltshilfe nach einem stationären Heilverfahren, einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung (Absatz 1 Nummer 2) notwendig, so werden die Aufwendungen erstattet für

1. höchstens 28 Tage oder
2. höchstens sechs Monate, sofern gleichzeitig die Voraussetzungen nach Absatz 2 Satz 1 vorliegen.

(5) Der Dienstunfallfürsorgestelle ist eine fachärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit und den zeitlichen Umfang der Haushaltshilfe vorzulegen. Die Aufwendungen für eine Haushaltshilfe sind pro Stunde bis zur Höhe von 0,32 Prozent der sich aus § 18 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch ergebenden monatlichen Bezugsgröße, aufgerundet auf volle Euro, erstattungsfähig. Aufwendungen für notwendige Fahrten der Haushaltshilfe werden in sinnmäßiger Anwendung des § 12 Absatz 1 Satz 1 erstattet. § 3 Absatz 3 gilt entsprechend.

§ 12

Fahrten

(1) Aufwendungen der verletzten Person für notwendige Hin- und Rückfahrten aus Anlass der Heilbehandlung werden wie folgt erstattet:

1. bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel bis zur Höhe der Kosten in der niedrigsten Beförderungs-kategorie zuzüglich der Aufwendungen einer notwendigen Gepäckbeförderung,
2. bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges oder eines anderen motorbetriebenen Fahrzeuges in Höhe von 20 Cent je Kilometer zurückgelegter Strecke der Hin- und Rückfahrt,
3. Aufwendungen für ein Taxi, wenn nach Bescheinigung durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt aus zwingenden medizinischen Gründen öffentliche Verkehrsmittel oder ein privates Kraftfahrzeug nicht benutzt werden können.

Die Aufwendungen werden nur bis zur Höhe der Aufwendungen für Fahrten zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungs- oder Untersuchungsort erstattet.

(2) Aufwendungen für Fahrten zu Begutachtungen oder Untersuchungen, die von der Dienstunfallfürsorgestelle veranlasst worden sind, werden erstattet.

(3) Erstattungsfähig sind ferner

1. Aufwendungen für Rettungsfahrten und -flüge,
2. Aufwendungen für ärztlich verordnete Krankentransportfahrten
 - a) im Zusammenhang mit einem stationären Heilverfahren oder
 - b) bei einer medizinisch notwendigen Verlegung in ein anderes Krankenhaus,
3. Aufwendungen einer Begleitperson, wenn die Begleitung der verletzten Person nach Stellungnahme durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt erforderlich war, und
4. bei einer stationären Krankenhausbehandlung Aufwendungen von Angehörigen für Besuchsfahrten, wenn die Besuche nach Stellungnahme der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes zur Sicherung des Heilerfolgs dringend erforderlich waren.

Angehörige im Sinne von Satz 1 Nummer 4 sind:

1. die Ehegattin oder der Ehegatte,
2. Kinder,
3. Eltern.

(4) Aufwendungen für eine notwendige Übernachtung der verletzten Person anlässlich notwendiger auswärtiger ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher oder

psychotherapeutischer Leistungen sind bis zu einem Betrag von 80 Euro erstattungsfähig. Satz 1 gilt entsprechend für Aufwendungen für Übernachtungen einer Begleitperson im Fall des Absatzes 3 Satz 1 Nummer 3 sowie von Angehörigen im Fall des Absatzes 3 Satz 1 Nummer 4.

(5) § 3 Absatz 3 gilt entsprechend.

§ 13

Erhöhter Kleider- und Wäscheverschleiß

Aufwendungen, die infolge eines dienstunfallbedingt erhöhten Kleider- und Wäscheverschleißes entstehen, werden von Amts wegen mit einem monatlichen Pauschbetrag in entsprechender Anwendung des § 15 des Bundesversorgungsgesetzes in Verbindung mit der Verordnung zur Durchführung des § 15 des Bundesversorgungsgesetzes erstattet. Die Entscheidung trifft die Dienstunfallfürsorgestelle auf Grund einer fachärztlichen Bescheinigung, die auch Aussagen zur Dauer des Zustands beinhaltet. Die in Sonderfällen den Pauschbetrag nachweislich übersteigenden Aufwendungen werden jeweils für das abgelaufene Kalenderjahr auf Antrag erstattet.

§ 14

Kraftfahrzeughilfe

Kraftfahrzeughilfe wird gewährt, wenn

1. der verletzten Person infolge des Dienstunfalls nicht nur vorübergehend nicht zuzumuten ist, dass sie die zur Dienstaufübung erforderlichen Wege zu Fuß oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurücklegt, und
2. die Dienstunfallfürsorgestelle vor der Entstehung der Aufwendungen die Erstattung zugesagt hat.

§ 40 Absatz 2, 3 und 5 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung gilt entsprechend. Die §§ 6 und 8 der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung gelten nicht.

§ 15

Dienstunfallbedingte Wohnumfeldanpassung

(1) Die Aufwendungen für eine bedarfsgerechte Anpassung wie Ausstattung, Umbau oder Ausbau der bisher genutzten Wohnung sowie die Aufwendungen für den Umzug in eine bedarfsgerechte Wohnung werden nach Maßgabe des § 41 Absatz 4 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch erstattet, wenn die Maßnahme infolge des Dienstunfalls nicht nur vorübergehend erforderlich ist.

(2) Die Aufwendungen für Maßnahmen nach Absatz 1 werden nur erstattet, wenn die Dienstunfallfürsorgestelle die Erstattung vorher zugesagt hat. Bei Maßnahmen ab 5 000 Euro hat die verletzte Person zwei Vergleichsangebote beizubringen.

§ 16

Überführung und Bestattung

(1) Ist die verletzte Person an den Folgen des Dienstunfalls verstorben, so werden erstattet die Aufwendungen für

1. die Überführung der verstorbenen Person an den Ort der Bestattung und

2. die Bestattung, die Todesanzeigen, Trauerkarten und Danksagungen, die Trauerfeier und die Bewirtung der Trauergäste sowie die Herrichtung einer Grabstätte einschließlich des Grabmals und des ersten Grabschmucks bis zu einem Siebtel der sich im Zeitpunkt des Todes aus § 18 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch ergebenden jährlichen Bezugsgröße.

(2) Auf den Erstattungsbetrag nach Absatz 1 Nummer 2 ist ein Sterbegeld nach § 18 Absatz 1 und 2 des Beamtenversorgungsgesetzes mit 40 Prozent seines Bruttobetragtes anzurechnen.

Abschnitt 3 Verfahren

§ 17

Erstattungsverfahren

(1) Soweit nichts anderes bestimmt ist, werden Aufwendungen nur erstattet, wenn die verletzte Person dies bei der Dienstunfallfürsorgestelle schriftlich oder elektronisch beantragt und die Aufwendungen nachweist. Satz 1 gilt entsprechend für Hinterbliebene, wenn die verletzte Person an den Folgen des Dienstunfalls verstorben ist.

(2) Auf Antrag kann die Dienstunfallfürsorgestelle Vorschüsse oder Abschlagszahlungen gewähren.

(3) Die Dienstunfallfürsorgestelle kann bei Zweifeln an der Notwendigkeit oder an der Dienstunfallbedingtheit einer Maßnahme oder bei Zweifeln an der wirtschaftlichen Angemessenheit von Aufwendungen ein ärztliches Gutachten einholen.

(4) In Fällen, in denen sich die Anerkennung eines Dienstunfalls aus Gründen verzögert, die die verletzte Person nicht zu vertreten hat, können die Aufwendungen zunächst unter Vorbehalt erstattet werden. Dies gilt auch während anhängiger Verfahren auf Anerkennung eines Dienstunfalls. Wird nachträglich festgestellt, dass kein Dienstunfall vorliegt, ist der Erstattungsbetrag zurückzuzahlen.

Abschnitt 4 Übergangsvorschriften

§ 18

Übergangsvorschriften

(1) Hinsichtlich der Erstattung von Aufwendungen, die vor dem Inkrafttreten dieser Verordnung entstanden

sind, ist die Heilverfahrensverordnung vom 25. April 1979 (BGBl. I S. 502) in der bis zum 13. November 2020 geltenden Fassung weiter anzuwenden. Entstanden im Sinne von Satz 1 sind Aufwendungen für

1. ärztliche Untersuchungen und Behandlungen einschließlich der dabei verbrauchten Arznei- und Verbandmittel sowie der bei der Anwendung der Heilmittel verbrauchten Stoffe am Behandlungstag,
2. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel am Tag der ärztlichen Verordnung.

(2) Hinsichtlich der Erstattung von Aufwendungen für Krankenhausbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen, die bereits vor dem Inkrafttreten dieser Verordnung begonnen worden sind, ist die Heilverfahrensverordnung in der bis zum 13. November 2020 geltenden Fassung weiter anzuwenden.

(3) Übersteigt der nach § 12 der Heilverfahrensverordnung vom 25. April 1979 (BGBl. I S. 502) in der bis zum 13. November 2020 geltenden Fassung zu erstattende Betrag die erstattungsfähigen Pflegekosten nach § 10, wird die Differenz als Pauschale weitergezahlt. Ändern sich die für die Erstattung der Pflegekosten maßgebenden Verhältnisse wesentlich, ist die Erstattung von Pflegekosten nach § 10 neu festzusetzen.

Artikel 2

Änderung der Bundeswehr-Heilfürsorgeverordnung

Die Bundeswehr-Heilfürsorgeverordnung vom 11. August 2017 (BGBl. I S. 3250, 3431), die durch Artikel 3 des Gesetzes vom 4. August 2019 (BGBl. I S. 1147) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 19 Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) In den Fällen des § 2 Absatz 1 und 2 ist § 10 der Heilverfahrensverordnung anzuwenden.“

2. In § 28 Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „§ 12“ durch die Angabe „§ 10“ ersetzt.

Artikel 3

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft. Gleichzeitig tritt die Heilverfahrensverordnung vom 25. April 1979 (BGBl. I S. 502), die zuletzt durch Artikel 15 Absatz 30 des Gesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160) geändert worden ist, außer Kraft.

Berlin, den 9. November 2020

Der Bundesminister
des Innern, für Bau und Heimat
Horst Seehofer

Die Bundesministerin der Verteidigung
Annegret Kramp-Karrenbauer

**Verordnung
über den Zeitpunkt der Einführung der elektronischen Aktenführung
in Strafsachen im Geschäftsbereich des Bundes
(Bundes-E-Strafakten-Einführungsverordnung – BEStrafAktEV)**

Vom 9. November 2020

Auf Grund des § 32 Absatz 1 Satz 2 und 3 der Strafprozessordnung, der durch Artikel 1 Nummer 2 des Gesetzes vom 5. Juli 2017 (BGBl. I S. 2208) eingefügt worden ist, verordnet die Bundesregierung:

§ 1

Anwendungsbereich

Diese Verordnung gilt für die Führung elektronischer Strafverfahrensakten bei

1. dem Generalbundesanwalt beim Bundesgerichtshof,
2. den Finanzbehörden des Bundes in Ermittlungsverfahren nach § 386 Absatz 2 der Abgabenordnung und § 14a des Schwarzarbeitsbekämpfungsgesetzes und
3. dem Bundesgerichtshof.

§ 2

Einführung der elektronischen Akte

(1) Die Akten können ab dem 14. November 2020 elektronisch geführt werden.

(2) Die Präsidentin oder der Präsident des Bundesgerichtshofs, der Generalbundesanwalt beim Bundesgerichtshof sowie vorbehaltlich des Satzes 2 die jeweilige Leiterin oder der jeweilige Leiter derjenigen Finanzbehörden des Bundes, die Ermittlungsverfahren nach § 386 Absatz 2 der Abgabenordnung und § 14a des Schwarzarbeitsbekämpfungsgesetzes führen, bestimmen jeweils für ihren Bereich durch Verwaltungsanordnung die Verfahren, in denen die Akten elektronisch geführt werden. Für die Hauptzollämter bestimmt die Präsidentin oder der Präsident der Generalzolldirektion diese Verfahren. Die Verwaltungsanordnungen sind im Bundesanzeiger bekannt zu machen und auf der Internetseite desjenigen zu veröffentlichen, der sie erlassen hat.

§ 3

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Berlin, den 9. November 2020

Die Bundeskanzlerin
Dr. Angela Merkel

Die Bundesministerin
der Justiz und für Verbraucherschutz
Christine Lambrecht

**Dritte Verordnung
zur Anpassung der Höhe des Mindestlohns
(Dritte Mindestlohnanpassungsverordnung – MiLoV3)**

Vom 9. November 2020

Auf Grund des § 11 des Mindestlohngesetzes vom 11. August 2014 (BGBl. I S. 1348) verordnet die Bundesregierung:

§ 1

Höhe des Mindestlohns

Der Mindestlohn beträgt

- | | |
|----------------------|----------------------------------|
| 1. ab 1. Januar 2021 | 9,50 Euro brutto je Zeitstunde, |
| 2. ab 1. Juli 2021 | 9,60 Euro brutto je Zeitstunde, |
| 3. ab 1. Januar 2022 | 9,82 Euro brutto je Zeitstunde, |
| 4. ab 1. Juli 2022 | 10,45 Euro brutto je Zeitstunde. |

§ 2

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2021 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Zweite Mindestlohnanpassungsverordnung vom 13. November 2018 (BGBl. I S. 1876) außer Kraft.

Berlin, den 9. November 2020

Die Bundeskanzlerin
Dr. Angela Merkel

Der Bundesminister
für Arbeit und Soziales
Hubertus Heil

**Verordnung
zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen
in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern für das Jahr 2021
(Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV)**

Vom 9. November 2020

Auf Grund des § 137i Absatz 3 Satz 1 in Verbindung mit Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung –, der zuletzt durch Artikel 12 Nummer 15 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa des Gesetzes vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202) geändert worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

§ 1

Anwendungsbereich

(1) Diese Verordnung regelt die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern nach § 137i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Als pflegesensitiv werden die nach Maßgabe von § 3 zu ermittelnden Bereiche in Krankenhäusern festgelegt, in denen Leistungen der Intensivmedizin, Inneren Medizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, allgemeinen Chirurgie, Kardiologie, Neurologie, Pädiatrie, pädiatrischen Intensivmedizin oder Herzchirurgie erbracht werden.

(3) Die Pflegepersonaluntergrenzen in den pflegesensitiven Bereichen Pädiatrie und pädiatrische Intensivmedizin gelten nicht für die Bereiche Frauenheilkunde und Geburtshilfe eines Krankenhauses sowie in den Bereichen, die die Mindestanforderungen an die perinatalogische Versorgung nach den Versorgungsstufen des § 3 Absatz 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifegeborenen nach § 136 Absatz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der jeweils geltenden und gemäß § 94 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Bundesanzeiger bekannt gemachten Fassung erfüllen. Unberührt durch die Pflegepersonaluntergrenzen bleiben die jeweils geltenden und im Bundesanzeiger bekannt gemachten Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses, in denen eine niedrigere Anzahl von Patientinnen und Patienten im Verhältnis zu einer Pflegekraft festgelegt ist.

§ 2

Begriffsbestimmungen

(1) Pflegekräfte im Sinne dieser Verordnung sind Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte. Pflegefachkräfte sind Personen, die über die Erlaubnis zum Führen einer Berufsbezeichnung nach § 1 Absatz 1, § 58 Absatz 1 oder Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes verfügen oder deren Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach dem Krankenpflegegesetz in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung oder nach dem Altenpflegegesetz in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung oder nach § 64 des Pflegeberufgesetzes fortgilt. Pflegehilfskräfte sind Personen,

1. die erfolgreich eine landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege von mindestens einjähriger Dauer abgeschlossen haben, die die „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BANZ AT 17.02.2016 B3) erfüllt, die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossen wurden,
2. die erfolgreich eine landesrechtlich geregelte Ausbildung in der Krankenpflegehilfe oder in der Altenpflegehilfe von mindestens einjähriger Dauer abgeschlossen haben oder
3. denen auf der Grundlage des Krankenpflegegesetzes vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 893) in der am 31. Dezember 2003 geltenden Fassung eine Erlaubnis als Krankenpflegehelferin oder Krankenpflegehelfer erteilt worden ist.

Zu den Pflegehilfskräften im Sinne dieser Verordnung zählen außerdem

1. Medizinische Fachangestellte, die erfolgreich eine Ausbildung nach der Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten abgeschlossen haben oder eine Qualifikation vorweisen, die dieser Ausbildung entspricht,
2. Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten, die erfolgreich eine Ausbildung nach der „Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Ausbildung und Prüfung von Operationstechnischen und Anästhesietechnischen Assistentinnen/Assistenten“, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist, in der jeweils geltenden Fassung abgeschlossen haben, und
3. Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, denen auf Grundlage des Notfallsanitätergesetzes eine Erlaubnis zum Führen der entsprechenden Berufsbezeichnung erteilt worden ist.

(2) Schichten im Sinne dieser Verordnung sind die Tagschicht und die Nachtschicht. Die Tagschicht umfasst den Zeitraum von 6 Uhr bis 22 Uhr. Die Nachtschicht umfasst den Zeitraum von 22 Uhr bis 6 Uhr. Die Bestimmung der Tagschicht und der Nachtschicht nach den Sätzen 2 und 3 lässt die Schichteinteilungen unberührt, die in den Krankenhäusern insbesondere zur Gewährleistung familienfreundlicher und flexibler Arbeitszeiten vorgenommen werden. Führt die Arbeitszeitgestaltung eines Krankenhauses dazu, dass eine Schicht sowohl der Tagschicht als auch der Nachtschicht nach den Sätzen 2 und 3 unterfällt, so kann das für diese Schicht vorgehaltene Personal anteilig der Tagschicht und der Nachtschicht zugeordnet werden.

(3) Der Standort eines Krankenhauses im Sinne dieser Verordnung bestimmt sich nach § 2 der Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geschlossen wurde und die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist.

(4) Eine Station im Sinne dieser Verordnung ist die kleinste bettenführende organisatorische Einheit in der Patientenversorgung am Standort eines Krankenhauses, die räumlich ausgewiesen ist und die anhand einer ihr zugewiesenen individuellen Bezeichnung auch für Dritte identifizierbar ist. Auf einer Station werden Patientinnen und Patienten entweder in einem medizinischen Fachgebiet oder interdisziplinär in verschiedenen medizinischen Fachgebieten behandelt. Das einer Station zugeordnete Personal sowie seine Leitungsstruktur lassen sich den Organisations- und Dienstplänen des Krankenhauses entnehmen. Zu einer intensivmedizinischen Behandlungseinheit einer Station zählt jedes Bett, das der intensivmedizinischen Patientenversorgung dient.

§ 3

Ermittlung pflegesensitiver Bereiche in den Krankenhäusern

(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt die pflegesensitiven Bereiche in den Krankenhäusern auf Grundlage

1. der nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten des jeweiligen Vorjahres und
2. der in der Anlage enthaltenen Zusammenstellung der Diagnosis Related Groups (Indikatoren-DRGs).

(2) Ein Krankenhaus verfügt über einen pflegesensitiven Bereich, wenn gemäß den nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten des Vorjahres

1. eine Fachabteilung der Geriatrie, der Unfallchirurgie, der Kardiologie, der Neurologie, der Inneren Medizin, der allgemeinen Chirurgie oder der Herzchirurgie oder eine Fachabteilung mit einer entsprechenden Schwerpunktbezeichnung ausgewiesen ist,
2. mindestens 40 Prozent der Fälle einer Fachabteilung in die jeweiligen Indikatoren-DRGs entweder der Geriatrie, der Unfallchirurgie, der Kardiologie, der Neurologie, der Inneren Medizin, der allgemeinen Chirurgie oder der Herzchirurgie einzugruppiert sind oder
3. die Anzahl an Belegungstagen in den jeweiligen Indikatoren-DRGs der Geriatrie, der Unfallchirurgie, der Kardiologie, der Neurologie, der Inneren Medizin, der allgemeinen Chirurgie oder der Herzchirurgie mindestens 5 000 beträgt.

(3) Ein Krankenhaus verfügt über

1. einen pflegesensitiven Bereich der neurologischen Frührehabilitation, wenn
 - a) ein pflegesensitiver Bereich der Neurologie gemäß Absatz 2 ermittelt wurde und

b) in den nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten des Vorjahres die Anzahl an Belegungstagen in den Indikatoren-DRGs der neurologischen Frührehabilitation mindestens 3 000 beträgt,

2. einen pflegesensitiven Bereich der neurologischen Schlaganfalleinheit, wenn

a) ein pflegesensitiver Bereich der Neurologie gemäß Absatz 2 ermittelt wurde und

b) in den nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten des Vorjahres mindestens 200 Fälle mit einem Operationen- und Prozedurenschlüssel der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder der anderen neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-981.* oder 8-98b.*) nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel enthalten sind, der nach § 301 Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben wird und auf der Internetseite des Instituts veröffentlicht ist,

3. einen pflegesensitiven Bereich der Intensivmedizin, wenn in den nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten des Vorjahres mindestens fünf Fälle mit einem Operationen- und Prozedurenschlüssel der intensivmedizinischen Komplexbehandlung oder der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung (8-980.* oder 8-98f.*) nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel enthalten sind, der nach § 301 Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben wird und auf der Internetseite des Instituts veröffentlicht ist,

4. einen pflegesensitiven Bereich der pädiatrischen Intensivmedizin, wenn eine Fachabteilung der pädiatrischen Intensivmedizin ausgewiesen ist oder wenn in den nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten des Vorjahres mindestens fünf Fälle mit einem Operationen- und Prozedurenschlüssel der intensivmedizinischen Komplexbehandlung im Kindesalter (8-98d.*) nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel enthalten sind, der nach § 301 Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben wird und auf der Internetseite des Instituts veröffentlicht ist, und

5. einen pflegesensitiven Bereich der Pädiatrie, wenn eine Fachabteilung der Pädiatrie ausgewiesen ist oder in den nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten des Vorjahres eines Krankenhauses in einer Fachabteilung mehr als 50 Prozent der Patientinnen und Patienten Kinder im Alter unter 18 Jahren gewesen sind oder die Anzahl an Belegungstagen durch Kinder im Alter unter 18 Jahren auf einer Fachabteilung mindestens 3 000 beträgt.

(4) Ein nach Absatz 2 Nummer 1 oder Nummer 2 ermittelter pflegesensitiver Bereich umfasst die jewei-

lige Fachabteilung mit ihren Stationen für jeden Standort des Krankenhauses gesondert. Ein nach Absatz 2 Nummer 3 ermittelter pflegesensitiver Bereich umfasst sämtliche Fachabteilungen, deren Anzahl an Belegungstagen in den jeweiligen Indikatoren-DRGs mindestens 3 000 beträgt, jeweils mit ihren Stationen für jeden Standort des Krankenhauses gesondert. Erstreckt sich eine Fachabteilung, die als pflegesensitiver Bereich ermittelt wird, über mehrere Standorte eines Krankenhauses, so gilt die Fachabteilung mit ihren Stationen an jedem Standort des Krankenhauses als gesonderter pflegesensitiver Bereich. Ein nach Absatz 3 Nummer 1 oder Nummer 2 ermittelter pflegesensitiver Bereich umfasst sämtliche Stationen, auf denen die entsprechenden Leistungen erbracht oder die entsprechenden Fälle dokumentiert worden sind, für jeden Standort gesondert. Ein nach Absatz 3 Nummer 3 ermittelter pflegesensitiver Bereich umfasst sämtliche intensivmedizinische Behandlungseinheiten für jeden Standort des Krankenhauses gesondert. Ein nach Absatz 3 Nummer 4 ermittelter pflegesensitiver Bereich umfasst sämtliche pädiatrische intensivmedizinischen Behandlungseinheiten für jeden Standort des Krankenhauses gesondert. Ein nach Absatz 3 Nummer 5 ermittelter pflegesensitiver Bereich umfasst sämtliche Stationen, auf denen die entsprechenden Leistungen erbracht oder die entsprechenden Fälle dokumentiert worden sind, für jeden Standort gesondert.

(5) Die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Jahr 2019 für das Jahr 2020 ermittelten pflegesensitiven Bereiche bestehen unberührt bis zum 31. Januar 2021 fort. Für diese pflegesensitiven Bereiche gilt Absatz 4 entsprechend.

§ 4

Ermittlung des Pflegeaufwands zur Festlegung risikoadjustierter Pflegepersonaluntergrenzen

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt den Pflegeaufwand in den pflegesensitiven Bereichen in den Krankenhäusern. Der Pflegeaufwand wird für jeden pflegesensitiven Bereich in den Krankenhäusern für jeden Standort eines Krankenhauses gesondert ermittelt. Die Ermittlung erfolgt auf der Grundlage des aktuellen vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus entwickelten Katalogs zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands.

§ 5

Übermittlung der Ergebnisse der Ermittlung pflegesensitiver Bereiche in Krankenhäusern an die betroffenen Krankenhäuser, Mitteilungspflichten

(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt den Krankenhäusern, bei denen nach § 3 ein oder mehrere pflegesensitive Bereiche ermittelt wurden, das sie betreffende Ergebnis der Ermittlung, soweit möglich standortbezogen, jährlich bis zum 15. November, erstmals bis zum 15. November 2020. Das zu übermittelnde Ergebnis muss für jede betroffene Fachabteilung des Krankenhauses die Zuordnung zu einem oder mehreren pflegesensitiven Bereichen und für den Fall, dass ein pflegesensitiver Bereich nach § 3 Absatz 2 Nummer 3 oder Absatz 3 ermittelt wird,

die Mitteilung über das Erreichen des jeweiligen Schwellenwertes sowie die jeweils zugehörigen Berechnungsgrundlagen enthalten.

(2) Wenn ein Krankenhaus Einwände gegen die Ergebnisse der Ermittlung nach § 3 Absatz 1 hat, so hat es diese Einwände dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus jährlich bis zum 30. November, erstmals bis zum 30. November 2020, mitzuteilen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt dem betroffenen Krankenhaus jährlich bis zum 15. Dezember, erstmals bis zum 15. Dezember 2020, mit, ob und inwieweit es unter Berücksichtigung der Einwände zu einem anderen Ergebnis gelangt.

(3) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und den jeweiligen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes jährlich bis zum 15. Dezember, erstmals bis zum 15. Dezember 2020, Folgendes mitzuteilen:

1. für die nach § 3 Absatz 2 ermittelten pflegesensitiven Bereiche: die vom Krankenhaus verwendeten Namen der Fachabteilungen und sämtliche zu diesen Fachabteilungen gehörende Stationen,
2. für die nach § 3 Absatz 3 Nummer 1 ermittelten pflegesensitiven Bereiche: sämtliche Stationen, auf denen die Leistungen in den jeweiligen Indikatoren-DRGs der neurologischen Frührehabilitation erbracht worden sind,
3. für die nach § 3 Absatz 3 Nummer 2 ermittelten pflegesensitiven Bereiche: sämtliche Stationen, auf denen Fälle mit den in § 3 Absatz 3 Nummer 2 Buchstabe b genannten Operationen- und Prozedurenschlüsseln dokumentiert worden sind,
4. für die nach § 3 Absatz 3 Nummer 3 ermittelten pflegesensitiven Bereiche: sämtliche Stationen, auf denen die Merkmale und Strukturbedingungen der Operationen- und Prozedurenschlüssel der intensivmedizinischen Komplexbehandlung oder der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung (8-980.* oder 8-98f.*) erfüllt sind, so dass die entsprechenden Operationen- und Prozedurenschlüssel grundsätzlich verschlüsselt werden können; dies gilt unabhängig davon,
 - a) ob im Einzelfall ein Operationen- und Prozedurenschlüssel aus 8-980.* oder 8-98f.* verschlüsselt werden kann,
 - b) wie hoch der Anteil der Fälle mit einem Operationen- und Prozedurenschlüssel aus 8-980.* oder 8-98f.* an allen Fällen ist und
 - c) ob gegebenenfalls für Teile einer Station typischerweise keine Operationen- und Prozedurenschlüssel aus 8-980.* oder 8-98f.* erfasst werden,
5. für die nach § 3 Absatz 3 Nummer 4 ermittelten pflegesensitiven Bereiche: sämtliche Stationen von Fachabteilungen mit einem Fachabteilungsschlüssel der pädiatrischen Intensivmedizin sowie sämtliche Stationen, auf denen die Merkmale und Strukturbedingungen der Operationen- und Prozedurenschlüssel der intensivmedizinischen Komplexbehandlung im Kindesalter (8-98d.*) erfüllt sind, so dass die entsprechenden Operationen- und Prozedurenschlüssel grundsätzlich verschlüsselt werden können; dies gilt unabhängig davon,

- a) ob im Einzelfall ein Operationen- und Prozedurenschlüssel aus 8-98d.* verschlüsselt werden kann,
 - b) wie hoch der Anteil der Fälle mit einem Operationen- und Prozedurenschlüssel aus 8-98d.* an allen Fällen ist und
 - c) ob gegebenenfalls für Teile einer Station typischerweise keine Operationen- und Prozedurenschlüssel aus 8-98d.* erfasst werden,
6. für die nach § 3 Absatz 3 Nummer 5 ermittelten pflegesensitiven Bereiche: die vom Krankenhaus verwendeten Namen der Fachabteilungen und sämtliche zu diesen Fachabteilungen gehörenden Stationen.

Die Mitteilungen nach Satz 1 Nummer 1 bis 6 haben standortbezogen und unter Nennung der jeweils zugehörigen Bettenanzahl zu erfolgen.

(4) Sind nach Absatz 3 mitzuteilende Fachabteilungen oder Stationen oder sind pflegesensitive Bereiche, die das Institut für das Entgeltsystem nach § 3 Absatz 3 Nummer 3 bis 5 ermittelt hat, ersatzlos weggefallen, so zeigt das Krankenhaus dies jährlich bis zum 15. Dezember, erstmals bis zum 15. Dezember 2020, gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus an. Das Krankenhaus hat für sämtliche nach Absatz 3 mitzuteilenden Fachabteilungen oder Stationen Nachfolgeeinheiten zu benennen, wenn gegenüber dem Vorjahr

1. Umbenennungen erfolgt sind oder
2. strukturelle Veränderungen stattgefunden haben, auf Grund derer die betroffenen Leistungen unter Auflösung der früheren Fachabteilungen oder Stationen in anderen Versorgungseinheiten des Krankenhauses erbracht werden.

(5) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus kann Bestimmungen zur Vereinheitlichung der Verfahrensabläufe nach den Absätzen 2 bis 4 treffen.

§ 6

Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen

(1) Für die folgenden pflegesensitiven Bereiche in Krankenhäusern werden die folgenden Pflegepersonaluntergrenzen schichtbezogen als Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu einer Pflegekraft festgelegt, die unter Berücksichtigung der in Absatz 2 genannten Höchstanteile von Pflegehilfskräften auf den Stationen oder für die betroffenen intensivmedizinischen Behandlungseinheiten, die einem pflegesensitiven Bereich angehören, stets einzuhalten sind:

1. Intensivmedizin bis zum 31. Januar 2021:
 - a) in der Tagschicht: 2,5 zu 1,
 - b) in der Nachtschicht: 3,5 zu 1,
2. Intensivmedizin und pädiatrische Intensivmedizin ab dem 1. Februar 2021:
 - a) in der Tagschicht: 2 zu 1,
 - b) in der Nachtschicht: 3 zu 1,
3. Geriatrie:
 - a) in der Tagschicht: 10 zu 1,
 - b) in der Nachtschicht: 20 zu 1,

4. allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie ab dem 1. Februar 2021:

- a) in der Tagschicht: 10 zu 1,
- b) in der Nachtschicht: 20 zu 1,

5. Innere Medizin und Kardiologie ab dem 1. Februar 2021:

- a) in der Tagschicht: 10 zu 1,
- b) in der Nachtschicht: 22 zu 1,

6. Herzchirurgie ab dem 1. Februar 2021:

- a) in der Tagschicht: 7 zu 1,
- b) in der Nachtschicht: 15 zu 1,

7. Neurologie ab dem 1. Februar 2021:

- a) in der Tagschicht: 10 zu 1,
- b) in der Nachtschicht: 20 zu 1,

8. neurologische Schlaganfallereinheit ab dem 1. Februar 2021:

- a) in der Tagschicht: 3 zu 1,
- b) in der Nachtschicht: 5 zu 1,

9. neurologische Frührehabilitation ab dem 1. Februar 2021:

- a) in der Tagschicht: 5 zu 1,
- b) in der Nachtschicht: 12 zu 1,

10. Pädiatrie ab dem 1. Februar 2021:

- a) in der Tagschicht: 6 zu 1,
- b) in der Nachtschicht: 10 zu 1.

(2) Der Anteil von Pflegehilfskräften an der Gesamtzahl der Pflegekräfte darf die folgenden Grenzwerte in den folgenden pflegesensitiven Bereichen in den Krankenhäusern nicht überschreiten:

1. Intensivmedizin bis zum 31. Januar 2021:

- a) in der Tagschicht: 8 Prozent,
- b) in der Nachtschicht: 0 Prozent,

2. Intensivmedizin und pädiatrische Intensivmedizin ab dem 1. Februar 2021:

- a) in der Tagschicht: 5 Prozent,
- b) in der Nachtschicht: 5 Prozent,

3. Geriatrie:

- a) in der Tagschicht: 15 Prozent,
- b) in der Nachtschicht: 20 Prozent,

4. allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie ab dem 1. Februar 2021:

- a) in der Tagschicht: 10 Prozent,
- b) in der Nachtschicht: 10 Prozent,

5. Innere Medizin und Kardiologie ab dem 1. Februar 2021:

- a) in der Tagschicht: 10 Prozent,
- b) in der Nachtschicht: 10 Prozent,

6. Herzchirurgie ab dem 1. Februar 2021:

- a) in der Tagschicht: 5 Prozent,
- b) in der Nachtschicht: 0 Prozent,

7. Neurologie ab dem 1. Februar 2021:

- a) in der Tagschicht: 8 Prozent,
- b) in der Nachtschicht: 8 Prozent,

8. neurologische Schlaganfallereinheit ab dem 1. Februar 2021:
- in der Tagschicht: 0 Prozent,
 - in der Nachtschicht: 0 Prozent,
9. neurologische Frührehabilitation ab dem 1. Februar 2021:
- in der Tagschicht: 10 Prozent,
 - in der Nachtschicht: 10 Prozent,
10. Pädiatrie ab dem 1. Februar 2021:
- in der Tagschicht: 5 Prozent,
 - in der Nachtschicht: 5 Prozent.

(3) Führt die Anwendung der Pflegepersonaluntergrenzen zu dem Ergebnis, dass für die auf einer Station oder in einer intensivmedizinischen Behandlungseinheit zu versorgenden Patientenzahl weniger als eine Pflegekraft vorgehalten werden müsste, ist die Anwesenheit mindestens einer Pflegefachkraft sicherzustellen.

(4) Sind auf einer Station verschiedene Pflegepersonaluntergrenzen einzuhalten, so gilt schichtbezogen die Pflegepersonaluntergrenze mit der niedrigsten Anzahl von Patientinnen und Patienten im Verhältnis zu einer Pflegekraft mit dem zugehörigen Grenzwert für den Anteil von Pflegehilfskräften. Abweichend von Satz 1 sind die Pflegepersonaluntergrenzen nach Absatz 1 Nummer 1 und 2 neben den Pflegepersonaluntergrenzen nach Absatz 1 Nummer 3 bis 10 anzuwenden.

(5) Die Krankenhäuser ermitteln anhand monatlicher Durchschnittswerte, ob die Pflegepersonaluntergrenzen eingehalten werden.

§ 7

Ausnahmetatbestände

Die Pflegepersonaluntergrenzen müssen in den folgenden Fällen nicht eingehalten werden:

- bei kurzfristigen krankheitsbedingten Personalausfällen, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß hinausgehen oder
- bei starken Erhöhungen der Patientenzahlen, wie beispielsweise bei Epidemien oder bei Großschadensereignissen.

Das Krankenhaus ist verpflichtet, den jeweiligen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes

zes das Vorliegen der Voraussetzungen eines Ausnahmetatbestandes nach Satz 1 nachzuweisen.

§ 8

Personalverlagerungen

(1) Personalverlagerungen aus anderen Bereichen in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen in die pflegesensitiven Bereiche in Krankenhäusern sind unzulässig, wenn

- sich die Anzahl der Pflegefachkräfte, in Vollkräften gerechnet, in den anderen Bereichen in der unmittelbaren Patientenversorgung im Vergleich zum Vorjahr im Jahresdurchschnitt um mehr als 3 Prozent reduziert hat und
- sich in den anderen Bereichen in der unmittelbaren Patientenversorgung zugleich das Verhältnis von Pflegekräften, in Vollkräften gerechnet, zu Belegungstagen um mehr als 3 Prozent reduziert hat.

Bei der Ermittlung der Belegungstage der Fachabteilungen gilt der Entlassungstag aus einer Fachabteilung nicht als Belegungstag der entlassenden Fachabteilung.

(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus stellt jährlich zum 30. Juni fest, ob in einem Krankenhaus mit pflegesensitiven Bereichen unzulässige Personalverlagerungen gemäß Absatz 1 stattgefunden haben. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt dem betroffenen Krankenhaus das Ergebnis der Feststellung nach Satz 1. Das betroffene Krankenhaus hat das ihm übermittelte Ergebnis an die jeweiligen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes weiterzuleiten.

(3) Sind für ein Krankenhaus unzulässige Personalverlagerungen gemäß Absatz 1 festgestellt worden, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes geeignete Maßnahmen, die das Krankenhaus zur Vermeidung von Personalverlagerungen zu ergreifen hat.

§ 9

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft. Gleichzeitig tritt die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 28. Oktober 2019 (BGBl. I S. 1492), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 16. Juli 2020 (BGBl. I S. 1701) geändert worden ist, außer Kraft.

Bonn, den 9. November 2020

Der Bundesminister für Gesundheit
Jens Spahn

Anlage

(zu § 3 Absatz 1)

Indikatoren-DRGs

Folgende DRGs des German Diagnosis Related Groups Fallpauschalen-Katalogs 2020, der auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht ist, gelten als Indikatoren für das Vorhandensein eines pflegesensitiven Bereiches in Krankenhäusern:

Allgemeine Chirurgie

DRG	DRG-Bezeichnung
A01B	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 Stunden oder mit Transplantatabstoßung oder mit kombinierter Nierentransplantation oder mit kombinierter Pankreastransplantation oder Alter < 6 Jahre
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation, ohne kombinierte Pankreastransplantation, Alter > 5 Jahre
A02Z	Transplantation von Niere und Pankreas
A16A	Transplantation von Darm oder Pankreas
A16B	Injektion von Pankreasgewebe
B05Z	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom oder kleine Eingriffe an den Nerven
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
F13A	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen
F13B	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC, ohne mehrzeitige Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe
F13C	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen ohne äußerst schwere CC
F14A	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit äußerst schweren CC
F14B	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit äußerst schweren CC
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 Gefäßeingriff oder bestimmter Amputation
F27C	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne best. Amputation, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodesese des Fußes, ohne komplexen Hauteingriff, ohne best. Gefäßeingriff, mit mäßig komplexem Eingriff
F28A	Amputation mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder mit Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC
F28B	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC
F28C	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere oder schwere CC
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
F59A	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit äußerst schweren CC
F59C	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, mit aufwendigem Eingriff oder Mehrfacheingriff oder bestimmter Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag

DRG	DRG-Bezeichnung
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 bestimmtem anderen Eingriff oder PTA, mehr als ein Belegungstag, ohne aufwendigen oder bestimmten Eingr., ohne Mehrfacheingr., Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag
F59F	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, ohne aufwendigen, bestimmten oder bestimmten anderen Eingriff, ohne Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag
G01Z	Eviszeration des kleinen Beckens
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
G04Z	Adhäsioleue 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
G07B	Appendekt. od. laparoskop. Adhäsioleue bei Peritonitis mit äuß. schw. od. schw. CC od. kl. Eingriffe an Dünn-/Dickdarm, oh. äußerst schwere CC od. best. Anorektoplastik, Alt. > 2 Jahre u. Alter < 14 Jahre od. mit laparoskop. Adhäsioleue od. Rektopexie
G07C	Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Anorektoplastik, Alter > 13 Jahre, ohne laparoskopische Adhäsioleue, ohne Rektopexie
G08A	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, mit äußerst schweren CC
G08B	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, ohne äußerst schwere CC
G09Z	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis oder andere kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm
G10Z	Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz
G11B	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter außer bei Anal-fissuren und Hämorrhoiden, Alter > 5 Jahre
G12A	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur
G12B	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag
G12C	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit wenig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag
G12D	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe OR-Prozedur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexe OR-Prozedur, mit bestimmtem Eingriff oder Alter < 14 Jahre oder bei bösartiger Neubildung der Verdauungsorgane
G12E	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe OR-Prozedur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmten Eingriff, Alter > 13 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung der Verdauungsorgane

DRG	DRG-Bezeichnung
G13A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane ohne Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektroden-systems
G13B	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane mit Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektroden-systems
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff
G16A	Komplexe Rektumresektion od. andere Rektumresektion mit best. Eingriff od. komplexer Diagnose od. mehrzeitige Enterostomaanlage und -rückverlagerung, mit kompliz. Konstell. od. plastischer Rekonstruktion mit myokutanem Lappen od. IntK > -/368/- P.
G16B	Komplexe Rektumresektion od. andere Rektumresektion mit best. Eingriff od. komplexer Diagnose od. mehrz. Enterostomaanlage und -rückverlagerung, ohne kompliz. Konstell., ohne plastische Rekonstruktion mit myokutanem Lappen, ohne IntK > -/368/- Punkte
G17A	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, bei bösartiger Neubildung
G17B	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, außer bei bösartiger Neubildung
G18A	Bestimmte Eingriffe an Dünn-/Dickdarm od. Anlegen eines Enterostomas od. andere Eingriffe am Darm mit auß. schw. CC mit hochkompl. Ingr. od. kompliz. Diag. od. mit sehr kompl. Ingr. od. aufwendigem Ingr. mit auß. schw. CC, mit Komplexbehandlung MRE
G18B	Bestimmte Eingriffe an Dünn-/Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder anderer Eingriff am Darm mit äußerst schweren CC mit sehr komplexem Ingr. oder aufwendigem Eingriff mit äußerst schweren CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
G18C	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne aufwendigen Eingriff oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, mit komplexem Eingriff
G18D	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose
G19A	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, mit komplizierender Konstellation oder bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre
G19B	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff
G19C	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff
G21B	Komplexe Adhäsiole am Peritoneum, Alter > 3 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm und Enterostoma oder bestimmte Eingriffe am Pharynx, mit äußerst schweren CC oder aufwendigem Eingriff am Darm, Alter > 15 Jahre
G21C	Andere Eingriffe an Darm und Enterostoma oder bestimmte Eingriffe am Pharynx ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff am Darm
G22A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiole bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung
G22B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiole bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 9 Jahre, mit laparoskopischer Adhäsiole oder Alter < 16 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung
G22C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiole bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung
G23A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiole außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung
G23B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiole außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung
G24A	Eingriffe bei Hernien mit plastischer Rekonstruktion der Bauchwand
G24B	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC

DRG	DRG-Bezeichnung
G24C	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
G26A	Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Anal-fissuren und Hämorrhoiden, Alter < 16 Jahre oder bei bestimmter bösartiger Neubildung oder mit kleinem Eingriff am Rektum
G26B	Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Anal-fissuren und Hämorrhoiden, Alter > 15 Jahre, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, ohne kleinen Eingriff am Rektum
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176/1104/1104 Aufwandspunkte und < 1471/1381/- Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392/552/- Aufwandspunkte und < 1177/1105/- Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G37Z	Multiviszerealeingriff 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 Organ-system
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.
H02A	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen, Alter > 13 Jahre, bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmter biliodigestiver Anastomose
H02B	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen, Alter > 13 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmte biliodigestive Anastomose
H05Z	Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen
H06A	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit aufwendigem Eingriff und bestimmten komplizierenden Faktoren
H07A	Cholezystektomie und wenig komplexe Eingriffe an Gallenblase, Gallenwegen, Leber mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation
H07B	Cholezystektomie und wenig komplexe Eingriffe an Gallenblase, Gallenwegen, Leber ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation
H08A	Laparoskopische Cholezystektomie mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, Alter < 12 Jahre oder mit laparoskopischer Steinentfernung
H08C	Laparoskopische Cholezystektomie ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 11 Jahre, ohne laparoskopische Steinentfernung
H09A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC, mit bestimmtem Eingriff an Leber, Pankreas und Gallen-gängen
H09B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC oder ohne äußerst schwere CC, mit bestimmtem Eingriff am Pankreas oder bei bösartiger Neubildung
H09C	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff am Pankreas, außer bei bös-artiger Neubildung
H12B	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff

DRG	DRG-Bezeichnung
H12C	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren 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
H38B	Andere komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I02D	Kleinflächige oder großflächige Gewebe-/Hauttransplantation außer an der Hand, mit äußerst schweren CC
I03B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrodesen od. Alter < 16 Jahre oder beidseitige od. mehrere gr. Ingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, ohne äuß. schw. CC, ohne mehrzeit. Wechsel, ohne Ingr. an mehr. Lok.
I07A	Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I07B	Bestimmte Amputation am Fuß
I14Z	Revision eines Amputationsstumpfes
I20C	Eingriffe am Fuß ohne mehrere komplexe Eingriffe, ohne hochkomplexen Eingriff, mit bestimmten komplizierenden Faktoren
I20D	Eingriffe am Fuß ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit Knochentransplantation oder schwerem Weichteilschaden oder bestimmtem Eingriff am Fuß oder Implantation einer Vorfuß- oder Zehenendoprothese oder Kalkaneusfraktur
I24B	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre
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 Fingersersatz
I30C	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk ohne bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere 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
J02A	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion/Entzündung oder ausgedehnte Lymphadenektomie oder Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomose, mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff
J02B	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extr. bei Ulkus od. Infektion/Entzündung od. ausgedehnte Lymphadenekt. oder Gewebetransplant. mit mikrovask. Anastomose, mit äuß. schw. CC, oh. kompl. Ingr. od. oh. äuß. schw. CC, m. kompl. Ingr.
J02C	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion/Entzündung oder ausgedehnte Lymphadenektomie, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
J03Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion/Entzündung
J09A	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter < 16 Jahre
J09B	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre
J11D	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne kompliz. Diag., ohne mäßig kompl. Proz. od. Diag., Alter > 17 J. od. ohne äuß. schw. oder schw. CC, ohne best. Ingr., ohne Hidradenitis suppurativa, auß. b. BNB od. Pemphigoid, oh. kl. Ingr. an d. Haut
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J64C	Andere Infektion/Entzündung der Haut und Unterhaut, Alter > 5 Jahre
K04Z	Große Eingriffe bei Adipositas
K06A	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus mit IntK > 392/368/- Punkte oder bei BNB, mit äußerst schweren CC oder Parathyreoidektomie oder äußerst schwere oder schwere CC, mit Thyreoidektomie durch Sternotomie

DRG	DRG-Bezeichnung
K06B	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392/368/- Punkte, bei BNB oder mit äuß. schw. oder schw. CC oder Ingr. an der Schilddrüse außer kl. Ingr., mit Thyreoidektomie durch Sternotomie oder Alter < 16 Jahre
K06C	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse u. Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392/368/- Punkte, außer bei BNB, oh. auß. schw. oder schw. CC, mit Ingr. an der Schilddrüse außer kl. Eingriffe, ohne Thyreoidektomie durch Sternotomie, Alter > 15 Jahre
K06D	Kleine Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392/368/- Punkte, außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC
K07Z	Andere Eingriffe bei Adipositas
K14Z	Andere Eingriffe an der Nebenniere oder ausgedehnte Lymphadenektomie
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
L02C	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre, ohne akute Niereninsuffizienz, ohne chronische Niereninsuffizienz mit Dialyse
Q01Z	Eingriffe an der Milz
X01A	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, freier Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder komplizierender Diagnose oder komplexer Prozedur, mit äußerst schweren CC
X01B	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, mit komplexer Diagnose oder Prozedur oder äußerst schw. CC, mehr als 1 BT
Z02Z	Leberspende (Lebendspende)
Z03Z	Nierenspende (Lebendspende)

Geriatric

DRG	DRG-Bezeichnung
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
E42Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
F48Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
G14Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G52Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
H44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I41Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
K01Z	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Frührehabilitation oder geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung
K44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

DRG	DRG-Bezeichnung
L44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
T44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei infektiösen und parasitären Krankheiten
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen

Herzchirurgie

DRG	DRG-Bezeichnung
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden
A05A	Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2646/2484/- Aufwandspunkte
A05B	Herztransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2646/2484/- Aufwandspunkte
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit bestimmter komplizierender Konstellation oder bestimmtem Zweifacheingriff
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Mehrfacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie oder IntK > 392/368/- Aufwandspunkte oder bestimmter anderer komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie
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
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 J., IntK < 197/185/- P., mit Zweifacheingr. od. bei angeb. Herzfehler, oh. kompl. Eingr. od. oh. Zweifacheingr., auß. bei angeb. Herzfehler, Alter > 15 J., mit Impl. klappentragende Gefäßprothese
F03F	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 0 J., ohne Eingr. in tiefer Hypoth., IntK < 197/185/- P., ohne Zweifacheingr., auß. bei Endokarditis, auß. b. angeb. Herzfehler, Alter > 15 J., ohne Impl. klappentr. Gefäßpr.
F05Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder intraoperativer Ablation, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bestimmte Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie
F06A	Koronare Bypass-Operation mit bestimmten mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392/368/- Aufwandspunkte
F06B	Koronare Bypass-Operation mit anderen mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392/368/- Aufwandspunkte
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit kompl. Konstellation oder IntK > 392/368/- Aufwandspunkte oder Karotiseingriff
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder mit intraoperativer Ablation oder schwersten CC oder Implantation eines herzunterstützenden Systems
F06E	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne intraoperative Ablation, ohne schwerste CC, ohne Implantation eines herzunterstützenden Systems
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit best. kompliz. Konst. oder komp. Operation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > -/368/- Aufwandspunkte oder < 18 J. mit Reop. od. and. kompliz. Konst., mit best. komp. Eingr.
F07B	Andere Eingriffe mit HLM, Alter < 1 J. od. mit best. kompliz. Konst. od. IntK > -/368/- P., ohne best. komp. Eingr. oder Alter > 0 J., IntK < -/369/- P., mit and. kompl. Eingr. mit Reop. an Herz oder Perikard oder mit best. and. kompliz. Konst.
F07C	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, IntK < -/369/- P. oder Alter > 17 Jahre oder ohne Reop. oder ohne and. kompliz. Konst., ohne and. kompl. Eingriffe oder ohne Reop. an Herz oder Perikard oder ohne best. andere kompliz. Konst.

DRG	DRG-Bezeichnung
F09A	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, Alter < 16 Jahre, mit komplizierender Konstellation oder Exzision am Vorhof
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. Herzkl.
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
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

Innere Medizin

DRG	DRG-Bezeichnung
A15A	Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, autogen, mit zweiter Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt
B12Z	Implantation eines Herzschrittmachers bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
B82Z	Andere Erkrankungen an peripheren Nerven
E37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E40B	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre oder bei Para-/Tetraplegie
E40C	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur, ohne äußerst schwere CC, außer bei Para-/Tetraplegie
E41Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E63B	Schlafapnoesyndrom oder Polysomnographie oder kardiorespiratorische Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte invasive kardiologische Diagnostik
E64A	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder Lungenembolie
E64C	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
E64D	Respiratorische Insuffizienz, ein Belegungstag
E65A	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung mit äuß. schw. CC od. mit komplizierender Diagnose od. best. hochaufw. Behandlung od. Bronchitis u. Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äuß. schw. od. schw. CC, Alter < 1 J., mit RS-Virus-Infekt.
E65B	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, mit FEV1 < 35 % und mehr als ein Belegungstag oder Alter < 1 Jahr oder mit bestimmter mäßig aufwendiger/aufwendiger Behandlung
E65C	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, ohne FEV1 < 35 % oder ein Belegungstag oder Alter > 1 Jahr, ohne bestimmte mäßig aufwendige/aufwendige Behandlung
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
E69B	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als 1 BT u. Alter > 55 J. od. mit äuß. schw. od. schw. CC, Alt. > 0 J. od. 1 BT od. oh. äuß. schw. od. schw. CC, Alt. < 1 J. od. flex. Bronchoskopie, Alt. < 16 J. od. best. mäßig aufw. Beh., m. RS-Virus-Infekt.
E69C	Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag oder ohne äuß. schw. oder schw. CC oder Alter < 56 Jahre oder Beschwerden und Symptome der Atmung oder Störungen der Atmung mit Ursache in der Neonatalperiode, ohne bestimmte aufw./hochaufw. Behandlung
E71A	Neubildungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Bezeichnung
E71C	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne Bronchoskopie, ohne bestimmte Lungenbiopsie, mit endoskopischer Biopsie am Respirationstrakt, ohne Chemotherapie
E73A	Pleuraerguss mit äußerst schweren CC
E73B	Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC
E74Z	Interstitielle Lungenerkrankung
E75B	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
E75C	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose
E76B	Tuberkulose bis 14 Belegungstage oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
E77A	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392/368/- Aufwandspunkte
E77C	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit and. kompliz. Konst. od. schwersten CC oder äuß. schw. CC mit kompl. Diagnose od. mit Komplexbeh. MRE od. best. hochaufwend. Behandlung od. angeb. Fehlbildungssyndrom od. Alter < 10 J.
E77D	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane, Alter > 9 Jahre
E78Z	Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung, bis 2 Belegungstage
E79A	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit äußerst schweren CC mit bestimmten Infektionen oder Entzündungen
E79B	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, bei Para-/Tetraplegie oder mit bestimmter mäßig aufwendiger Behandlung oder mit bestimmter Pneumonie, mehr als ein Belegungstag
E79C	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komp. Diagnose, ohne äußerst schwere CC od. ein Belegungstag, außer bei Para-/Tetraplegie, ohne best. mäßig aufwend. Behandlung
F01B	Implantation Kardioverter/Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation mit komplizierenden Faktoren oder neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mehr als 24 Stunden mit komplizierenden Faktoren
F01E	Impl. Kardioverter/Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation od. aufwendige Sondenentfernung od. Aggregatwechsel S-ICD ohne Änderung der Sonde, ohne Impl. Drucksens. in Pulmonalarterie, ohne Impl. eines intrakardialen Pulsgenerators, Alter > 17 J.
F01F	Impl. Kardioverter/Defibrillator (AICD), Einkammer-Stimulation, ohne zusätzl. Herz- od. Gefäßeingriff, ohne IntK > 392/368/- P., ohne äuß. schw. CC, ohne aufw. Sondenentf., ohne Impl. Drucksens. in Pulmonalart., ohne Impl. Pulsgen., Alter > 17 J.
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, Alter > 15 Jahre, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen
F12F	Impl. HSM, Zweikammersys., oh. äuß. schwere CC, oh. isol. offen chir. Sondenimpl., oh. aufw. Sondenentf., oh. mäßig kompl. PTCA od. Impl. HSM, Einkammersys., oh. invasive kardiolog. Diag. bei best. Eingr., mit Impl. Ereignisrekorders, Alter > 15 J.
F12G	Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders
F17B	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammer- oder Zweikammersystem, Alter > 15 Jahre
F18D	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters/Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, ohne komplexen Eingriff
F24A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC
F24B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Bezeichnung
F37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
F41B	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt ohne äußerst schwere CC
F43C	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 15 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392/368/552 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte OR-Prozedur
F45Z	Frührehabilitation 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
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196/184/368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne best. kompl. Diagnose, mit best. Eingr.
F49G	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196/184/368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Eingriff
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie
F58A	Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC
F58B	Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC
F60A	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC
F60B	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äußerst schwere CC
F61A	Infektiöse Endokarditis mit komplizierender Diagnose oder mit komplizierender Konstellation
F61B	Infektiöse Endokarditis ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation
F62A	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder komplizierender Diagnose oder mit bestimmter hochaufwendiger Behandlung mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196/184/368 Punkte oder komplizierender Konstellation
F62B	Herzinsuff. und Schock mit äuß. schw. CC, mit Dialyse oder kompliz. Diag. od. mit best. hochaufw. Beh. od. ohne kompliz. Konst., ohne best. hochaufw. Beh., mehr als 1 BT bei best. akuten Nierenvers. mit äuß. schw. CC od. Komplexbeh. des akut. Schlaganf.
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äuß. schw. CC od. ohne Dialyse, ohne kompliz. Diagnose, ohne kompliz. Konst., ohne best. hochaufw. Beh., mehr als 1 Belegungstag, ohne best. akut. Nierenvers. od. ohne äuß. schw. CC. ohne Komplexbeh. des akut. Schlaganf.
F62D	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung, ein Belegungstag
F63A	Venenthrombose mit äußerst schweren CC
F63B	Venenthrombose ohne äußerst schwere CC
F66A	Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC
F66B	Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC
F67A	Hypertonie mit äußerst schweren CC oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung
F67B	Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder schweren CC oder bestimmter mäßig aufwendiger/aufwendiger Behandlung
F67D	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige/aufwendige Behandlung, Alter > 17 Jahre

DRG	DRG-Bezeichnung
F69A	Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC
F71A	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit kathetergestützter elektrophysiologischer Untersuchung des Herzens oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung
F72A	Angina pectoris mit äußerst schweren CC
F72B	Angina pectoris ohne äußerst schwere CC
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
F77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
G40A	Bestimmte komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G40B	Andere komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G46A	Komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC oder andere Gastroskopie bei schw. Krankh. der Verd.organe, mit äußerst schweren CC, Alter < 15 Jahre, mehr als ein BT
G46B	Komplexe therapeutische Gastroskopie mit schw. CC od. and. Gastroskopie bei äuß. schw. CC, bei schw. Krankh. der Verd.organe, Alter > 14 J., mehr als 1 BT od. best. Gastroskopie, Alter < 15 J. od. mit kompliz. Faktoren od. ERCP mit and. endoskop. Eingr.
G46C	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsorgane und äuß. schw. oder schw. CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit kompliz. Faktoren, ohne ERCP mit and. endoskop. Eingr.
G47A	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, Alter < 16 Jahre oder mit endoskopischer submukosaler Dissektion am Dickdarm, ein Belegungstag
G47B	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, Alter > 15 Jahre, ohne endoskopische submukosale Dissektion am Dickdarm oder mehr als ein Belegungstag
G48A	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, mit schwerer Darminfektion oder bei Zustand nach Organtransplantation
G48B	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, ohne schwere Darminfektion, außer bei Zustand nach Organtransplantation
G50Z	Komplexe therapeutische Gastroskopie und bestimmte andere Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 14 Jahre
G60A	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC oder bestimmte hochaufwendige Behandlung
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung
G64A	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC
G64B	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre oder ohne schwere CC
G66Z	Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 55 Jahre und mit CC
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit bestimmten komplizierenden Faktoren

DRG	DRG-Bezeichnung
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
G70B	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane
G73Z	Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
G74Z	Hämorrhoiden oder andere wenig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane
G77A	Bestimmte Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G77B	Andere Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
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
H40A	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung mit äußerst schweren CC
H40B	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung ohne äußerst schwere CC
H41A	Bestimmte ERCP mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, mit Zugang durch retrograde Endoskopie
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 komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, ohne komplexe Prozedur oder andere ERCP, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit Radiofrequenzablation und endoskopischer Stentimplantation
H41D	Andere aufwendige ERCP ohne bestimmte ERCP, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff, ohne Radiofrequenzablation mit endoskopischer Stentimplantation oder bestimmte endoskopische Eingriffe
H41E	Andere ERCP ohne bestimmte ERCP, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff, ohne Radiofrequenzablation mit endoskopischer Stentimplantation
H60Z	Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC
H61A	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Pfortaderthrombose
H61C	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose, Alter > 16 Jahre
H62B	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, mit akuter Pankreatitis oder Leberzirrhose oder bestimmter nichtinfektiöser Hepatitis, Alter > 15 Jahre
H62C	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, ohne akute Pankreatitis, ohne Leberzirrhose, ohne bestimmte nichtinfektiöse Hepatitis
H63A	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und best. nichtinfekt. Hepatitiden, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose und äußerst schw. oder schw. CC oder mit kompl. Diagnose oder äußerst schw. oder schw. CC, Alter < 1 J.
H63B	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 0 Jahre
H63C	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose und ohne äußerst schwere oder schwere CC
H64Z	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen
H77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas

DRG	DRG-Bezeichnung
H78Z	Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I66B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196/184/- Aufwandspunkte
I79Z	Fibromyalgie
J64A	Infektion/Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus mit äußerst schweren CC
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
K60E	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag
K60F	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose
K62A	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para-/Tetrapleg. oder mit kompliz. Diagnose oder endoskopischer Einlage eines Magenballons oder Alter < 16 Jahre, mit äußerst schweren CC oder best. aufwendiger/hochaufw. Behandlung, mehr als ein Belegungstag
K62B	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para-/Tetrapleg. oder mit kompliz. Diagnose oder endoskop. Einlage eines Magenballons oder Alter < 16 Jahre, ein Belegungstag od. ohne äußerst schwere CC od. ohne best. aufwendige/hochaufwendige Behandlung
K62C	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para-/Tetraplegie, ohne kompliz. Diagnose, ohne endoskopische Einlage eines Magenballons, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne best. aufwendige/hochaufwendige Behandlung, Alter > 15 Jahre
K64C	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre oder mit bestimmter komplexer Diagnose oder mit invasiver endokrinologischer Diagnostik oder Alter < 18 Jahre bei bösartiger Neubildung
K64D	Endokrinopathien ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne invasive endokrinologische Diagnostik, Alter > 17 Jahre oder außer bei bösartiger Neubildung
K77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
L36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > -/552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L60A	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392/368/- Aufwandspunkte oder mit Dialyse und akutem Nierenversagen und äußerst schweren CC oder mit Dialyse und komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre
L60B	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse und komplizierenden Faktoren oder äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
L60C	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC oder Alter < 18 Jahre mit schweren CC oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196/184/- Aufwandspunkte
L60D	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre oder ohne schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196/184/- Aufwandspunkte
L63B	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung, Alter > 5 Jahre
L63C	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung, ohne Komplexbeh. bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, mit Komplexbeh. bei multiresistenten Erregern od. best. aufw. Beh.
L63E	Infektionen der Harnorgane oh. äuß. schwere CC, oh. bestimmte mäßig aufwendige/aufwendige/hochaufwendige Behndl., oh. Komplexbehandlung MRE, oh. best. schwere Infektionen, Alter > 2 J. und < 6 J. oder Alter < 18 J. mit schweren CC oder Alter > 89 J.
L69B	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
Q61A	Andere Erkrankungen der Erythrozyten mit äußerst schweren CC
Q61B	Andere Erkrankungen der Erythrozyten, ohne äußerst schwere CC
Q62Z	Andere Anämie
Q63B	Aplastische Anämie, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Bezeichnung
R60F	Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
R61D	Lymphom u. nicht akute Leukämie mit Agranuloz., Portimpl., Komplexbeh. MRE od. kompl. Diag. b. Leuk., Alt. > 15 J., m. intens. Chemoth. od. Alt. < 18 J. od. m. äuß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndr. od. Blastenkr., oh. kompl. Diag. b. Leuk., oh. schwerste CC
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplant. oder Komplexbehandlung MRE oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre, oh. intensive Chemoth.
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie oh. bestimmte kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, Alter < 16 Jahre od. mit kompl. Diagnose od. kompliz. Prozedur, Alter > 15 Jahre, oh. best. Lymphom mit best. Chemoth., oh. kompl. Diagnose, oh. andere Komplexbeh. MRE
R61H	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Prozedur, Alter > 15 Jahre
R62B	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne kompliz. Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr, ohne komplexe Diagnose, ohne kompliz. Konstellation
R65Z	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit
S63A	Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit mit Herzinfarkt oder bei chronisch ischämischer Herzkrankheit oder äußerst schweren CC
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, außer bei chronisch ischämischer Herzkrankheit, ohne äußerst schwere CC
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392/368/- Aufwandspunkte
T60C	Sepsis m. kompliz. Konst. od. b. Z.n. Organ-Tx, oh. äuß. schw. CC, oh. IntK > 392/368/- Punkte od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z.n. Organ-Tx, m. kompl. Diag. od. äuß. schw. CC, Alt. > 17 J., oh. Para-/Tetrapl., oh. kompliz. ERCP, oh. schwerste CC
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
T60F	Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196/184/- Aufwandspunkte
T60G	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196/184/- Aufwandspunkte, ein Belegungstag
T62A	Fieber unbekannter Ursache mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre
T64C	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose
T77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten
U60B	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
U63Z	Schwere affektive Störungen
V40Z	Qualifizierter Entzug
V60A	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom oder HIV-Krankheit
V60B	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, ohne HIV-Krankheit
V61Z	Drogenintoxikation und -entzug

DRG	DRG-Bezeichnung
V63Z	Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit
V64Z	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit
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

Kardiologie

DRG	DRG-Bezeichnung
B12Z	Implantation eines Herzschrittmachers bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
F01A	Implantation Kardioverter/Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stimulation oder Defibrillator mit kompliz. Faktoren oder myokardstimulierendes System oder aufwendige Sondenentf. mit kompliz. Faktoren oder Zweikammer-Stimulation mit kompliz. Faktoren
F01B	Implantation Kardioverter/Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation mit komplizierenden Faktoren oder neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mehr als 24 Stunden mit komplizierenden Faktoren
F01C	Implantation Kardioverter/Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode, ohne komplizierende Faktoren oder Impl. eines Drucksensors in die Pulmonalarterie oder Impl. eines intrakardialen Pulsgenerators
F01D	Implantation Kardioverter/Defibrillator (AICD), Zwei- oder Einkammer-Stim. mit äußerst schweren CC oder Einkammer-Stim. mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder mit IntK > 392/368/- AP oder best. Sondenentfernung oder Alter < 18 Jahre
F01E	Impl. Kardioverter/Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation od. aufwendige Sondenentfernung od. Aggregatwechsel S-ICD ohne Änderung der Sonde, ohne Impl. Drucksens. in Pulmonalarterie, ohne Impl. eines intrakardialen Pulsgenerators, Alter > 17 J.
F01F	Impl. Kardioverter/Defibrillator (AICD), Einkammer-Stimulation, ohne zusätzl. Herz- od. Gefäßeingriff, ohne IntK > 392/368/- P., ohne äuß. schw. CC, ohne aufw. Sondenentf., ohne Impl. Drucksens. in Pulmonalart., ohne Impl. Pulsgen., Alter > 17 J.
F02A	Aggregatwechsel eines Kardioverters/Defibrillators (AICD), Zwei- oder Dreikammer-Stimulation
F02B	Aggregatwechsel eines Kardioverters/Defibrillators (AICD), Einkammer-Stimulation
F09B	Andere kardiotorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne Exzision am Vorhof, mit mäßig komplexen kardiotorakalen Eingriffen, mit äußerst schweren CC
F09C	Andere kardiotorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne Exzision am Vorhof, ohne äußerst schwere CC oder ohne mäßig komplexen kardiotorakalen Eingriffen
F12A	Implantation eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem mit äuß. schw. CC oder ablativ. Maßnahmen oder PTCA oder mit aufwendiger Sondenentfernung mit kompliz. Faktoren oder mit Revision eines Herzschrittm. oder AICD ohne Aggregatw. mit kompliz. Faktoren
F12B	Implantation eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem ohne äußerst schwere CC, ohne ablativ. Maßnahme, ohne PTCA oder Implantation eines Herzschrittmachers ohne aufwendige Sondenentfernung mit komplizierenden Faktoren
F12C	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, mit komplexem Eingriff oder Alter < 16 Jahre
F12D	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC oder isolierter offen chirurgischer Sondenimplantation oder aufwendiger Sondenentfernung oder mäßig komplexer PTCA
F12E	Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem, Alter > 15 Jahre, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen
F12F	Impl. HSM, Zweikammersys., oh. äuß. schwere CC, oh. isol. offen chir. Sondenimpl., oh. aufw. Sondenentf., oh. mäßig kompl. PTCA od. Impl. HSM, Einkammersys., oh. invasive kardiolog. Diag. bei best. Eingr., mit Impl. Ereignisrekorders, Alter > 15 J.
F12G	Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders

DRG	DRG-Bezeichnung
F15Z	Perkutane Koronarangioplastie mit komplizierender Konstellation mit komplexer Diagn. u. hochkompl. Intervention od. m. best. Rekanalisationsverf., Alt. < 16 J. od. inv. kardiolog. Diagnostik, mit kompliz. Konst. od. Endokarditis, mehr als 2 Belegungstage
F17A	Wechsel eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem oder Alter < 16 Jahre
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
F18B	Revision Herzschrittmacher od. Kardioverter/Defibrillator (AICD) oh. Aggregatw., Alt. < 16 J. od. mit äuß. schw. CC, oh. kompl. Eingr., oh. aufwend. Sondenentf. od. Alt. > 15 J., oh. äuß. schw. CC mit kompl. Eingr., mit intralum. exp. Extraktionshilfe
F18C	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters/Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, mit komplexem Eingriff, ohne intraluminale expandierende Extraktionshilfe
F18D	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters/Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, ohne komplexen Eingriff
F19A	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC
F19B	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC
F24A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC
F24B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC
F37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
F41A	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt mit äußerst schweren CC
F41B	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt ohne äußerst schwere CC
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392/552/552 Aufwandspunkte
F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems ohne IntK > 392/552/552 Punkte, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder bestimmter OR-Prozedur oder IntK > -/368/- Punkte
F43C	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 15 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392/368/552 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte OR-Prozedur
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
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
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne IntK > 196/184/368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne schwere CC bei BT > 1, mit kardialen Mapping oder bestimmter komplexer Diagnose
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196/184/368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne best. kompl. Diagnose, mit best. Eingr.
F49G	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196/184/368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Eingriff
F50A	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit komplexer Ablation im linken Vorhof oder hochkomplexer Ablation oder Implantation eines Ereignisrekorders oder Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Bezeichnung
F50B	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit komplexer Ablation, ohne komplexe Ablation im linken Vorhof, ohne hochkomplexe Ablation, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, Alter > 15 Jahre
F50C	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen ohne komplexe Ablation, ohne komplexe Ablation im linken Vorhof, ohne hochkomplexe Ablation, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, Alter > 15 Jahre
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie
F58A	Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC
F58B	Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC
F60A	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC
F60B	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äußerst schwere CC
F61A	Infektiöse Endokarditis mit komplizierender Diagnose oder mit komplizierender Konstellation
F61B	Infektiöse Endokarditis ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation
F62A	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder komplizierender Diagnose oder mit bestimmter hochaufwendiger Behandlung mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196/184/368 Punkte oder komplizierender Konstellation
F62B	Herzinsuff. und Schock mit äuß. schw. CC, mit Dialyse oder kompliz. Diag. od. mit best. hochaufw. Beh. od. ohne kompliz. Konst., ohne best. hochaufw. Beh., mehr als 1 BT bei best. akuten Nierenvers. mit äuß. schw. CC od. Komplexbeh. des akut. Schlaganf.
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äuß. schw. CC od. ohne Dialyse, ohne kompliz. Diagnose, ohne kompliz. Konst., ohne best. hochaufw. Beh., mehr als 1 Belegungstag, ohne best. akut. Nierenvers. od. ohne äuß. schw. CC. ohne Komplexbeh. des akut. Schlaganf.
F62D	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung, ein Belegungstag
F66A	Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC
F66B	Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC
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
F70A	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren CC
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC
F71A	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit kathetergestützter elektrophysiologischer Untersuchung des Herzens oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung
F72A	Angina pectoris mit äußerst schweren CC
F72B	Angina pectoris ohne äußerst schwere CC
F74Z	Thoraxschmerz und sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems
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
F95A	Interventioneller Septumverschluss, Alter < 18 Jahre oder Vorhofohrverschluss
F95B	Interventioneller Septumverschluss, Alter > 17 Jahre, ohne Vorhofohrverschluss

DRG	DRG-Bezeichnung
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

Neurologie

DRG	DRG-Bezeichnung
A07F	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392/184/368 Aufwandspunkte, ohne Beatmung > 1799 Stunden
A43Z	Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom
B02E	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte komplizierende Faktoren
B04A	Interventionelle oder beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC
B04B	Beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC oder mehrzeitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen oder äußerst schwere CC
B11Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur
B13Z	Epilepsiechirurgie mit invasivem präoperativen Video-EEG
B17A	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplexer Diagnose oder Implantation eines Ereignis-Rekorders
B17B	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und and. Teilen des Nervensystems oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystr. od. Neurop., mit best. kompl. Eingr., Alter < 16 J. oder mit mäßig kompl. Eingr., Alter < 19 J. oder mit äuß. schw. oder schw. CC
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation
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.
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
B43Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage
B45Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392/368/828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para-/Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen
B49Z	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson
B60A	Nicht akute Paraplegie/Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag
B60B	Nicht akute Paraplegie/Tetraplegie, ein Belegungstag
B63Z	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion
B66B	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre, ohne komplizierende Konstellation

DRG	DRG-Bezeichnung
B66D	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
B67A	Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung
B67B	Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung
B68A	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
B68C	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose
B68D	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B69A	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden
B69B	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, mit äußerst schweren CC
B69C	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurol. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Std., ohne äußerst schw. CC oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls oder mit auß. schw. CC
B69D	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne äußerst schwere CC
B70A	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit komplizierender Diagnose
B70B	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierende Diagnose oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196/184/- Aufwandspunkte
B70C	Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std., mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolyse oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Std.
B70D	Apoplexie ohne komplexen zerebrovaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose oder systemische Thrombolyse, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Stunden oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std.
B70E	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolyse
B70F	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne komplexen zerebrovaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose, ohne systemische Thrombolyse
B70G	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme
B70H	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme
B70I	Apoplexie, ein Belegungstag
B71A	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose oder Komplexbehandlung der Hand, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder bei Para-/Tetraplegie mit äußerst schweren oder schweren CC
B71B	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, mit schweren CC oder bei Para-/Tetraplegie oder mit Komplexbehandlung der Hand oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC, bei Para-/Tetraplegie
B71C	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne Komplexbehandlung der Hand oder mit kompl. Diagnose, ohne schw. CC oder außer bei Para-/Tetraplegie oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC, außer bei Para-/Tetraplegie
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC
B72B	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, mehr als ein Belegungstag
B73Z	Virusmeningitis oder Infektion des Nervensystems, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag

DRG	DRG-Bezeichnung
B74Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B76A	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie
B76B	Anfälle, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC oder Alter < 3 Jahre oder komplexer Diagnose oder EEG, Alter < 1 Jahr, mehr als ein Belegungstag oder mit bestimmter Diagnose, mit komplexer Diagnose
B76C	Anfälle, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mehr als ein Belegungstag, mit schweren CC, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder EEG, Alter < 1 Jahr, mehr als ein Belegungstag oder mit bestimmter Diagnose, ohne komplexe Diagnose
B76D	Anfälle, Alter < 6 Jahre oder komplizierende Diagnose oder EEG, mehr als ein Belegungstag
B76E	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, ohne bestimmte Diagnose, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B77Z	Kopfschmerzen
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
B84Z	Vaskuläre Myelopathien
B85A	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit hochkomplexer Diagnose oder mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder bestimmter aufwendiger/hochaufwendiger Behandlung
B85B	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, ohne hochkomplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige/hochaufwendige Behandlung
B85C	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, zerebrale Lähmungen oder Delirium
B85D	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose
B86Z	Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet und Krankheit des Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet
C61Z	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges
D61Z	Gleichgewichtsstörung, Hörverlust und Tinnitus
K43Z	Frührehabilitation bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
T64B	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag
U61Z	Schizophrenie, wahnhaft und akut psychotische Störungen
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen
W01A	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392/368/552 Aufwandspunkte, mit Frührehabilitation
W40Z	Frührehabilitation bei Polytrauma

Neurologische Frührehabilitation

DRG	DRG-Bezeichnung
A43Z	Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom
B11Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur
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
B43Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage

DRG	DRG-Bezeichnung
W01A	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392/368/552 Aufwandspunkte, mit Frührehabilitation
W40Z	Frührehabilitation bei Polytrauma

Unfallchirurgie

DRG	DRG-Bezeichnung
B80Z	Andere Kopfverletzungen
E66A	Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose
E66B	Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose
I01Z	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose
I02A	Großfl. Gewebe-/Hauttransplantation außer an der Hand, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit schwerem Weichteilschaden, mit äußerst schweren CC und komplexer OR-Prozedur
I02B	Großfl. Gewebe-/Hauttransplantation m. kompliz. Konst., Eingr. an mehr. Lokal. od. schw. Weichteilsch., m. äuß. schw. CC od. kompl. OR-Proz. od. mit hochkompl. Gewebe-Tx od. Vakuumbeh. od. BNB u. kompl. OR-Proz. od. kompl. Gewebe-Tx m. äuß. schw. CC
I02C	Großfl. Gewebe-/Hauttransplantation außer an der Hand, mit kompliz. Konst., Eingriff an mehreren Lokalisationen oder schw. Weichteilschaden, bei BNB und kompl. OR-Proz. m. äußerst schweren oder schweren CC od. komplexer Gewebe-Tx m. äußerst schweren CC
I03A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrodesen od. Alter < 16 Jahre oder beidseitige od. mehrere gr. Eingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, mit äuß. schw. CC oder mehrzeitigem Wechsel oder Eingr. an mehr. Lok.
I05A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesen, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC
I05B	Implantation oder Wechsel einer inversen Endoprothese am Schultergelenk oder Implantation einer Sprunggelenkendoprothese
I05C	Anderer großer Gelenkersatz ohne Implantation oder Wechsel einer inversen Endoprothese am Schultergelenk, ohne Implantation einer Sprunggelenkendoprothese
I08A	And. Eingr. Hüftgel. mit kompl. Proz. od. Eingr. in Komb. Hüftg. und ob. Extr. od. WS od. best. kompl. Fakt. mit best. Eingriffen mit best. Diag. od. best. Beckenrepos. od. kompl. Fakt. od. kompl. Proz. od. Diag. od. äuß. schw. CC bei BNB WS und Becken
I08B	And. Eingr. Hüftgel. mit kompl. Proz. od. Eingr. in Komb. Hüftg. und ob. Extr. od. WS od. best. kompl. Fakt., oh. best. Eingriffe mit best. Diag., oh. best. Beckenrepos., oh. kompl. Fakt. od. kompl. Proz. od. Diag. od. äuß. schw. CC oh. BNB WS und Becken
I08C	And. Eingr. Hüftgel. mit mäßig kompl. Eingriff ohne best. kompl. Faktoren, ohne best. kompl. Proz. od. m. kompl. Proz. od. Diagn. od. Alter < 6 J. od. Eingr. in Komb. Hüftgel. und ob. Extr. od. WS od. m. offener Rep. Beckenringfraktur od. m. Komplexbeh.
I08D	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplexer Diagnose oder mit komplexer Prozedur oder mit äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre, ohne Eingriffe in Kombination Hüftgelenk und obere Extremität oder Wirbelsäule, ohne Komplexbehandlung
I08E	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne Eingriffe in Kombination Hüftgelenk und obere Extremität oder Wirbelsäule, ohne best. komplizierende Faktoren, mit bestimmten Eingriffen Becken und Femur oder bestimmten komplizierenden Diagnosen
I08F	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne Eingr. in Komb. Hüftgel. und obere Extremität oder Wirbelsäule, ohne best. kompliz. Faktoren, mit best. and. Eingr. an Hüftgel. und Femur oder best. kompl. Eingr. Femur und Becken ohne best. Diagn., > 1 BT
I08G	Andere Eingriffe Hüftgelenk u. Femur oh. best. kompliz. Faktoren, oh. best. andere Eingr. an Hüftgel. u. Femur oder best. Eingr. Femur u. Becken oh. best. Diag. oder komplexe Diag. oder beids. Eingr., oh. best. komplexen Eingr. Femur u. Becken, > 1 BT
I09I	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne komplizierende Faktoren
I11Z	Eingriffe zur Verlängerung einer Extremität
I12A	Knochen- und Gelenkinfektion/-entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Bezeichnung
I12B	Knochen- und Gelenkinfektion/-entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, mit Revision des Kniegelenkes oder Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre
I12C	Knochen- und Gelenkinfektion/-entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, ohne Revision des Kniegelenkes, ohne Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre
I13A	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit komplexem Mehrfacheingriff, mit komplizierendem Eingriff an Humerus und Tibia oder aufwendiger Osteosynthese
I13B	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit best. Mehrfacheingriff oder kompliz. Diagnose oder bei Endoprothese der oberen Extremität oder mit Fixateur ext., mit best. BNB od. mit Einbringen von Abstandshalt od. Alter < 18 J. mit auß. schw. od. schw. CC
I13C	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit best. Mehrfacheingr. od. kompliz. Diag. od. bei Endopr. der oberen Extremität od. m. Fix. ext., m. kompl. Eingr. od. schw. Weichteilsch., m. best. kompl. Osteot. od. BNB od. Alter < 18 J. m. auß. schw. od. schw. CC
I13D	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
I13E	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit bestimmter offener Reposition oder mit Implantation alloplastischer Knochenersatz oder bei BNB oder mit bestimmter Knochentransplantation oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
I13F	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten ohne bestimmte offene Reposition, ohne Implantation alloplastischer Knochenersatz, außer bei BNB ohne bestimmte Knochentransplantation oder Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I16A	Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität mit bestimmtem Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen
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 oder hochkomplexem Eingriff oder Teilwechsel Endoprothese d. unteren Sprunggelenks oder bei Zerebralparese oder mit komplexem Eingriff und komplexer Diagnose oder mit Eingriff an Sehnen des Rückfußes
I20E	Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritits oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre
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
I22A	Gewebe-/Hauttransplantation, außer an der Hand, mit großfläch. Gewebetransplantation, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, schwerem Weichteilschaden oder komplexer Gewebetransplantation mit schweren CC
I22B	Gewebe-/Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kleinflächiger Gewebetransplantation od. mit großflächiger Gewebetransplantation ohne kompliz. Konst., oh. Eingr. an mehreren Lokal., oh. schw. Weichteilschaden, oh. kompl. Gewebetranspl. m. schw. CC
I23A	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule, mit komplizierendem Eingriff am Knochen oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
I23B	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk und Femur und Wirbelsäule ohne komplizierenden Eingriff am Knochen, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit bestimmtem Eingriff am Knochen
I23C	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk und Femur und Wirbelsäule ohne komplizierenden Eingriff am Knochen, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmten Eingriff am Knochen
I27D	Eingriffe am Weichteilgewebe ohne bestimmte kleine Eingriffe oder kleinflächige Gewebetransplantationen, ohne schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmten Eingriff am Weichteilgewebe
I27E	Bestimmte kleine Eingriffe am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag

DRG	DRG-Bezeichnung
I29A	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, bei komplizierender Diagnose oder Eingriff an mehreren Lokalisationen
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder best. Osteosynthesen an der Klavikula ohne kompliz. Diagnose, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen oder sonst. arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette mit bestimmten Eingriffen an der Schulter
I31A	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, mit aufwendigen Eingriffen am Unterarm
I31B	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand oder bestimmte Eingriffe bei Mehrfragmentfraktur der Patella, mit bestimmten komplexen Eingriffen am Unterarm
I31C	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm ohne gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, ohne bestimmte Eingriffe bei Mehrfragmentfraktur der Patella, ohne bestimmte komplexe Eingriffe am Unterarm
I32A	Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Eingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwendigem rekonstruktivem Eingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochentx. bei Pseudarthrose der Hand
I32E	Bestimmte mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, mehr als ein Belegungstag oder Alter < 6 Jahre
I32F	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe oder mit bestimmtem mäßig komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag oder mit anderem mäßig komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre
I46A	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC oder Eingriff an mehreren Lokalisationen
I46B	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, mit periprothetischer Fraktur
I47A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne best. kompliz. Faktoren, mit kompl. Diagnose an Becken/Oberschenkel, mit best. endoproth. oder gelenkplast. Eingr. od. m. Impl. od. Wechsel Radiuskopfproth. od. m. kompl. Erstimpl. od. m. 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
I59Z	Andere Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk oder mäßig kompl. Eingr. Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm od. best. geschl. Reposition einer Gelenkluxation m. Osteosynthese od. Einbringen Osteosynthesemat. bei OP am Weichteilgewebe
I66C	Frakturen an Becken und Schenkelhals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196/184/- Aufwandspunkte
I66F	Frakturen an Becken und Schenkelhals, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196/184/- Aufwandspunkte
I68B	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als 1 BT, mit auß. schw. oder schw. CC od. bei Para-/Tetraplegie, mit kompl. Diagn. oder ohne auß. schw. oder schw. CC, ohne Para-/Tetraplegie bei Diszitis
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.
I74C	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß oder leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre
I75A	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit CC
I77Z	Mäßig schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J65A	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als 1 Belegungstag

DRG	DRG-Bezeichnung
J65B	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, ein Belegungstag
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
W02A	Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392/368/- Aufwandspunkte
W02B	Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392/368/- Aufwandspunkte
W04A	Polytrauma mit anderen Eingriffen oder Beatmung > 24 Stunden, mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen
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
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
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784/828/828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
W60Z	Polytrauma, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme, ohne komplizierende Konstellationen, ohne Beatmung > 24 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte andere Eingriffe
W61A	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender Diagnose oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196/184/- Aufwandspunkte
W61B	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe, ohne komplizierende Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196/184/- Aufwandspunkte
X04Z	Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität
X05A	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, mit komplexem Eingriff
X05B	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers

**Verordnung
zur Ausgestaltung des unabhängigen Expertenrats
für Klimafragen und zur Einsetzung der Geschäftsstelle
(Expertenrat-Verordnung – ExpertenratV)**

Vom 9. November 2020

Auf Grund des § 11 Absatz 5 des Bundes-Klimaschutzgesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2513) verordnet die Bundesregierung:

§ 1

Sitz des Expertenrats für Klimafragen

Der Expertenrat für Klimafragen hat seinen Sitz in Berlin.

§ 2

Geschäftsstelle

(1) Zur Unterstützung der Arbeiten des Expertenrats für Klimafragen wird eine Geschäftsstelle beim Umweltbundesamt eingesetzt. Sitz der Geschäftsstelle ist Berlin.

(2) Die Geschäftsstelle untersteht fachlich dem Expertenrat für Klimafragen. Weisungen zur Aufgabenerfüllung kann ausschließlich der Expertenrat für Klimafragen erteilen.

(3) Der Geschäftsstelle obliegt insbesondere die Vorbereitung der Sitzungen des Expertenrats für Klimafragen, die Vorbereitung der Anhörung von Behörden und Sachverständigen und die Koordination der Übermittlung erforderlicher Daten von öffentlichen Stellen des Bundes nach § 12 Absatz 4 des Bundes-Klimaschutzgesetzes, die wissenschaftliche Zuarbeit zu den Stellungnahmen, Gutachten und sonstigen Tätigkeiten des Expertenrats für Klimafragen sowie die Kommunikations- und Öffentlichkeitsarbeit.

(4) Das Umweltbundesamt stellt der Geschäftsstelle zur Wahrnehmung der Aufgaben Personal und Sachmittel nach Maßgabe der im Bundeshaushalt veranschlagten Personal- und Sachmittelausgaben zur Verfügung. Die Personal-, Haushalts- und Organisationsangelegenheiten werden vom Umweltbundesamt im Einvernehmen mit dem Expertenrat für Klimafragen auf Basis der jeweils geltenden haushaltsrechtlichen

und sonstigen Regelungen wahrgenommen. Das Einvernehmen des Expertenrats für Klimafragen ist insbesondere bei der Auswahl der Leitung der Geschäftsstelle und der wissenschaftlichen Angehörigen der Geschäftsstelle erforderlich.

(5) Zur Bearbeitung der Prüfungen, Stellungnahmen und Sondergutachten im Auftrag der Bundesregierung nach § 12 Absatz 2 und 3 des Bundes-Klimaschutzgesetzes übermittelt das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit für die Bundesregierung der Geschäftsstelle die erforderlichen Unterlagen und Daten.

(6) Die Leitung der Geschäftsstelle stimmt Bearbeitungs- und Vorlagetermine für die Aufgaben des Expertenrats für Klimafragen nach § 12 Absatz 2 und 3 des Bundes-Klimaschutzgesetzes mit dem Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit oder dem Deutschen Bundestag ab.

§ 3

**Unvereinbarkeit von
Ämtern und Verschwiegenheitspflicht**

(1) Die Mitglieder des Expertenrats für Klimafragen dürfen weder der Regierung oder einer gesetzgebenden Körperschaft des Bundes oder eines Landes noch dem öffentlichen Dienst des Bundes, eines Landes oder einer sonstigen juristischen Person des öffentlichen Rechts angehören. Hiervon ausgenommen sind Lehrende einer Hochschule und Beschäftigte eines wissenschaftlichen Instituts.

(2) Die Mitglieder des Expertenrats für Klimafragen dürfen ferner nicht einen Interessenverband repräsentieren, der in einem oder mehreren der in § 4 Absatz 1 Satz 1 des Bundes-Klimaschutzgesetzes genannten Sektoren oder im Bereich der Klimaschutzpolitik tätig ist, oder zu diesem in einem ständigen Dienst- oder Geschäftsbesorgungsverhältnis stehen; sie dürfen

auch nicht während des letzten Jahres vor der Berufung zum Mitglied des Expertenrats für Klimafragen eine derartige Stellung innegehabt haben.

(3) Die Mitglieder des Expertenrats für Klimafragen und die Angehörigen der Geschäftsstelle sind zur Verschwiegenheit über die Beratungen und die vom Expertenrat für Klimafragen als vertraulich bezeichneten Beratungsunterlagen verpflichtet. Die Pflicht zur Verschwiegenheit bezieht sich auch auf Informationen, die dem Expertenrat für Klimafragen gegeben und als vertraulich bezeichnet werden. Die Sätze 1 und 2 gelten auch für sachkundige Dritte, wenn diese an Veranstaltungen oder Sitzungen des Expertenrats für Klimafragen teilnehmen oder anderweitig Einblick in Beratungsunterlagen des Expertenrats für Klimafragen erhalten.

§ 4

Ausscheiden eines Mitglieds des Expertenrats für Klimafragen

(1) Die Mitglieder des Expertenrats für Klimafragen sind berechtigt, ihr Amt durch schriftliche Erklärung gegenüber der Bundesregierung niederzulegen.

(2) Erklärt ein Mitglied sein Ausscheiden, scheidet es erst nach dem Ablauf des übernächsten Monats nach Eingang der Mitteilung aus.

(3) Scheidet ein Mitglied vorzeitig aus, so wird ein neues Mitglied für die verbleibende Dauer der Amtszeit des ausgeschiedenen Mitglieds durch die Bundesregierung benannt.

§ 5

Beschlussfassung des Expertenrats für Klimafragen

(1) Der Expertenrat für Klimafragen strebt einvernehmliche Beschlüsse an. Ist dies nicht erreichbar, bedürfen Beschlüsse der Zustimmung von mindestens drei Mitgliedern. Die Beschlüsse sind zu veröffentlichen. Minderheitsvoten sind auf Verlangen der betroffenen Mitglieder ebenfalls zu veröffentlichen.

(2) Der Expertenrat für Klimafragen fasst seine Beschlüsse unverzüglich. Dies gilt insbesondere für die Überprüfung der ihm zugeleiteten Entwürfe von Sofortprogrammen, die im Verlauf der Abstimmungen vor Erstellung der Beschlussvorlage nach § 12 Absatz 2 des Bundes-Klimaschutzgesetzes übermittelt werden. Der Expertenrat für Klimafragen leitet die Ergebnisse dieser Überprüfung dem Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit, den nach § 4 Absatz 4 des Bundes-Klimaschutzgesetzes verantwortlichen Bundesministerien, den weiteren ständigen Mitgliedern des Kabinettsausschusses Klimaschutz sowie dem Bundesministerium für Bildung und Forschung unverzüglich zu.

(3) Nähere Einzelheiten der Beschlussfassung legt der Expertenrat für Klimafragen in der Geschäftsordnung nach § 11 Absatz 2 Satz 2 des Bundes-Klimaschutzgesetzes fest.

§ 6

Anhörung und Befragung von Behörden oder Sachverständigen

Der Expertenrat für Klimafragen hat die Möglichkeit nach § 12 Absatz 4 Satz 3 des Bundes-Klimaschutz-

gesetzes zu klimaschutzbezogenen Themen Behörden oder Sachverständige, insbesondere Vertreter und Vertreterinnen von Organisationen der Wirtschaft und der Umweltverbände, anzuhören und zu befragen. Das nähere Verfahren hierzu legt der Expertenrat für Klimafragen in der Geschäftsordnung nach § 11 Absatz 2 Satz 2 des Bundes-Klimaschutzgesetzes fest.

§ 7

Datenübermittlung

(1) Enthalten Daten, die nach § 12 Absatz 4 des Bundes-Klimaschutzgesetzes zur Wahrnehmung der Aufgaben des Expertenrats für Klimafragen benötigt werden, Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse, weist die übermittelnde Stelle des Bundes im Sinne des § 2 Absatz 1 des Bundesdatenschutzgesetzes vom 30. Juni 2017 (BGBl. I S. 2097), das durch Artikel 12 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung die Geschäftsstelle des Expertenrats für Klimafragen darauf hin.

(2) Der Expertenrat für Klimafragen und die Geschäftsstelle sind für den Schutz der Vertraulichkeit der übermittelten Daten verantwortlich.

(3) Entwürfe, die zur Bearbeitung der Aufgaben nach § 12 Absatz 2 und 3 Satz 1 des Bundes-Klimaschutzgesetzes übermittelt werden, stellen vertrauliche Informationen im Sinne des § 3 Absatz 3 Satz 2 dar.

§ 8

Aufwandsentschädigung und Reisekostenerstattung

(1) Die Mitglieder des Expertenrats für Klimafragen sind ehrenamtlich tätig.

(2) Die Mitglieder des Expertenrats für Klimafragen erhalten eine pauschale Aufwandsentschädigung. Die Höhe der Aufwandsentschädigung wird vom Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit festgesetzt.

(3) Den Mitgliedern des Expertenrats für Klimafragen werden die Reisekosten erstattet. Für die Erstattung von Reisekosten finden die für die Beamtinnen und Beamten des Bundes geltenden Bestimmungen entsprechend Anwendung, sofern sich aus den Richtlinien für die Abfindung der Mitglieder von Beiräten, Ausschüssen, Kommissionen und ähnlichen Einrichtungen im Bereich des Bundes nichts Abweichendes ergibt. Die Erstattung der Reisekosten nach den Sätzen 1 und 2 gilt auch für sachkundige Dritte, wenn diese auf Veranlassung des Expertenrats für Klimafragen an dessen Veranstaltungen oder Sitzungen teilnehmen.

§ 9

Schiedsrichterliches Verfahren

In der Geschäftsordnung nach § 11 Absatz 2 Satz 2 des Bundes-Klimaschutzgesetzes kann mit Zustimmung aller Mitglieder des Expertenrats für Klimafragen auch geregelt werden, dass alle Streitigkeiten der Mitglieder des Expertenrats für Klimafragen untereinander, soweit diese Rechte und Pflichten der Mitglieder des Expertenrats für Klimafragen aus dieser Verordnung

betreffen und schiedsfähig im Sinne von § 1030 Absatz 1 der Zivilprozessordnung sind, in einem schiedsrichterlichen Verfahren entsprechend den §§ 1025 bis 1066 der Zivilprozessordnung unter Ausschluss des Rechtswegs endgültig entschieden werden.

§ 10

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Berlin, den 9. November 2020

Die Bundeskanzlerin
Dr. Angela Merkel

Die Bundesministerin
für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit
Svenja Schulze

Hinweis auf das Bundesgesetzblatt Teil II**Nr. 18, ausgegeben am 6. November 2020**

Tag	Inhalt	Seite
28.10.2020	Gesetz zu dem Übereinkommen vom 9. April 1965 zur Erleichterung des Internationalen Seeverkehrs (FAL-Übereinkommen) GESTA: XJ008	778
26.10.2020	Zweiundzwanzigste Verordnung zur Änderung der Ordnung für die internationale Eisenbahnbeförderung gefährlicher Güter (RID) (22. RID-Änderungsverordnung – 22. RIDÄndV)	856
22. 9.2020	Bekanntmachung über den Geltungsbereich des Dritten Protokolls zum Allgemeinen Abkommen über die Vorrechte und Befreiungen des Europarats	857
23. 9.2020	Bekanntmachung über den Geltungsbereich des Übereinkommens des Europarats zum Schutz von Kindern vor sexueller Ausbeutung und sexuellem Missbrauch	857
23. 9.2020	Bekanntmachung über den Geltungsbereich des Internationalen Übereinkommens von 2001 über die Beschränkung des Einsatzes schädlicher Bewuchsschutzsysteme auf Schiffen	858
25. 9.2020	Bekanntmachung der deutsch-amerikanischen Vereinbarung über die Gewährung von Befreiungen und Vergünstigungen an das Unternehmen „Spinvi Consulting, LLC“ (Nr. DOCPER-IT-31-01)	858
25. 9.2020	Bekanntmachung über den Geltungsbereich des Übereinkommens gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe	861
21.10.2020	Bekanntmachung des Abkommens zwischen der Regierung der Bundesrepublik Deutschland und dem Internationalen Strafgerichtshof über die Beschäftigung von Juniorfachkräften	861
27.10.2020	Bekanntmachung von Berichtigungen der Anlage zum Europäischen Übereinkommen über die internationale Beförderung gefährlicher Güter auf Binnenwasserstraßen (ADN)	864

Die Anlage zur 22. RID-Änderungsverordnung vom 26. Oktober 2020 wird als Anlageband zu dieser Ausgabe des Bundesgesetzblatts ausgegeben. Innerhalb des Abonnements werden Anlagebände auf Anforderung gemäß den Bezugsbedingungen des Verlags übersandt. Außerhalb des Abonnements erfolgt die Lieferung gegen Kostenerstattung.

Bundesanzeiger Verlag GmbH · Postfach 10 05 34 · 50445 Köln
G 5702 · PVST · Deutsche Post AG · Entgelt bezahlt

Hinweis auf Verkündungen im Bundesanzeiger

Gemäß § 2 Absatz 3 des Verkündungs- und Bekanntmachungsgesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 114-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, der zuletzt durch Artikel 1 Nummer 4 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 3044) geändert worden ist, wird auf folgende im Bundesanzeiger (www.bundesanzeiger.de) verkündete Rechtsverordnungen nachrichtlich hingewiesen:

Datum und Bezeichnung der Verordnung	Fundstelle	Tag des Inkrafttretens
27. 10. 2020 Dreiunddreißigste Verordnung zur Änderung der Zweihundert-dreiundzwanzigsten Durchführungsverordnung zur Luftverkehrs-Ordnung (Festlegung von Flugverfahren für An- und Abflüge nach Instrumentenflugregeln zum und vom Flughafen Köln/Bonn) FNA: 96-1-2-223	BAnz AT 05.11.2020 V1	25. 2. 2021
4. 11. 2020 Verordnung zur Testpflicht von Einreisenden aus Risikogebieten FNA: neu: 2126-13-20; 2126-13-19	BAnz AT 06.11.2020 V1	8. 11. 2020
6. 11. 2020 Dritte Verordnung zur Änderung der Schweinepest-Verordnung FNA: 7831-1-41-20	BAnz AT 09.11.2020 V1	10. 11. 2020
6. 11. 2020 Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung in Bezug auf einen Influenza-Hochdosis-Impfstoff FNA: neu: 860-5-62	BAnz AT 09.11.2020 V2	10. 11. 2020