

InEK

Abschlussbericht

Weiterentwicklung des
G-DRG-Systems
für das Jahr
2007

Klassifikation, Katalog und
Bewertungsrelationen

Teil I: Projektbericht

Siegburg, den 15. Dezember 2006

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

Telefon 0 22 41 - 93 82 - 0
Fax 0 22 41 - 93 82 - 36

Inhaltsverzeichnis

	Seite
VORWORT	1
1 EINFÜHRUNG	2
2 METHODIK DER WEITERENTWICKLUNG	4
2.1 Datenerhebung und Datenprüfung	4
2.2 Datenaufbereitung	5
2.3 Ableitung der Klassifikation	6
2.4 Berechnung der Bewertungsrelationen	8
2.5 Zusatzentgelte	10
2.6 Versionsüberleitung der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	11
3 G-DRG-SYSTEM 2007	12
3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	12
3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung	14
3.2.1 Datenbasis	14
3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung	14
3.2.1.2 Ergänzende Datenbereitstellung	20
3.2.2 Vorschlagsverfahren	22
3.2.2.1 Grundzüge des Verfahrens	22
3.2.2.2 Beteiligung	23
3.2.2.3 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge	24
3.3 Schwerpunkte der Weiterentwicklung	26
3.3.1 Anpassung der Methodik	26
3.3.1.1 Erweiterung der Plausibilitätsprüfungen	26
3.3.1.2 Berechnung der Bewertungsrelationen für Belegversorgung	34
3.3.1.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen	36
3.3.1.4 Überarbeitung der CCL-Matrix	41
3.3.1.5 Einbeziehung von verlegten Fällen und Überliegern	43
3.3.1.6 Berechnung der Bezugsgröße	45
3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation	48
3.3.2.1 AIDS/HIV	48
3.3.2.2 Alkohol- und Drogengebrauch	49
3.3.2.3 Augenheilkunde	49
3.3.2.4 Besondere Versorgungsbereiche	50
3.3.2.5 Dialyseverfahren	51
3.3.2.6 Erkrankungen der Mamma	53
3.3.2.7 Epilepsie	54

3.3.2.8	Extremkostenfälle	54
3.3.2.9	Frührehabilitation	57
3.3.2.10	Gastroenterologie/Endoskopie	58
3.3.2.11	Geburtshilfe	59
3.3.2.12	Geriatric	60
3.3.2.13	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	61
3.3.2.14	Handchirurgie	62
3.3.2.15	Intensivmedizin	65
3.3.2.16	Kinderkardiologie und Kinderherzchirurgie	69
3.3.2.17	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	70
3.3.2.18	Mehrfacheingriffe	71
3.3.2.19	Multimodale Schmerztherapie	75
3.3.2.20	Multiple Sklerose	75
3.3.2.21	Multiresistente Erreger/Septische Krankheitsbilder	76
3.3.2.22	Onkologie	78
3.3.2.23	Palliativmedizin	81
3.3.2.24	Parkinson-Syndrom	82
3.3.2.25	Prä-Transplantationsaufenthalte	82
3.3.2.26	Querschnittlähmung	83
3.3.2.27	Radiojodtherapie und -diagnostik	83
3.3.2.28	Schädel-Hirn-Trauma (SHT)	84
3.3.2.29	Schlaganfall	85
3.3.2.30	Schwer Brandverletzte	88
3.3.2.31	Tuberkulose	88
3.3.2.32	Unfallchirurgie/Orthopädie/Abdominalchirurgie	88
3.3.2.33	Versorgung von Kindern	92
3.3.3	Formale Änderungen	94
3.3.3.1	Gruppierung anhand des OPS-Datums	94
3.3.3.2	Sortierung	95
3.3.4	Erstellung der G-DRG-Versionen aufgrund von ICD- und OPS-Anpassungen	96
3.3.4.1	Überleitung auf die ab 1. Januar 2007 gültigen Versionen der ICD-10-GM und OPS-Klassifikationen	96
3.3.4.2	Behandlung nicht identischer Codes mit „Vorgänger-Kode“	97
3.3.4.3	Behandlung nicht identischer Codes ohne „Vorgänger-Kode“ (neue Codes)	99
3.3.4.4	Anpassungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	101
3.3.5	Anpassungen der Deutschen Kodierrichtlinien	102
3.4	Statistische Kennzahlen	103
3.4.1	Wesentliche Ergebnisse und Änderungen zum Vorjahr	103
3.4.1.1	Erweiterung und Umbau der Fallgruppen	103
3.4.1.2	Nicht bewertete DRGs	103
3.4.1.3	Zusatzentgelte	104
3.4.2	Kompressionseffekt	106
3.4.3	Statistische Güte der Klassifikation	109
3.4.4	Analyse der Verweildauer	114
3.4.4.1	Verweildauervergleich der Datenjahre 2004 und 2005	114
3.4.4.2	Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer	115
4	PERSPEKTIVEN DER WEITERENTWICKLUNG	122
	ANHANG	124

Abkürzungen

Abs.	Absatz
AICD	Automatic Implantable Cardioverter Defibrillator; Automatischer implantierbarer Kardioverter/Defibrillator
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AMIC	Autologe matrixinduzierte Chondrogenese
AMV	Arithmetischer Mittelwert der Verweildauer
AMW	Arithmetischer Mittelwert
AR-DRG	Australian Refined-Diagnosis Related Group
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
BR	Bewertungsrelation
bzw.	beziehungsweise
CC	Complication or Comorbidity; Komplikation oder Komorbidität
CCL	Complication or Comorbidity Level; Schweregrad einer Komplikation oder Komorbidität
CT	Computer-Tomographie
d.h.	das heißt
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien
DLS	Dorsale Lordosierungsspondylodese
DRG	Diagnosis Related Group; Diagnosebezogene Fallgruppe
ECCE	Extrakapsuläre Extraktion der Linse
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EEG	Elektroenzephalographie
EKG	Elektrokardiogramm
ERCP	Endoskopisch retrograde Cholangio-Pankreatikographie
ESBL	Extended-Spectrum-Beta-Lactamase
etc.	et cetera
FAB	Fachabteilungssegment
FEV ₁	Forced Expiratory Volume (Einsekundenausatemkapazität)
FPV	Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2006 bzw. 2007 (Fallpauschalenvereinbarung 2006 bzw. 2007)
GBq	Gigabecquerel

G-DRG	German Diagnosis Related Groups
ggf.	gegebenenfalls
gem.	gemäß
GM	German Modification (ICD-10-GM)
HIPEC	Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HK	Homogenitätskoeffizient (der Kosten)
HLA	Human Leukocyte Antigen
HWS	Halswirbelsäule
IBLV	Innerbetriebliche Leistungsverrechnung
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Ausgabe für die Zwecke des SGB V
i.d.R.	in der Regel
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH
Kap.	Kapitel
KEA	Krankenhaus-Entgelt-Ausschuss
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KI	Konfidenzintervall
KVM	Klinisches Verteilungsmodell
LDL	Low-Density-Lipoprotein
MBE	Minimale Bearbeitungseinheiten
MDC	Major Diagnostic Category; Hauptdiagnosegruppe
med.	medizinisch
med.-techn.	medizinisch-technisch
Mio.	Millionen
MKOR-Prozeduren	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
MRE	Multiresistente Erreger
MS	Multiple Sklerose
MW	Mittelwert
n	Anzahl der Fälle
Nr.	Nummer
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
o.g.	oben genannte
OGV	Obere Grenzverweildauer
OP	Operation

OPS	Operationenschlüssel nach § 301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
OR	Operating Room; operativ
PCCL	Patient Clinical Complexity Level; Patientenbezogener Gesamtschweregrad
PPR	Pflegepersonalregelung
Prä-MDC	den MDCs vorgeschaltete Hauptdiagnosegruppe
PTCA	Perkutane Koronarangioplastie
Qu.	Quantil
R ²	Varianzreduktion
Rh-TSH	Rekombinantes Thyreotropin
SAPS	Simplified Acute Physiology Score
SD	Standardabweichung
SDV	Standardabweichung der Verweildauer
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
s.o.	siehe oben
TAB	Tabelle
TIA	Transitorische ischämische Attacke
TISS	Therapeutic Intervention Scoring System
u.a.	unter anderem
UGV	Untere Grenzverweildauer
VBE	Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2007
vgl.	vergleiche
vs.	versus, gegenüber
VWD	Verweildauer
z.B.	zum Beispiel
ZE	Zusatzentgelt

Vorwort

Mit dem vorliegenden Bericht legt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK) nähere Einzelheiten zur Vorgehensweise bei der Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems sowie zu den Kosten- und Leistungsprofilen der einzelnen DRG-Fallpauschalen offen. Damit werden sowohl Besonderheiten bei der diesjährigen Überarbeitung des DRG-Fallpauschalen-Kataloges transparent als auch den Nutzern die Möglichkeit geboten, eigene Detailanalysen zu besonderen Fragestellungen und für einzelne medizinische Fachgebiete durchzuführen.

Der bisher eingeschlagene Weg, Besonderheiten in den Versorgungsstrukturen und Behandlungsweisen in der Bundesrepublik Deutschland immer besser im Fallpauschalen-Katalog zu berücksichtigen, wurde auch in diesem Jahr konsequent beschritten. Die Abbildungsgenauigkeit im Fallpauschalen-Katalog 2007 hat sich – gemessen an der statistischen Größe der Homogenität – noch einmal deutlich verbessert.

Den 225 Krankenhäusern, die freiwillig fallbezogene Kostendaten für die Weiterentwicklung im Rahmen der Kalkulation zur Verfügung gestellt haben, sei an dieser Stelle für ihr großes Engagement gedankt.

Einen weiteren wichtigen Baustein für die Weiterentwicklung lieferten die Fachgesellschaften, Verbände, Experten und Einzelpersonen aus den Krankenhäusern, die sich konstruktiv am Vorschlagsverfahren zur Verbesserung der DRG-Klassifikation („Strukturierter Dialog“) beteiligt haben.

Zu wünschen bleibt, dass sich Krankenhäuser weiterhin konstruktiv an der Weiterentwicklung und Kalkulation des DRG-Fallpauschalensystems beteiligen. Dies gilt insbesondere auch für die Krankenhäuser, die besondere Patientengruppen behandeln und deshalb auf notwendige Änderungen hinweisen. Medizinische Fachgesellschaften sind weiterhin aufgerufen, sich konstruktiv am Vorschlagsverfahren zu beteiligen, um fachliche Impulse für die Weiterentwicklung zu geben.

1 Einführung

Der vorliegende Abschlussbericht beschreibt Grundlagen, Verfahrensweisen und Ergebnisse der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2007. Der Bericht wendet sich an die interessierte Fachöffentlichkeit und leistet einen Beitrag dazu, die der Weiterentwicklung zugrunde liegende Vorgehensweise transparent zu machen und das Verständnis über Zusammenhänge im G-DRG-System zu fördern.

Die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sehen beginnend mit dem Jahr 2005 einen Einführungszeitraum zur Gestaltung eines planvollen und strukturierten Übergangs vor (Konvergenzphase). Während dieser Konvergenzphase passen sich die krankenhausesindividuellen Basisfallwerte schrittweise einem einheitlichen Basisfallwert auf Landesebene an. Zur Abfederung der Konvergenzschritte wurde eine Obergrenze für die Angleichung des Erlösbudgets (Kappungsgrenze) eingeführt. Die Kappungsgrenze steigt von 2005 bis 2009 kontinuierlich von 1,0% auf 3,0% an. Ein weiterer wesentlicher Baustein für den planvollen und strukturierten Übergang ist die jährliche Verbesserung der Abbildungsgenauigkeit des G-DRG-Systems.

Das „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständs bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2007 (Vorschlagsverfahren 2007)“ unterstützte die Arbeiten zur Pflege des G-DRG-Systems. Medizinische Fachgesellschaften, Verbandsorganisationen der Krankenhäuser und Krankenkassen sowie weitere Institutionen haben zahlreiche Vorschläge zur Weiterentwicklung unterbreitet. Durch die umfangreiche Beteiligung am Vorschlagsverfahren 2007 flossen Erfahrungen der klinischen Praxis und medizinisches Expertenwissen in die Weiterentwicklung ein. Damit erweist sich das G-DRG-System im besten Sinne als „lernendes System“.

Die vom InEK betriebene Weiterentwicklung und Pflege des G-DRG-Systems wäre ohne die freiwillige Teilnahme von Krankenhäusern an der Kalkulation nicht möglich. Die diesjährige Überarbeitung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen hat einen wichtigen Beitrag zur weiteren Erhöhung der Datenqualität der Kostenkalkulation geleistet. In Konsequenz wurde zwar die „Meßlatte“ für Erstteilnehmer an der Kalkulationsrunde höher gelegt, gleichzeitig aber die Datenqualität aller Kalkulationskrankenhäuser weiter verbessert.

Die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems beruht grundsätzlich auf den Daten eines abgeschlossenen Kalenderjahres – für das G-DRG-System 2007 auf den Daten des Jahres 2005. Damit ist eigentlich vorgegeben, dass sich Neuerungen erst mit zeitlicher Verzögerung in das G-DRG-System integrieren lassen. Durch das Engagement der Kalkulationskrankenhäuser, Kosten- und Leistungsdaten über den für die Kalkulationsteilnahme zwingend erforderlichen Umfang hinaus abzuliefern, ist allerdings eine schnellere Weiterentwicklung möglich. Somit konnten Neuerungen wie beispielsweise der im OPS 2006 neu eingeführte Code *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern* nahezu ohne Verzögerung in das G-DRG-System einbezogen werden.

Die an der Kostenkalkulation teilnehmenden Krankenhäuser erhalten für ihr Engagement eine gesetzlich verankerte, pauschalierte Vergütung. Den Krankenhäusern wird neben einer Grundvergütung eine von Anzahl und Qualität der übermittelten Datensätze abhängige, fallbezogene Vergütung gezahlt. Dafür wurde im Rahmen des DRG-Systemzuschlags 2006 ein Zuschlagsanteil „Kalkulation“ in Höhe von 0,62 € erhoben. Damit zahlte das InEK den an der Kostenkalkulation teilnehmenden Krankenhäusern 2006 eine pauschalierte Vergütung mit einem Gesamtvolumen von rund 9,3 Mio. €.

Mit einem gemeinsamen Grundsatzbeschluss zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems haben die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (Selbstverwaltungspartner) das InEK beauftragt, die Weiterentwicklung und Pflege des G-DRG-Systems auf Grundlage der bisherigen Kalkulationserfahrungen sachgerecht fortzuführen. Für das G-DRG-System 2007 sollte besonderes Augenmerk auf die Themenkomplexe „Mehrzeitigkeit“ und „Extremkosten“ (Kostenausreißer) gelegt werden.

Diesen Grundsatzbeschluss umsetzend legte das InEK den Selbstverwaltungspartnern am 18. August 2006 den Entwurf eines G-DRG-Systems für 2007 vor. Nach Abschluss der Beratungen der Selbstverwaltungspartner schlossen diese am 19. September 2006 die „Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2007 (Fallpauschalenvereinbarung 2007 – FPV 2007)“ ab. Diese Vereinbarung umfasst die folgenden Bestandteile für das G-DRG-Vergütungssystem für 2007:

- die Abrechnungsbestimmungen,
- den Fallpauschalen-Katalog,
- den Zusatzentgelt-Katalog,
- den Katalog nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog vergüteter Leistungen und
- den Katalog von Zusatzentgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG.

Der vorliegende Abschlussbericht besteht aus zwei Teilen. Teil I („Projektbericht“) stellt die Methodik und die wichtigsten Ergebnisse vor. Der Projektbericht verzichtet dabei auf die ausführliche Darstellung seit Jahren unveränderter Methoden. Interessierte Leser seien auf die älteren Projektberichte verwiesen, die zum Herunterladen auf unserer Internetseite zur Verfügung stehen. Teil II („Klinische Profile, Kostenprofile“) enthält die in Tabellenform aufbereiteten detaillierten Kalkulationsergebnisse. Die Kostenprofile/Klinischen Profile stehen ausschließlich in Form eines Browsers auf unserer Internetseite (www.g-drg.de) zur Ansicht und zum Herunterladen zur Verfügung.

Für die Mitarbeiter der InEK gGmbH

Dr. Frank Heimig
Geschäftsführer

Dr. Martin Braun
Abteilungsleiter Medizin

Dr. Michael Schmidt
Abteilungsleiter Ökonomie

Siegburg, im Dezember 2006

2 Methodik der Weiterentwicklung

Dieses Kapitel beschreibt in zusammengefasster Form die wesentlichen im Regelwerk für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems niedergelegten methodischen Schritte. Die für die Weiterentwicklung für das Jahr 2007 erforderlichen Anpassungen der Methodik werden in Kap. 3.3.1 im Einzelnen beschrieben. Analoge Darstellungen der Vorgehensweise finden sich in den älteren Projektberichten zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems. Diese stehen auf unserer Internetseite (www.g-drg.de) zum Herunterladen zur Verfügung.

2.1 Datenerhebung und Datenprüfung

Datenerhebung

Alle dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) unterliegenden Krankenhäuser sind verpflichtet, im Rahmen einer Vollerhebung krankenhausbegleitende Strukturdaten und fallbezogene Leistungsdaten bereitzustellen (im Folgenden als „DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG“ bezeichnet). Inhalt und Format des entsprechenden Datensatzes werden in Anlage 2 der von Selbstverwaltungspartnern geschlossenen „Vereinbarung über die Übermittlung von DRG-Daten nach § 21 Abs. 4 und Abs. 5 KHEntgG“ definiert. Die DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG sind jeweils bis zum 31. März für das vorangegangene Kalenderjahr an das InEK zu liefern. Mit der technischen Annahme und Vorverarbeitung der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG hat das InEK einen Dritten (3M Medica HIS in Neuss, im Folgenden als „DRG-Datenstelle“ bezeichnet) beauftragt.

Ergänzend werden in einer Teilerhebung von freiwillig teilnehmenden Krankenhäusern Kostendaten zur Verfügung gestellt. Das InEK schließt mit den so bezeichneten Kalkulationskrankenhäusern eine „Vereinbarung über die Teilnahme an der Kalkulation für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems“. Auf Basis der Vereinbarung liefern die Kalkulationskrankenhäuser die um fallbezogene Kostendaten ergänzten DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG. Die Datenlieferung erfolgt nach den Vorgaben der gesetzlichen Vollerhebung für die DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG an die DRG-Datenstelle.

Die Kalkulationskrankenhäuser mussten bei der Kalkulation der Fallkosten die im Kalkulationshandbuch der Selbstverwaltungspartner („Kalkulation von Fallkosten – Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern – Version 2.0“) beschriebene Methodik anwenden. Zusätzlich waren die veröffentlichten „Aktualisierungen und Ergänzungen zum Kalkulationshandbuch Version 2.0“ vom 17. Dezember 2004 sowie weitere vom InEK bereitgestellte Kalkulationsinformationen zu beachten.

Neben der Ergänzung der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG um Kostendaten verpflichtet das InEK die Kalkulationskrankenhäuser zur Bereitstellung ergänzender Fallinformationen. Diese beziehen sich auf

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

Für die erhobenen Daten sind umfangreiche Datenschutzmaßnahmen etabliert, die durch einen unabhängigen externen Datenschutzbeauftragten regelmäßig unter organisatorischen und technischen Aspekten überprüft werden.

Datenprüfung

Die von den Krankenhäusern übermittelten Daten wurden einer technischen und einer inhaltlichen Datenprüfung unterzogen.

Die vom InEK vorgegebene technische Datenprüfung („Fehlerverfahren“) führte die DRG-Datenstelle bei der Datenannahme durch:

- Stufe 1 – Vorprüfung: Prüfung der Verarbeitbarkeit
- Stufe 2 – Formatprüfung: Prüfung des Dateiaufbaus
- Stufe 3 – Datenprüfung: Prüfung der Feldinhalte

Die Krankenhäuser erhielten über das Ergebnis der Datenprüfung ein Prüfprotokoll mit der Möglichkeit von Korrekturlieferungen innerhalb bestimmter Fristen. Die vollständige Beschreibung des Fehlerverfahrens kann von der Internetseite des InEK heruntergeladen werden (www.g-drg.de).

Die inhaltliche Datenprüfung erfolgte durch das InEK. Die nach technischer Prüfung fehlerfreien Daten durchlaufen ein Prüfprogramm auf drei Ebenen:

- Die ökonomische Prüfung erstreckte sich auf die von den Kalkulationskrankenhäusern gelieferten Kostendaten. Auf verschiedenen Analyseebenen (z.B. Krankenhaus, Kostenstellengruppe, Behandlungsfall) wurden die Kosten auf formale und inhaltliche Konformität untersucht.
- Die medizinische Prüfung bezog sich auf die medizinischen Fallinformationen, insbesondere die kodierten Diagnosen und Prozeduren. Diese wurden auf Konformität mit den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) und den Regelungen in den Katalogen ICD und OPS geprüft, wobei eine Konzentration auf gruppierungsrelevante Merkmale erfolgte.
- Die medizinisch-ökonomische Prüfung nahm Zusammenhangsprüfungen zwischen den medizinischen und ökonomischen Falldaten vor. Im Rahmen von feldübergreifenden Prüfungen wurden Abhängigkeitsbeziehungen untersucht, die z.B. das Vorliegen von Kostendaten bei bestimmten Diagnose- bzw. Prozedurenkonstellationen betrafen.

Die Weiterentwicklung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen zur Schaffung einer hervorragenden Datengrundlage wird in Kapitel 3.3.1.1 ausführlich dargestellt. Die Kalkulationskrankenhäuser erhielten einen detaillierten Bericht über das Ergebnis der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen und waren zur Übermittlung korrigierter Daten aufgefordert.

2.2 Datenaufbereitung

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

- Fallzusammenführung: Die DRG-Abrechnungsbestimmungen sehen unter bestimmten Bedingungen die Zusammenführung mehrerer Aufenthalte von Patienten in einem Krankenhaus zu einem gemeinsamen Aufenthalt vor (§ 2 FPV bei Wiederaufnahmen und § 3 Abs. 3 FPV bei Rückverlegungen sowie Kombinationen aus Rückverlegung und Wiederaufnahmen). Die Datensätze wurden auf die Bedingungen der FPV analysiert und ggf. zu einem Fall zusammengeführt.

Dabei wurden grundsätzlich alle nicht redundanten Informationen der zusammenfassenden Behandlungsfälle übertragen. Da bei einer derartigen Fallzusammenführung keine einfache regelhafte Bestimmung der Hauptdiagnose möglich war, wurde die Hauptdiagnose des ersten Falles, der unter die Zusammenführungsregel fällt, als Hauptdiagnose des zusammengefassten Behandlungsfalles gesetzt.

- Bereinigung bei fehlender DRG-Relevanz: Das DRG-System gilt nicht für die Leistungen der in § 1 Abs. 2 der Psychiatrie-Personalverordnung genannten Einrichtungen und der Einrichtungen für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. Die entsprechenden Fälle besitzen keine DRG-Relevanz und wurden in eine separate Datenhaltung überführt.
- Überliegerbereinigung: Als Überlieger galten Behandlungsfälle, die vor dem 01.01.2005 aufgenommen, aber erst 2005 entlassen wurden. Für die Weiterentwicklung wurden nur Überliegerfälle berücksichtigt, für die das Kalkulationskrankenhaus eine Erklärung über die Vollständigkeit des auf das Vorjahr entfallenden Kostenanteils im Datensatz abgegeben hatte.
- Herkunftskorrektur: Unterschiedliche tarifliche Regelungen führten 2005 in Krankenhäusern aus den neuen Bundesländern zu niedrigeren Personalkosten als in Krankenhäusern aus den alten Bundesländern. Daher wurden die separat ausgewiesenen Personalkosten in den aus Krankenhäusern in den neuen Bundesländern übermittelten Datensätzen mittels eines Korrekturfaktors an die Höhe der für die alten Bundesländer geltenden Tarifsätze angeglichen.
- Korrektur Zusatzentgelte: Für bestimmte Leistungen wurden Zusatzentgelte definiert, die ergänzend zu den Fallpauschalen abrechenbar sind. Alle Falldatensätze mit entsprechenden Leistungen wurden um die darauf entfallenden Kostenanteile korrigiert.

Das G-DRG-System erfasst sowohl voll- als auch teilstationäre Leistungen. Die vollstationäre Versorgung untergliedert sich darüber hinaus in die Leistungserbringung in Haupt- oder Belegabteilungen. Zur Ableitung der spezifischen Verweildauerwerte und Bewertungsrelationen wurde die bereinigte bzw. korrigierte Fallgesamtheit in entsprechende Gruppen zusammengefasst.

2.3 Ableitung der Klassifikation

Berechnung der Verweildauergrößen

Die Fallpauschalen-Vergütung bezieht sich grundsätzlich auf eine innerhalb einer Regelverweildauer erbrachte Behandlung. Die Regelverweildauer wird durch die untere Grenzverweildauer (UGV) und die obere Grenzverweildauer (OGV) begrenzt. Durch die Festlegung der unteren und oberen Grenzverweildauern wird die für die Weiterentwicklung relevante Datengrundgesamtheit der Inlier definiert. Als „Normallieger“ oder

„Inlier“ werden die innerhalb der Regelverweildauer einer Fallpauschale behandelten Fälle bezeichnet.

Die UGV beträgt ein Drittel des arithmetischen Mittelwerts der Verweildauer, mindestens aber zwei Tage. Für explizite Ein-Belegungstag-DRGs wird keine UGV berechnet.

Die OGV wird als Summe aus der mittleren Verweildauer und der zweifachen Standardabweichung berechnet, es sei denn die zweifache Standardabweichung übersteigt einen fest gewählten Maximalabstand. In diesem Fall beträgt die OGV die Summe aus mittlerer Verweildauer und Maximalabstand. Der feste Maximalabstand wird so gewählt, dass ein vorher bestimmtes, über Fallpauschalen abzurechnendes Vergütungsvolumen auf die tagesbezogenen Erlöszuschläge für Langlieger jenseits der OGV entfällt.

Für Ein-Belegungstag-DRGs wird keine OGV berechnet.

Berechnung der Fallkosten

Für jede DRG des bestehenden G-DRG-Systems (Ausgangsversion) werden die Fälle aller Kalkulationskrankenhäuser – so als stammten sie aus einem Krankenhaus – in einer Datei zusammengefasst (so genannte „Ein-Haus-Methode“).

Der auf dieser Basis berechnete arithmetische Mittelwert der Fallkosten der Inlier bildet die zentrale Grundlage für die Ableitung der Klassifikation.

Berechnung und Bewertung von Klassifikationsänderungen

Den Ausgangspunkt der Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation bilden die im Rahmen des Vorschlagsverfahrens eingegangenen Hinweise und die Ergebnisse InEK-eigener Varianzanalysen.

Die sich aus den Vorschlägen ergebenden unterschiedlichen Änderungsalternativen werden simuliert und das Ergebnis der Simulation in erster Linie im Hinblick auf das erzielte Ausmaß der Varianzreduktion R^2 bewertet. R^2 misst den Anteil der Kostenstreuung, der durch die Klassifikation erklärt wird. Je geringer der Anteil der erklärten Streuung in den Klassen im Vergleich zur Streuung zwischen den Klassen ist, desto größer ist die Gesamtgüte des Klassensystems.

Eine ergänzende Analyse untersucht die Auswirkung einer Klassifikationsänderung auf die Zusammensetzung neu gebildeter bzw. veränderter Fallgruppen mit Hilfe des Homogenitätskoeffizienten (HK) der Kosten.

Zuerst werden nicht komplexitätsverändernde Alternativen berechnet, um Güteverbesserungen ohne Auswirkungen auf die Systemkomplexität (d.h. ohne Definition zusätzlicher Fallgruppen) erreichen zu können. Bei der Analyse komplexitätsverändernder Vorschläge werden unter Verwendung eines Standard-Splitsets (siehe Tab. 1) verschiedene Alternativen simuliert, bis durch eine weitere Differenzierung der Fallgruppen keine weitere Verbesserung der Varianzreduktion erzielt werden kann, keine weiteren signifikanten Splitkriterien aufgefunden werden und alle eingegangenen, berechenbaren Vorschläge – teilweise auch mehrfach – simuliert und bewertet sind.

Die Berechnungsergebnisse werden mittels der erzielten Varianzreduktion, der veränderten Kostenhomogenitäten, der Kostendifferenz zu benachbarten oder verwandten DRGs sowie der in der Fallgruppe zusammengefassten Fallzahl bewertet. In die Würdigung werden auch auf andere DRGs ausstrahlende Wirkungen einbezogen, die nicht immer, z.B. hinsichtlich der Kostenhomogenität, in allen betroffenen DRGs gleichermaßen positiv ausfallen. Letztlich wird diejenige Änderungsalternative umgesetzt, die

in einer Gesamtwürdigung des Ergebnisses den höchsten Beitrag zur Verbesserung der Güte des G-DRG-Systems leistet.

Splitkriterium	Trennung	Trennwerte
Alter	jeweils <	1, 3, 6, 10, 16, 18, 30, 40, 50, 55, 60, 65, 70, 75, 80 Jahre
PCCL	jeweils <	1, 2, 3, 4
Beatmungsstunden	jeweils <	24, 48, 72 Stunden
Entlassungsgrund	jeweils =	079 Tod, 099 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung, 109/119 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung/Hospiz
Therapie	jeweils =	Strahlentherapie, Chemotherapie, Strahlen- oder Chemotherapie *
Bösartige Neubildungen	jeweils =	Bösartige Neubildungen *

* Die Splits wurden anhand einer Prozeduren- bzw. Diagnosenliste durchgeführt

Tabelle 1: Splitkriterien des Standard-Splitsets

Mit Hilfe dieses Verfahrens wird sowohl die Umsetzung der Vorschläge mit dem stärksten Beitrag zur Güteverbesserung des G-DRG-Systems als auch eine Annäherung an die maximal erreichbare Homogenität unter Wahrung einer handhabbaren Komplexität des G-DRG-Systems gewährleistet.

2.4 Berechnung der Bewertungsrelationen

Zur Berechnung der (dimensionslosen) Bewertungsrelationen ist der arithmetische Kostenmittelwert der Fallgruppen durch eine einheitliche (in Euro gemessene) Bezugsgröße zu dividieren. Die mittleren Kosten der Fallgruppen resultieren aus den von den Kalkulationskrankenhäusern übermittelten Daten, die eine Teilmenge aller in Deutschland behandelten DRG-Fälle repräsentieren. Demgegenüber liegt aus der Datenübermittlung gem. § 21 KHEntgG ein annähernd vollständiges Bild des stationären Versorgungsgeschehens in Deutschland vor.

Zur Kompensation von abweichenden Häufigkeitsverteilungen der DRGs in den betrachteten Fallgesamtheiten wurde die Bezugsgröße zur Ableitung der Bewertungsrelationen auf Basis der tatsächlichen in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG vorliegenden Fallzahl bestimmt.

Für die G-DRG-Version 2007 wurde die Bezugsgröße so berechnet, dass die für den plausibilisierten Datenbestand gem. § 21 KHEntgG ermittelte Summe effektiver Bewertungsrelationen („Casemix für Deutschland“) bei Verwendung des neuen Fallpauschalen-Katalogs konstant bleibt. Dieses Verfahren wird in Kap. 3.3.1.6 näher erläutert.

Unter Verwendung der Bezugsgröße und des arithmetischen Kostenmittelwerts je Fallgruppe wird die Bewertungsrelation je DRG für die verschiedenen Versorgungsformen wie folgt berechnet:

- Bei Versorgung durch Hauptabteilungen errechnet sich die Bewertungsrelation durch Division des arithmetischen Kostenmittelwertes der entsprechenden Fallmenge in Hauptabteilungen durch die Bezugsgröße. Diese Bewertungsrelation bildet gleichzeitig die Basis für die analytische Ableitung der Bewertungsrelationen der verschiedenen weiteren Versorgungsformen.

Für die DRGs der MDC 14 *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* werden die Bewertungsrelationen für die Versorgung durch Hauptabteilungen bei Betreuung durch Beleghebammen um die Kosten des Kostenmoduls 6.3 pauschal korrigiert.

- Bei belegärztlicher Versorgung ist das anzuwendende Berechnungsverfahren abhängig von der je Fallgruppe verwendbaren Fallzahl aus Kalkulationskrankenhäusern. Sofern die festgesetzten Voraussetzungen vorliegen, werden die Bewertungsrelationen und die Verweildauerwerte auf Basis der Falldaten der belegärztlich versorgten Patienten berechnet. Bei nicht gegebenen Voraussetzungen leiten sich die Bewertungsrelationen nach einem analytischen Verfahren aus den Bewertungsrelationen für Hauptabteilungen ab.

Die Bewertungsrelationen werden für die einzelnen Konstellationen der belegärztlichen Versorgung jeweils separat berechnet.

Die Berechnung der zusätzlichen Entgelte für Langlieger (oberhalb der OGV) bzw. der Abschläge bei Verlegungen und Kurzliegern (unterhalb der UGV) erfolgt auf Basis der mittleren Kosten der Fallpauschale ohne Berücksichtigung der durchschnittlichen Kosten der Hauptleistung.

Dabei wurde die Berechnungsvorschrift je nach spezifischer Verweildauerkonstellation der relevanten Fallgesamtheiten wie im Vorjahr weiter differenziert.

Für den Kurzliegerabschlag wurde eine tagesbezogene Bewertungsrelation auf Basis der UGV berechnet. Zur sachgerechten Abbildung der Kostensituation von Kurzliegern in DRGs mit einer UGV von zwei Tagen wurden hier die Kosten der Fälle mit einem Belegungstag zugrunde gelegt, sodass sich dadurch „implizite“ Ein-Belegungstag-DRGs ergeben.

Der Berechnung der zusätzlichen Entgelte für Langlieger (oberhalb der OGV) ging eine Analyse der Kostensituation der Langlieger im Vergleich zu den „Normalliegern“ voraus. Je nach DRG-spezifischer Kostenverteilung wurde die tagesbezogene Bewertungsrelation auf analytischem Wege unter Verwendung eines Grenzkostenfaktors in Höhe von 70%, unter Nichtberücksichtigung des Grenzkostenfaktors oder mit Hilfe des Medians der Langlieger-Tageskosten berechnet. Tabelle A-1 im Anhang enthält die DRGs, bei denen im G-DRG-System 2007 für die Berechnung der zusätzlichen Entgelte der Grenzkostenfaktor nicht berücksichtigt wurde oder der Median der Langlieger-Tageskosten herangezogen wurde.

2.5 Zusatzentgelte

Im Rahmen der Regelungen des § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG werden Leistungen auf eine Vergütung über Zusatzentgelte untersucht, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Streuung über mehrere DRGs
- Sporadisches Auftreten ohne feste Zuordnung zu DRGs
- Definierbare Leistung mit eindeutigem Identifikations- und Abrechnungsmerkmal
- Relevante Höhe der Kosten
- Strukturelle Schieflage bei der Leistungserbringung

Die Auswahl der zu untersuchenden Leistungen erfolgt auf der Grundlage von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren, InEK-eigenen Erkenntnissen und bereits in die Anlagen 2 bzw. 4 der FPV aufgenommenen Leistungen.

Die ausgewählten hoch spezialisierten Leistungen werden nach folgenden Gruppen unterschieden:

- Operative und interventionelle Verfahren: Es handelt sich in der Regel um hoch spezialisierte Leistungskomplexe, deren durch die Leistungsdefinition abgegrenzter Umfang unterschiedlich weit gefasst ist. Zu dieser Gruppe zählen auch Dialysen und verwandte Verfahren.
- Gabe von Blutprodukten: Die Untersuchung von Blutprodukten wird für einzelne Präparate mit der Gabe einer Mindestmenge verknüpft, da erst ab diesem Schwellenwert von einer spezialisierten, über den üblichen Behandlungsumfang hinausgehenden und ökonomisch relevanten Leistung ausgegangen werden kann.
- Gabe von Medikamenten: Es handelt sich um die Gabe von speziellen und teuren Medikamenten, z.B. aus den Gruppen der Zytostatika, Antimykotika, Immunmodulatoren, Immunglobuline, monoklonalen Antikörper sowie Präparate zur supportiven Tumorthapie.

Für eine ausreichend differenzierte Analyse der potentiell zusatzentgeltrelevanten Leistungen werden häufig ergänzende Fallinformationen aus den Kalkulationskrankenhäusern benötigt, deren Umfang durch das InEK vorgegeben wird. Dabei handelt es sich um Informationen zu angewandten Kalkulationsverfahren, Fallbezeichnungen mit ergänzenden Leistungsdaten (z.B. Anzahl der Leistungen, verabreichte Dosis bei Medikamentengabe) sowie Kostendaten, die in der modularen Kostendarstellung nicht leistungsbezogen erkennbar sind. Die ergänzend übermittelten Daten werden spezifischen inhaltlichen Datenprüfungen unterzogen.

Die Verfahren zur Bewertung der Zusatzentgelte richten sich nach der Art der betrachteten Leistung.

Bei operativen und interventionellen Verfahren handelt es sich um definierte Leistungsausschnitte einer Gesamtbehandlung. Die Berechnungsgrundlage bilden daher die im regulären Datensatz in modularer Struktur übermittelten Fallkosten unter Berücksichtigung des DRG-Bezugs. Die Kalkulation der mit der untersuchten Leistung verbundenen Kosten erfolgt durch eine Differenzkostenberechnung zwischen Fällen mit und Fällen ohne betrachtete Leistung. Für die Differenzkostenberechnung ist die Verteilung der Fälle auf die betroffenen DRG-Fallgruppen ausschlaggebend. Der Ver-

gütungsbetrag eines Zusatzentgeltes entspricht damit dem gewichteten Mittelwert der Differenzkosten über die betroffenen DRGs.

Bei Dialysen und verwandten Verfahren bilden die mittleren Kosten der Kostenstellen-Gruppe 3 die Berechnungsgrundlage für den festzusetzenden Vergütungsbetrag. Die Kosten der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur fließen über einen pauschalen Zuschlag in die Bewertung ein. Angaben über Anzahl bzw. Durchführungsdauer des jeweiligen Verfahrens werden mit einbezogen.

Die Gabe von Medikamenten oder Blutprodukten ist durch variable Mengenverbräuche je Behandlungsfall gekennzeichnet. Dieser Tatsache wird durch die Bildung von leistungsindividuellen Dosisklassen, die sich an der Dosis- und Kostenverteilung des jeweiligen Wirkstoffs oder Blutprodukts ausrichten, Rechnung getragen. Für ein Zusatzentgelt ergibt sich der vergütungsrelevante Kostenwert je Mengenkategorie somit aus der Kostenverteilung innerhalb der jeweiligen Mengenkategorie. Als Grundlage für die Kalkulation der mit der Leistung verbundenen Kosten dienen die von den Krankenhäusern ergänzend übermittelten Kosten- und Leistungsdaten.

2.6 Versionsüberleitung der ICD-10- und OPS-Klassifikationen

Eine Versionsüberleitung anhand der Neuordnung der dem G-DRG-System zugrunde liegenden Diagnosen- und Prozedureninformationen wird immer dann erforderlich, wenn zwischen dem ausgewerteten Datenjahr und dem Geltungsjahr des weiterentwickelten DRG-Systems ein Versionswechsel bei den anzuwendenden ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen eingetreten ist.

Für identische Codes ergibt sich keine Notwendigkeit einer Überleitung.

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

- Klassifikatorische Überleitung
- Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

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

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

Eine detaillierte Erläuterung des Verfahrens findet sich im Abschnitt 3.3.4.

3 G-DRG-System 2007

3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Das G-DRG-System 2007 umfasst insgesamt 1.082 DRGs. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Veränderungen zur Vorjahresversion:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
G-DRG-System 2007	1.082	+ 128
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.035	+ 123
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	42	+ 2
davon rein teilstationäre DRGs	5	+ 3

Tabelle 2: Überblick über das G-DRG-System 2007

Im Zusatzentgelte-Katalog (Anlage 2 FPV) befinden sich 59 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 40). Die Anzahl der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 FPV) liegt bei 46 (Vorjahr: 42).

Für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems zur Version 2007 wurden im Rahmen der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG Angaben zu ca. 18,0 Mio. Fällen aus 1.770 Krankenhäusern übermittelt. Die Zahl der Kalkulationskrankenhäuser stieg um 49 auf 263. Die auswertbare Fallmenge (nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen) aus den Kalkulationskrankenhäusern betrug ca. 2,9 Mio. Fälle und blieb damit auf Vorjahresniveau.

Die rege Beteiligung am „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständs“ lieferte wertvolle Hinweise auf Ansatzpunkte zur Systemverbesserung. Insgesamt wurden ca. 1.500 Einzelvorschläge vom InEK geprüft und auf ihre Umsetzbarkeit im Rahmen der Weiterentwicklung analysiert.

Die Arbeiten zur Weiterentwicklung der Klassifikation und Ableitung der Bewertungsrelationen folgten den im Regelwerk aufgestellten Verfahrensgrundsätzen. Anpassungen erfolgten in folgenden Bereichen:

- Die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen für die Bereitstellung der Kalkulationsdaten wurden zur Steigerung der Datenqualität deutlich überarbeitet. Somit konnte erneut eine hervorragende Datengrundlage für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems geschaffen werden.
- Der Ableitung der Bewertungsrelationen bei Belegversorgung wurden nochmals verschärfte Anforderungen an die Datenbasis zugrunde gelegt.

Die Schwerpunkte der klassifikatorischen Überarbeitung bezogen sich auf folgende Themengebiete:

- Intensivmedizin: Die erstmals in den regulären Daten verfügbaren Codes zur *Intensivmedizinischen Komplexbehandlung* (TISS/SAPS-Score) erlaubten eine erheblich umfangreichere Abbildung aufwendiger intensivmedizinisch behandelter Patienten. So konnten außerhalb der Beatmungs-DRGs jetzt zehn (statt bisher drei) DRGs für aufwendige Intensivtherapie bei Fällen ohne Langzeitbeatmung kalkuliert werden, wobei dank der breiteren Datengrundlage auch die Einstiegsschwelle dieser DRGs gesenkt werden konnte. Innerhalb der Prä-MDC konnten die DRGs A09 bis A13 mittels der *Intensivmedizinischen Komplexbehandlung* sowie weiterer Parameter stärker differenziert werden.
- Mehrzeitige Eingriffe: Erstmals konnten nach Einbeziehung des OP-Datums in die Gruppierung mehrzeitige Eingriffe, die vielfach als besonders aufwendige Fallkonstellationen benannt worden waren, von anderen Mehrfacheingriffen abgegrenzt werden. Im Ergebnis konnten in acht MDCs neue DRGs für *Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren* etabliert werden. Darüber hinaus konnten sieben weitere DRGs für spezielle Konstellationen mehrzeitiger Eingriffe (Vakuumtherapie, Herzchirurgie, Handchirurgie) in die G-DRG-Klassifikation aufgenommen werden.
- Pädiatrie: Wie in den vergangenen Jahren wurden wieder systematisch alle DRGs daraufhin untersucht, ob Kostenunterschiede anhand des Alters festgestellt werden können. Dies führte zur Etablierung von neuen Kinder-Altersplits bei 154 DRGs. Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Einführung von kinderspezifischen Diagnosesplits wie z.B. für angeborene Fehlbildungen des Gastrointestinaltrakts oder für Stoffwechselerkrankungen. Ebenso erwähnenswert ist eine verbesserte Abbildung von medikamentösen Therapien beispielsweise im Bereich der Kinderonkologie durch Schaffung von speziellen Kinderdosisklassen bei Zusatzentgelten für Medikamente bei fünf bestehenden und zehn neuen Zusatzentgelten sowie einem neuen Zusatzentgelt für die parenterale Gabe von Busulfan, welches ausschließlich bei Kindern < 15 Jahre abgerechnet werden kann.
- Multiresistente Erreger: In der G-DRG-Version 2007 konnten aufgrund der ergänzenden Datenbereitstellung erstmals fünf neue DRGs für die Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern in unterschiedlichen MDCs etabliert werden, die über den im Jahr 2006 neu eingeführten Code 8-987-* *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]* definiert werden. In zwei weiteren DRGs wirkt die Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern als höher gruppierendes Merkmal.
- Schlaganfall: Ein Schwerpunkt bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems lag auch in diesem Jahr wieder auf dem Themenkomplex „Schlaganfall“. Im Ergebnis erfolgte die Abbildung operierter Fälle mit Schlaganfall-Komplexbehandlung konzentriert in der Basis-DRG B39, welche anhand der Dauer der neurologischen Komplexbehandlung und Schwere der operativen Behandlung in drei Schweregrade differenziert wurde. Die Etablierung zweier neuer intensivmedizinischer DRGs und einer DRG für mehrzeitige Eingriffe trugen zur weiteren Differenzierung im Extremkostenbereich der MDC 01 bei. Weiterhin hat die akutmedizinische Schlaganfall-Komplexbehandlung in den bewerteten frührehabilitativen DRGs der MDC 01 (B42 und B44) nun Gruppierungsrelevanz.
- Extremkosten: Inwieweit hochaufwendige Fälle in der G-DRG-Version 2006 noch unzureichend abgebildet sind, wurde in der diesjährigen Kalkulation umfassend und im intensiven Dialog mit den Kalkulationskrankenhäusern untersucht. Es konnten schließlich neben einer Vielzahl von Verbesserungen in den

bereits oben genannten Schwerpunkten auch in nennenswertem Umfang für relativ seltene, aber aufwendige Fallkonstellationen spezifische DRGs etabliert werden (lange stationäre Aufenthalte vor Transplantation, seltene Stoffwechselerkrankungen u.v.a.m.).

Die durch den R^2 -Wert als Maß für die Varianzreduktion ausgedrückte statistische Güte der Klassifikation hat sich im Vergleich zur Vorjahresversion nochmals deutlich erhöht (siehe Tab. 3).

	G-DRG-System 2006	G-DRG-System 2007	Verbesserung (in %)
R^2 -Wert auf Basis aller Fälle	0,6950	0,7072	1,8
R^2 -Wert auf Basis der Inlier	0,7946	0,8049	1,3

Tabelle 3: Vergleich der Varianzreduktion R^2 im G-DRG-System 2006 und im G-DRG-System 2007
(Datenbasis: Daten des Jahres 2005)

3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung

3.2.1 Datenbasis

3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung

Den Umfang der regulären Datenlieferungen in den beiden Erhebungen (siehe Kap. 2.1) gibt Tabelle 4 wieder. Die Zahlen der Erhebung von Kostendaten sind „davon“-Angaben der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG. Die Angaben der Tabelle 4 geben den Stand nach erfolgten Fehlerprüfungen in der DRG-Datenstelle und vor Durchführung von Datenprüfungen durch das InEK wieder.

Kriterium	Erhebung von DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG	Erhebung von Kostendaten
Anzahl Krankenhäuser	1.770	263
Anzahl Betten	490.778	105.434
Anzahl Fälle	17.981.369	4.239.365

Tabelle 4: Umfang der Datenlieferungen (Stand: 8. Juni 2006)

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

Die Zahl der Kalkulationskrankenhäuser hat sich gegenüber dem Vorjahr um 49 erhöht. Die Datensätze aus der Erhebung von Kostendaten bildeten nach Durchführung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen die Grundlage für die Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation.

Zusammensetzung der Datenlieferungen

Alle Darstellungen zur Zusammensetzung der Datenlieferungen beziehen sich auf den in Tabelle 4 dargestellten Umfang von 1.770 Krankenhäusern bzw. 263 Kalkulationskrankenhäusern. Abbildung 1 stellt die regionale Zusammensetzung der Erhebungen nach dem Bundesland der einbezogenen Krankenhäuser dar.

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

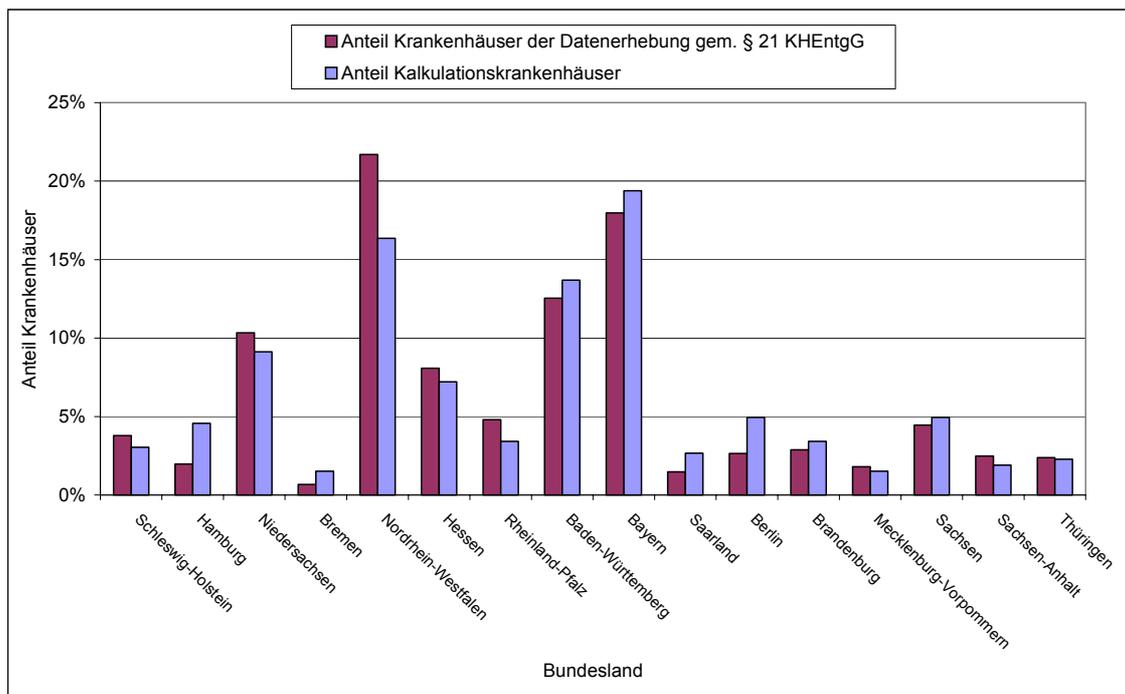


Abbildung 1: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser

Die Abweichungen zwischen den Anteilen der Bundesländer in den Datenerhebungen gehen aus Abbildung 2 hervor. Die Darstellung weist bundeslandbezogen die relative Abweichung des Anteils der Kalkulationskrankenhäuser vom Anteil der Krankenhäuser der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG aus.

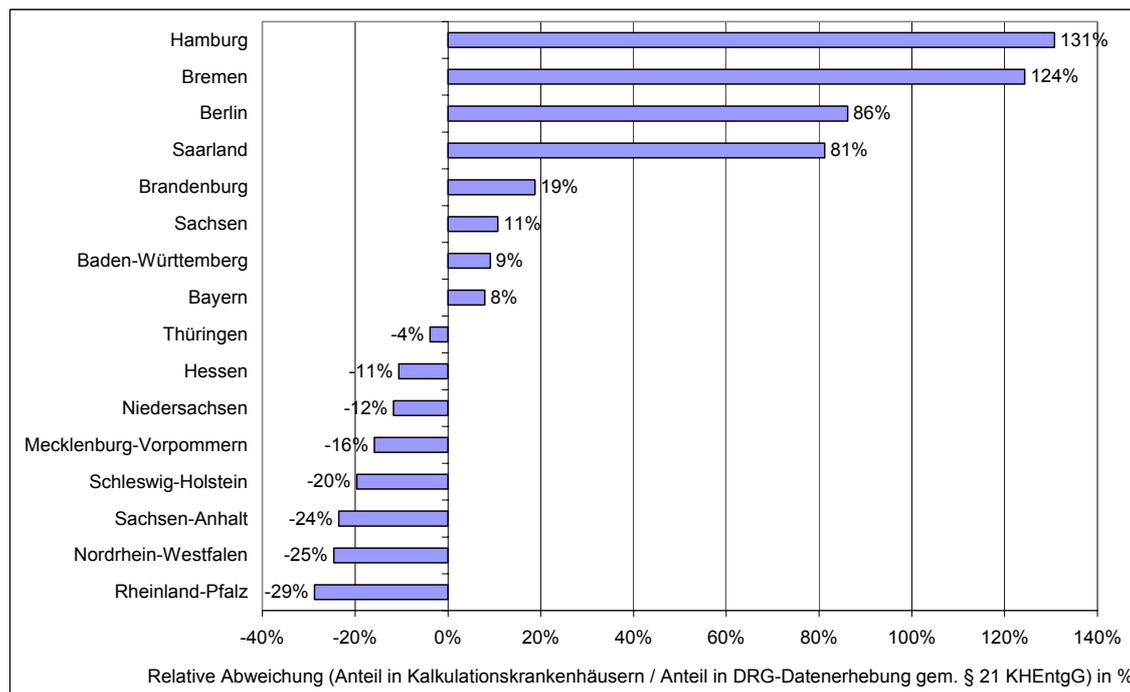


Abbildung 2: Relative Unterschiede in den bundeslandbezogenen Anteilen der Kalkulationskrankenhäuser im Vergleich zu den Anteilen der Krankenhäuser der DRG-Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG

Die Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser zeigt die folgende Abbildung 3. Wie schon im vergangenen Jahr wird aus der Gegenüberstellung der Kalkulationskrankenhäuser mit Krankenhäusern der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG bei den Kalkulationskrankenhäusern ein Übergewicht der Krankenhäuser ab einer Größe von mehr als 300 Betten erkennbar. Andererseits sind bei den Kalkulationskrankenhäusern kleine Krankenhäuser mit bis zu 300 Betten mit einem geringeren Anteil als ihrem Anteil in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG vertreten. Eine mögliche Ursache für dieses Ergebnis ist, dass größere Krankenhäuser tendenziell eher über die für die Durchführung einer Fallkostenkalkulation erforderlichen personellen und technischen Ressourcen verfügen als kleinere Krankenhäuser. Gleichzeitig stellt die höhere Beteiligung großer Krankenhäuser (häufig Krankenhäuser der Maximalversorgung und zehn Universitätskliniken) die Abdeckung des gesamten Leistungsspektrums mit ausreichenden Fallzahlen sicher.

Im Vergleich zur Datenerhebung für das Datenjahr 2004 verzeichnete der Anteil kleinerer Krankenhäuser bis 300 Betten bei den Kalkulationskrankenhäusern einen leichten Anstieg, während der Anteil großer Krankenhäuser mit mehr als 300 Betten leicht fiel. Die Verteilung der Kalkulationskrankenhäuser für das Datenjahr 2005 näherte sich also der Verteilung der Krankenhäuser in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG an.

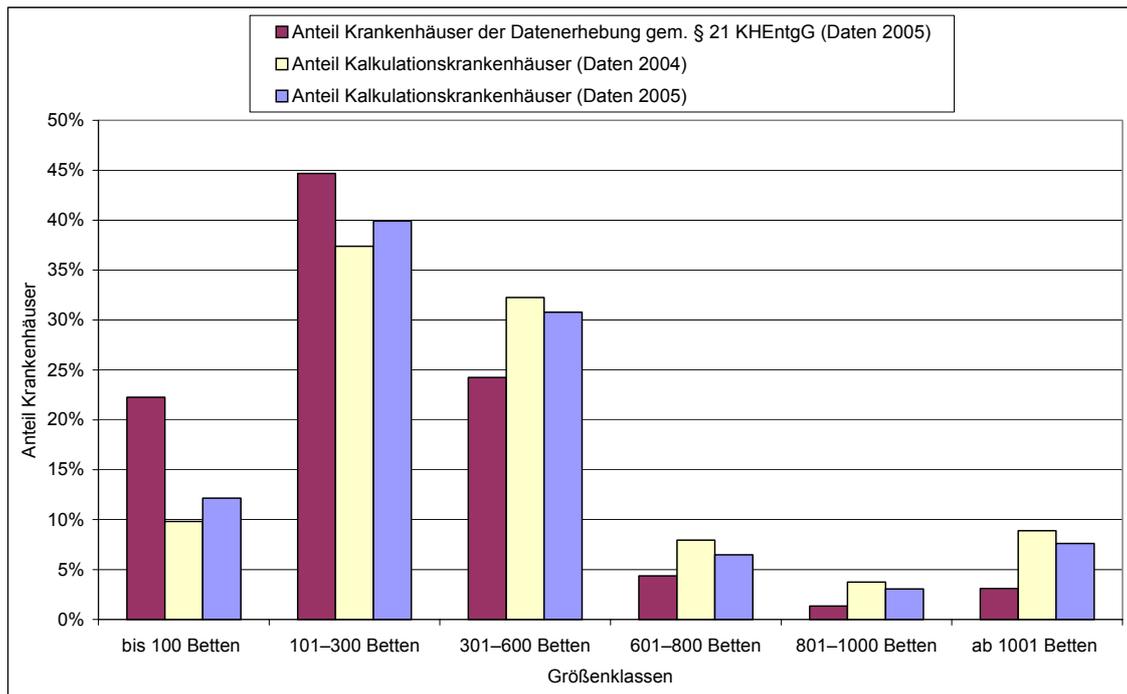


Abbildung 3: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser

Die folgende Abbildung 4 zeigt, dass sich im Vergleich zur Datenerhebung für das Datenummer 2004 bei den Kalkulationskrankenhäusern keine signifikanten Verschiebungen hinsichtlich der Verteilung nach Trägerschaft ergeben haben.

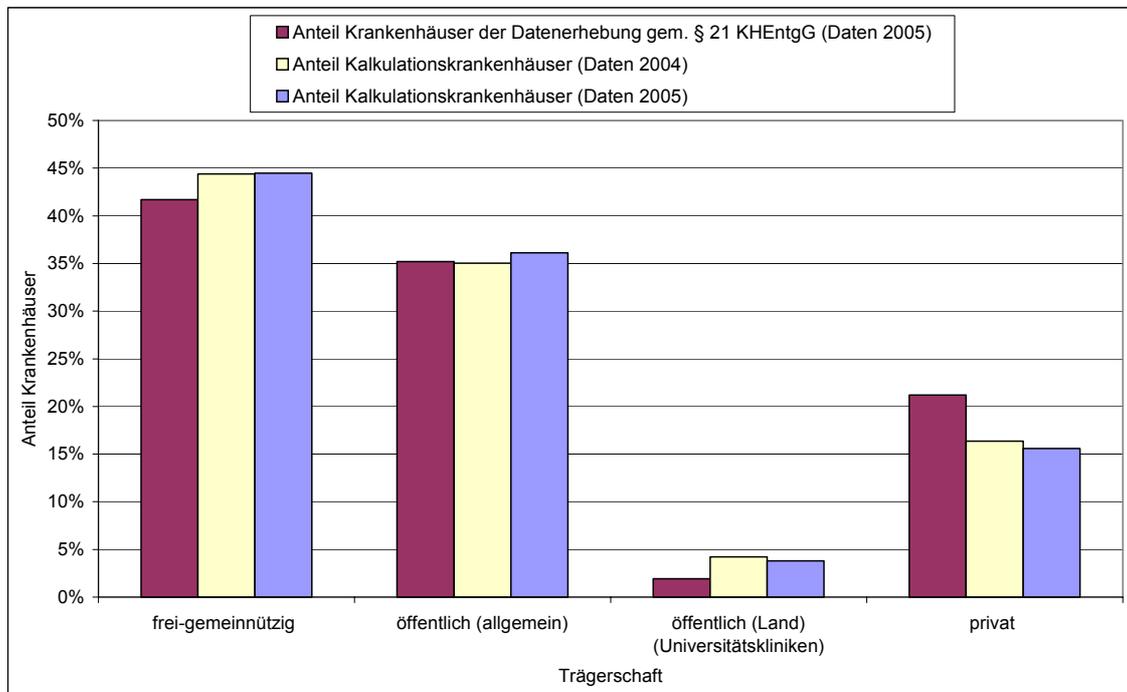


Abbildung 4: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser

Umfang der Datenlieferungen

Der Anteil fehlerhafter Datensätze an den übermittelten DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG betrug nach Angaben der DRG-Datenstelle 0,5%. Damit ist trotz Erhöhung der (technischen) Anforderungen an die DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG die Fehlerquote im dritten Jahr in Folge gesunken. Dies ist ein Zeichen dafür, dass die Datenlieferung gem. § 21 KHEntgG in den Krankenhäusern einen gewissen Routinestatus erreicht hat.

Die DRG-Datenstelle hat dem InEK die Daten zu insgesamt 4.455.358 Fällen der Kalkulationskrankenhäuser bereitgestellt.

Diese wurden um alle nicht matchbaren Datensätze (Leistungsdaten ohne Kostendaten: 3,2%; Kostendaten ohne Leistungsdaten: 0,3%) bereinigt. Fälle ohne DRG-Relevanz (vorstationäre Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung: 4,7%; Fälle der Psychiatrie und Psychosomatik bzw. Psychotherapie: 0,3%; Begleitpersonen: 1,8%) wurden in eine separate Datenhaltung überführt. Die Prozentangaben beziehen sich auf die insgesamt bereitgestellten Fälle.

Jeder Fall wies im Durchschnitt 2,5 Prozeduren (bei maximal möglichen 100 Prozedurenangaben je Fall) und 3,8 Nebendiagnosen (bei maximal möglichen 49 Nebendiagnosenangaben je Fall) auf. Die Kostendaten je Fall waren im Durchschnitt in 25 verschiedenen Kostenmodulen angegeben.

Nach Ausschluss der vom Matchingproblem betroffenen und der nicht DRG-relevanten Datensätze standen 4.239.365 Fälle mit Kosten- und Leistungsdaten zur Verfügung (siehe Tab. 4).

Bereinigungen und Korrekturen

Tabelle 5 zeigt die von den verschiedenen Bereinigungs- und Korrekturmaßnahmen (siehe Kap. 2.2) betroffenen Fallmengen. Die Prozentangaben beziehen sich auf die 4.239.365 geprüften Datensätze.

Bereinigung/Korrektur	Anteil Datensätze (in %)	Maßnahme
Fallzusammenführung	0,2	Herausnahme der durch Zusammenfassung wegfallenden Fälle aus der Datenbasis
Herkunftskorrektur	13,2	Bereinigung Personalkosten (Korrekturfaktor: 1,1006)
Korrektur Zusatzentgelte: Dialysekosten	1,5	Bereinigung Dialysekosten
Korrektur Zusatzentgelte: Kosten für Faktorpräparate bei Bluterbehandlung	0,03	Kostenseparation
Korrektur sonstige Zusatzentgelte: Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	0,9	Bereinigung Sachkosten Arzneimittel (Einzelkostenzuordnung)
Korrektur sonstige Zusatzentgelte: Operative und interventionelle Verfahren	0,5	„Aussteuern“ aus der Datenbasis
Überliegerbereinigung	0,5	Herausnahme aus der Datenbasis

Tabelle 5: Ergebnis der Datenbereinigungen und -korrekturen (bezogen auf 4.239.365 Datensätze)

Datenumfang nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen

Nach den Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie den Bereinigungen und Korrekturen (siehe Kap. 2.1, Kap. 2.2 und Kap. 3.3.1.1) standen schließlich 2.863.115 Datensätze zur Verfügung. Auf Grundlage der Ergebnisse der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen haben sich in Abstimmung mit dem InEK 38 Krankenhäuser für eine Stornierung ihrer insgesamt 942.877 Kalkulationsdatensätze (22% der Datensätze) entschieden. Insgesamt wurden 32,5% der 4.239.365 geprüften Datensätze durch Bereinigung sowie Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen von der Kalkulation ausgeschlossen.

Die folgende Tabelle 6 zeigt die nach Abteilungsart differenzierten Fallmengen vor und nach Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen.

Abteilungsart	Fallzahl <u>vor</u> Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen	Fallzahl <u>nach</u> Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen
Versorgung in Hauptabteilung	3.624.721	2.427.963
Belegärztliche Versorgung	88.978	60.426
Teilstationäre Versorgung	525.666	374.726
Gesamt	4.239.365	2.863.115

Tabelle 6: Fallmengen der Kalkulationskrankenhäuser (nur Fälle mit Kosten- und Leistungsdaten) vor und nach Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen, differenziert nach Abteilungsart, Datenjahr 2005

Der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems lag also eine Fallmenge von 2.863.115 Fällen zugrunde.

3.2.1.2 Ergänzende Datenbereitstellung

Der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems stehen in jedem Jahr die DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG sowie die freiwilligen Datenlieferungen der Kalkulationskrankenhäuser mit Fallkosteninformationen zur Verfügung. Neben diesen „regulären“ Datenlieferungen werden weitere ergänzende Fallinformationen aus den Kalkulationskrankenhäusern benötigt, um die relevanten Leistungen auf einer ausreichend differenzierten Datenbasis analysieren und bewerten zu können. Neben dieser Differenzierung der Datenbasis dient die ergänzende Datenbereitstellung dem Verkürzen bzw. Beheben der so genannten OPS-Kalkulationslücke durch die Abfrage von Leistungen und Leistungsdifferenzierungen aus der ICD-10-GM Version 2006 und dem OPS Version 2006 ebenso wie in diesen Katalogen noch nicht abgebildete Leistungen. Diese standen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser aus dem Jahr 2005 noch nicht zur Verfügung. Regulär hätten diese Informationen erst in der Kalkulation des Jahres 2007 – oder nach Einführung neuer Codes für 2007 – erst im Jahr 2008 berücksichtigt werden können. Somit verkürzt sich die Zeitspanne von der Identifizierung eines neuen Verfahrens über die Einführung eines entsprechenden OPS-Codes bis hin zur Berücksichtigung in der Kalkulation deutlich. Damit steht für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems ein Verfahren zur Verfügung, das zeitnah eine aufwandsgerechtere Vergütung innovativer Verfahren ermöglicht.

Erstmals war in diesem Jahr die Berücksichtigung einer Vielzahl der im NUB-Verfahren als möglicherweise nicht sachgerecht vergütet angesehenen Leistungen in der ergänzenden Datenbereitstellung möglich.

Der Umfang der ergänzenden Datenbereitstellungen wurde wie in den Vorjahren durch das InEK vorgegeben. Die Bereitstellung der ergänzend abgefragten Fallinformationen bedeutete für viele Kalkulationskrankenhäuser einen erheblichen personellen und zeit-

lichen Aufwand. Vor diesem Hintergrund konnte ein bemerkenswert hoher Datenrücklauf verzeichnet werden, wofür den Kalkulationskrankenhäusern an dieser Stelle ausdrücklich gedankt sei.

Die ergänzende Datenbereitstellung umfasste die folgenden Daten:

- **Verfahrensinformationen**

Alle Kalkulationskrankenhäuser machten Angaben zu den verwendeten Kalkulationsdaten und Kalkulationsverfahren, auch wenn es einigen wenigen Kalkulationskrankenhäusern in Ermangelung einer Erbringung dieser Leistungen nicht möglich war, fallbezogene Informationen zu übermitteln. Dabei kam es insbesondere darauf an, Kenntnis über die Möglichkeiten der Kalkulationskrankenhäuser zur Einzelkostenzurechnung besonders teurer Sachmittel (Implantate, Blutprodukte, teure Medikamente) zu erhalten. Viele der hoch spezialisierten Leistungen beinhalten den Verbrauch derartiger Sachmittel, sodass einer differenzierten und vollständigen fallbezogenen Kostenzurechnung besondere Bedeutung zukommt.

- **Kostendaten**

Kostendaten wurden leistungs- und fallbezogen für die Gabe von Blutprodukten und Medikamenten benötigt, da deren Kosten in der modularen Kostendarstellung nicht leistungsbezogen erkennbar sind. Der Umfang der erhaltenen Daten ist in Tabelle 7 dargestellt:

Daten	Anzahl Krankenhäuser	Anzahl Fälle
Kostendaten zu Blutprodukten	191	34.221
Kostendaten zu Medikamenten	190	113.402

Tabelle 7: Ergänzend bereitgestellte Kostendaten (Übersicht)

- **Leistungsdaten**

Im Rahmen der Datenübermittlung waren von den Kalkulationskrankenhäusern alle Behandlungsfälle anzugeben, für die mindestens eine der abgefragten Leistungen erbracht wurde. Zusätzlich waren bei Medikamentengabe das Datum der Gabe und die verabreichte Dosis anzugeben. Insgesamt haben 239 Kalkulationskrankenhäuser 305.080 Fälle übermittelt. Den Umfang der ergänzend bereitgestellten Leistungsdaten zeigt Tabelle 8:

Daten	Anzahl Krankenhäuser	Anzahl Fälle
Falldaten zu operativen und interventionellen Verfahren	93	6.047
Falldaten zu Blutprodukten	193	34.686
Falldaten zu Medikamenten	200	117.818
Falldaten zur Dialyse	129	24.789
Falldaten Intensivmedizinische Komplexbehandlung	121	100.140
Falldaten für den Bereich Frührehabilitation (Komplexbehandlungen, Frührehabilitations-Barthel-Index)	33	8.719
Falldaten zur Komplexbehandlung bei Besiedelung/Infektion mit multiresistenten Erregern	51	4.356
Falldaten zur Stadieneinteilung der HIV-Infektion	9	1.223
Falldaten zur Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker	4	2.374
Falldaten zur komplexen Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	5	73
Falldaten zu weiteren Bereichen von Komplexbehandlungen (z.B. Naturheilkundliche Komplexbehandlung, Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems)	10	4.852
Falldaten zur Abklärung einer familiären Disposition von Herz-Rhythmusstörungen	1	3

Tabelle 8: Ergänzend bereitgestellte Leistungsdaten (Übersicht)

3.2.2 Vorschlagsverfahren

3.2.2.1 Grundzüge des Verfahrens

Wie in den vergangenen Jahren hatten die Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG das InEK erneut beauftragt, das so genannte „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes“ durch ein regelhaftes Verfahren zu führen. Die bewährte Konzeption des Verfahrens (siehe Punkt 1–4) wurde fortgeführt.

1. Vorschläge konnten ausschließlich per E-Mail an das InEK übermittelt werden.
2. Nur für Vorschläge, die bis zum 28. Februar eingebracht worden waren, wurde eine Rückfrage im Falle von Unklarheiten zugesagt.
3. Änderungsvorschläge zur ICD-10-GM Version 2006 bzw. OPS Version 2006 konnten ausschließlich beim DIMDI eingereicht werden.
4. Gemäß dem Beschluss der Selbstverwaltungspartner nach § 17 b KHG im Spitzengespräch am 9. Februar 2004 wurden die Namen der Antragsteller sowie eine gekürzte Darstellung des Inhalts der Vorschläge veröffentlicht.

Das „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2007“ (Vorschlagsverfahren für 2007) wurde am 29. November 2005 mit der Veröffentlichung der Verfahrensweise im Internet eröffnet. Die für 2005 eingeführten Verfahrensänderungen haben sich weiterhin dadurch bewährt, dass eine Vielzahl der Vorschläge frühzeitig eingereicht wurde und es somit möglich war, einen intensiven Dialog mit den Vorschlagenden zur Klärung offener Fragen zu führen. Bei etlichen der eingegangenen Vorschlagssendungen wurden teilweise mehrfach Nachfragen gestellt, was eine deutliche Verbesserung der Qualität des Vorschlagsverfahrens mit sich brachte.

Alle eingegangenen Vorschläge wurden in einer Eingangsliste erfasst. Diese Zusammenstellung der Vorschläge mit Vorschlagsnummer, dem Namen der vorschlagenden Institution/Einzelperson und einer stichwortartigen Quintessenz des Inhalts wurde am 30. Mai 2006 auf der Internetseite des InEK veröffentlicht.

Analog dem Vorgehen im Vorjahr wurden die Eingaben systematisch aufbereitet und in so genannte „Minimale Bearbeitungseinheiten“ (MBE) gegliedert. Die simulierbaren Vorschläge wurden auf Basis der aus den Kalkulationskrankenhäusern gelieferten Daten überprüft. Näher beschrieben wird das Verfahren der Simulation und Bewertung vorgeschlagener Änderungen der G-DRG-Klassifikation in Kapitel 2.3. Die nicht simulierbaren Hinweise flossen durch die Schärfung des Problembewusstseins zu den angesprochenen Themen in die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems ein.

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

3.2.2.2 Beteiligung

Die Beteiligung am Verfahren war vergleichbar zum Vorjahr. Insgesamt wurden 185 Vorschlagssendungen eingereicht. Dabei wurden 114 Vorschlagssendungen von Fachgesellschaften oder Verbänden sowie weitere 71 Vorschlagssendungen von Einzelpersonen/Institutionen eingebracht. Da eine Vorschlagssendung aus mehreren Teilvorschlägen (also Vorschlägen zu verschiedenen Problemstellungen oder DRGs) bestehen konnte, ergaben sich in etwa 1.500 Einzelvorschläge, was ebenfalls der Größenordnung der Einzelvorschläge des Vorjahres entspricht. Dazu kamen ca. 150 Einzelvorschläge aus den beiden vorherigen Vorschlagsverfahren, die erst in diesem Jahr rechenbar waren.

Die meisten Vorschläge gingen zu den Fachgebieten Chirurgie, Unfallchirurgie/Orthopädie, Herzchirurgie, Strahlentherapie/Nuklearmedizin, Onkologie, Neurologie

und HIV ein. Wie bereits im Vorjahr wurde der größte Teil der Vorschläge von medizinischen Fachgesellschaften eingereicht, wobei sich auch die Quote der von medizinischen Fachgesellschaften eingebrachten Vorschläge erhöhte. Eine detaillierte Aufstellung der vorschlagenden Institutionen, Organisationen und Einzelpersonen kann der Zusammenstellung der Vorschläge entnommen werden, die auf der Internetseite des InEK zum Herunterladen bereitsteht.

Im diesjährigen Vorschlagsverfahren ging erneut eine nicht unerhebliche Anzahl von Vorschlägen ein, die auf Einzelfallbeispielen gründeten, also z.B. auf der Verschiebung von Einzelkodes ohne Berücksichtigung „benachbarter“ Kodes vergleichbaren Aufwandes. Damit diese Vorschläge sinnvoll bearbeitet werden konnten, bedurfte es wiederum Nachfragen und Konkretisierungen sowie der Erarbeitung umfassenderer Lösungen, teilweise auch durch Kontaktaufnahmen mit Fachgesellschaften.

3.2.2.3 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge

In den Vorjahren waren die eingebrachten Vorschläge in unterschiedlichem Maße konkret. Vorgabe der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems war es, Lösungen innerhalb des G-DRG-Systems zu finden. Dies war in sehr unterschiedlichem Maß von den Vorschlagenden berücksichtigt worden. Auf die Schwierigkeiten bei der Berücksichtigung nicht ausreichend konkreter oder außerhalb des vorgegebenen Rahmens befindlicher Vorschläge wurde in der Beantwortung der Einzelvorschläge, im Abschlussbericht und in Vorträgen und Veranstaltungen zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2006 hingewiesen.

Beim Vorschlagsverfahren für 2007 waren mehr als die Hälfte der eingebrachten Vorschläge auf den Daten der Kalkulationskrankenhäuser direkt simulierbar. Aber auch bei den nicht direkt simulierbaren Vorschlägen fand sich eine Verschiebung hin zu Lösungen innerhalb des Systems. Nicht direkt simulierbare Vorschläge waren insbesondere:

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

Die Weiterentwicklung der Klassifikationen ICD-10-GM und OPS ist Aufgabe des DIMDI. Darauf wurde in der Verfahrensbeschreibung hingewiesen. Die im Rahmen des Verfahrens eingegangenen Vorschläge zur Neuformulierung von Kodes wurden an die zuständigen Stellen beim DIMDI weitergeleitet, allerdings hatte dies keine Verlängerung der Annahmefrist des DIMDI (28. Februar 2006) zur Folge.
- **Vorschläge zur Finanzierung über Zusatzentgelte**

Die Ermittlung von Zusatzentgelten erforderte ergänzende Fallinformationen und eine eigene Methodik. In Kapitel 2.5 wird zur Ermittlung von Zusatzentgelten ausführlich Stellung genommen.
- **Vorschläge zur Änderung der CCL-Matrix**

In diesem Jahr wurde eine geeignete Methodik zur Überarbeitung der CCL-Matrix etabliert. Auf diese Weise konnten umfangreiche Untersuchungen von Diagnosen zur Bearbeitung der CCL-Matrix eine Bereinigung, insbesondere der häufig kodierten, streitbefangenen und vermeintlich aufwendigen bzw. nicht aufwendigen Kodes, gewährleisten. Auf die Überarbeitung inklusive einer Dar-

stellung der Überarbeitungsmethodik der CCL-Matrix wird im Kapitel 3.3.1.4 detailliert eingegangen.

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

Simulationen auf den Daten der Kalkulationskrankenhäuser konnten nur anhand von Codes durchgeführt werden, die in den Datensätzen vorhanden waren oder aufgrund einer ergänzenden Datenbereitstellung zur Verfügung standen. Mit neu beantragten Codes wurde wie oben beschrieben verfahren. Wurden diese Codes vom DIMDI in die Klassifikationen aufgenommen, so können sie ab dem Jahr 2007 verschlüsselt werden und stehen dann spätestens im Jahr 2008 in den Kalkulationsdaten zur Analyse zur Verfügung. Vorschläge, die auf Codes des Jahres 2006 basieren, wurden weitestgehend auf Codes des Jahres 2005 übergeleitet. War dies nicht möglich, wurden diese Vorschläge für eine erneute Bearbeitung im nächsten Jahr vorgemerkt.
- **Duplikate**

Etwa 9% der Vorschläge wurden text- oder inhaltsidentisch von mehreren Institutionen/Personen eingebracht. Ein Vorteil ergab sich durch mehrfaches Einsenden nicht. Eine Priorisierung bei Mehrfachnennung fand nicht statt.
- **Vorschläge zur Änderung der Deutschen Kodierrichtlinien**

Bei der Überarbeitung der Deutschen Kodierrichtlinien für das Jahr 2006 stand in diesem Jahr vor allem die Klarstellung einzelner Kodierrichtlinien im Vordergrund, nachdem bereits in den beiden vergangenen Jahren eine umfangreiche Straffung und Neugestaltung der Deutschen Kodierrichtlinien erfolgt war. Die Änderungsvorschläge zu den Kodierrichtlinien flossen dabei in die Diskussion ein.
- **Vorschläge zur Änderung von Rahmenbedingungen des G-DRG-Systems**

Vorschläge, die grundsätzlich von den Rahmenbedingungen der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPV) für das Jahr 2006 abweichen bzw. außerhalb der Systemarchitektur des G-DRG-Systems lagen, wurden auf innerhalb des G-DRG-Systems simulierbare Hinweise untersucht oder flossen in die Diskussion bei der Änderung methodischer Ansätze (z.B. Langliegervergütung) ein.
- **Vorschläge zur Herausnahme einzelner Fachgebiete/Erkrankungen/Einrichtungen**

Es gingen nur noch wenige Vorschläge zur Herausnahme einzelner Fachgebiete/Erkrankungen/Einrichtungen im Rahmen des Verfahrens ein. Primär war es Ziel des Verfahrens, eine Lösung innerhalb des DRG-Systems zu finden. Einige DRGs wurden jedoch im Fallpauschalen-Katalog für das Jahr 2007 nicht mit einer Bewertungsrelation belegt (Anlagen 3a und 3b der FPV 2007) und müssen daher vor Ort zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern verhandelt werden. Diese Nichtbelegung mit einer Bewertungsrelation wurde nicht auf Antrag durchgeführt, sondern anhand einer Gesamtwürdigung objektiver Kriterien wie Homogenität, Langliegeranteil, Fallzahl etc. entschieden.

Die etwa 1.000 eingegangenen direkt simulierbaren Vorschläge wurden alle auf den Kalkulationsdaten – zum Teil mehrfach – berechnet und bewertet. Zusätzlich dazu wurden häufig mehrere Vorschlagsvarianten analysiert. Aber auch nicht direkt simulierbare Vorschläge wurden bearbeitet und teilweise mittels aufwendiger Analysen untersucht. Etwa 32% der Vorschläge konnten direkt oder im Sinne des Vorschlagenden

umgesetzt werden. Die Rate an umgesetzten Vorschlägen lag damit deutlich höher als im Vorjahr. Doch auch bei den anderen Vorschlägen wurde die geschilderte Problematik aufgegriffen und intensiv nach Lösungen gesucht. So wurde – angeregt durch die eingebrachten Problemdarstellungen – vor und während der Kalkulation eine Vielzahl von Änderungsvorschlägen entwickelt. Die Gesamtzahl der simulierten Änderungen lag damit ca. um den Faktor 3,5 höher als die Anzahl der eingebrachten simulierbaren Vorschläge (insgesamt 3.467 Änderungsversionen).

3.3 Schwerpunkte der Weiterentwicklung

3.3.1 Anpassung der Methodik

3.3.1.1 Erweiterung der Plausibilitätsprüfungen

Die vom InEK durchgeführten Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen haben zum Ziel, die aus den Krankenhäusern übermittelten Datensätze daraufhin zu prüfen, ob sie einerseits den formalen Anforderungen genügen sowie andererseits auch inhaltlich ein stimmiges Bild des Behandlungsfalles vermitteln.

Beide Aspekte – die formale und die inhaltliche Konformität der Daten – beziehen sich auf die bereits von Beginn an definierten Ebenen der ökonomischen Prüfungen, medizinischen Prüfungen sowie der medizinisch-ökonomischen Zusammenhangsprüfungen.

Die formale Prüfung geht dabei der Frage nach, ob das methodische Vorgehen der Kostenkalkulation mit den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs bzw. die Kodierung mit den Vorgaben der Deutschen Kodierrichtlinien übereinstimmt. Die inhaltlichen Prüfungen analysieren, ob die Kostenzurechnung dem unterschiedlichen Behandlungsaufwand entspricht bzw. die Kodierung zur DRG-Zuweisung passt.

Während in der Vergangenheit bereits umfangreiche Plausibilitätsprüfungen mit Schwerpunkt auf formalen Aspekten durchgeführt wurden, ist das Prüfkonzept im Zuge der diesjährigen Weiterentwicklung insbesondere auf der inhaltlichen Prüfebene deutlich ausgebaut und verfeinert worden. Damit wurde der inhaltliche Zusammenhang (auch als Konformität bezeichnet) zwischen den für einen Behandlungsfall dokumentierten medizinischen Informationen (z.B. Diagnose- und Prozeduren-Kodes, aber auch persönliche Patientenmerkmale) und den sich daraus begründenden Behandlungskosten stärker in den Mittelpunkt der Analyse gerückt.

Zur Unterstützung der erweiterten Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen wurden im Vorfeld der Kalkulation die Kalkulationsgrundlagen bei den Kalkulationskrankenhäusern abgefragt. Dazu gehörten

- die Summe der DRG-relevanten Kosten,
- die Anzahl der zu kalkulierenden Fälle,
- die berücksichtigten Abgrenzungstatbestände,
- Informationen über die Anwendung der PPR sowie
- Informationen über die Leistungsdokumentation der Schnitt-Naht-Zeit und der Anästhesiologiezeit.

Die Informationen zu den Kalkulationsgrundlagen flossen in die Prüfungen sowohl der formalen als auch der inhaltlichen Konformität ein.

Formale Konformität

Zunächst wurden die Kalkulationsgrundlagen auf die korrekte Umsetzung des Kalkulationshandbuchs geprüft. Beispielsweise konnte durch Abgleich mit den Informationen aus den Krankenhausplänen oder Internetauftritten der Kalkulationskrankenhäuser in Augenschein genommen werden, ob alle für das Kalkulationskrankenhaus erwarteten, relevanten Abgrenzungstatbestände aufgeführt wurden.

Die Anwendung der PPR oder eines ähnlich sachgerechten Systems ist eine Grundvoraussetzung für die Teilnahme an der Kalkulation. Insofern fällt der Prüfung der PPR-Anwendung im Rahmen der Kalkulation eine zentrale Bedeutung zu. Hatten Krankenhäuser keine flächendeckenden PPR-Einstufungen vorgenommen, mussten die alternativ verwendeten Verrechnungsmodelle dem InEK zur Prüfung und Freigabe für die Kalkulation vorgestellt werden. Schließlich konnte das grundsätzliche Vorgehen im Rahmen der Leistungsdokumentation im OP und in der Anästhesie auf handbuchkonformes Vorgehen gesichtet werden.

Bei der Einzelkostenzuordnung besteht für bestimmte Artikelgruppen die alternative Möglichkeit, die Kosten mit Hilfe eines klinischen Verteilungsmodells den Behandlungsfällen zuzuordnen. Im Rahmen der formalen Konformitätsprüfung mussten die Kalkulationskrankenhäuser, die ein klinisches Verteilungsmodell (KVM) anwenden wollten, dieses vor Verwendung dem InEK zur Prüfung auf Verursachungsgerechtigkeit und auf Handbuchkonformität vorlegen. Erst nach Genehmigung durch das InEK durften KVM von den Kalkulationskrankenhäusern verwendet werden. Rund 76% der zur Prüfung vorgelegten KVM wurden vom InEK für die Verwendung zur Kostenkalkulation genehmigt.

Weitere Prüfungen auf Krankenhaus- und auf Fallebene vertieften die Analyse der formalen Konformität. Die nach Angaben des Krankenhauses zu kalkulierende Anzahl von Fällen und das zu kalkulierende Kostenvolumen wurden mit der tatsächlich übermittelten Anzahl von Fällen und dem tatsächlich übermittelten Kostenvolumen abgeglichen. Im Rahmen der Einzelkostenverrechnung wurde geprüft, ob die relevanten Kostenmodule Einträge hatten, wenn eine Einzelkostenzuordnung erzwingende (wie z.B. die Implantation eines Herzschrittmachers) Leistung dokumentiert wurde. So wurde beispielsweise auch geprüft, ob ein Krankenhaus mit operativer Fachabteilung die Kosten für Blutprodukte dem dafür vorgesehenen Kostenmodul 10_4b (Einzelkosten für Arzneimittel im Labor) zugeordnet hatte. Eine inhaltliche Prüfung, ob die Höhe der Kosten mit der dokumentierten Blutmenge korrespondierte, erfolgte bei der formalen Konformitätsprüfung nicht.

Inhaltliche Konformität

Die inhaltliche Konformitätsprüfung zielte auf das Ergebnis der Fallkostenkalkulation hinsichtlich der inhaltlichen Plausibilität der Kalkulationsergebnisse. So wurde sichergestellt, dass die Kostenverteilung auf die einzelnen Fälle dem unterschiedlichen Behandlungsaufwand entsprach. Ergänzend wurde die Konsistenz zwischen der Kostenrechnung des Krankenhauses und den Ergebnissen der fallbezogenen Kostenzurechnung plausibilisiert.

Hierzu wurden bestehende Prüfungen verfeinert und zusätzlich Prüfungen entwickelt, die abstrahierend vom Einzelfall systematische Auffälligkeiten eines Kalkulationskrankenhauses aufdecken sollten.

Die Datenanalyse erfolgte dabei auf verschiedenen Aggregationsebenen:

- Krankenhausebene
- Teilbereichsebene
- Fallebene

Prüfungen auf Krankenhausebene

Auf der Krankenhausebene wurde geprüft, ob die fundamentalen Kalkulationsgrundsätze inhaltlich richtig umgesetzt wurden. Zur Durchführung dieser Datenprüfungen wurde auf die zusätzlichen Informationen aus der Abfrage der Kalkulationsgrundlagen zurückgegriffen. Dadurch konnte ein von den Einzelfällen unabhängiger Gesamtüberblick über das Kalkulationskrankenhaus gewonnen werden. Die inhaltliche Plausibilisierung der Kalkulationsdaten auf Krankenhausebene umfasste insbesondere die folgenden Bereiche:

- Verteilung der Infrastrukturkosten
- Personalkostenverrechnung
- Kalkulationsbereiche mit zentraler Bedeutung für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems

Höhe und Verteilung der Kosten der nicht medizinischen Infrastruktur wurden in einem erweiterten Verfahren geprüft. Eine nicht verursachungsgerechte Verteilung der Kosten der nicht medizinischen Infrastruktur zwischen den einzelnen Kostenstellengruppen bzw. zwischen den einzelnen Behandlungsfällen führt im Ergebnis zu unplausiblen DRG-Fallpauschalen. Grundsätzlich waren drei Verfahren im Zuge der Fallkostenermittlung zur Verrechnung der indirekten Kostenstellen möglich. Neben der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung (IBLV) und der Verrechnung der Kosten über eine Basiskostenstelle (vereinfachtes Umlageverfahren) konnte als dritte Möglichkeit eine Mischung zwischen den beiden Verfahren gewählt werden (Mischverfahren). Die Wahl des Verfahrens hat entscheidenden Einfluss auf die Verteilung der krankenhausesindividuellen Infrastrukturkosten auf die einzelnen Fälle.

Im ersten Schritt wurden im Zuge der inhaltlichen Konformitätsprüfung der Anteil der Infrastrukturkosten an den Gesamtkosten und die absolute Höhe der Infrastrukturkosten je Pflgetag plausibilisiert. Auffällige Werte führten zu umfangreichen Rückfragen an das Kalkulationskrankenhaus, um entweder eine plausible, krankenhausesindividuelle Erklärung für die Auffälligkeit zu finden oder einen systematischen Kalkulationsmangel aufzudecken. Im zweiten Schritt wurde ein vom angewendeten Verrechnungsverfahren abhängiger Prüfansatz implementiert. Hier wurde die Verursachungsgerechtigkeit der Kostenverteilung zwischen den einzelnen Kostenstellengruppen und zwischen den Einzelfällen analysiert.

Die Personalkosten stellen den größten Kostenblock eines Krankenhauses dar. Diesem Umstand Rechnung tragend wurden die inhaltlichen Prüfungen der Personalkostenverrechnung des ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes auf Krankenhausebene weiterentwickelt. Hauptaugenmerk war dabei die Plausibilität der Verteilung der Personalkosten des ärztlichen Dienstes zwischen den einzelnen Kostenstellengruppen. Eine Auffälligkeit lag beispielsweise vor, wenn die Personalkosten des ärztlichen Dienstes in der Anästhesie auf Krankenhausebene signifikant über denen der Kostenstellengruppe „OP“ lagen. Bei Auffälligkeiten wurde durch zahlreiche Rückfragen geklärt, ob eine Überarbeitung der Kostenverteilung erforderlich wurde oder eine besondere krankenhausesindividuelle Situation die Auffälligkeit – inhaltlich korrekt – determinierte.

Bei der Plausibilisierung der Personalkostenverrechnung des Pflegedienstes wurden die Verhältnisse der zugerechneten Personalkosten für sog. Stundenfälle (Aufnahme und Entlassung zur stationären Behandlung am selben Kalendertag), Ein-Belegungstag-Fälle (Behandlungsfälle mit einem Belegungstag) und für die restlichen Fälle überprüft. Ergänzend wurde der rechnerische Kalkulationssatz je PPR-Minute auf Krankenhausebene sowie die Kostenverteilung des Pflegedienstes auf die Kostenstellengruppen plausibilisiert. Auf diese Weise konnte eine verursachungsgerechte Kostenverteilung sichergestellt werden.

Zusätzlich wurde die Veränderung der Kostenwerte für die einzelnen Personalkostenarten zwischen einzelnen Datenlieferungen eines Kalkulationskrankenhauses bezüglich ggf. auftretender Auffälligkeiten analysiert. Unplausible Abweichungen zwischen zwei Datenlieferungen mussten vom Krankenhaus entweder schlüssig erläutert werden oder durch eine erneute Datenlieferung beseitigt werden.

Die Einzelkostenzuordnung behält nach wie vor für die verursachungsgerechte Kostenzurechnung hochteurer Sachgüter eine hohe Bedeutung zur aufwandsgerechten Unterscheidung der DRG-Fallgruppen. Im Zuge der erweiterten Plausibilitätsprüfungen wurde geprüft, ob das Krankenhaus bei den in Anlage 10 des Kalkulationshandbuchs genannten Artikelgruppen eine (handbuchkonforme) Einzelkostenzuordnung oder ein vom InEK genehmigtes KVM verwendet hatte. Beispielsweise wurden die Kosten für Herzschrittmacher, Defibrillatoren, Katheter, Hüft- und Knieendoprothesen hinsichtlich auffälliger Kostenwerte bzw. Kostenverteilungen zwischen verschiedenen aufwendigen Artikeln einer Artikelgruppe untersucht.

Aufgrund der Erfahrungen der Vorjahre und der grundsätzlichen Bedeutung für die Systempflege wurden insbesondere die Plausibilitätsprüfungen für die nachfolgend aufgeführten Kostenstellengruppen einer systematischen Weiterentwicklung unterzogen:

- OP
- Anästhesie
- Radiologie

In der Kostenstellengruppe „OP“ führen einige systematische Kalkulationsfehler zu bestimmten Auffälligkeiten in den Kalkulationsdaten, die durch entsprechende Prüfungen aufgedeckt werden konnten. Darüber hinaus wurde geprüft, ob die der Kalkulation zugrunde liegenden Schnitt-Naht-Zeiten (inklusive Rüstzeiten und Gleichzeitigkeitsfaktoren) für den ärztlichen Dienst und den Funktionsdienst in einem plausiblen Verhältnis zueinander standen und ob die auf ihrer Basis kalkulierten Kosten der Höhe nach plausibel waren.

In analoger Weise erfolgte die Plausibilisierung der Kalkulationsergebnisse für die Kostenstellengruppe „Anästhesie“. Darüber hinaus wurden die Kostenverhältnisse zwischen OP und Anästhesie auf ihre Plausibilität überprüft. Bei auffälligen Werten wurde durch Kommunikation mit dem Kalkulationskrankenhaus der Ursache für die Auffälligkeit nachgegangen.

Die Kostenstellengruppe „Radiologie“ umfasst sowohl aufwendige als auch weniger aufwendige Leistungen. Für eine sachgerechte Weiterentwicklung des G-DRG-Systems war eine verursachungsgerechte Kalkulation in diesem Bereich sicherzustellen. Die Prüfung untersuchte beispielsweise die verursachungsgerechte Kostenabbildung bei dokumentierten aufwendigen Leistungen für radiologische und nuklearmedizinische Großgeräte. Auffälligkeiten in größerem Umfang wiesen auf einen systematischen Kalkulationsfehler hin und führten zu Rückfragen zur Verursachungsgerechtig-

keit der Kostenzurechnung einerseits und zur Dokumentationsgüte radiologischer Leistungen andererseits.

Eine umfassende und korrekte Kodierung der OPS-Kodes *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* ist grundlegende Voraussetzung für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems im Hinblick auf eine leistungsgerechte Abbildung der Intensivmedizin. Alle Kalkulationskrankenhäuser wurden daraufhin geprüft, ob Leistungen im Sinne des OPS *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* erbracht worden sind und ob der Anteil der Fälle mit diesem Kode schlüssig war. Ein typischer Fehler war hier die unvollständige Erfassung dieses Kodes, beispielsweise durch eine erst unterjährig begonnene Verschlüsselung.

Der OPS-Kode für die neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls darf nur von Krankenhäusern kodiert werden, welche die im OPS-Kode aufgeführten Mindestmerkmale erfüllen. In Abhängigkeit von der Mitteilung des Krankenhauses über das Bestehen einer Stroke-Unit wurde der Anteil von Fällen mit dokumentiertem OPS-Kode für die neurologische Komplexbehandlung an der Gesamtzahl von Fällen mit Schlaganfallbehandlung plausibilisiert. Bei auffälligen Abweichungen wurden durch Rückfragen beim Krankenhaus plausible Erklärungen bzw. Anhaltspunkte für eine Überarbeitung der Kalkulationsdatensätze gesucht. Darüber hinaus wurde durch geeignete Plausibilitätsprüfungen die Kostenverteilung für Fälle zur Behandlung des Schlaganfalls untersucht.

Prüfungen auf Fallebene

Die Basis für die Weiterentwicklung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen auf Fallebene stellten die bisherigen plausiblen Kalkulationsergebnisse sowie ergänzende Kalkulationsinformationen der Vorjahre dar. Während die Plausibilitätsprüfungen bislang den DRG-Bezug betonten, wurde bei der diesjährigen Weiterentwicklung der Leistungsbezug durch OPS-basierte Prüfungen in den Vordergrund gerückt. Auf Basis plausibler Kalkulationsergebnisse wurden leistungs- und/oder mengenabhängige Grenzwerte abgeleitet, deren Über- bzw. Unterschreitung als Auffälligkeit markiert wurde. Die Ursache für Auffälligkeiten konnten begründet sein in:

- Datenfehlern,
- Kalkulationsfehlern,
- einer Kombination aus Datenfehlern und Kalkulationsfehlern oder
- einer sachlogischen plausiblen krankenhausesindividuellen Besonderheit.

Entsprechend konnte das Kalkulationskrankenhaus bei Auffälligkeiten entweder eine Korrektur des Kalkulationsdatensatzes vornehmen oder eine plausible Erklärung für die Auffälligkeit liefern.

Aufgrund der Vielzahl der durchgeführten Prüfungen wurde zwischen den Kalkulationskrankenhäusern und dem InEK eine intensiviertere Kommunikation gepflegt. Die Krankenhäuser erhielten einen detaillierten (fallbezogenen) Bericht über das Ergebnis der Plausibilitätsprüfungen. Ergänzend zum bereits bekannten Fehlerprotokoll erhielten die Krankenhäuser die Ergebnisse der Konformitätsprüfungen in einem eigenständigen Report. In der Mehrzahl waren dies krankenhausesbezogene bzw. systematische Auffälligkeiten. Die Krankenhäuser haben auf Grundlage der Reporte die Kalkulationsdatensätze überarbeitet und erneut an das InEK übermittelt. Mehrheitlich waren in Absprache mit dem InEK mehrere Korrekturlieferungen erforderlich, bis die erforderliche Datenqualität erreicht war. In Ausnahmefällen konnte eine gute Datenqualität bereits in der ersten Datenlieferung erreicht werden. Alternativ zu einer Korrekturlieferung von Datensätzen konnte das Kalkulationskrankenhaus plausible, krankenhausesindividuelle

Erklärungen für einzelne Auffälligkeiten übermitteln. Dabei wurden teilweise Kalkulationsergebnisse erzielt, die einer handbuchkonformen Umsetzung entsprachen, aber innerhalb der modularen Darstellung der Kostenmatrix auffällig wurden. Bei zu großen Abweichungen wurden die Kalkulationsdatensätze tendenziell nicht für die Kalkulation verwendet.

Aufgrund der erhöhten Kalkulationsanforderungen war die Wahrscheinlichkeit für die Aufdeckung einer systematischen Auffälligkeit im Rahmen der Konformitätsprüfungen bei der ersten Datenlieferung recht hoch. Einige Kalkulationskrankenhäuser wiesen sogar mehrere systematische Auffälligkeiten auf. Durch die nachfolgenden Korrekturlieferungen und die intensiviertere Kommunikation mit den Kalkulationskrankenhäusern konnte die Datenqualität deutlich gesteigert werden. Typische systematische Auffälligkeiten waren beispielsweise die unplausible Verteilung der Kosten der nicht medizinischen Infrastruktur zwischen den einzelnen Kostenstellengruppen oder eine unplausible Personalkostenverrechnung für die Personalkosten des ärztlichen Dienstes auf die einzelnen Kostenstellengruppen. Fehlerhafte Einzelfälle bei der Dokumentation der Schnitt-Naht-Zeiten im OP konnten dazu führen, dass sich aufgrund der Fehlerdimension ein unplausibler Kostenwert für die Schnitt-Naht-Minute auf Krankensebene ergab. Dies konnte im Extremfall die Konsequenz haben, dass alle operierten Fälle des betroffenen Krankenhauses bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems nicht berücksichtigt werden konnten. Auffälligkeiten mit Ursprung in einer unvollständigen oder fehlerhaften OPS-Dokumentation fanden sich insbesondere bei der Abbildung der Schlaganfallbehandlung auf Stroke-Units oder bei der intensivmedizinischen Komplexbehandlung. Hier konnten Auffälligkeiten durch Nachkodierung und Nachkalkulation beseitigt werden. Konnten keine Nachkodierungen und Nachkalkulationen erfolgen, wurden alle von der fehlerhaften Kalkulation betroffenen Datensätze von der weiteren Verwendung ausgeschlossen. Bei Auffälligkeiten in der Einzelkostenzuordnung konnten die Kalkulationskrankenhäuser entweder Belege für die Korrektheit der Zuordnung einsenden oder die Auffälligkeit durch Nachkalkulation beseitigen.

Inhalte der medizinisch-ökonomischen Plausibilitätsprüfungen

Zu den im Rahmen der erneut intensivierten medizinisch-ökonomischen Plausibilitätsprüfungen besonders strikt geprüften Leistungsbereichen zählen:

- Intensivmedizin
- OP und Anästhesie
- Leistungen der Funktionsbereiche Kardiologie, Endoskopie und Radiologie
- Gabe von Blutprodukten
- Implantatkosten

Für alle intensivmedizinisch behandelten Fälle wurde anhand der zur Verfügung stehenden Parameter (Intensivverweildauer, Beatmung, Diagnosen, Prozeduren, Alter u.a.) ein Erwartungswert für die Summe der Punkte nach TISS/SAPS-Score ermittelt und mit dem verschlüsselten OPS-Code *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* sowie ggf. dem in der ergänzenden Datenlieferung ermittelten exakten Punktwert abgeglichen. Zusätzlich wurde geprüft, ob die in Kostenstellengruppe 2 angegebenen Kosten die mit dem angegebenen Punktwert korrespondierende Kostenuntergrenze erreichte. In einzelnen Fällen führten auch sehr hohe Intensivkosten oder lange Beatmungszeiten ohne Angabe eines OPS-Kodes *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* zu Rückfragen, sofern im betreffenden Kalkulationskrankenhaus die Voraussetzungen zur Verschlüsselung dieser Codes vorlagen.

Die fallbezogene Plausibilisierung der Personalkosten in OP und Anästhesie wurde gegenüber 2007 weiter ausgebaut. So wurden z.B. für häufige operative Leistungen Obergrenzen für Gleichzeitigkeitsfaktor (für ärztlichen Dienst und Funktionsdienst) und Schnitt-Naht-Zeit definiert und anhand dieser die angegebenen Kosten plausibilisiert. Wenn ein nach Datenlage unkomplizierter Fall (z.B. eine Entfernung der Gallenblase ohne weiteren OPS-Kode und ohne komplizierende Nebendiagnosen) die definierten Obergrenzen deutlich überschritt, führte dies zur Rückfrage beim Kalkulationskrankenhaus. So konnte häufig eine fehlerhafte Erfassung der Schnitt-Naht-Zeit als Ursache der falsch-hohen Kostenzuordnung detektiert und korrigiert werden.

Die Kostenzuweisung in den Funktionsbereichen Kardiologie, Endoskopie und Radiologie lässt sich nicht ganz strikt OPS-bezogen plausibilisieren, da viele Leistungen dieser Bereiche nicht nach OPS verschlüsselt werden (z.B. EKG, Sonographie oder Röntgenaufnahme des Thorax). Sehr hohe Kosten in diesen Bereichen sind aber in der Regel mit einer kodierbaren Leistung verbunden (z.B. Katheteruntersuchung, Gastroskopie oder CT). Daher erfolgte eine Rückfrage an die Kalkulationskrankenhäuser, wenn bei auffällig hohen Kosten kein OPS-Kode angegeben war.

Die Gabe von Blutprodukten ist durch einen mengenabhängigen OPS-Kode zu dokumentieren. Darüber hinaus sind die entsprechenden Einzelkosten zwingend dem Kostenmodul 10_4b (Einzelkosten für Arzneimittel im Labor) zuzuordnen. Da dieses Kostenmodul ausschließlich Kosten von Blutprodukten enthalten darf, kann eine inhaltliche Datenprüfung hier folgende Fehlerkonstellationen prüfen:

- OPS-Kode angegeben, aber entsprechende Kosten fehlen
- Kosten angegeben, aber ein entsprechender OPS-Kode fehlt
- OPS-Kode und Kosten angegeben, Kode und/oder Kostenwerte jedoch nicht schlüssig

Durch die Vorgabe eines plausiblen Bereichs für jedes einzelne Blutprodukt und die Ermittlung fallbezogener plausibler Bereiche konnten auch Fälle mit der Gabe mehrerer verschiedener Blutprodukte sowohl auf auffällig hohe als auch auffällig niedrige Kosten geprüft werden.

Auch die fallbezogenen Implantatkostenprüfungen wurden gegenüber der letztjährigen Kalkulationsphase nochmals erweitert. Dabei wurde eine erheblich größere Zahl von Leistungen OPS-bezogen auf nachvollziehbare Implantatkosten geprüft, dazu zählten beispielsweise:

- Gelenkendoprothesen
- Herzschrittmacher und Defibrillatoren
- Herzklappen
- Gefäßprothesen
- Linsenimplantate
- Implantate in der Wirbelsäulenchirurgie
- Implantate bei interventionellen Verfahren (Stents, Coils, Occluder)

Nicht für jeden einzelnen OPS-Kode konnte ein plausibler Bereich für die damit verbundenen Implantatkosten vorgegeben werden, da Implantatkosten zum Teil nicht zwingend erforderlich sind, extrem stark schwanken können oder keine verlässlichen Kosteninformationen vorlagen. Für eine große Zahl häufiger Leistungen ist die Definition einer Unter- und Obergrenze der damit verbundenen Implantatkosten aber gelungen, sodass – ähnlich dem Vorgehen bei Blutprodukten – hier auch Fälle mit mehreren

OPS-Kodes auf unplausibel hohe oder niedrige Kosten geprüft werden konnten. Dabei fand erstmals auch das (seit 2005 anzugebende) Seitenkennzeichen des OPS Berücksichtigung, sodass z.B. bei einer beidseitigen Hüftprothesenimplantation (vergleichbaren Typs) im Vergleich zu einer einseitigen Operation etwa doppelte Implantatkosten erwartet wurden und entsprechend geprüft werden konnten.

Medizinische Plausibilitätsprüfungen

Die medizinische Prüfung der Fallinformationen stellte bisher größtenteils eine formale Prüfung der Regelungen der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) und der amtlichen Klassifikationen ICD-10-GM und OPS dar. Dabei spielte beispielsweise die korrekte Diagnosenreihenfolge (Auswahl der Hauptdiagnose) sowie die Zulässigkeit bestimmter Diagnosen oder Prozeduren im Kontext mit anderen kodierten Diagnosen, Prozeduren oder anderen Fallattributen eine Rolle. Grundsätzlich beschränkte sich die Überprüfung auf Sachverhalte, die bereits Gruppierungsrelevanz hatten bzw. bei denen dies zu erwarten war.

Die diesjährige Datenprüfung hatte erstmalig auch die Prüfung der einzelnen Fälle auf medizinische Plausibilität (inhaltliche Konformitätsprüfung) zum Inhalt, die durch die formale Prüfung bisher nicht erfasst werden konnte. Dies wurde einerseits auf fallzahlstarke Bereiche wie z.B. Verletzungen oder Atemwegserkrankungen angewendet; andererseits war auch hier die Bedingung, dass eine Gruppierungsrelevanz vorliegen muss. So wurden Fälle unter anderem daraufhin untersucht, ob eine relativ leichte Erkrankung als Haupt- und eine schwere Erkrankung als Nebendiagnose verschlüsselt wurde, wie z.B. Fraktur des Daumens als Haupt- und Fraktur des Femurs als Nebendiagnose. Ein weiteres Beispiel wäre die Kodierung von Kopfschmerz als Haupt- und Apoplex als Nebendiagnose. Ziel dieser Prüfungen ist es, kostenintensive Fälle auch den zutreffenden DRGs zuzuordnen bzw. zu verhindern, dass durch Eingruppierung von aufwendigen Fällen in DRGs, in denen überwiegend leichtere Krankheitsbilder abgebildet sind, Inhomogenitäten erzeugt werden. An die Kalkulationskrankenhäuser wurden die auffälligen Fälle mit der Meldung „Fehler bis erklärt“ rückgemeldet mit der Möglichkeit, diese entweder zu korrigieren oder die Korrektheit der Verschlüsselung zu erläutern. In einem überwiegenden Anteil der Fälle handelte es sich dabei um tatsächliche Fehler.

Fazit und Ausblick

Als Folge des umfassenderen Ansatzes der Datenprüfung sind die Anforderungen an die Kalkulationskrankenhäuser deutlich gestiegen. Insbesondere Krankenhäuser, die erstmalig an Kalkulation teilnahmen oder die erst zu einem späten Zeitpunkt die erste Datenlieferung durchführten, wurden vom Umfang der zur Datenkorrektur erforderlichen Arbeiten teilweise überrascht. Trotz des zusätzlichen Arbeitsaufwands für die Kalkulationskrankenhäuser fand das gewählte Vorgehen eine sehr hohe Akzeptanz. Dies begründet sich insbesondere in der sichtlichen Verbesserung der Kalkulationsergebnisse. Aufgrund der intensiven Kommunikation zwischen den Krankenhäusern und dem InEK konnte eine Vielzahl von (systematischen) Auffälligkeiten rechtzeitig erkannt und korrigiert werden.

Als wichtigstes Ergebnis ist festzuhalten, dass erneut eine hervorragende Datengrundlage für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems geschaffen wurde. Die Zahl der Kalkulationsdatensätze mit sehr guter Datenqualität ist gegenüber den vorangegangenen Kalkulationsrunden nochmals deutlich angestiegen. Aufgrund der guten Ergebnisse wurden Krankenhäuser mit einer Quote auffälliger Fälle von über 20% der Kalkulationsdatensätze bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems nicht berücksichtigt. Gleichwohl hatten diese Krankenhäuser auf Basis der mit ihnen geschlossenen Kalku-

lationsvereinbarung einen Anspruch auf die pauschalierte Vergütung, die bis zu einer Fehlerquote von 25% gewährt wurde. Die hohe Akzeptanz in den Kalkulationskrankenhäusern einerseits und die weiter gestiegene Datenqualität andererseits zeigen, dass der bereits eingeschlagene Weg einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Kalkulationsvorgaben sowie der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen konsequent weiterverfolgt werden sollte, um auch künftig die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems auf einer hervorragende Datengrundlage stützen zu können.

3.3.1.2 Berechnung der Bewertungsrelationen für Belegversorgung

Grundsätzlich wurde die Methodik bei der Berechnung der Bewertungsrelationen für die Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung aus dem Vorjahr übernommen. Die normativ-analytische Ableitung bei nicht eigenständig kalkulierten DRGs wurde im Vergleich zum Vorjahr unverändert durchgeführt.

Zur Verbesserung der Datenqualität für die Kalkulation des Katalogs 2007 wurden bereits im Vorfeld der Kalkulation detaillierte Analysen durchgeführt. Gleichzeitig wurden die Kalkulationsbedingungen gegenüber dem Vorjahr nochmals angehoben.

Kalkulation

Unter der Zielsetzung, möglichst viele DRGs eigenständig zu kalkulieren und die belegärztlichen Leistungen sachgerecht im Fallpauschalen-Katalog abzubilden, unterzog das InEK die Kalkulationsdaten für belegärztliche Leistungen zusätzlichen Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen. Insbesondere Datensätze bei Versorgung durch Beleghebamme bzw. Beleganästhesist wurden einer kritischen Würdigung unterzogen. Fälle mit Zweifeln am Belegstatus in Verbindung mit dem fallbezogenen Kalkulationsergebnis flossen nicht in die Kalkulationsbasis ein.

Wie im Vorjahr wurden der Kalkulation nur Datensätze mit ausschließlich belegärztlicher Versorgung zugrunde gelegt. Zur Kalkulation wurden Datensätze verwendet, wenn

- pro DRG mindestens 80 Fälle aus mindestens vier Krankenhäusern vorlagen,
- der Homogenitätskoeffizient mindestens 65% betrug und
- ein Krankenhaus maximal 66% der Kalkulationssätze stellte.

Zur Minimierung von Zufallseinflüssen insbesondere bei Fallpauschalen mit einer erheblichen Abweichung (> 40%) im Vergleich zur entsprechenden DRG bei Versorgung durch Hauptabteilungen wurden die Kalkulationsbedingungen für diese DRGs nochmals verschärft. Dafür

- mussten mindestens 100 Fälle aus mindestens fünf Krankenhäusern vorliegen,
- musste der Homogenitätskoeffizient mindestens 70% betragen und
- durfte ein Krankenhaus maximal 50% der Kalkulationsdatensätze stellen.

Auf Grundlage dieser Kalkulationsbedingungen konnten mit 43.606 Datensätzen 64 DRGs kalkuliert werden – zehn Fallpauschalen mehr als im Vorjahr. Eine Aufstellung dieser DRGs befindet sich im Anhang (Tabelle A-2). Wird die Gesamtheit der gelieferten DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG betrachtet, repräsentieren diese DRGs rd. 65% aller plausiblen abrechenbaren Belegfälle in Deutschland (Vorjahr: 63%).

Die Ermittlung der Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten erfolgte entsprechend den DRGs bei Versorgung durch Hauptabteilungen durch Division des arithmetischen Kostenmittelwerts der Inlier durch die Bezugsgröße. Die Bewertungsrelationen bei Belegoperateuren liegen bei den eigenständig kalkulierten DRGs im Mittel 28% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tab. 9).

Differenz Bewertungsrelation	DRG kalkuliert	DRG abgeleitet
Bis 10%	3	200
Über 10% bis 20%	8	468
Über 20% bis 30%	19	39
Über 30% bis 40%	27	
Über 40% bis 50%	7	
Mittelwert (ungew.)	28,4%	14,7%

Tabelle 9: Differenz Bewertungsrelation Belegabteilung zu Bewertungsrelation Hauptabteilung

Normativ-analytische Ableitung

Unter Zugrundelegung der normativ-analytischen Ableitung aus dem Vorjahr wurde auf Basis der Verweildauerstrukturanalyse bei 489 DRGs zusätzlich zum Abzug der Arztkosten ein Zu- bzw. Abschlag der verweildauerabhängigen Module vorgenommen (Zuschlag 146 DRGs, Abschlag 343 DRGs). Dadurch wurden die Bewertungsrelationen für belegärztliche Versorgung den mittleren Verweildauern der Belegfälle in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG angepasst. Die Bewertungsrelationen bei den abgeleiteten DRGs liegen im Ergebnis durchschnittlich 15% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tab. 9). Bei knapp einem Drittel der DRGs (28%) wurden lediglich die Arztkosten abgezogen, ohne dass weitere Anpassungen vorgenommen wurden (siehe Tab. 10). Die obere Grenzverweildauer wurde nach den üblichen Vorschriften abgeleitet. Entsprechend wurde für den Katalog bei belegärztlicher Versorgung die obere Grenzverweildauer im Vergleich zur Hauptabteilung 273-mal abgesenkt und 82-mal angehoben. Die untere Grenzverweildauer blieb im Vergleich zur Hauptabteilung bei allen analytisch-normativ abgeleiteten DRGs im Ergebnis unverändert.

Verfahren	Anzahl DRGs
Verweildauerabhängige Anpassung (Zu- und Abschläge)	489
Ausschließlich Abzug Arztkosten	218
Eigenständige Kalkulation	64
Gesamt	771

Tabelle 10: Überblick Kalkulationsmethodik der DRGs bei belegärztlicher Versorgung

Für 264 DRGs, die für die Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert wurden, ließen sich in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG keine Behandlungsfälle mit belegärztlicher Versorgung finden. Diese DRGs wurden aus dem Fallpauschalen-Katalog für belegärztliche Versorgung gestrichen.

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

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

Wie in den Vorjahren wurden die Bewertungsrelationen der genannten Versorgungsformen sowohl bei den eigenständig kalkulierten DRGs als auch bei den normativ-analytisch abgeleiteten DRGs durch Abzug der jeweils relevanten Kostenmodule ermittelt.

3.3.1.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen

Der Kalkulationsauftrag durch die Selbstverwaltungspartner zur Abbildung teilstationärer Leistungen im Fallpauschalen-Katalog hatte auch im Jahr 2006 weiterhin Bestand.

Der erweiterte Abschnitt im Kalkulationshandbuch mit Kalkulationsvorschriften für teilstationäre Leistungen verpflichtete erstmalig im Jahr 2005 die Kalkulationskrankenhäuser zur kontaktbezogenen Übermittlung teilstationärer Leistungen (für jeden teilstationären Behandlungstag ist ein Kalkulationsdatensatz anzulegen). Die (fallbezogene) Leistungsdokumentation in den Krankenhäusern folgt allerdings der Abrechnungsvorschrift, nach der ein teilstationärer Behandlungsfall durch die Kontakte innerhalb eines Quartals bestimmt wird. Die Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V lässt unter bestimmten Bedingungen die Fortführung eines teilstationären Falles über ein Quartal hinaus zu. Dadurch können dokumentierte Datensätze mit über 100 teilstationären Behandlungstagen entstehen. Die Zerlegung eines (quartalsbezogenen) teilstationären Falles in mehrere tagesbezogene Kalkulationsdatensätze war für manche Fallkonstellationen entsprechend mit Schwierigkeiten verbunden.

Mit dem technischen Fehlerverfahren der DRG-Datenstelle für die Annahme der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG wurde für Kalkulationskrankenhäuser eine schärfere Prüfung auf die Konsistenz von übermittelten Prozeduren und teilstationären Belegungstagen umgesetzt. Teilstationäre Leistungen werden in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG durch die Angabe des Aufnahmegrundes „Krankenhausbehandlung, teilstationär“ identifiziert. Damit identifiziert ausschließlich ein Abrechnungsmerkmal teilstationäre Leistungen.

Die tagesbezogene Erfassungsmethode schafft kein Präjudiz für eine durchgängig tagesbezogene Vergütung teilstationärer Leistungen. Vielmehr lässt diese Art der Datenübermittlung die Entscheidung zwischen tages- und fallbezogener Vergütung offen, da nach Analyse der teilstationären Leistungen eine definitorische Zusammenfassung mehrerer Behandlungstage zu einer fallbezogenen Vergütung möglich ist. Die einzelnen Behandlungstage teilstationärer Leistungen wurden mit stärkerem Fokus auf die

Leistungsabbildung analysiert und innerhalb der Kalkulationsstichprobe ggf. mit Hilfe der Patientenummer wieder zu einem Fall zusammengeführt.

Bei der Abbildung teilstationärer Leistungen sollte die algorithmische Darstellung des DRG-Fallpauschalen-Katalogs grundsätzlich erhalten bleiben.

Kalkulationsbedingungen

Für die Kalkulation teilstationärer Fallpauschalen wurden die folgenden Kalkulationsbedingungen etabliert. Im Mittel wurden sieben teilstationäre Behandlungstage (Kontakte) je Fall übermittelt. Für eine belastbare Kalkulation wurde ein Minimum von 30 Datensätzen (mindestens 200 Kontakte) aus mindestens drei verschiedenen Krankenhäusern je zu kalkulierender Fallpauschale vorgesehen. Der Homogenitätskoeffizient je DRG musste mindestens 65% erreichen und kein Krankenhaus durfte mehr als 65% aller Kalkulationsfälle einer zu kalkulierenden Fallpauschale beitragen. Zwei Krankenhäuser durften die Stichprobe gemeinsam nicht dominieren. Daher mussten zwei Krankenhäuser zusammen weniger als 95% aller Kalkulationsfälle stellen. Bei Erfüllung aller Kalkulationsbedingungen führte dies bei rund 374.000 übermittelten Datensätzen (Ausgangsbasis) zu einer verfügbaren Kalkulationsstichprobe von ca. 149.000 Datensätzen (dies entspricht einem Anteil von 40%).

Problemfelder Kalkulation

Trotz der klarstellenden Regelungen im Kalkulationshandbuch sowie der verschärften Vorgaben für die Datenübermittlung im Rahmen des Fehlerverfahrens blieben weiterhin Problemfelder in der Kalkulation bestehen. Dies resultierte vor allem aus der unterschiedlichen Abgrenzung zwischen fallbezogener Dokumentation und tagesbezogener Kalkulation. Das Abgrenzungsproblem konnte im Einzelfall zu einer Kostengleichverteilung über die Kalkulationsdatensätze innerhalb eines dokumentierten teilstationären Behandlungsfalles führen. In wenigen Krankenhäusern führten fehlende teilstationäre Kostenstellen zu unplausiblen Kalkulationsergebnissen. Die Kosten der nicht medizinischen Infrastruktur folgten teilweise einer unplausiblen Verteilung in der Kostenträgerrechnung. Datensätze, die im Rahmen der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen schwerwiegende Auffälligkeiten zeigten, wurden vom weiteren Kalkulationsverfahren ausgeschlossen.

Die Analyse der teilstationären Datensätze bei einer simulierten Zusammenfassung zu Fallpauschalen legte weitere Problemfelder offen, die für eine leistungsgerechte Abbildung teilstationärer DRGs gelöst werden müssen. Dazu gehören mehrgipfelige Kostenverteilungen innerhalb einer potentiellen Fallpauschale sowie inverse Kostenverteilungen zwischen Behandlungstagen mit höherem bzw. geringerem Aufwand (soweit aus der Dokumentation ablesbar).

Wegen der fehlenden teilstationären Leistungsbeschreibung wurde versucht, auf Basis der bestehenden Leistungsdokumentationen teilstationäre DRG-Fallpauschalen zu entwickeln. Die oben genannten Problemfelder ließen jedoch keine homogene Abbildung teilstationärer Leistungen zu. Darüber hinaus waren die Kalkulationsbedingungen für die potentiell zu bildenden DRG-Fallpauschalen nicht vollständig erfüllt.

Die onkologischen teilstationären Datensätze wiesen wie bereits im Kalkulationsjahr 2005 eine sehr hohe Variabilität bei den Arzneimitteln auf. Plausible Kostenspreizungen zwischen wenigen Euro und mehreren tausend Euro waren keine Seltenheit. Da in den DRG-Datensätzen gem. § 21 KHEntgG keine Informationen über die verwendeten

Arzneimittel übermittelt werden können, ist einerseits eine genauere Beurteilung dieser Variabilität schwer möglich. Andererseits verbliebe selbst bei Vorliegen dieser Arzneimittelinformationen das grundsätzliche Problem einer hohen Kostenstreuung in Abhängigkeit von der angewendeten Arzneimitteltherapie.

Scheinhomogenität

Die oben angesprochene Kostengleichverteilung führte im Ergebnis zu unplausibel hohen Werten beim für die DRG-Beurteilung verwendeten Homogenitätsmaß. Damit wurde eine Scheinhomogenität angezeigt, die ausschließlich der Tatsache einer gleichmäßigen Kostenverteilung auf die tagesbezogenen Datensätze geschuldet war. Entsprechend war neben einer Betrachtung der Homogenität einzelner Fallpauschalen zusätzlich eine Homogenitätsbetrachtung auf Krankenhausebene erforderlich. Das Problem der Scheinhomogenität existiert für die übrigen Kalkulationsbereiche des Fallpauschalen-Katalogs nicht.

Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung

Ab dem Jahr 2007 können teilstationäre geriatrische Leistungen mit einem entsprechenden Prozeduren-Kode dokumentiert werden. Durch eine umfassende ergänzende Datenbereitstellung der Kalkulationskrankenhäuser konnten teilstationäre Behandlungstage aus dem Datenjahr 2005 identifiziert werden, welche den Bedingungen des OPS-Kodes 8-98a* genügten. Entsprechend konnten zwei teilstationäre Fallpauschalen *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung* und *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung* mit teilstationärer Leistungsbeschreibung etabliert werden. Eine Bewertung der beiden geriatrischen Fallpauschalen war wegen der Verletzung der Kalkulationsbedingungen für das Jahr 2007 nicht möglich.

Niereninsuffizienz, teilstationär

Bereits im Jahr 2006 wurden im Fallpauschalen-Katalog DRGs für teilstationäre Dialysen bei Kindern und Erwachsenen aufgenommen. Eine erneute Analyse der Falldaten wies auf erhöhte Kosten für teilstationäre Peritonealdialysen bei Erwachsenen hin. Ein entsprechender Split der bestehenden DRG L90B *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter >14 Jahre* wurde eingefügt. Die neue Fallpauschale für Peritonealdialyse bei Erwachsenen konnte wegen Verletzung der Kalkulationsbedingungen nicht bewertet werden. Die mittleren Kosten für die teilstationäre DRG L90C *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse* werden in Tabelle 11 für insgesamt 93.207 Datensätze in modularer Struktur dargestellt. Die Angaben der Kostenartengruppe 8 (nicht medizinische Infrastruktur) enthalten auch die Kosten der Basiskostenstelle. In Tabelle 12 sind die fünf häufigsten Hauptdiagnosen und in Tabelle 13 die fünf häufigsten Prozeduren abgebildet.

Bezeichnung	Kostenarten- gruppe	Kosten (€)
Ärztlicher Dienst	1	23,52
Pflegedienst	2	77,35
Med.-technischer Dienst	3	10,39
Arzneimittel	4a	21,94
Arzneimittel Einzelkosten	4b	3,77
Implantate/Transplantate	5	0,00
Übriger med. Bedarf	6a	49,65
Übriger med. Bedarf Einzelkosten	6b	9,50
Med. Infrastruktur	7	20,37
Nicht-med. Infrastruktur	8	67,89
Summe		284,38

Tabelle 11: Mittlere Kosten der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Datenjahr 2005

Kode	Hauptdiagnose	Anzahl
Z49.1	Extrakorporale Dialyse	71.354
N18.0	Terminale Niereninsuffizienz	21.226
I12.00	Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	423
N18.9	Chronische Niereninsuffizienz, nicht näher bezeichnet	82
N17.9	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet	58

Tabelle 12: Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Datenjahr 2005

Kode	Prozedur	Anzahl
8-854.0	Hämodialyse: Intermittierend	86.806
8-855.0	Hämodiafiltration: Intermittierend	5.716
8-853.0	Hämofiltration: Intermittierend	568
8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	532
8-800.7f	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat 1TE bis unter 6 TE	274

Tabelle 13: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Datenjahr 2005

Ergebnis

Im Ergebnis haben sich die Selbstverwaltungspartner darauf verständigt, fünf tagesbezogene DRGs in den Fallpauschalen-Katalog für 2007 aufzunehmen. Nur die teilstationäre Dialyse für Erwachsene ohne Peritonealdialyse (L90C) konnte mit einer Bewertungsrelation versehen werden. Für die übrigen teilstationären DRGs ist ein krankenhausesindividuelles Entgelt nach § 6 Abs. 1 KHEntgG zu vereinbaren. Die bewerteten teilstationären Fallpauschalen wurden im Teil c) des Fallpauschalen-Katalogs belassen. Die unbewerteten teilstationären Fallpauschalen wurden zur besseren Darstellung in Anlage 3 verschoben. Entsprechend wurde Anlage 3 in die Anlagen 3a („Nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog vergütete vollstationäre Leistungen“) und 3b („Nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog vergütete teilstationäre Leistungen“) geteilt.

Ausblick

Für eine sachgerechte Abbildung und Kalkulation teilstationärer Leistungen ist ein Konsens über eine Leistungsdefinition dringend erforderlich. Eine fehlende Leistungsbeschreibung führt im Ergebnis zur nicht sachgerechten Hilfslösung, teilstationäre Leistungen über ein Abrechnungsmerkmal zu identifizieren. Ein weiterer Nachteil ergibt sich aus der Tatsache, dass teilstationäre Leistungen für die Abrechnung nach wie vor anders dokumentiert werden müssen als für die Kalkulation. Während die Abrechnung tagesbezogener teilstationärer Leistungen auf Fallbasis erfolgt (ein Fall je Quartal), sieht das Kalkulationshandbuch eine Kalkulation auf Tagesbasis vor. Die nachträgliche Umwandlung fallbezogener Datensätze in tagesbezogene Datensätze hat insbesondere bei den Prozedurenangaben weiterhin zu Schwierigkeiten geführt. Abhilfe schafft hier eine durchgängig tagesbezogene Dokumentation teilstationärer Leistungen. Dies bedeutet ggf. auch eine Anpassung der bestehenden Krankenhaus-Informationssysteme.

3.3.1.4 Überarbeitung der CCL-Matrix

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2007 wurden erneut zahlreiche Vorschläge eingereicht, die sich auf eine veränderte Abbildung von Diagnosen in der PCCL-Systematik bezogen. Die Schwerpunkte der Vorschläge lagen bei der Aufnahme bzw. Aufwertung von Einzel-Diagnosen oder Diagnosegruppen und der allgemeinen Aufforderung zur Überarbeitung der CCL-Matrix. Aber auch auf die Streichung bzw. Abwertung von Diagnosen in der CCL-Matrix wurde eingegangen. So lagen für die Überarbeitung der PCCL-Systematik auch aus den Vorschlagsverfahren der letzten Jahre Vorschläge zu deutlich über 3.000 Veränderungen von Einzelcodes in der CCL-Matrix vor.

Die letztjährigen Bearbeitungen der CCL-Matrix beschränkten sich auf die Bereinigung von eklatanten Unstimmigkeiten in Form von Kodeaufnahmen bzw. -löschungen, so dass sich bislang kein wesentlicher Unterschied zum australischen System ergab. Da jede einzelne Veränderung in der CCL-Matrix eine veränderte Gruppierung in allen PCCL-gesplitteten DRGs zur Folge haben kann, ist die Auswirkung jeder einzelnen Veränderung auf das Gesamtsystem immens. Zur Beurteilung dieser weitreichenden Veränderungen, die durch den jeweiligen Umbau der CCL-Matrix zustande kommen, wurde in diesem Jahr eine geeignete stringente Methodik entwickelt, um dem expliziten Auftrag der Überprüfung und Bearbeitung der CCL-Matrix Folge zu leisten.

Dabei wurden sämtliche Veränderungen der CCL-Matrix auf zwei G-DRG-Versionen untersucht. Einerseits lag die bestehende G-DRG-Version 2005/2006 mit ca. 950 DRGs vor. Andererseits wurde diese durchgängig nach PCCL > 2 und PCCL > 3 gesplittet (ausgenommen MDC 15). Diese Version wies somit ca. 2.500 DRGs auf. Diese Vorgehensweise ermöglichte eine Beurteilung der Ergebnisse von Veränderungen in der CCL-Matrix zusätzlich auch für alle denkbaren PCCL-Splits. So konnte vermieden werden, dass Simulationen von Änderungen an der CCL-Matrix ausschließlich an einem eben durch diese Matrix bedingten G-DRG-System selbstlimitierende Ergebnisse erzeugten.

Als Entscheidungskriterium für die Umsetzung einer Veränderung in der CCL-Matrix dienten die einheitlich positiven R^2 -Werte in beiden Systemen sowohl auf alle Fälle als auch auf Inlier. Durch diese hoch angesetzten Entscheidungskriterien wurde sichergestellt, dass sich eine Veränderung der CCL-Matrix bei sämtlichen existierenden und möglichen PCCL-Splits positiv auf das Gesamtsystem auswirkt.

Hinsichtlich der Auswahl der zu untersuchenden Diagnose-Kodes wurden primär sowohl die bereits CC-relevanten als auch die nicht CC-relevanten Diagnosen auf die Beschreibung von Aufwandsunterschieden überprüft. Der Fokus bei der Identifizierung von Diagnosen lag auf häufig kodierten, streitbefangenen und vermeintlich aufwendigen bzw. nicht aufwendigen Kodes. Im Ergebnis konnten sowohl Diagnosen aus der CCL-Matrix gestrichen bzw. abgewertet als auch aufgenommen bzw. aufgewertet werden.

Etwa 200 Diagnose-Kodes mit vermeintlich geringem Einfluss auf den Behandlungsaufwand wurden mittels 372 Einzelrechnungen auf eine mögliche Löschung aus der CCL-Matrix untersucht. Aus dieser Menge konnten 28 Diagnosen aus der CCL-Matrix gestrichen werden, insbesondere unspezifische Kodes wie I69.4 *Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet* oder J44.99 *Chronische obstruktive Lungenerkrankung, nicht näher bezeichnet: FEV₁ nicht näher bezeichnet*.

Ebenfalls wurden erstmalig in diesem Jahr Diagnosen durch die Änderung der Zeilenzuordnung innerhalb der CCL-Matrix ab- bzw. aufgewertet. Bei 17 von etwa 50 untersuchten Diagnosen konnte mittels 358 Einzelrechnungen eine Abwertung durchgeführt werden. Zu den untersuchten Diagnosen gehören u.a. solche, bei denen eine Löschung aus der CCL-Matrix nicht umgesetzt werden konnte. Abgewertet wurden insbesondere Diagnosen aus dem Kapitel XVIII der ICD-10-GM Version 2005 *Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind*, z.B. R63.3 *Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung* sowie Inkontinenzkodes.

Des Weiteren konnten von über 60 analysierten und bereits CC-relevanten Diagnosen mittels 444 Einzelrechnungen insgesamt 19 einer höheren Bewertung zugewiesen werden. Untersucht wurden insbesondere angeborene Fehlbildungen wie beispielsweise Q05.0 *Zervikale Spina bifida mit Hydrozephalus* oder Q33.6 *Hypoplasie und Dysplasie der Lunge*.

Für die Ab- und Aufwertung von Diagnosen war eine gewichtende Bewertung der 101 Zeilen der CCL-Matrix untereinander die Grundvoraussetzung. Die Untersuchung erfolgte für jeden Kode in der Regel in fünf, zum Teil jedoch in bis zu 20 unterschiedlichen Gewichtungsstufen.

Etwa 60 Diagnose-Kodes wurden mittels 350 Einzelrechnungen hinsichtlich einer Aufnahme in die CCL-Matrix untersucht, von denen 15 Diagnosen neu aufgenommen werden konnten. Dazu gehörten wiederum angeborene Fehlbildungen wie beispielsweise Q42.8 *Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose sonstiger Teile des Dickdarmes*, aber auch Kodes für resistente Erreger wie U80.4 *Escherichia, Klebsiella und Proteus mit Resistenz gegen Chinolone, Carbapeneme, Amikacin, oder mit nachgewiesener Resistenz gegen alle Beta-Lactam-Antibiotika [ESBL-Resistenz]*.

Für die Aufnahme von Diagnosen in die CCL-Matrix, die bisher nicht CC-relevant waren, bei denen jedoch ein vermeintlich hoher Behandlungsaufwand vermutet wurde, wurde bezüglich der Festlegung der Einträge in der Exklusionsliste und der Zeilenzuordnung das in den letzten Jahren bewährte „Konzept eines Paten“ gewählt. Dabei werden die Zeilenzuordnung sowie die Exklusionen der neu zuzuordnenden Diagnose von einer verwandten Diagnose übernommen, die schon im CCL-System berücksichtigt wird. Darüber hinaus wurde auch die Aufnahme von Diagnosen in weiteren Gewichtungsstufen untersucht, wenn eine Zuweisung zur Zeile des „Paten“ aufgrund des Kalkulationsergebnisses nicht möglich war.

Die Unterschiede zwischen den Zeilen der CCL-Matrix sind teilweise marginal. Es wurde daher in diesem Jahr erstmals untersucht, inwieweit fast identische Zeilen zusammengefügt werden können. Dabei ergab sich bei fünf Zeilen die Möglichkeit, diese zusammenzulegen. Durch dieses Zusammenlegen wiederum konnten fünf Zeilen mit neuen Gewichtungsstufen angelegt werden. Aus diesem Grund ist eine geringfügig veränderte Bewertung von Diagnosen, die in den betroffenen Zeilen geführt werden, in einzelnen DRGs prinzipiell auch dann denkbar, wenn diese Diagnosen grundsätzlich keine explizite Auf- bzw. Abwertung erfahren haben. Durch diese Vorgehensweise bot sich insgesamt die Möglichkeit, bei unveränderter CCL-Matrix einen Freiheitsgrad innerhalb der bestehenden Matrix zu schaffen.

Die beschriebene Verfahrensweise geht mit erheblichem Aufwand einher und benötigt aufgrund der hohen Anzahl an parallelen Rechnungen eine immense Rechenkapazität. Im Rahmen der diesjährigen Änderungen war es möglich, über 350 Diagnosen in ca. 1.600 Einzelrechnungen auf eine veränderte Abbildung in der CCL-Matrix zu untersuchen, von denen die beschriebenen 79 umgesetzt werden konnten.

Tabelle A-3 im Anhang enthält eine Übersicht über die im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems in der CCL-Matrix veränderten Diagnosen.

Die diesjährige Bearbeitung der CCL-Matrix ist als erster Schritt in Richtung umfangreicherer Veränderungen der PCCL-Systematik zu sehen. Die entwickelte Methodik zur Veränderung des PCCL-Systems stellt eine solide Grundlage für weitere Entwicklungsstufen dar. Sie ermöglicht eine Beurteilung von Veränderungen der Systematik und lässt Raum für eine Veränderung in verschiedene Richtungen.

Ebenso wurden wiederum alle DRG-Fallgruppen auf mögliche PCCL-Splits untersucht. Insgesamt konnte die Anzahl der nach PCCL gesplitteten DRGs für 2007 um 66 auf 433 DRGs ausgeweitet werden.

3.3.1.5 Einbeziehung von verlegten Fällen und Überliegern

Verlegte Fälle wurden bislang nur in bestimmten Situationen bei der Kalkulation der Bewertungsrelationen verwendet (vgl. Abschlußbericht 2006). Bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2007 wurde ein differenzierterer Ansatz verfolgt.

Regelhafte Zuordnung der berücksichtigten Verlegungsart je DRG

Welche Fallmenge je DRG zur Kalkulation des Relativgewichts herangezogen wird, wird regelhaft durch eine Analyse des arithmetischen Kostenmittelwerts je Verlegungsart bestimmt.

Auf Basis der Inlier werden die mittleren Kosten der nicht verlegten, der aufnahmeverlegten sowie der entlassverlegten Fälle berechnet und verglichen. Neben den nicht verlegten Fällen als Standard wird je nach Konstellation noch die Menge der aufnahmeverlegten, der entlassverlegten oder der verlegten (aufnahme- oder entlassverlegten) Fälle hinzugezogen.

Die aufnahmeverlegten Fälle werden berücksichtigt, wenn deren mittlere Kosten größer sind als die der nicht verlegten Fälle und gleichzeitig die mittleren Kosten der entlassverlegten kleiner sind als die der nicht verlegten Fälle. Die entlassverlegten Fälle werden berücksichtigt, wenn ihre mittleren Kosten diejenigen der nicht verlegten Fälle überschreiten und gleichzeitig die mittleren Kosten der aufnahmeverlegten Fälle niedriger sind als die mittleren Kosten der nicht verlegten Fälle. Schließlich werden alle Fälle unabhängig vom Verlegungsstatus verwendet, wenn die mittleren Kosten der aufnahmeverlegten und der entlassverlegten Fälle jeweils größer sind als die mittleren Kosten der nicht verlegten Fälle.

Die 1.082 DRGs verteilen sich auf die vier möglichen Fallmengenkonstellationen wie in Tabelle 14 dargestellt (siehe auch Tab. A-4-1 bis A-4-3 im Anhang).

Kalkulationsbasis	Anzahl DRGs	Anteil DRGs (in %)
Nicht verlegte Fälle	243	22
Nicht verlegte und zusätzlich aufnahmeverlegte Fälle	205	19
Nicht verlegte und zusätzlich entlassverlegte Fälle	135	12
Alle Fälle (nicht verlegte und zusätzlich aufnahme- oder entlassverlegte Fälle)	457	42
DRGs ohne Bewertung (Anlage 3a)	42	4
Summe	1.082	

Tabelle 14: Überblick über die Berücksichtigung der Verlegungsarten im G-DRG-System 2007

Überlieger aus dem Vorjahr

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

Überlieger werden soweit möglich im Rahmen der Kalkulation berücksichtigt. Dies ist insbesondere sinnvoll, da in dieser Patientengruppe der Anteil an Langliegern und auch an Fällen mit besonders hohen Kosten überdurchschnittlich groß ist. Beispielsweise wäre die DRG A18Z *Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion* mit einer mittleren Verweildauer von 92,7 Tagen von einer Löschung vieler Überlieger stark betroffen, da rein rechnerisch mehr als jeder vierte Patient dieser DRG ein Überlieger aus dem Vorjahr ist. Unter den Langliegern dieser DRG ist der Anteil an Überliegern folglich noch höher.

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

- Korrekte Kostenkalkulation
- Überleitbarkeit der verwendeten Codes

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

Eine klassifikatorische Voraussetzung für den Verbleib von Überliegern in den Kalkulationsdaten ist die Überleitbarkeit der Leistungsbezeichner (ICD- und OPS-Kodes). Diese ist bei einer Differenzierung von Codes unter Umständen nicht gegeben, wie das nachfolgende Beispiel illustriert:

Die Diagnose *Sekundäre Thrombozytopenie* wurde im Jahr 2004 entweder als D69.50 *Sekundäre Thrombozytopenie; als transfusionsrefraktär bezeichnet* oder als D69.51 *Sekundäre Thrombozytopenie; nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet* kodiert.

Für die ICD-10-GM Version 2005 wurde eine weitere Differenzierung vorgenommen. Eine *Sekundäre Thrombozytopenie* wurde im Jahr 2005 entweder als D69.52 *Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ I*, D69.53 *Heparin-induzierte Thrombozytopenie*

Typ II, D69.57 Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, als transfusionsrefraktär bezeichnet, D69.58 Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet oder *D69.59 Sekundäre Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet*, kodiert. Neu ist also u.a. die Möglichkeit, eine Heparin-induzierte Thrombozytopenie spezifisch kodieren zu können.

Auch unter Beachtung der Tatsache, dass sich der typische Behandlungsaufwand der beiden Typen einer Heparin-induzierten Thrombozytopenie erheblich unterscheidet, lässt sich bei einem Überlieger aus 2004 nicht entscheiden, mit welchem der im Jahr 2005 gültigen Codes dieser zu verschlüsseln wäre. Eine Überleitung auf einen unspezifischen Code würde zu einem Kompressionseffekt führen, der die Möglichkeiten einer differenzierteren Abbildung der betroffenen Fälle verschlechtert.

In Ausnahmefällen konnten auch Fälle mit formal nicht überleitbaren Codes aus 2004 in der Kalkulationsmenge verbleiben, wenn es sich um eine DRG mit sehr kleinen Fallzahlen handelte und der problematische Code (bei jeder möglichen Überleitungsentcheidung) ohne Gruppierungsrelevanz war. Die o.g. DRG A18Z ist hier ein Beispiel.

Auch ohne dass nichtüberleitbare Codes vorliegen, kann ein Überliegerfall aus klassifikatorischer Sicht problematisch sein. Dies ist der Fall, wenn ein vergleichbarer Fall in 2005 mit einem Code verschlüsselt worden wäre, der in 2004 noch nicht verschlüsselt werden konnte, aber gruppierungsrelevant ist. Beispielsweise ist bei der Mehrzahl der Überlieger in den Langzeitbeatmungs-DRGs und bei einem erheblichen Teil der Überlieger in den Transplantations-DRGs anzunehmen, dass für diese ein Code aus 8-980.- *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* angegeben worden wäre, wenn die Aufnahme am 1. Januar 2005 oder später erfolgt wäre. Bei Aufnahme vor dem 1. Januar 2005 ist dies aber nicht möglich, da dann für den gesamten Fall noch der OPS 2004 anzuwenden ist.

Da die Codes 8-980.- *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* in der G-DRG-Version 2007 von erheblicher Gruppierungsrelevanz sind, hätte eine Nichtbeachtung dieser Problematik zu einer falsch-niedrigen Eingruppierung der – oft sehr teuren – Überlieger (aufgrund des fehlenden Codes aus 8-980.-) und somit zu einer Zunahme des Kompressionseffekts geführt. Dies konnte durch die in Kapitel 3.3.2.15 dargestellte Vergabe eines Codes für die *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* an diese Fälle vermieden werden.

3.3.1.6 Berechnung der Bezugsgröße

Durch die Weiterentwicklungsmethodik kann sich ein unvermeidbarer technischer Effekt ergeben, der sich durch eine allgemeine Veränderung der Bewertungsrelationen ausdrücken lässt und dann zu einer korrespondierenden Veränderung der krankenhausesindividuellen Basisfallwerte führt. Bei allgemein sinkenden Bewertungsrelationen führte dieser technische Effekt zu einem Anstieg des krankenhausesindividuellen Basisfallwertes, bei allgemein steigenden Bewertungsrelationen entsprechend zu einer Absenkung des hausesindividuellen Basisfallwertes. Können Budget- und Entgeltverhandlungen nicht prospektiv geführt werden, würde sich wegen der zeitverzögerten Reaktion der krankenhausesindividuellen Basisfallwerte ein technisch induzierter Liquiditätseffekt ergeben.

Zur Minimierung des technisch induzierten Liquiditätseffekts wird seit dem Fallpauschalen-Katalog 2006 die Bezugsgröße so bestimmt, dass auf der nationalen Ebene

die Summe der effektiven Bewertungsrelationen („Case-Mix für Deutschland“) bei identischer Datenbasis konstant bleibt. Die effektive Bewertungsrelation ergibt sich aus der Gruppierung des Behandlungsfalles unter Anwendung der Abrechnungsbestimmungen der FPV. Das bedeutet, Abschläge bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer oder bei Verlegung sowie zusätzliche Entgelte bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer werden ebenso berücksichtigt wie Fallzusammenführungen bei Wiederaufnahmen und/oder Rückverlegungen. Die Vorgehensweise zur Bestimmung der Bezugsgröße für den Fallpauschalen-Katalog 2007 wird im Folgenden detailliert erläutert.

Datenbasis

Zur Ermittlung der effektiven Bewertungsrelationen wurden die DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG für das Datenjahr 2005 herangezogen. Dabei wurden Behandlungsfälle aus der Betrachtung ausgeschlossen, für die entweder der Fallpauschalen-Katalog 2006 oder der Fallpauschalen-Katalog 2007 keine Bewertungsrelation aufweisen. Dies galt für

- teilstationäre Leistungen und
- Behandlungsfälle, die 2006 oder 2007 nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog vergütet werden (Anlage 3 bzw. Anlage 3a),

für die Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden.

Die DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG wurden einem Plausibilisierungsverfahren unterzogen. Nach dem Fehlerverfahren in der DRG-Datenstelle wurde der auf die Gesamtheit aller Datensätze anwendbare Ausschnitt aus den medizinischen Plausibilitätsprüfungen für die Kalkulationskrankenhäuser auf korrekte Anwendung der Deutschen Kodierrichtlinien ausgeführt. Nach den Vorgaben zur Datenübermittlung gem. § 21 KHEntgG sind Behandlungsfälle, die aufgrund der Abrechnungsbestimmungen zusammenzuführen sind, ausschließlich als zusammengeführte Behandlungsfälle an die DRG-Datenstelle zu übermitteln. Im Jahr 2005 hatten noch nicht alle Krankenhäuser, die dem KHEntgG unterliegen, ganzjährig nach dem DRG-Fallpauschalen-Katalog abgerechnet. Die Datensätze des Datenjahres 2005 waren entsprechend noch nicht vollständig nach den Abrechnungsbestimmungen zur Fallzusammenlegung bei Wiederaufnahme und/oder Rückverlegung zusammengefasst worden. Daher wurden die DRG-Datensätze gem. § 21 KHEntgG daraufhin geprüft, ob sie auf Grundlage der Abrechnungsbestimmungen der FPV zusammengeführt hätten übermittelt werden müssen. Für den Fall, dass die Bedingungen zur Fallzusammenlegung erfüllt waren, wurden die entsprechenden Datensätze nachträglich zusammengeführt. Die effektiven Bewertungen ergaben sich nach den Abrechnungsbestimmungen der FPV. Für die Hochrechnung von der Kalkulationsstichprobe auf die Grundgesamtheit (= DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG) wurde unterstellt, dass die mittleren Fallkosten einer DRG in der Grundgesamtheit den mittleren Fallkosten einer DRG in der Kalkulationsstichprobe entsprechen.

Der Umbau des Fallpauschalen-Katalogs für die Schlaganfallbehandlung (vgl. Kap. 3.3.2.29) konnte bei der Bestimmung der effektiven Bewertungsrelationen nicht direkt im richtigen Ausmaß berücksichtigt werden. Dies war der Tatsache geschuldet, dass die Kodierung der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG für die Komplexbehandlung des Schlaganfalls wegen der Neueinführung des OPS-Kodes im Jahr 2005 noch lückenhaft war. Dadurch wurden die Schlaganfälle bei Komplexbehandlung auf Basis der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG aus 2005 zu niedrig bewertet. Diese datenbedingte Verzerrung des Case-Mix konnte innerhalb der Kalkulationsstichprobe gemessen und auf die

ationale Ebene hochgerechnet werden. Das Hochrechnungsergebnis konnte entsprechend bei der Normierung berücksichtigt werden.

Die Integration der Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern (vgl. Kap. 3.3.2.21) konnte bei der Bestimmung der effektiven Bewertungsrelationen ebenfalls nicht direkt im richtigen Ausmaß berücksichtigt werden, da der entsprechende OPS-Kode erst im Jahr 2006 eingeführt wurde. Die Auswirkungen des Umbaus für den Fallpauschalen-Katalog 2007 konnten innerhalb der Kalkulationsstichprobe gemessen und auf die Grundgesamtheit hochgerechnet werden. Gemessen wurde dabei jeweils die Differenz zwischen der effektiven Bewertungsrelation auf Basis der OPS-Kodes 2005 und der effektiven Bewertungsrelation unter der Annahme, der OPS-Kode der Version 2006 hätte bereits im Datenjahr 2005 kodiert werden können.

Im vorigen Abschnitt Gesagtes gilt analog – allerdings in deutlich geringerem Umfang – für die Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker (Qualifizierter Entzug, vgl. Kap. 3.3.2.2). Der entsprechende OPS-Kode 8-895.- wurde neu in den OPS Version 2006 aufgenommen.

Durch die Aufnahme neuer Zusatzentgelte in den Zusatzentgelt-Katalog und durch die Integration bestehender Zusatzentgelte in die Klassifikation verändern sich die Erlössummen der Krankenhäuser. Gleichzeitig wurden aufgrund des Vollkostenansatzes in der Kalkulationsstichprobe die mit den Zusatzentgelten verbundenen Kosten aus den übermittelten Kostendaten herausgerechnet. Der damit verbundene Gesamteinfluss auf die Summe der effektiven Bewertungsrelationen konnte ebenfalls für die nationale Ebene geschätzt werden. Für den Fallpauschalen-Katalog 2007 wurde für die Schlaganfallbehandlung, die multiresistenten Erreger, den qualifizierten Entzug und die veränderte Vollkostenbereinigung bei der Zusatzentgeltkalkulation auf nationaler Ebene eine Gesamtsumme von -61.296 effektiven Bewertungsrelationen geschätzt.

Für den Fallpauschalen-Katalog 2006 ergab sich auf Basis der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG für das Datenjahr 2005 eine Summe von effektiven Bewertungsrelationen in Höhe von 16.033.965. Unter Verwendung identischer DRG-Daten ergab sich für den Fallpauschalen-Katalog 2007 eine Summe von effektiven Bewertungsrelationen in Höhe von 15.972.669. Die Differenz der effektiven Bewertungsrelationen beträgt exakt 61.296. Die Bezugsgröße zur Ermittlung der Bewertungsrelationen für den Fallpauschalen-Katalog 2007 beträgt 2.735,50 €.

Ein einfacher Vergleich der Bezugsgrößen für 2006 und 2007 (absolut und/oder relativ) ist wegen der gewählten Berechnungsmethodik der Bezugsgröße nicht möglich. Die gewählte Berechnungsmethode sorgt dafür, dass der Liquiditätseffekt auf nationaler Ebene minimiert wird. Auf Landesebene oder auf Ebene des individuellen Krankenhauses wird sich aufgrund der vom nationalen Durchschnitt abweichenden Struktur der Behandlungsfälle ein Liquiditätseffekt ergeben. Die Methode zementiert nicht die im Datenjahr 2005 bestehenden Strukturen, da in jeder Kalkulationsrunde die Summe der effektiven Bewertungsrelationen auf Basis der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG für das Datenjahr konstant gehalten wird – d.h. für die Kalkulation des Fallpauschalen-Katalogs 2008 auf Basis des Datenjahres 2006.

3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation

3.3.2.1 AIDS/HIV

Im G-DRG-System des Jahres 2006 war die Abbildung der HIV-Krankheit sowie der HIV-assoziierten Erkrankungen in vielen Punkten noch unverändert gegenüber der australischen Abbildung. Die Abbildung von Fällen mit HIV als Hauptdiagnose erfolgte ebenso wie jene der überwiegenden Zahl von Fällen mit HIV als Nebendiagnose in der MDC 18A *HIV*, welche bisher keine DRG der operativen Partition enthielt. Diese Grundstruktur der Abbildung von HIV bleibt auch im G-DRG-System des Jahres 2007 erhalten.

Nachdem die in den Vorjahren vorgenommenen Veränderungen im Bereich HIV vorwiegend auf eigenen Analysen beruhten, erreichten uns im Rahmen des Vorschlagsverfahrens 2007 umfangreiche Vorschläge der Fachgesellschaft.

Aus diesen Vorschlägen resultierten eine neue DRG zur Abbildung von Fällen mit HIV und OR-Prozedur (DRG S01Z *HIV-Krankheit mit OR-Prozedur*) in der MDC 18A *HIV* sowie eine neue DRG für Fälle mit HIV in der MDC 20 *Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen* (DRG V65Z *HIV-Krankheit bei Alkohol- und Drogengebrauch*). Weiterhin wurde die Diagnose HIV in der Basis-DRG *Sectio caesarea* als höher gruppierendes Merkmal etabliert. Hierdurch konnte eine schärfere Abtrennung aufwendiger Fälle erreicht werden, sodass nun beispielsweise ein Fall mit HIV-Krankheit und eitriger Entzündung des Kniegelenks, der zusätzlich operiert wird (Kniegelenkseingriff), nach G-DRG-Version 2007 in die DRG S01Z *HIV-Krankheit mit OR-Prozedur* mit einer Bewertungsrelation von 2,890 eingruppiert wird. Der gleiche Fall wurde nach G-DRG-Version 2006 in der DRG S65B *Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit* mit einer Bewertungsrelation von 0,981 abgebildet.

Die Untersuchung von Fällen mit HIV und OR-Prozedur, die außerhalb der MDC 18A *HIV* abgebildet sind, sowie die Untersuchung von weiteren Splits verschiedener DRGs anhand der Diagnose HIV erbrachten uneinheitliche Ergebnisse, sodass die Zufälligkeit eines Ergebnisses nicht ausgeschlossen werden konnte. Eine Verbesserung der Abbildung war somit nicht möglich. Weiterhin erfolgten umfangreiche Analysen zur Veränderung der Zuweisungslogik bestimmter Diagnose-Kodes. So wurde zum Beispiel der Kode für viszerale Leishmaniose in die Zuweisungslogik der MDC 18A *HIV* aufgenommen, einige Kodes für Tuberkulose wurden hingegen aus der Zuweisungslogik der MDC 18A *HIV* gestrichen, sodass nun eine Abbildung von Fällen mit HIV und Tuberkulose überwiegend in der MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* erfolgt. Ein Fall mit Tuberkulose und HIV, der eine Verweildauer von mehr als 14 Tagen hat, wird somit in der unbewerteten DRG E76A abgebildet.

Zusätzlich ist seit dem Jahr 2006 eine differenziertere Abbildung der HIV-Krankheit durch den OPS-Kode 8-548.* für die hochaktive antiretrovirale Therapie und durch ICD-Kodes für die Einteilung der HIV-Krankheit nach klinischen Kategorien sowie der Anzahl von T-Helferzellen möglich. Das Schließen der so genannten OPS-Kalkulationslücke durch eine Abfrage dieser Kodes in der ergänzenden Datenbereitstellung und die Analyse dieser Attribute als Kostentrenner erbrachte aufgrund der geringen von den Kalkulationskrankenhäusern gelieferten Fallzahlen für das G-DRG-System des Jahres 2007 noch keine Veränderungen. Dennoch bieten diese Kodes bei Vorliegen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser in der Weiterentwicklung für das Jahr 2008 Potential für weitergehende Analysen.

3.3.2.2 Alkohol- und Drogengebrauch

Nach umfangreichen Veränderungen im Bereich der MDC 20 *Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen* in der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2006 erreichten uns im Rahmen des Vorschlagsverfahrens 2007 nur wenige Vorschläge zu dieser Thematik.

Es wurde eine Differenzierung der DRGs V61Z *Drogenintoxikation und -entzug*, V63Z *Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit* und V64Z *Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit* anhand des Kriteriums „Qualifizierter Entzug“ analog zu den bereits nach diesem Kriterium gesplitteten DRGs (z.B. DRG V60A *Alkoholintoxikation und -entzug mit psychotischem Syndrom oder mit Qualifiziertem Entzug*) vorgeschlagen.

Trotz einer ergänzenden Datenbereitstellung der betreffenden OPS-Kodes 8-985.- *Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]*, die erst in den Daten des Jahres 2006 regulär vorhanden sein werden, war es nicht möglich, das Kriterium „Qualifizierter Entzug“ als Kostentrenner in diesen DRGs zu identifizieren. Dies lag unter anderem darin begründet, dass nur wenige Fälle, die in die DRGs V61Z *Drogenintoxikation und -entzug*, V63Z *Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit* und V64Z *Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit* eingruppiert werden, aus zwei Kalkulationskrankenhäusern ergänzend geliefert wurden.

Im G-DRG-System des Jahres 2006 waren mit den DRGs V60 *Alkoholintoxikation und -entzug* und V62 *Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit* zwei Basis-DRGs für alkoholassoziierte Störungen bzw. Krankheiten vorhanden. Die unklare Abgrenzung dieser beiden Basis-DRGs führte zu Problemen bei der Kodierung im Sinne von Fehlanreizen durch eine unterschiedliche Bewertung der beiden DRGs.

Um diesem Fehlanreiz entgegenzuwirken, erfolgte in der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2007 die Kondensation der Basis-DRGs V60 und V62 zur DRG V60 *Alkoholintoxikation und -entzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit*. Die bisher bestehenden Splitkriterien blieben jedoch unverändert, sodass nun auch Fälle mit Störungen durch Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit innerhalb der neuen Basis-DRG V60 in gleicher Weise aufgetrennt werden. Die DRG V60A ist nun definiert als *Alkoholintoxikation und -entzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom oder mit Qualifiziertem Entzug* in die Fälle mit „Psychotischem Syndrom“ oder mit „Qualifiziertem Entzug“ eingruppiert werden. Für die V60B *Alkoholintoxikation und -entzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, ohne Qualifizierten Entzug, mit Entzugssyndrom* blieb das Kriterium „Entzugssyndrom“ als Kostentrenner bestehen.

3.3.2.3 Augenheilkunde

Schwerpunkte der Vorschläge im Rahmen des Vorschlagsverfahrens 2007 die MDC 02 *Krankheiten und Störungen des Auges* betreffend waren einerseits die Abbildung beidseitiger Eingriffe, z.B. bei der Extrakapsulären Extraktion der Linse (ECCE), die Weiterentwicklung der Operationen an mehreren Augenmuskeln sowie, angeregt aus dem

Verfahren zu den „Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“, die Behandlung mittels der Deckung der Kornea durch eine Amnionmembran.

Zur Darstellung eines beidseitigen und ggf. mehrzeitigen Eingriffs während eines Aufenthalts erfolgt die Abbildung anhand einer Logik, die nicht nur den beidseitigen Eingriff, sondern auch den zweizeitigen Eingriff an rechtem und linkem Auge berücksichtigt. Die Simulationen erfolgten daher nicht nur durch Abbildung der Logik „ECCE beidseits“, dargestellt durch die entsprechenden Codes mit dem Zusatzkennzeichen „B“, sondern ebenso durch Hinzunahme des Logikteils „ECCE rechts und ECCE links“. Somit wurden, ohne eine Mehrzeitigkeit in der Logik anhand eines OP-Datums darstellen zu müssen, hiermit auch mehrzeitig durchgeführte Eingriffe abgebildet. Weitere Hinweise zur diesjährigen Untersuchung des Kriteriums „Mehrzeitigkeit“ finden sich in Kapitel 3.3.2.18.

Nach Analyse verschiedener DRGs der MDC 02 mit Fällen, bei denen Katarakt-Operationen sowie Glaukom- und vitreo-retinale Eingriffe durchgeführt wurden, wurde die DRG C08Z *Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE)* im G-DRG-System 2007 in die DRGs C08A *Beidseitige extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE)* mit der Gruppierungslogik „ECCE links und ECCE rechts oder ECCE beidseits“ und C08B *Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE)* aufgetrennt. Andere beidseitige Konstellationen waren durch die bereits existierenden DRGs für Mehrfacheingriffe in der MDC 02 abgebildet. Vorschläge zu diesen DRGs erbrachten keine Verbesserung der Abbildung und wurden daher nicht umgesetzt.

Nach der im letzten Jahr durchgeführten komplexen Umarbeitung der Basis-DRG C10 *Eingriffe an den Augenmuskeln* auf Basis der Neuordnung des entsprechenden Kapitels der OPS-Klassifikation wurde für das G-DRG-System 2007 vorgeschlagen, eine Vereinfachung bzw. eine Ergänzung der definierenden Tabellen dieser DRG vorzunehmen. Eine Umsetzung konnte wegen einer daraus resultierenden Verschlechterung des R²-Wertes nicht erfolgen, jedoch wurde ein zusätzlicher Split der DRG C10B anhand *Alter < 6 Jahre* etabliert.

Angeregt durch das Verfahren zu „Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ untersuchte das InEK verschiedene Verfahren, sowohl auf eine Abbildung im DRG-System als auch alternativ auf die Abbildungsmöglichkeit als Zusatzentgelt, im Wesentlichen basierend auf der in diesem Jahr erneut durchgeführten ergänzenden Datenbereitstellung. Aufgrund dieser Analysen konnte die „Deckung der Kornea durch eine Amnionmembran“ in zwei DRGs eine Abbildung erfahren, einerseits in der DRG C01 *Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen und Amnionmembranaufnähe*, andererseits in der Basis-DRG C04 *Hornhauttransplantation*.

3.3.2.4 Besondere Versorgungsbereiche

Nach umfangreichen, die besonderen Versorgungsbereiche wie Rheumatologie, naturheilkundliche Komplexbehandlung und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung betreffenden Veränderungen des G-DRG-Systems in den vergangenen Jahren erreichten uns im Rahmen des Vorschlagsverfahrens 2007 nur noch wenige Vorschläge zu diesen Themengebieten.

Im Bereich der naturheilkundlichen Komplexbehandlung blieb das im Jahre 2006 neu etablierte Zusatzentgelt weiterhin bestehen. Eine Bewertung dieses Zusatzentgelts war auch in diesem Jahr ebenso wie die Etablierung von neuen DRGs wie vorgeschlagen

anhand der Prozedur *naturheilkundliche Komplexbehandlung* bei kleinen Fallzahlen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und wenigen Krankenhäusern, die diese Leistung erbringen, noch nicht möglich. Ein weiterer Hinweis bezog sich auf die Analyse von Leistungen der Traditionellen Chinesischen Medizin. Eine solche Analyse war in diesem Jahr bei fehlendem Leistungsbezeichner jedoch nicht durchführbar.

Beibehalten wurde für das Jahr 2007 im Bereich der Rheumatologie die unbewertete DRG I97Z *Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*, welche anhand der OPS-Kodes 8-983 *Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung* und 8-986 *Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung* definiert ist.

Die anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung wird weiterhin über ein unbewertetes Zusatzentgelt abgebildet.

3.3.2.5 Dialyseverfahren

Für den Bereich der Dialyseverfahren lag ein Schwerpunkt der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems auf der Abbildung von Fällen, die speziell zur Anlage eines Peritonealdialysekatheters aufgenommen werden. In der Vergangenheit bestand hier aufgrund von unterschiedlichen Auslegungen der DKR 0912 *Chirurgisch angelegte arteriovenöse Fistel/Shunt* dahingehend, ob diese bezüglich der Regelungen zur Verschlüsselung des Kodes Z49.0 *Vorbereitung auf die Dialyse* auch auf oben genannte Fälle anzuwenden ist, ein hohes Konfliktpotential. Je nach Interpretation der Kodierrichtlinie wurden Fälle, bei denen die stationäre Aufnahme zur Anlage eines Peritonealdialysekatheters erfolgt ist, aufgrund der Hauptdiagnose und der damit verbundenen unterschiedlichen MDC-Zuordnung entweder in die Basis-DRG L02 *Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters* oder in die DRG Z01Z *OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen*, eingruppiert. Daraus resultierte eine uneinheitliche Vergütung dieser Fälle.

Die ausführlichen Analysen zu dieser Thematik hatten zunächst eine Verschiebung der Diagnose Z49.0 von der MDC 23 *Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens* in die MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane* zur Folge. Zur Differenzierung der Fälle, bei denen während des stationären Aufenthalts die Anlage eines Dialyseshunts erfolgt, wurden bei den Basis-DRGs L02 *Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters* und L09 *Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane* die folgenden Attribute für verschiedene Schweregrad-Splits herangezogen:

- Akute Niereninsuffizienz
- Chronische Niereninsuffizienz mit Durchführung einer Dialyse
- Anlage eines Dialyseshunts

Für die Basis-DRG L09 bedeutet dies eine Unterteilung in vier statt zwei Schweregrade wie noch in der G-DRG-Version 2006. Dabei werden Fälle mit akuter Niereninsuffizienz oder chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse sowie Anlage eines Dialyseshunts abhängig von Alter und PCCL in die DRGs L09A bzw. L09B ..., *mit akuter Niereninsuffizienz oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse, mit Anlage eines Dialyseshunts* eingruppiert. Die DRG L09C ist Fällen vorbehalten mit einem Alter < 2 Jahre oder PCCL > 3, die andere Eingriffe außer einer Shuntanlage aufweisen. Entsprechend werden Fälle mit Shuntanlage ohne die oben beschriebenen Kriterien Niereninsuffizienz bzw. Dialyse der DRG L09D zugeordnet.

Die Basis-DRG L02 wurde für die G-DRG-Version 2007 nach den oben genannten Attributen sowie einem Alter von < 10 Jahren in drei Schweregrade gesplittet. So werden beispielsweise Fälle mit chronischer Niereninsuffizienz und einem Alter > 9 Jahre, bei denen ausschließlich die Anlage eines Peritonealdialysekatheters durchgeführt wurde, in die DRG L02C *Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre, ohne akute Niereninsuffizienz, ohne chronische Niereninsuffizienz mit Dialyse* eingruppiert.

Da die Wahl der Hauptdiagnose durch die beschriebenen Änderungen zukünftig unerheblich für die Eingruppierung ist, wurde der erste Absatz der DKR 0912c *Chirurgisch angelegte arteriovenöse Fistel/Shunt, der die Verwendung der Diagnose Z49.0 Vorbereitung auf die Dialyse* regelt, gestrichen.

Patienten, die zur Behandlung eines Nierenversagens bzw. speziell zur Dialyse aufgenommen werden, werden im G-DRG-System 2007 weiterhin den Basis-DRGs L60 *Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag*, L61 *Stationäre Aufnahme zur Dialyse* und L71 *Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse* zugeordnet. Lediglich Fälle mit Niereninsuffizienz ohne Dialyse und einem Belegungstag, die in der G-DRG-Version 2006 der DRG L71B *Niereninsuffizienz, ein Belegungstag, ohne Dialyse* zugeordnet wurden, werden zukünftig in die DRG L70B *Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre oder Niereninsuffizienz, ein Belegungstag ohne Dialyse* eingruppiert. Die teilstationäre Versorgung von Fällen mit Niereninsuffizienz wird unverändert in der Basis-DRG L90 *Niereninsuffizienz, teilstationär* abgebildet. Für Fälle mit einem Alter > 14 Jahre konnte hier die Abbildung durch Differenzierung der DRG L90B anhand der Leistung Peritonealdialyse optimiert werden. Die DRG L90B *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse* der G-DRG-Version 2007 konnte wie die DRG L90A *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter < 15 Jahre* nicht bewertet werden.

Für Fälle, bei denen die während eines stationären Aufenthalts von externen Einrichtungen durchgeführten Dialysen direkt zwischen Leistungserbringer und Kostenträger abgerechnet werden und für die folglich keine Prozedur für Dialyse angegeben wird, wurde analysiert, inwiefern sich ein durch die terminale Niereninsuffizienz bedingter erhöhter Aufwand anhand von Diagnosen im G-DRG-System abbilden lässt. Die Ergebnisse hatten jedoch keinen systemumbauenden Effekt, da in den betroffenen fallzahlstarken DRGs kein Kostenunterschied nachgewiesen werden konnte.

Die im letzten Jahr für Fälle mit thrombotischer Mikroangiopathie und hämolytisch-urämischem Syndrom geschaffenen DRGs L72A und L72B wurden für die G-DRG-Version 2007 aufgrund ähnlicher Kosten in den diesjährigen Daten der Kalkulationskrankenhäuser wieder kondensiert.

Von den Zusatzentgelten für Dialysebehandlungen, die für Fälle abgerechnet werden, die nicht in die Basis-DRGs L60, L61, L71 und L90 gruppiert werden, wurde das Zusatzentgelt für *Hämodialyse, Alter < 15 Jahre* für 2007 als unbewertetes Zusatzentgelt ausgewiesen. Die in 2006 unbewerteten Zusatzentgelte für *Hämodiafiltration, intermittierend, Hämofiltration, intermittierend* und *LDL-Apherese* konnten für 2007 dagegen bewertet werden.

Die Verschlüsselung von Dialyseverfahren wurde in der OPS-Version 2007 anhand der Art der Antikoagulation bzw. der Dauer für intermittierende Dialysen spezifiziert, sodass hier zukünftig detailliertere Untersuchungen möglich sein werden.

3.3.2.6 Erkrankungen der Mamma

Nach den umfangreichen Weiterentwicklungen in der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* in den zurückliegenden Jahren standen im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung für das Jahr 2007 nur einzelne Themen im Fokus des Vorschlagsverfahrens. Diese Themen wurden im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2007 aufgegriffen, analysiert, zum Teil in detaillierte, weiterführende Analysen eingebunden und konnten so teilweise im G-DRG-System etabliert werden.

Beispielhaft wurden Fälle mit einer plastischen Rekonstruktion der Mamma mit freiem Haut-Muskel-Transplantat, unter dem Gesichtspunkt der verbesserten Abbildung von Extremkostenfällen, in eine eigene DRG J26Z *Plastische Rekonstruktion der Mamma mit freiem Haut-Muskel-Transplantat* geführt. Diese DRG hat im Jahr 2007 ein Relativgewicht von 3,663. Bisher waren diese Fälle, die sich über den OPS-Kode 5-885.3 *Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Freies Haut-Muskel-Transplantat* identifizieren lassen, in der DRG J14A (beidseits) oder J14B, mit einem Relativgewicht zwischen 3,487 bzw. 2,421 (2006) abgebildet. Damit werden Fälle, die diese aufwendige Prozedur im Jahr 2007 erhalten, erheblich besser vergütet als bisher.

Ein anderes Beispiel ist die Umstrukturierung der DRGs des Jahres 2006 J13Z *Kleine Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung* und J15Z *Große Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung*. Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens 2007 wurde darauf hingewiesen, dass Fälle mit einer Implantateinbringung an der Brust, die in die DRG J15Z gruppiert wurden, bedingt durch die relativ geringe Verweildauer dieser Patientengruppe und eine untere Grenzverweildauer in dieser DRG von zwei Tagen, insbesondere aufgrund der bisherigen Abschläge nicht sachgerecht vergütet seien. Angeregt durch diesen Hinweis erfolgten zahlreiche Analysen, bei denen die betroffenen Fälle anhand einer Vielzahl verschiedener Leistungsbezeichner untersucht wurden. Ziel war es, eine sachgerechtere Abbildung der Fälle im G-DRG-System für das Jahr 2007 zu ermöglichen. Anhand der Attribute

- Implantation einer Prothese
- Beidseitiger Eingriff
- Plastische Operationen an der Brust
- Lokale Eingriffe an der Brust

konnte eine neue Einteilung in die DRGs des Jahres 2007 J24A *Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, mit Prothesenimplantation*, J24B *Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, ohne Prothesenimplantation*, J24C *Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, mit komplexem Eingriff* und J24D *Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff* erfolgen.

Dazu ist anzumerken, dass die DRGs J24A und J24B lediglich einen geringen Unterschied in Bezug auf das Relativgewicht aufweisen. Sie unterscheiden sich jedoch bezüglich ihrer mittleren Verweildauer, ihren Grenzverweildauern und insbesondere in den damit verbundenen Kurzliegerabschlägen. Durch die Abbildung der betroffenen Fälle in diesen beiden DRGs konnte die beschriebene Problematik gelöst werden.

3.3.2.7 Epilepsie

Nach den differenzierten und umfassenden Umbauten zur Abbildung der hoch spezialisierten Versorgung bei komplexer Epilepsie gab es im Vorschlagsverfahren 2007 hierzu keine konkreten Eingaben. Die hiervon unabhängig – aufgrund zahlreicher Untersuchungen – erfolgten Klassifikationsänderungen der Basis-DRG B76 *Anfälle* setzen sich aus einer Kodeverschiebung und mehreren neuen Splits bzw. Splitänderungen zusammen. Diese Änderungen führen zu einer stärkeren Differenzierung mit acht Schweregraden (A bis H) anstelle von bisher fünf Schweregraden und werden im Folgenden näher beschrieben.

1. Kodeverschiebung: Der unspezifische Diagnose-Kode R56.8 *Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe* wurde aus der Basis-DRG B76 in die DRG B75Z *Fieberkrämpfe* verschoben, womit die Definition der Basis-DRG B76 spezifischer wurde.
2. Alterssplits: Anstelle des Splitkriteriums „Alter < 18 Jahre“ wurden mehrere Splits anhand eines Alters < 3, < 6 und < 16 Jahre eingeführt, die sich in den Analysen als stärkere Kostentrenner erwiesen haben.
3. Diagnosensplit: Aufgrund einer Analyse im Extremkostenbereich wurden zwei Nebendiagnosen (G31.81 *Mitochondriale Zytopathie* und G31.88 *Sonstige näher bezeichnete degenerative Krankheiten des Nervensystems*) identifiziert, welche mit einem deutlich höheren Behandlungsaufwand verbunden sind. Fälle mit einer dieser Nebendiagnosen werden – in Abhängigkeit vom Alter – in den DRGs B76B und B76G abgebildet.
4. Prozedurensplit: Bestimmte Formen der EEG-Diagnostik wurden als Definitionskriterium für die DRG B76F eingeführt, wodurch der Aufwand dieser spezialisierten Leistungen explizit bei der Gruppierung berücksichtigt wird.

Ergänzend zu den klassifikatorischen Veränderungen wurde unter § 1 Abs. 3 der Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2007 (VBE 2007) aufgenommen, dass „ein Krankenhaus oder eine Fachabteilung mit Schwerpunkt zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Epilepsie“ unter bestimmten DRG-bezogenen Bedingungen als Besondere Einrichtung nach § 17b Abs. 1 Satz 15 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen ausgenommen werden kann.

Durch die Summe der Veränderungen konnte auch in diesem Jahr ein weiterer Schritt zur Verbesserung der sachgerechten Vergütung im Themenbereich „Epilepsie“ getan werden.

3.3.2.8 Extremkostenfälle

Unter dem Begriff „Extremkostenfälle“ lässt sich eine in 2006 viel diskutierte Problematik zusammenfassen: Es wurde dargelegt, auch nach den zahlreichen Modifikationen des G-DRG-Systems bis zur Version 2006 seien bestimmte hochteure Fälle noch in erheblichem Maße untervergütet.

Auch Hinweise im Vorschlagsverfahren befassten sich mit dieser Thematik, unter anderem wurde die Etablierung eines Zusatzentgelts zur ergänzenden Finanzierung dieser Fälle angeregt. Dieser Vorschlag konnte nicht umgesetzt werden, da die betroffenen Fälle nicht anhand eines Leistungsbezeichners zu detektieren waren, sondern allenfalls anhand der Kosten erkennbar gewesen wären. Dass statt einer bezeichneten

Leistung eine bestimmte Kostenhöhe direkt einen Vergütungsanspruch auslöst, ist im G-DRG-System derzeit nicht vorgesehen. Hinzu kommt, dass zumindest in vielen Kliniken, die nicht an der Kostenkalkulation des InEK teilnehmen, noch keine geeignete Methodik zur Fallkostenermittlung etabliert ist.

Über den genannten allgemeinen Vorschlag zu extrem teuren Fällen hinaus wurde im Vorschlagsverfahren 2007 eine Vielzahl von Hinweisen auf möglicherweise noch unzureichend in der G-DRG-Version 2006 abgebildete hochaufwendige Fälle gegeben. Zudem hatte die Selbstverwaltung explizit die Prüfung der Problematik „Extremkostenfälle“ durch das InEK erbeten.

Um über die regulären Kalkulationsdaten und die in diesem Jahr erneut intensiviert ergänzende Datenbereitstellung hinaus möglichst umfassende Informationen zur Analyse möglicher Abbildungsschwächen zu erhalten, wurde erstmals noch eine weitere Datenquelle hinzugezogen.

Von zehn an der Kalkulation teilnehmenden Kliniken der Maximalversorgung wurden Kostenausreißer mit Hilfe eines eigens von diesen entwickelten EDV-Tools erfasst und die gesammelten und kommentierten Datensätze dem InEK zur Verfügung gestellt. Dabei zeigte sich insbesondere die freitextliche Kommentierung, die in dieser Form weder in den regulären noch in den ergänzenden Daten möglich ist, bei der Einschätzung des dargestellten teuren Einzelfalles vielfach als hilfreich. Für die an dieser Datenerhebung teilnehmenden Kliniken bedeutete dies einen erheblichen Aufwand in einem engen Zeitraum von nur wenigen Wochen. Neben den strikten Plausibilitätsprüfungen wurden dank dieser freiwilligen Datenbereitstellung die Voraussetzungen zur Identifikation problematischer Hochkostenfälle und zur Nachvollziehbarkeit der Kostenzuordnung erheblich verbessert.

Die detaillierte Analyse der benannten wie auch der unabhängig davon untersuchten hochaufwendigen, aber fraglich unterfinanzierten Fälle zeigte eine Vielzahl von Konstellationen:

- Scheinbar unterfinanzierter Extremkostenfall aufgrund falsch-niedriger Erlöse
Hier finden sich mehrere Ursachen:
 - **Kodierfehler:** Teure Fälle erreichen aufgrund mangelhafter Kodierung keine adäquate DRG. Ein nicht seltenes Beispiel ist hier die fehlende Erfassung eines Codes aus 8-980.- *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* (TISS/SAPS-Score)
 - **Ergänzende Finanzierungselemente unberücksichtigt:** Gerade für hoch spezialisierte Leistungen spielen ergänzende Finanzierungselemente (Zusatzentgelte, Leistungen nach § 6 Abs. 2 KHEntgG: Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, kurz NUB) eine erhebliche Rolle. Der reine Vergleich von Kosten und DRG-Erlös war hier oft irreführend.
- Scheinbar unterfinanzierter Extremkostenfall aufgrund falsch-hoher Kosten
Dies war eine eher seltene Konstellation, es fanden sich aber beispielsweise Fälle mit fehlerhaft zugewiesenen hohen Implantatkosten (**Kalkulationsfehler**).
- Echte **Abbildungsschwächen** der G-DRG-Version 2006:
 - **Hochaufwendige Leistungen, die bislang noch nicht abgebildet werden konnten**, da sie noch nicht spezifisch verschlüsselbar waren. Hierunter fällt beispielsweise die erstmals ab 2006 kodierbare *Komplex-*

behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, die für 2007 auf Basis einer ergänzenden Datenbereitstellung bewertet werden konnte. Wenn für eine als problematisch erkannte Leistung keine spezifische Verschlüsselungsmöglichkeit bestand, wurde diese für 2007 angestrebt.

- **Abbildungsschwächen, die trotz spezifischer Kodierbarkeit bestanden**, da keine Hinweise (etwa aus dem Vorschlagsverfahren) auf die ungünstige Abbildung vorlagen. So wurden z.B. noch in der G-DRG-Version 2006 Fälle mit bestimmten aufwendigen Eingriffen an Darm oder Harnblase in der MDC13 (*Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane*) in unspezifische und vergleichsweise gering bewertete DRGs wie *Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen* eingruppiert. Obwohl eine nennenswerte Anzahl von hochteuren Fällen (über 2.000 in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG aus 2005) dadurch DRGs mit einem Relativgewicht von z.T. unter 1,000 zugeordnet wurden, wurde diese Situation im Vorschlagsverfahren nie thematisiert. Für 2007 konnte mit der neuen DRG N34Z *Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* (Relativgewicht 3,836) hier eine deutlich verbesserte Abbildung erreicht werden.
- Ein kostenrechnerischer oder dokumentarischer **Kompressionseffekt** (vgl. Kapitel 3.4.2) kann – trotz bereits spezifischer Abbildung teurer Fälle im DRG-Algorithmus – ebenfalls zu einer unzureichenden Vergütung teurer Fälle führen. Eine vergleichbar hohe prozentuale Unterdeckung wie bei den vorgenannten Punkten resultiert hier in der Regel nicht, da bereits in den Vorjahren mittels einer strikten Plausibilisierung eine erhebliche Reduktion des Kompressionseffekts erreicht wurde. Wie in Kapitel 3.3.1.1 umfänglich dargestellt, konnte die für 2007 abermals erheblich verbesserte Datenprüfung hier eine weitere Minimierung des Kompressionseffekts erreichen.

Inhaltliche Schwerpunkte der Extremkostenanalyse waren insbesondere:

- Intensivmedizin
- Versorgung von Kindern
- Mehrfacheingriffe (auch mehrzeitige und beidseitige Eingriffe)
- Multiresistente Erreger

Neben zahlreichen Verbesserungen in diesen Bereichen, die jeweils in separaten Kapiteln detailliert erläutert werden, konnten auch in nennenswertem Umfang für relativ seltene, aber aufwendige Fallkonstellationen spezifische DRGs etabliert werden. Hier sind u.a. zu nennen:

- Behandlung von Vasospasmen bei intrakraniellen Blutungen
- Handchirurgische Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen
- Lange Aufenthalte vor Transplantation
- Sehr seltene Erkrankungen wie mitochondriale Zytopathien
- Hochaufwendige operative Verfahren:
 - Pulmonale Thrombendarteriektomie
 - Plexus- und Nerven Chirurgie

- Rekonstruktion bei Brustwanddeformitäten
- Große Ösophaguschirurgie
- Rektumresektion mit Lebermetastasen Chirurgie
- Freies Haut-Muskel-Transplantat der Mamma
- Implantation eines Defibrillators für Fälle außerhalb der MDC 05
- Besonders aufwendige Radiojodtherapien
- Vakuumtherapie
- Seltene Stoffwechselerkrankungen

Am letzten Punkt lässt sich dieses Vorgehen beispielhaft erläutern: Neu in die G-DRG-Klassifikation wurde für 2007 die DRG K63B *Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre mit komplexer Diagnose* aufgenommen. Die in diese neue DRG eingruppierten Fälle waren zuvor mit weit weniger aufwendigen Fällen in einer gemeinsamen DRG *Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag* (Relativgewicht 0,874) zusammengefasst. Obwohl die neue DRG im Jahr 2005 nur etwa 250 Fälle in Deutschland aufweist und sich die Kalkulation hier somit auf eine relativ kleine Fallzahl stützte, erforderte der deutliche Kosten- und Verweildauerunterschied der abgegrenzten Fälle (Relativgewicht 1,412; mittlere Verweildauer 7,7 Tage) zur sachgerechten Vergütung eine separate Abbildung.

Insgesamt spielte die Betrachtung von Extremkostenfällen eine wesentliche Rolle bei der Ableitung der Klassifikationsänderungen. Dass auch aufwendige Erkrankungen mit kleinen Fallzahlen in der G-DRG-Version 2007 spezifisch dargestellt werden konnten, ist einer der wesentlichen Gründe für die deutliche Erweiterung des Fallpauschalen-Katalogs um 128 DRGs.

3.3.2.9 Frührehabilitation

Im Gegensatz zu den Vorjahren erreichten uns im Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2007 nur wenige Vorschläge zur klassifikatorischen Abbildung der Frührehabilitation, welche sich vor allem auf die Überprüfung der derzeitigen Abbildung der Frührehabilitation in der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* bezogen.

Die bestehende Konstellation der Abbildung der Frührehabilitation in der Basis-DRG B42 *Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage, ohne Beatmung > 95 Stunden* erwies sich bei hohen Homogenitätskoeffizienten als belastbar. Daher war die DRG B42 weiterhin bewertbar. Ein Anhalt zur Kondensation der DRG B42 mit der DRG B43Z *Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage oder Beatmung > 95 Stunden* ergab sich somit nicht. Aufgrund der Tatsache, dass für die DRG B43Z krankenhaushausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG zu vereinbaren sind und somit die Möglichkeit einer differenzierten Vereinbarung vor Ort besteht, war die vorgeschlagene Differenzierung der DRG B43Z beispielsweise anhand von Beatmung, welche zu einer weiteren Komplexitätserhöhung des G-DRG-Systems beitragen würde, nicht notwendig.

Eigene Analysen bezüglich möglicher Kostentrenner ergaben einen Split der DRG B42Z anhand der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls in die

DRG B42A *Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* und die DRG B42B *Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls*. Diese Differenzierung dient der Abbildungsgerechtigkeit bei Erbringung sowohl der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation als auch der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls in einem Krankenhaus gegenüber der Erbringung dieser Leistungen in zwei verschiedenen Häusern (siehe Kap. 3.3.2.29).

3.3.2.10 Gastroenterologie/Endoskopie

Im diesjährigen Vorschlagsverfahren sind wiederum zahlreiche Vorschläge zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems im Bereich Gastroenterologie und Endoskopie eingegangen.

Neben dem in den letzten Jahren besonders in der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* untersuchten Thema der „Mindervergütung bei Mehrleistung“, welches auch in diesem Jahr einen breiten Raum in den Untersuchungen einnahm, spielten die speziellen diagnostischen und therapeutischen Verfahren eine große Rolle, wie z.B. die Doppel-Ballon-Enteroskopie, die Dünndarmmanometrie, die endoskopischen Antirefluxverfahren oder die photodynamische Therapie.

Die Prozedur *Diagnostische Intestinoskopie, durch Push-and-pull-back-Technik* (Doppel-Ballon-Enteroskopie) wurde nach Analyse anhand der ergänzenden Datenbereitstellung in die Basis-DRG G46 *Gastroskopie bei schweren Erkrankungen der Verdauungsorgane* und die Prozedur *Endoskopische Operationen an den Gallengängen, Destruktion, inklusive photodynamische Therapie* wurde ebenfalls in die Basis-DRG G46 sowie zusätzlich in die DRG H41A *Komplexe therapeutische ERCP mit äußerst schweren CC und photodynamische Therapie* aufgenommen. Außerdem konnten die endoskopischen Antirefluxverfahren in Kombination mit der Hauptdiagnose „Reflux-Krankheit/Ösophagitis“ in die DRGs G46B *Andere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC oder komplexe therapeutische Gastroskopie mit komplizierendem Eingriff oder schweren CC, ohne komplizierende Prozeduren* bzw. G46C *Komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, ohne komplizierenden Eingr., ohne äußerst schw. od. schw. CC oder andere Gastroskopie b. schw. Krankh. d. Verdauungsorgane, mit schweren CC, ohne komplizierende Prozeduren* aufgenommen werden.

Untersucht wurde erneut, die Diagnose *Akute Pankreatitis mit Organkomplikationen* als aufwandssteigernde Diagnose in der DRG H62A *Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung mit akuter Pankreatitis* zu werten. Die Analysen erbrachten allerdings kein umsetzbares Ergebnis.

Bereits im Fallpauschalen-Katalog 2006 war die Implantation von selbstexpandierenden Prothesen an Ösophagus und Gallengängen als unbewertetes Zusatzentgelt definiert. Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung konnten Vorschläge zu dieser Thematik derart umgesetzt werden, dass die Definition des Zusatzentgelts um die Bereiche Darm, Rektum und Pankreas erweitert werden konnte. Dementsprechend lautet das unbewertete Zusatzentgelt nun ZE2007-54 *Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt*.

Die Vermeidung einer Mindervergütung bei Mehrleistung von Fällen mit interventionellen Maßnahmen wurde anhand der Änderung der Eingangsbedingung der DRG K40Z

durch Modifikation oder Streichung der Bedingung „PCCL < 2“ vorgeschlagen. Alternativ wurde in diesem Zusammenhang eine Änderung der Gruppierungsreihenfolge untersucht, aber auch diese Vorschläge führten insgesamt zu keiner verbesserten Abbildung im System.

Ein weiterer Vorschlag zum Thema Mindervergütung bei Mehrleistung betraf Fälle, die bei Vorliegen der Hauptdiagnose Leberzirrhose und einer bei dieser Krankheitsgruppe zusätzlich durchgeführten diagnostischen ERCP nicht in die DRG H60A *Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC*, sondern in die DRG H41C *Komplexe therapeutische ERCP ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere ERCP* gruppiert werden. Hier wurde eine umfangreiche Untersuchung der Sortierreihenfolge mit zahlreichen Simulationen durchgeführt, die jedoch aus verschiedenen Gründen keine befriedigende Lösung erbrachte (zur Erläuterung des standardisierten Vorgehens auch bei partitionsübergreifenden Sortierungen siehe Kap. 3.3.3.2).

3.3.2.11 Geburtshilfe

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens 2007 betrafen die eingereichten Vorschläge zur Geburtshilfe schwerpunktmäßig die folgenden Bereiche:

- Abbildung geburtshilflicher Fälle außerhalb der MDC 14 *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*
- Abbildung fetalchirurgischer Interventionen
- Kodestreichung bzw. Veränderung von Splitkriterien in den Entbindungs-DRGs
- Berücksichtigung geburtshilflicher Diagnosen in der CCL-Matrix (siehe hierzu Kapitel 3.3.1.4)
- Ergänzung bzw. Abwandlung des Kalkulationshandbuchs hinsichtlich Leistungen von Hebammen(-schülerinnen) und Ausstattung des Fallpauschalen-Katalogs mit Relativgewichten für Hebammenleistungen in allen DRGs der MDC 14 *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* für Haupt- und Belegabteilungen (siehe hierzu Kapitel 3.3.1.2)

Aufgrund unterschiedlicher Vorschläge hinsichtlich der Abbildung geburtshilflicher Fälle außerhalb der MDC 14 wurden in diesem Jahr zu dieser Thematik umfangreiche Analysen durchgeführt. Auf Grundlage der Deutschen Kodierrichtlinien werden außerhalb der MDC 14 nur solche geburtshilflichen Fälle abgebildet, die als nicht die Schwangerschaft komplizierend gelten oder mit Verletzungen, Vergiftungen oder bestimmten anderen Folgen äußerer Ursachen einhergehen. Insgesamt betrifft dies in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser ca. 3.300 geburtshilfliche Fälle. Hiervon wurden insbesondere jene DRGs mit den höchsten Fallzahlen überprüft. Es zeigte sich, dass die betroffenen Fälle in der derzeitigen Systematik sachgerecht abgebildet sind und sich somit kein Anhaltspunkt für eine Änderung der Abbildung ergab.

Hinsichtlich der Abbildung geburtshilflicher Fälle innerhalb der MDC 14 *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* konnte eine weitere Differenzierung in der Basis-DRG O01 *Sectio caesarea* erfolgen. Bisher stellten sich komplizierende Diagnosen und die Schwangerschaftsdauer als geeignete Kostentrenner heraus. Diese konnten in diesem Jahr durch die Splitkriterien PCCL > 3 und komplexe Diagnosen aus dem Bereich der HIV-Krankheit ergänzt werden. So kann die Basis-DRG O01 in der G-DRG-Version 2007 um eine DRG erweitert und in sechs Schweregrade unterteilt werden.

Die im vergangenen Jahr neu etablierte Abbildung der intraoperativen Therapie des Feten in der DRG O65A *Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit intrauteriner Therapie des Feten* wurde im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems modifiziert. Um auch Fälle mit intrauteriner Therapie und zusätzlicher operativer Prozedur sachgerecht abzubilden, wurde die neue DRG O06Z *Intrauterine Therapie des Feten* etabliert. Diese wird dicht nach der Basis-DRG O01 *Sectio caesarea* abgefragt und trägt demzufolge ein deutlich höheres Relativgewicht, als die überwiegende Anzahl der Fälle, die bisher in der DRG O05 *Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft ohne Cerclage, ohne Muttermundverschluss* abgebildet waren, dort erlöst hatten. Eine differenziertere Abbildung der intrauterinen Therapien des Feten durch neue OPS-Kodes kann ab dem Jahr 2006 erfolgen. Möglicherweise erweisen sich bei einer erneuten Untersuchung des Themenbereichs diese Prozeduren künftig als Kostentrenner.

Der letztjährig begonnene Umbau der MDC 14 nach australischem Vorbild konnte in diesem Jahr weiter ausgebaut werden. Es konnte dabei die Vereinfachung der Definitionslogik vorangetrieben werden. Die Gruppierung in die Basis-DRGs O02 und O60 erfolgt künftig primär anhand der Diagnosen Z37.- *Resultat der Entbindung* oder einer eindeutig eine Entbindung definierenden Hauptdiagnose wie bspw. O60.2 *Vorzeitige Wehen mit termingerechter Entbindung*. Verschiedene nicht eindeutige Entbindungsdagnosen wie z.B. O62.0 *Primäre Wehenschwäche* wurden als definierende Hauptdiagnosen aus den Basis-DRGs O02 und O60 herausgenommen und stattdessen DRGs der medizinischen Partition zugeordnet. Die Gruppierung eines Falles mit der Hauptdiagnose O62.0 *Primäre Wehenschwäche* ohne stattgehabte Entbindung im gleichen Aufenthalt erfolgt somit künftig nicht mehr in einer Entbindungs-DRG, sondern in der medizinischen Partition in der Basis-DRG O65 *Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme*. Durch diese Weiterentwicklung konnten auch Redundanzen in den Definitionslogiken bereinigt werden.

3.3.2.12 Geriatrie

Nachdem in den vorangehenden Weiterentwicklungen des G-DRG-Systems elf DRGs für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung in sieben MDCs geschaffen wurden, erreichten uns für die diesjährige Weiterentwicklung im Rahmen des Strukturierten Dialogs weniger Vorschläge, welche die Klassifikation betrafen, als in den Vorjahren. Diese Vorschläge zur Etablierung von DRGs für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung in weiteren MDCs bzw. zur Differenzierung der Abbildung der Geriatrie in MDCs mit bereits bestehenden DRGs für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung konnten teils wegen einer Verschlechterung des R²-Wertes, teils unter Berücksichtigung der Gesamtkomplexität bei einer als Grundlage für die Veränderung der Systematik nicht ausreichenden Fallzahl nicht umgesetzt werden.

Hinweisen zur Untersuchung von Fällen mit geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung und OR-Prozedur im gleichen Aufenthalt wurde bereits in den zurückliegenden Weiterentwicklungen des G-DRG-Systems in verschiedenen MDCs durch neue DRGs zur Abbildung der geriatrischen Frührehabilitation in Kombination mit bestimmten OR-Prozeduren Rechnung getragen. Als Beispiel sei an dieser Stelle die DRG G14Z *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* genannt. Darüber hinaus wurde die Abbildung einer wesentlichen Konstellation im Bereich der Geriatrischen Frührehabilitativen Komplexbehandlung in der MDC 01 *Krankheiten und Stö-*

rungen des Nervensystems differenziert. Dort wurde die Basis-DRG B44 *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems* zusätzlich zum bereits bestehenden Split anhand der schweren motorischen Funktionsstörung nach Identifikation des Kriteriums *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* als Kostentrenner nochmals in insgesamt vier Schweregrade (B44 A–D) gesplittet. Ab 2007 werden Fälle mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls innerhalb der Basis-DRG B44 folglich in die DRGs B44A *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* bzw. B44C *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* eingruppiert. Diese weitere Differenzierung der DRG B44 dient der Abbildungsgerechtigkeit bei Erbringung sowohl der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung als auch der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls in einem Krankenhaus gegenüber der Erbringung dieser Leistungen in zwei verschiedenen Häusern (siehe auch Kap. 3.3.2.29).

Neben den 13 DRGs für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Versorgung durch Hauptabteilungen im G-DRG-System 2007 konnten zwei DRGs für die teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung etabliert werden. Eine Bewertung dieser DRGs war u.a. aufgrund einer mehrgipfligen Kostenverteilung zwischen den einzelnen Krankenhäusern nicht möglich, sodass für die DRG A90A *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung* und die DRG A90B *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung* krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG zu vereinbaren sind.

3.3.2.13 Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Im Rahmen des diesjährigen Vorschlagsverfahrens gingen wiederum zahlreiche Vorschläge zur Neuordnung der MDC 03 *Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses* ein. Da in den zurückliegenden Jahren bereits zahlreiche Vorschläge umgesetzt werden konnten, die zur erheblichen Umgestaltung der MDC 03 geführt haben, erwiesen sich in diesem Jahr nur noch wenige Vorschläge als systemverbessernd.

Analysiert wurden für das G-DRG-System 2007 in der MDC 03 Fälle mit Mastoidektomien in Kombination mit einer begleitenden Tympanoplastik als aufwandssteigernde Eingriffe. Hierbei wurden diese Fälle von der DRG D30A *Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, mit aufwendigem Eingriff* in die Basis-DRG D06 *Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen* verschoben.

Bestimmte aufwendige Fallkonstellationen der Tumorchirurgie im HNO-Bereich, zum Beispiel Kombinationseingriffe aus Tumorsektion und Neck Dissection konnten aufgewertet werden. Diese Fälle werden im G-DRG-System 2007 in die DRGs D02A *Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC* und D24A *Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC oder mit Kombinationseingriff ohne äußerst schwere CC* eingruppiert. Zudem wurden die Prozeduren

für komplexe Eingriffe an Larynx und der Trachea der Basis-DRG D25 *Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals* zugeordnet.

Des Weiteren wurde auch eine umfangreiche Analyse zur Abbildung von Fällen mit Septorhinoplastiken auf Basis eines externen Vorschlags durchgeführt, z.B. durch Einbeziehung des Prozeduren-Kodes für die Entnahme von Rippenknorpel zur Transplantation (als Hilfskonstrukt für eine autologe Rekonstruktion). Dabei stellte sich jedoch heraus, dass die Fallzahl zur Beurteilung der Systemveränderung nicht ausreichte, um eine Änderung der Gruppierung in diesem Bereich vorzunehmen. Der ursprüngliche Vorschlag, die Septorhinoplastiken mit autologer Rekonstruktion des Nasenknorpels höherwertigen DRGs zuzuordnen, wurde mit den in diesem Jahr zur Verfügung stehenden OPS-Kodes hilfsweise simuliert, erbrachte allerdings kein umsetzbares Ergebnis. Möglicherweise ergibt eine Analyse anhand der OPS-Kodes des Jahres 2006 eine anderweitige Fallgruppenzuordnung.

3.3.2.14 Handchirurgie

Abgesehen von polytraumatisierten Patienten mit begleitender Handverletzung, die sich innerhalb der Polytrauma-MDC nicht als kostenauffällig zeigten, finden sich nach G-DRG-Version 2006 handchirurgische Fälle im Wesentlichen in zwei MDCs:

- MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*
- MDC 21B *Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten*

Die Zuordnung zu einer dieser beiden MDCs erfolgt anhand der Hauptdiagnose, wobei – vereinfacht dargestellt – Frakturen und Luxationen sowie entzündliche und degenerative Erkrankungen der Hand in die MDC 08, Amputations-, Zerquetschungs- und unspezifisch verschlüsselte Verletzungen meist in die MDC 21B eingruppiert werden. Angeborene Fehlbildungen fanden sich bislang in beiden MDCs.

Änderungen in MDC 08

Hier war der Großteil der handchirurgischen Fälle bisher den beiden DRGs I26Z *Anderer Eingriffe an Handgelenk und Hand* (Relativgewicht 0,620) und I32Z *Komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand* (Relativgewicht 0,812) zugeordnet. Relativgewichte wie auch mittlere Verweildauern (3,3 versus 4,3 Tage) dieser beiden DRGs waren nur mäßig gespreizt. Anhand mehrerer Eingaben aus dem Vorschlagsverfahren sowie einer Vielzahl weitergehender Analysen wurden diese beiden DRGs für die G-DRG-Version 2007 zu einer Basis-DRG zusammengefasst und diese anhand der folgenden Kriterien sechsfach gesplittet:

- Mehrzeitige Eingriffe
- Komplexität des Eingriffs
- Diagnose „Angeborene Fehlbildung“
- Alter

Wie die Darstellung in Tabelle 15 zeigt, konnte sowohl in Bezug auf das Relativgewicht dieser sechs DRGs als auch auf ihre mittleren Verweildauern eine erheblich vergrößerte Spreizung erreicht werden. Deutlich wird hier auch, dass eine Aufwertung aufwendiger Eingriffe (hier z.B. I32Z → I32A mit Relativgewicht 0,812 → 2,351) in der Regel mit

einer konsekutiven Abwertung einfacher Fälle einhergeht. Im Bereich der Handchirurgie werden z.B. Fälle mit der vergleichsweise wenig aufwendigen Operation einer unkomplizierten Dupuytren'schen Kontraktur als Inlier nur noch mit einem Relativgewicht von 0,538 (I32F) statt bisher 0,620 (I26Z) bewertet.

DRG	DRG-Text	BR	Mittl. VWD
I32A	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit mehrzeitigem komplexen oder mäßig komplexen Eingriff	2,351	14,4
I32B	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne mehrzeitigen Eingriff, mit komplexem Eingriff oder bei angeborener Anomalie der Hand, Alter < 6 Jahre	1,542	6,0
I32C	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne mehrzeitigen Eingriff, mit komplexem Eingriff oder bei angeborener Anomalie der Hand, Alter > 5 Jahre	1,041	5,1
I32D	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne mehrzeitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, außer bei angeborener Anomalie der Hand, mit mäßig komplexem Eingriff, Alter < 6 Jahre	0,828	3,3
I32E	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne mehrzeitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, außer bei angeborener Anomalie der Hand, mit mäßig komplexem Eingriff, Alter > 5 Jahre	0,758	3,8
I32F	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe	0,538	2,9

Tabelle 15: Neue Differenzierung der Basis-DRG I32 in der G-DRG-Version 2007

Da die bisher in der MDC 21B abgebildeten Diagnose-Kodes Q68.1 *Angeborene Deformität der Hand* und Q70.0 *Miteinander verwachsene Finger* in die MDC 08 verschoben wurden, ergab sich durch die spezifischere Ausgestaltung der Basis-DRG I32 in der G-DRG-Version 2007 auch eine verbesserte Abbildung für bestimmte Fälle, die bisher der MDC 21B zugeordnet waren.

Änderungen in MDC 21B

Analysen innerhalb dieser MDC werden oftmals durch einen hohen Anteil unspezifisch oder fehlerhaft kodierter Fälle erschwert. So ist z.B. der Kode S69.7 *Multiple Verletzung von Handgelenk und Hand* gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien nicht als Hauptdiagnose zu kodieren (die Einzelverletzungen sind anzugeben). Dennoch wird dieser Kode ebenso wie S61.9 *Offene Wunde des Handgelenks und der Hand, Teil nicht näher bezeichnet* noch häufig angegeben und führt als Hauptdiagnose zur Eingruppierung in die MDC 21B. Da diese MDC nicht organbezogen ist, enthält sie eine besonders große Vielfalt verschiedener Fälle, die für die spezifische Abbildung klar beschreibbarer Fälle ein Hindernis sein kann. Diesem Umstand kann auf verschiedene Art begegnet werden:

- Verbesserung der Primärkodierung (im Kalkulationsjahr zeitlich nicht mehr möglich und vom InEK kaum beeinflussbar)

- Etablierung von Plausibilitätsprüfungen für fehlcodierte Fälle (z.B. mit der o.g. Hauptdiagnose S69.7); die betroffenen Fälle sind vom Krankenhaus zu korrigieren oder ausreichend zu erläutern, andernfalls werden sie zur Kalkulation nicht verwendet
- Verschiebung organspezifischer Diagnose-Kodes aus der MDC 21B in eine organspezifische MDC, wie dies im Fall der Diagnosen für die angeborenen Fehlbildungen der Hand für 2007 gelungen ist
- Abgrenzung scharf beschreibbarer Fallmengen in spezifischen DRGs innerhalb der MDC wie z.B. der in den letzten Jahren etablierten und weiter differenzierten DRG X07 *Replantation bei traumatischer Amputation*

Eine Verschiebung aller „handchirurgischen Diagnose-Kodes“ in die MDC 08 wurde vorgeschlagen und berechnet, konnte aber nicht in Gänze umgesetzt werden, da dies zu einer Verschlechterung des R²-Wertes und einer Zunahme der in die Fehler-DRG 901 *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose* eingruppierten Fälle führte. Dies ist auch darin begründet, dass ein Teil dieser Fälle keine organbezogenen Hauptdiagnosen aufweist (z.B. T81.9 *Nicht näher bezeichnete Komplikation eines Eingriffs*) und sich somit kaum einer organbezogenen MDC zuordnen lässt.

Trotz dieser in Teilen problematischen Datenlage konnten wesentliche Verbesserungen auch in dieser MDC erzielt werden:

- Aufwertung von Transpositionen und Transplantationen an Fingern und Zehen durch Aufnahme in die Basis-DRG X07 *Replantation bei traumatischer Amputation*
- Sachgerechtere Einteilung der DRG X06 *Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen* durch die Etablierung eines Prozedurensplits mit den Inhalten
 - „Komplexe OR-Prozeduren“ im Sinne der gleichnamigen Funktion
 - Aufwendige Eingriffe an Gefäßen und Nerven
 - Bestimmte Operationen an Sehnen der Hand
 - Bestimmte Eingriffe der plastischen und rekonstruktiven Chirurgie (5-857.-4)
- Etablierung der Extremkosten-DRG X33Z *Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten*

Weitere Änderungen

Wie in den Vorjahren erreichten uns mehrere Vorschläge zur Behandlung von Patienten mit Verletzungen des Plexus brachialis sowie (allgemein) zur sachgerechteren Abbildung von Operationen an peripheren Nerven. Betroffen war hier die MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*.

Es fand sich zwar nur eine vergleichsweise geringe Zahl an Kalkulationsfällen mit der Diagnose „Verletzung des Plexus brachialis“, im Rahmen der Extremkostenanalyse (detailliert erläutert in Kapitel 3.3.2.8) konnten diese aber in die DRG B07 *Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC oder komplizierender Diagnose* aufgenommen und somit deutlich aufgewertet werden. Außerhalb der MDC 01 (hier ist neben der Polytrauma-MDC nur die unbewertete DRG B61Z *Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks außer bei Transplantation* betroffen) zeigten sich die Fälle mit einer „Verletzung des Plexus brachialis“ nicht als kostenauffällig.

Die Chirurgie peripherer Nerven erfährt in 2007 dank eines Prozedurensplits der Basis-DRG B17 *Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems...* unter Berücksichtigung einer von der Fachgesellschaft erarbeiteten Kodierliste eine deutlich verbesserte Abbildung.

Insgesamt kann die optimierte Abbildung handchirurgischer Fälle im G-DRG-System 2007 somit als gelungen betrachtet werden.

3.3.2.15 Intensivmedizin

Die spezifischere Abbildung intensivmedizinisch behandelter Patienten war bereits in den Vorjahren einer der Schwerpunkte der klassifikatorischen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems. Dabei hatte sich gezeigt, dass eine ausschließlich an der Dauer der maschinellen Beatmung orientierte Eingruppierung hier keine vollständig aufwandsgerechte Abbildung ermöglicht. Einerseits ist nicht jeder aufwendige Intensivpatient beatmet, andererseits unterscheiden sich auch beatmete Patienten hinsichtlich ihres Behandlungsaufwands und der damit verbundenen Kosten erheblich voneinander. Grundsätzlich sind aus Sicht der G-DRG-Klassifikation in der Intensivmedizin zwei Gruppen von Fällen voneinander zu unterscheiden:

- Langzeitbeatmete Patienten (Beatmungsdauer 96 Stunden und mehr), die – unabhängig von ihrer jeweiligen Hauptdiagnose – in die Prä-MDC eingruppiert werden (Basis-DRGs A06 bis A13)
- Nicht oder vergleichsweise kurz beatmete Patienten, die entsprechend ihrer Hauptdiagnose den organbezogenen MDCs zugeordnet werden

Die bis 2006 bereits umgesetzten, für die Intensivmedizin relevanten Änderungen lassen sich grob vereinfacht in fünf Kategorien zusammenfassen:

- Differenziertere Einteilung nach Dauer der Beatmung
- Berücksichtigung von verschiedenen aufwendigen operativen Eingriffen sowie von Patienten mit Polytrauma
- Berücksichtigung aufwendiger intensivmedizinischer Maßnahmen (z.B. Dialyseverfahren) über die Funktion *Komplizierende Prozeduren*
- Ausweisung intensivmedizinisch bedeutsamer Zusatzentgelte
- Anwendung des Attributs *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* in der G-DRG-Version 2006

Jeder dieser Punkte spielte auch bei der Weiterentwicklung zur G-DRG-Version 2007 eine Rolle, von herausragender Bedeutung ist hier eindeutig der letztgenannte:

Intensivmedizinische Komplexbehandlung

Im OPS Version 2005 wurde mit dem Code 8-980 *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* ein universelles Attribut zur Bezeichnung hochaufwendiger Intensivfälle aufgenommen. Dieser Code wurde in enger Anlehnung an die Vorschläge der betreffenden Fachgesellschaften definiert und berücksichtigt eine Vielzahl wichtiger Parameter der Intensivmedizin:

- Aufwendige intensivmedizinische Leistungen wie invasive Monitoringverfahren oder Katecholamingabe (verwendet wird das internationale *Therapeutic Intervention Scoring System* oder **TISS**)

- Bedeutsame klinische und laborchemische Parameter des Patienten, z.B. Herzfrequenz oder Nierenfunktion (hier kommt der *Simplified Acute Physiology Score* oder **SAPS II** zum Einsatz)
- Bestimmte chronische Erkrankungen, die die Intensivtherapie wesentlich erschweren (Bösartige Tumore, AIDS)
- Alter des Patienten
- Aufnahmezustand (geplante Aufnahme oder Notfall)

Aus diesen Elementen wird einmal täglich ein Punktwert (0 bis maximal 184) ermittelt. Die täglichen Werte werden für den Gesamtaufenthalt addiert, sodass nur ein OPS-Kode *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* verschlüsselt wird. Dieser quantifiziert folglich den Gesamtaufwand des Intensivfalles.

Da die Codes aus 8-980 *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* erstmals in 2005 kodiert werden konnten, war in der letztjährigen Kalkulation (auf Grundlage der Daten aus 2004) eine Bewertung dieser Leistung nur auf Basis einer ergänzenden Datenbereitstellung möglich. Folglich konnten diese Codes zunächst nur in relativ begrenztem Umfang in die G-DRG-Klassifikation (2006) aufgenommen werden:

- Gruppierungsrelevanz in vier Basis-DRGs der Prä-MDC (A06, A07, A11, A13) und drei DRGs der organbezogenen MDCs (F97Z, G36Z, W36Z)
- Hohe Einstiegsschwelle von 1.105 Punkten

Für die diesjährige Kalkulation lag mit den Daten des Jahres 2005 erstmals eine Kalkulationsgrundlage mit bereits vollständiger Erfassung der Codes 8-980 *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* vor. Zwar zeigte die Analyse der Daten, dass in einigen Kliniken diese Codes noch unvollständig oder teilweise auch fehlerhaft erfasst wurden, diese Schwächen konnte die im Bereich Intensivmedizin besonders strikte Plausibilisierung aber ausgleichen:

- In der ergänzenden Datenbereitstellung weiterhin Abfrage des exakten Punktwertes nach TISS/SAPS, Übermittlung von über 100.000 Datensätzen aus 121 Kalkulationskrankenhäusern
- Plausibilisierung der regulär erfassten Punktwerte anhand:
 - Punktwert der ergänzenden Datenbereitstellung
 - Kosten auf Intensivstation
 - Abschätzung eines erwarteten Mindestwerts aus Intensivverweildauer, Beatmungstunden, Diagnosen und Prozeduren
 - Vergabe eines OPS-Kodes aus 8-980 anhand dieses Mindestwerts für Überlieger aus 2004

Wie aufgrund der Erfahrungen der letztjährigen Kalkulation erwartet, erwies sich der Punktwert nach TISS/SAPS als hochpotenter Kostentrenner. Anhand der breiteren Datengrundlage konnten in erheblich größerem Umfang DRGs anhand der Codes aus 8-980 *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* definiert werden, als dies für die G-DRG-Version 2006 möglich war:

- Zusätzliche Gruppierungsrelevanz in drei Basis-DRGs der Prä-MDC (A09, A11, A13)
- Zehn statt bisher drei DRGs in den organbezogenen MDCs mit
 - Differenzierung zwischen operativen und konservativen Fällen

- Differenzierung nach Punktwert des TISS/SAPS
- Einheitlicher Nomenklatur (alle DRG-Kürzel mit „36“)
- Senkung der Einstiegsschwelle bis auf 553 Punkte

Neu im Fallpauschalen-Katalog 2007 sind folgende DRGs (Tab. 16):

DRG	DRG-Text
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1656 Aufwandspunkte oder > 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte und < 1657 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 552 Aufwandspunkte und < 1105 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
E36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 und < 1105 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
F36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte und < 1105 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit bestimmter OR-Prozedur
H36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
L36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane

Tabelle 16: Neue DRGs zur Intensivmedizinischen Komplexbehandlung in der G-DRG-Version 2007

Der Schwerpunkt der stärkeren Einbeziehung des Attributs *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* lag somit außerhalb der Beatmungs-DRGs der Prä-MDC. Neu in adäquat bewerteten DRGs konnten vor allem Fälle abgebildet werden, die bisher aufgrund des Fehlens einer spezifischen DRG in den organbezogenen MDCs einer relativ gering bewerteten DRG zugeordnet waren. Typisches Beispiel eines solchen Falles ist ein Patient mit schwerstem Verlauf einer Pankreatitis und aufwendiger intensivmedizinischer Behandlung bei einer Beatmungszeit unter 96 Stunden. Dieser wurde nach G-DRG-Version 2006 ohne eine signifikante operative Prozedur typischerweise in die DRG H62A *Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung mit akuter Pankreatitis* (Relativgewicht 0,977) eingruppiert, mit aufwendiger operativer Therapie wurde ein solcher Fall z.B. in der DRG H09A *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shunt-Operationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC* (Relativgewicht 3,592) abgebildet. In beiden DRGs überschreitet der beschriebene Fall in der Regel die mittlere Verweildauer deutlich, oft auch die obere Grenzverweildauer.

Nach der G-DRG-Version 2007 wird dieser Fall in die H36Z *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* (Relativgewicht 10,462, mittlere Verweildauer 37,4 Tage) eingruppiert, wenn 553 oder mehr Aufwandspunkte nach TISS/SAPS angegeben werden. Diese Einstiegsschwelle ist in der Regel nur von einem mindestens 5–7 Tage maximal intensiv-behandlungspflichtigen Patienten überhaupt zu erreichen. Trotz Senkung der Einstiegsschwelle und der von vielen Parametern beeinflussten Kodierung der Codes aus 8-980 ist die Eingruppierung eines wenig aufwendigen Patienten in diese DRG nur schwer vorstellbar.

Auch die in den Beatmungs-DRGs der Prä-MDC neu etablierten Splits auf Basis des TISS/SAPS-Scores liegen in Bezug auf die erforderliche Punktzahl deutlich niedrigschwelliger als die in diesen DRGs für die G-DRG-Version 2006 auf Grundlage der ergänzenden Datenbereitstellung als erster Schritt etablierten Splits (Tab. 17):

DRG	G-DRG-System 2006	G-DRG-System 2007
A09	kein Split nach TISS/SAPS	> 1.656 Aufwandspunkte
A11	> 1.656 Aufwandspunkte	zusätzlich: > 1.104 Aufwandspunkte
A13	> 1.104 Aufwandspunkte	zusätzlich: > 552 Aufwandspunkte

Tabelle 17: Neues Splitkriterium Intensivmedizinische Komplexbehandlung in den Basis-DRGs A09 bis A13

Eine Ablösung des primären Splitkriteriums *Dauer der maschinellen Beatmung* durch den Punktwert nach TISS/SAPS wurde im Vorschlagsverfahren angeregt und folglich umfassend untersucht, konnte aber für 2007 noch nicht umgesetzt werden. Ebenso fand sich kein Anhaltspunkt für eine Änderung der Beatmungsgrenzen (96 / 250 / 500 / 1.000 / 1.800 Stunden).

Im Ergebnis ist im G-DRG-System 2007 die *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* somit in erheblich größerem Umfang gruppierungsrelevant, als dies für die G-DRG-Version 2006 der Fall war. Entscheidend sind hier vor allem die gestiegene Zahl von MDCs mit spezifischen DRGs für aufwendige Intensivfälle und die Senkung des Schwellenwerts. Die im Vergleich zu 2006 jetzt zusätzlich abgebildeten Fälle mit *Intensivmedizinischer Komplexbehandlung* erfahren durch den dargestellten Umbau eine im Mittel um 30% höhere Vergütung, was trotz der relativ kleinen Zahl dieser Fälle einem bedeutenden Finanzvolumen entspricht.

Komplizierende Prozeduren

Zu diesem in der G-DRG-Version 2005 erstmals eingeführten Splitkriterium wurden im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zahlreiche Änderungswünsche vorgebracht, die sich zum einen auf die Bewertung einzelner Codes, zum anderen auf die Abfragelogik dieser in mehreren MDCs schweregradsteigernd wirksamen Funktion bezogen. Trotz einer hohen Zahl von Simulationen blieb diese Funktion aber auch für 2007 weitgehend unverändert.

Lediglich die Prozedur 8-390 *Lagerungsbehandlung* erfuhr für G-DRG-Version 2007 eine relative Abwertung (zwei verschiedene Lagerungsverfahren allein erfüllen die Bedingungen der Funktion jetzt nicht mehr). Die vorgeschlagene Streichung dieser Prozedur wurde berechnet, konnte aber nicht umgesetzt werden.

Überraschenderweise hat sich die Funktion auch im dritten Jahr als belastbares Splitkriterium erwiesen, obwohl sie für 2005 eher als „Hilfskonstruktion“ bis zum Vorliegen des Attributs *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* entwickelt worden war. Das kommt auch darin zum Ausdruck, dass die Zahl der derart gesplitteten DRGs weiter zugenommen hat. So wurden erstmals DRGs in den Bereichen Kraniotomie, Eingriffe an Magen und Ösophagus, Rektumresektion, Cholezystektomie und Gastroskopie anhand dieser Funktion unterteilt. Die in den Vorjahren etablierten Splits in den Bereichen Herzchirurgie, interventionelle Kardiologie, Sepsis, Beatmungs-DRGs und Polytrauma blieben bestehen.

3.3.2.16 Kinderkardiologie und Kinderherzchirurgie

Die grundsätzliche Abbildung herzkranker Kinder in der G-DRG-Version 2007 hat sich im Vergleich zum Vorjahr nicht geändert. Somit sind weiterhin alle Fälle mit einem Alter unter 28 Tagen sowie Fälle mit einem Alter unter einem Jahr und einem Aufnahmege-
wicht unter 2.500 Gramm der MDC 15 *Neugeborene* zugeordnet, andere Fälle in der Regel der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*.

Die bedeutendste Änderung kinder-kardiologischer Leistungen betraf in diesem Jahr die Abbildung diagnostischer Herzkatheter-Eingriffe bei Kindern unter 15 Jahren und mehr als zwei Belegungstagen (außer denjenigen mit äußerst schweren CC) in der DRG F49C *Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, weniger als 3 Belegungstage oder mehr als 2 Belegungstage ohne äußerst schwere CC, Alter < 15 Jahre*. Insgesamt hat sich die Zahl der nach Alter gesplitteten DRGs der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* gegenüber der G-DRG-Version 2006 nochmals von sieben auf jetzt dreizehn DRGs erhöht.

Eine Änderung des Zusatzentgelt-Katalogs betrifft die Aufnahme der Leistung *Implantation eines Wachstumsstents* oder *Cheatham-Platinum-Stents*, die bisher die Kriterien des NUB-Verfahrens für das Jahr 2006 erfüllten. Auf Grundlage einer ergänzenden Datenbereitstellung war es möglich, für diese typischerweise auch bei angeborenen Herzfehlern eingesetzten teuren Implantate ein unbewertetes Zusatzentgelt auszuweisen.

Wegen uneinheitlicher Kostenbilder und Verschlechterung des R²-Wertes bei in Ermangelung spezifischer Codes mittels Hilfskonstrukten durchgeführten Analysen konnte die vorgeschlagene Abbildung der bei angeborenen Herzfehlern eingesetzten Hybridchirurgie in einer eigenen DRG (der MDC 05 oder der MDC 15) nicht umgesetzt werden. Durch die Aufnahme eines spezifischen Codes in den OPS-Katalog Version 2007 wurden hier die Voraussetzungen für zukünftige Analysen geschaffen.

Änderungen in MDC 15 Neugeborene

Nach der letztjährig bereits durchgeführten Erweiterung der Prozedurentabelle der Basis-DRG P02 *Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen* um Gefäßoperationen betraf ein weiterer Vorschlag nun erneut die Aufnahme von Prozeduren aus dem Codebereich 5-390 *Shuntoperationen zwischen großem und kleinem Kreislauf [Links-Rechts-Shunt]*. Hier konnten die Prozeduren 5-390.0 und 5-390.4 in die Basis-DRG P02 aufgenommen werden. Weitere Codes konnten wegen einer Verschlechterung

zung des R²-Wertes bzw. aufgrund der Tatsache, dass keine Fälle von der Änderung betroffen waren, nicht aufgenommen werden.

3.3.2.17 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems

Herz- und Gefäßchirurgie

In diesem Jahr konnten in der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* im Bereich Herz- und Gefäßchirurgie erneut zahlreiche Vorschläge externer Antragsteller umgesetzt werden. Die Änderungen betrafen z.B. intraoperative Ablationen, die thorakale Vakuumbehandlung, Operationen in tiefer Hypothermie sowie Vorschläge, die in die Extremkostenanalyse Eingang fanden.

Eine umfangreiche Untersuchung betraf die Abbildung von Fällen mit intraoperativen ablativen Maßnahmen mit anderen Energiequellen in Kombination mit einem Herzklappeneingriff oder einer Bypassoperation. Hier wurde eine Aufwertung dieser Fälle in diversen DRGs der MDC 05 erreicht. So wurden z.B. Fälle mit einem Herzklappeneingriff, die bisher in den DRGs F22Z oder F11B abgebildet waren, aufgrund der zusätzlichen Prozedur *intraoperative Ablation* durch Höhergruppierung in die DRGs F11B respektive F11A aufgewertet. Im Bereich der Bypasschirurgie konnte eine vergleichbare Aufwertung (mit Abbildung in den DRGs F05, F06, F16 und F23) umgesetzt werden.

Seit dem Jahr 2005 ist die Abbildung von Fällen mit *Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung, tiefreichend an Thorax, Mediastinum und Sternum (OPS 5-916.a2)*, ggf. unter Hinzunahme eines Prozeduren-Kodes für die Behandlungsdauer mittels OPS-Kodes, möglich. Dem folgend wurden Vorschläge externer Antragsteller zur Untersuchung dieses Sachverhalts eingereicht. Nach intensiver Analyse wurde der Prozeduren-Kode 5-916.a2 schlussendlich in die Funktion „Komplizierende Prozeduren“ aufgenommen, wodurch ohne die Notwendigkeit der Etablierung einer eigenständigen DRG in der MDC 05 einige hochteure Fälle sachgerechter vergütet werden.

Es wurde vorgeschlagen, die DRG F07Z *Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierenden Prozeduren oder komplexer Operation oder anderer Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 16 Jahre* anhand der Prozedur 8-851.2 *Operativer äußerer Kreislauf (bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine) mit tiefer Hypothermie* zu splitten bzw. den Ersatz der thorakalen Aorta mit einer Rohrprothese in tiefer Hypothermie in die DRG F04Z *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Dreifacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie* aufzunehmen. Dies wurde zwar nicht in dieser Weise, nach einer weitergehenden Analyse jedoch sinngemäß durch Aufnahme der Definition der DRG F07Z in Kombination mit der genannten Prozedur als zusätzliche Eingangsbedingung in die DRG F05Z *Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder intraoperativer Ablation, mit komplizierenden Prozeduren oder Karotiseingriff oder bestimmte Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie* umgesetzt. In diesem Zusammenhang ist die Änderung der Kodierrichtlinie 0908 *Zusätzliche Prozeduren im Zusammenhang mit Herzoperationen* erwähnenswert. Demnach ist zukünftig bei Operationen, bei denen der Einsatz der Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie erfolgt, der OPS-Kode 8-851.2 zusätzlich anzugeben.

Ein Beispiel für die in diesem Jahr intensiv durchgeführte Extremkostenanalyse ist die Umsetzung des Vorschlags, die Prozedur 5-381.42 *Enderteriekтомie der A. pulmonalis* aus der DRG F31Z *Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Prozeduren, ohne komplexe Operation* in die DRG F04Z zu verschieben. Die Kodeverschiebung konnte nicht beurteilt und daher auch nicht umgesetzt

werden, da in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser aus dem Jahr 2005 in der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* kein Fall mit der entsprechenden Prozedur vorhanden war. Der Vorschlag wurde jedoch im Rahmen der Extremkostenanalyse zum Anlass genommen, die Abbildung von Fällen mit einer *Endarteriektomie der A. pulmonalis* im G-DRG-System zu überprüfen. Die überwiegende Anzahl der betroffenen Fälle fand sich dabei in der MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane*, wo die Prozedur in die DRG mit der – nach den intensivmedizinischen DRGs E36A und B und der strahlentherapeutischen DRG E08A – nächsthöchsten Bewertungsrelation (E01A: 4,216) aufgenommen wurde. Somit hat die über diesen Vorschlag hinausgehende Analyse zu einer sachgerechteren Abbildung der Fälle mit *Endarteriektomie der A. pulmonalis* im G-DRG-System geführt.

Weitere Änderungen im Bereich Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems

Problematisch im G-DRG-System 2006 war die Abbildung einzelner hochaufwendiger Patienten mit langer Verweildauer, die transplantationspflichtig sind, aber nicht in demselben Aufenthalt oder nicht in diesem Haus operiert werden. Hier konnte durch die Etablierung der neuen DRG F37Z *Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* in Anlage 3a des Fallpauschalen-Katalogs 2007 eine Verbesserung erreicht werden.

3.3.2.18 Mehrfacheingriffe

Die Abbildung operativer Eingriffe in der australischen AR-DRG-Version 4.1, mit der die Entwicklung des G-DRG-Systems begann, war weitgehend eindimensional: Fallpauschalen für operativ behandelte Patienten waren in der Regel über einzelne Prozeduren definiert, eine feinere Differenzierung erfolgte vor allem mit Hilfe des PCCL-Schweregradsystems. Wenn mehrere Eingriffe während eines stationären Aufenthalts durchgeführt wurden, war damit bestenfalls eine Eingruppierung in die der schwerwiegendsten Prozedur zugeordneten DRG verbunden. Ungünstigstenfalls konnte aus der Erbringung – und Kodierung – zusätzlicher operativer Maßnahmen auch die Eingruppierung in eine geringer bewertete DRG erfolgen. Diese Problematik der „Mindervergütung bei Mehrleistung“ konnte schon für die G-DRG-Version 2005 weitestgehend behoben werden. Eine adäquate Abbildung des mit Mehrfacheingriffen oft verbundenen Mehraufwands blieb hingegen auch in den folgenden Kalkulationsjahren ein Schwerpunkt der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems.

Bei der Darstellung der Problemstellungen und Lösungsansätze ist hilfreich, etwas vereinfacht drei Typen von Mehrfacheingriffen voneinander zu unterscheiden:

- Mehrfacheingriffe im engeren Sinn: Mehrere Eingriffe in einer Sitzung
- Beidseitige Eingriffe (in ein oder zwei Sitzungen möglich)
- Mehrzeitige Eingriffe: Eingriffe in mehr als einer Sitzung

Mehrfacheingriffe im engeren Sinn

Für einige typische Mehrfacheingriffe konnten bereits in der G-DRG-Version 2005 spezifische DRGs kalkuliert werden, so z.B. in der Herzchirurgie oder für Eingriffe an den Augenmuskeln. Für die G-DRG-Version 2006 erfolgte ein in dieser Hinsicht noch weitgehenderer Umbau mit Definition einer Vielzahl von DRGs für Mehrfacheingriffe, wobei

der Schwerpunkt auf unfallchirurgischen und orthopädischen Leistungen lag. Beispielhaft ist hier die Funktion *Eingriffe an mehreren Lokalisationen*.

Bei der diesjährigen Weiterentwicklung zur G-DRG-Version 2007 befassten sich die Eingaben im Vorschlagsverfahren im Wesentlichen mit Detailunschärfen der letztjährigen Änderungen. Hier konnten einige Definitionen, etwa jene der Funktion *Eingriffe an mehreren Lokalisationen*, präzisiert werden. Im Einzelnen sind diese Änderungen im Kapitel 3.3.2.32 dargestellt.

Beidseitige Eingriffe

Obwohl das Seitenkennzeichen für Prozeduren erst in 2005 in den OPS aufgenommen worden war und damit erst in den diesjährigen Kalkulationsdaten zur Verfügung stand, konnten einige typische Konstellationen beidseitiger Eingriffe (Hernienchirurgie, Prothetik) bereits vorher mittels Hilfskonstruktionen (z.B. zwei Prozeduren-Kodes und Diagnose-Kode für beidseitige Hernie) abgebildet werden. Die diesjährige Kalkulation konnte anhand der Seitenkennzeichen die Validität dieser DRGs endgültig bestätigen.

Möglicherweise aufgrund dieser frühzeitigen Bearbeitung des Themas „Beidseitige Eingriffe“ wurden für die G-DRG-Version 2007 weniger explizite „Beidseits-DRGs“ neu definiert, als aufgrund der erstmaligen Verwendbarkeit des Seitenkennzeichens vielleicht erwartet worden war. Ein Beispiel ist die neue DRG C08A *Beidseitige extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE)*.

Mehrzeitige Eingriffe

Eine der wesentlichen strukturellen Neuerungen der G-DRG-Version 2007 ist die erstmalige Definition von DRGs für mehrzeitige Eingriffe. Anregungen aus dem Vorschlagsverfahren, Informationen der ergänzenden Datenbereitstellung (vgl. Kap. 3.3.2.8) und eigenen Analysen zufolge weist ein nennenswerter Anteil der unter der G-DRG-Version 2006 noch unzureichend abgebildeten hochaufwendigen Fälle mehrzeitige Eingriffe auf.

Zur Analyse der Fälle mit mehrzeitigen Eingriffen – insbesondere zur Abgrenzung von anderen Mehrfacheingriffen – muss ein bislang nicht vom Grouper verwendetes Attribut herangezogen werden: das mit jedem Prozeduren-Kode anzugebende OPS-Datum. Dies erfordert neben einer Anpassung des Entwicklungsgroupers und aller anderen Analysewerkzeuge eine Validierung der in den Kalkulationsdaten erfassten Datumsangaben. Dabei wurde auf sicher oder mit hoher Wahrscheinlichkeit falsche Konstellationen geprüft:

- Aufwendiger Eingriff (z.B. Herzklappenoperation) mit Leistungsdatum gleich Entlassungstag, Patient normal nach Hause entlassen
- Eingriff, der typischerweise nur einmal erbracht werden kann (z.B. Entfernung der Gallenblase), aber zweimal (mit verschiedenem OPS-Datum) kodiert ist

Diese Analyse der Falldaten des Gesamtjahres 2005 zeigte – was so angesichts der bislang fehlenden Gruppierungsrelevanz des Prozedurdatums nicht zu erwarten war –, dass die Erfassung des OP-Datums bereits weitgehend vollständig und korrekt erfolgt ist. Auf die Verwendung der genauen Eingriffszeit wurde verzichtet, sodass die obige Definition mehrzeitiger Eingriffe für das G-DRG-System 2007 statt „Eingriffe in mehr als einer Sitzung“ genauer „Eingriffe an mehr als einem Tag“ lauten muss.

Die systematische Untersuchung typischer Fälle mit Mehrfacheingriffen zeigte, dass eine möglichst scharfe Abgrenzung von banalen Leistungen (also wenig aufwendigen mehrzeitigen Konstellationen) für die adäquate Abbildung der hochaufwendigen Fälle

von entscheidender Bedeutung ist. In allen MDCs wurde anhand der Prozeduren-Kodes der in den vergangenen Jahren entwickelten Funktion *Komplexe OR-Prozeduren* die Etablierung einer DRG für *Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren* überprüft. Als geeignet für die Schaffung einer solchen DRG erwiesen sich schließlich acht MDCs, sodass folgende DRGs neu in die G-DRG-Version 2007 aufgenommen werden konnten (Tab. 18):

DRG	DRG-Text	BR
B01Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	5,789
D33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohrs, der Nase, des Mundes und des Halses	3,567
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	6,648
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	4,892
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane	8,584
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	8,603
T33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei infektiösen und parasitären Krankheiten	9,388
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten	6,685

Tabelle 18: Neue DRGs für mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren in der G-DRG-Version 2007

Am Beispiel der DRG H33Z *Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* lässt sich die Abgrenzung von wenig aufwendigen mehrzeitigen Eingriffen illustrieren: Dieser DRG sind beispielsweise Fälle mit schwersten Verläufen einer Entzündung der Bauchspeicheldrüse (z.B. mit Teilentfernung des Pankreas und nachfolgendem Eingriff am Darm) zugeordnet. Wenig aufwendige mehrzeitige Eingriffskonstellationen (beispielsweise Operation der Gallenblase mit nachfolgender Revision) erfüllen die Definitionskriterien dieser DRG jedoch nicht. So wird eine Abwertung dieser DRG durch eine starke Beimischung einfacher Fälle verhindert. Ein gruppierungsrelevanter mehrzeitiger Eingriff ist im G-DRG-System 2007 folglich nicht gleichzusetzen mit „jeder zweimal operierte Patient“.

Die in den o.g. acht neuen DRGs abgebildeten Fälle sind zum Großteil echte „Extremkostenfälle“, die bisher einer anderen DRG der operativen Partition (mit in der Regel weit geringerem Relativgewicht) zugeordnet waren. In diesen DRGs waren die beschriebenen Fälle überwiegend Langlieger.

Darüber hinaus wurden in einigen MDCs neue DRGs für mehrzeitige Eingriffe etabliert, die anhand einer anderen Prozedurenliste als die der Funktion *Komplexe OR-Prozeduren* definiert wurden. So konnte beispielsweise in der MDC 05 keine allgemeine DRG für *Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren* definiert werden, da sich die betroffenen Fälle sehr uneinheitlich zeigten. Dennoch war auch an dieser Stelle für zwei Bereiche die Definition einer DRG für mehrzeitige Eingriffe möglich (Bypassoperationen und bestimmte gefäßchirurgische Patienten), während dies z.B. für Herzklappenoperationen für 2007 nicht gelungen ist.

Die weiteren DRGs für mehrzeitige Eingriffe sind (Tab. 19):

DRG	DRG-Text	BR
A07A	Beatmung > 999 und < 1.800 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, mit hochkomplexem oder dreizeitigem komplexen Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 3.680 Aufwandspunkte	37,001
F13A	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen	4,029
F53A	Bypassoperation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierenden Prozeduren oder Karotiseingriff	7,538
F53B	Bypassoperation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Prozeduren, ohne Karotiseingriff	5,692
I32A	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit mehrzeitigem komplexen oder mäßig komplexen Eingriff	2,351

Tabelle 19: Andere DRGs, die über das Attribut „Mehrzeitiger Eingriff“ definiert sind

Insgesamt ist aufgrund der scharfen Definition und somit der Beschränkung auf hochaufwendige Konstellationen von den neu definierten DRGs für mehrzeitige Eingriffe nur eine relativ überschaubare Fallmenge betroffen. Dennoch repräsentieren die dargestellten Änderungen ein bedeutendes Finanzvolumen. Im Mittel werden die betroffenen Fälle nach G-DRG 2007 (im Vergleich zu 2006) um 38% höher vergütet.

Vakuumtherapie

Einen Sonderfall der mehrzeitigen Eingriffe stellen die beiden neuen DRGs für aufwendige Vakuumtherapien dar (Tab. 20).

DRG	DRG-Text	BR
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	8,974
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	6,159

Tabelle 20: Neue DRGs für „Komplexe Vakuumbehandlung“

Die Definition dieser DRGs erfordert:

- Anlage eines Systems zur Vakuumversiegelung
- Aufwendige Verbandswechsel
- Operative Eingriffe an mindestens vier verschiedenen Tagen

Somit konnte ein Großteil dieser hochaufwendigen – und im Vorschlagsverfahren mehrfach als problematisch benannten – Fälle für 2007 in spezifischen und adäquat bewerteten DRGs abgebildet werden. In der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* wurden vergleichbare Fälle über eine Aufnahme der Prozedur *Vakuumtherapie* in die Funktion *Komplizierende Prozeduren* abgebildet.

3.3.2.19 Multimodale Schmerztherapie

Auch in diesem Jahr war die multimodale Schmerztherapie ein wichtiges Thema im Strukturierten Dialog. Nach der erfolgten Differenzierung des Prozeduren-Kodes für die multimodale Schmerztherapie anhand der Behandlungsdauer im OPS Version 2005 gab es neben den aus dem Vorjahr existierenden Vorschlägen gleichlautende zur Abbildung der multimodalen Schmerztherapie anhand dieser neuen Codes. So wurde vorgeschlagen, die bereits bestehenden DRGs für die multimodale Schmerztherapie in den MDCs 02, 08, 19 und 23 anhand der Differenzierung im OPS zu splitten. Diese Vorschläge wurden analysiert. Die dabei gefundenen Kostenunterschiede ergaben sich jedoch lediglich aus der unterschiedlichen Verweildauer. Eine darüber hinausgehende Kostentrennung konnte diesem Leistungsattribut demnach nicht attestiert werden. Eine Umsetzung dieser Vorschläge hätte damit dem pauschalierenden leistungsbezogenen Entgeltsystem widersprochen.

Wie in den Vorjahren wurde ebenso die Etablierung von DRGs für die multimodale Schmerztherapie in weiteren MDCs vorgeschlagen. Bei den multipel durchgeführten Analysen fand sich allerdings kein Anhaltspunkt für die Etablierung zusätzlicher DRGs. Teils war die vorliegende Fallzahl unter Berücksichtigung der Gesamtkomplexität nicht relevant. Teilweise zeigte sich ein uneinheitliches Bild insbesondere in Bezug auf die Kosten, sodass die Vorschläge nicht zu einer verbesserten Abbildung im System geführt hätten.

Wie im letzten Jahr konnte für die DRG U42Z *Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen* das Ausweisen einer Bewertungsrelation anhand der vorliegenden Daten nicht vorgenommen werden.

3.3.2.20 Multiple Sklerose

Bei der umfangreichen Analyse des Themenbereichs Multiple Sklerose standen die Punkte Frührehabilitation und differenziertere Abbildung in der ICD-10-GM im Mittelpunkt.

Das Thema Frührehabilitation stellt sich für den Fachbereich Multiple Sklerose insofern problematisch dar, als dass laut Aussage von Experten die medizinischen Anforderungen für eine Abbildung in den Frührehabilitations-DRGs B42 und B43 der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* bei den betroffenen Patienten meist

nicht erfüllt werden können. Bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2007 konnte auf Basis der aus mehreren Spezialkliniken gelieferten ergänzenden Daten die für den Fachbereich Multiple Sklerose spezialisierte frührehabilitative Behandlung untersucht werden. Als Lösung erwies sich die Bildung einer neuen DRG B48Z *Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie* in der anderen Partition der MDC 01 als die beste Alternative. Diese DRG ist einerseits definiert durch eine Hauptdiagnose aus der Basis-DRG B68 *Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie* und andererseits durch die Erbringung einer *Fachübergreifenden und anderen Frührehabilitation* ab 14 Tage Dauer gemäß den OPS-Kodes 8-559.4- bis 8-559.8-. Durch die Schaffung dieser neuen DRG erfährt ab dem Jahr 2007 die frührehabilitative Behandlung speziell im Fachbereich „Multiple Sklerose“ eine separate Abbildung im G-DRG-System.

Eine detaillierte Untersuchung auf Basis der in der ICD-10-GM Version 2005 eingeführten Differenzierung der Codegruppe G35 *Multiple Sklerose* ergab kein umsetzbares Ergebnis. Dies liegt darin begründet, dass sich die vermeintlich aufwendigeren Diagnosen für Krankheitsverläufe *Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression* (5. Stelle .-1) in den Daten aus dem Jahr 2005 nicht als wirksamer und belastbarer Kostentrenner erwiesen haben.

Ergänzend zu dem oben beschriebenen Umbau wurde ein Split der DRG B68B *Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC* anhand der Bedingung „Alter < 16 Jahre“ umgesetzt. Damit wird ein Mehraufwand bei der Behandlung von Kindern trotz kürzerer Verweildauer berücksichtigt.

3.3.2.21 Multiresistente Erreger/Septische Krankheitsbilder

Im Strukturierten Dialog zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems der Vorjahre erreichten uns mehrfach Hinweise zur Problematik der multiresistenten Erreger. Die Analysemöglichkeiten waren jedoch bisher durch einen fehlenden kostentrennenden Leistungsbezeichner, z.B. ein OPS-Kode für die Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, bei wenig belastbaren vorhandenen Diagnose-Kodes wie „Erreger mit Antibiotikaresistenzen“ oder „Isolierung als prophylaktische Maßnahme“ eingeschränkt. Durch die Etablierung eines neuen OPS-Kodes 8-987-* *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]* im Jahr 2006 und Schließung der so genannten OPS-Kalkulationslücke bezüglich dieses Kodes durch die ergänzende Datenbereitstellung waren die Analysemöglichkeiten in der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2007 deutlich verbessert.

Durch eine systematische Analyse der Abbildung von Fällen mit dem oben genannten Merkmal wurden fünf neue DRGs zur Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern etabliert:

- F77Z *Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*
- G77Z *Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*
- K25Z *Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten*
- K77Z *Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten*

- *T77Z Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten*

Zusätzlich wurde in die DRGs E77A *Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane, mit komplexer Diagnose, äußerst schweren oder schweren CC oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern* und L63A *Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern* als höher gruppierendes Merkmal die Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern nach Identifikation als Kostentrenner aufgenommen.

Somit wird im G-DRG-System 2007 beispielsweise ein Fall mit Diabetes und Amputation der Kleinzehe, der aufgrund multiresistenter Erreger isoliert werden muss und vom Verlauf bezüglich Kosten und Verweildauer deutlich aufwendiger ist, in die DRG K25Z *Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern* mit einer Bewertungsrelation von 3,019 eingruppiert. Im G-DRG-System 2006 erfolgte die Eingruppierung eines solchen Falles noch in die DRG K13Z *Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Frührehabilitation, ohne geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC [...] mit deutlich niedrigerer Bewertungsrelation.*

Weiterhin wurden ergänzende Attribute wie die ICD-Kodes für „Erreger mit Antibiotikaresistenzen“ auf ihre CC-Relevanz hin untersucht mit dem Ergebnis, dass für einige dieser Codes eine Aufnahme in die CCL-Matrix erfolgte. Hier seien als Beispiel die Codes U80.2 *Enterococcus faecalis mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika, Oxazolidinone, oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz* und U80.4 *Escherichia, Klebsiella und Proteus mit Resistenz gegen Chinolone, Carbapeneme, Amikacin, oder mit nachgewiesener Resistenz gegen alle Beta-Lactam-Antibiotika [ESBL-Resistenz]* genannt. Das Vorgehen bei der Aufnahme dieser Codes ist im Kapitel 3.3.1.4 beschrieben.

Nach einer deutlichen Verbesserung der Abbildung von Mehrfacheingriffen in der letztjährigen Weiterentwicklung ergibt sich im G-DRG-System 2007 eine weiter verbesserte Abbildung der Behandlung von Wundinfektionen bzw. der Behandlung von septischen Krankheitsbildern durch die Differenzierung der DRGs für Mehrfacheingriffe und die Etablierung von DRGs für mehrzeitige Eingriffe. So wurden in der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* mit der DRG G35Z *Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* und in der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* mit der DRG I98Z *Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* zwei neue DRGs für die komplexe Vakuumbehandlung geschaffen. Die erstmalige Abbildung der Mehrzeitigkeit im DRG-System 2007 wird detaillierter in Kapitel 3.3.2.18 erläutert.

Zusätzlich wurde für das Jahr 2007 ein neuer Code für die *Chirurgische Komplexbehandlung bei schweren Infektionen (8-989.-)* in den OPS aufgenommen. Dieser nach der Behandlungsdauer unterteilte Komplex-Code könnte sich in den künftigen Weiterentwicklungen als ein weiterer Kostentrenner erweisen und somit eine noch differenziertere Abbildung von septischen Komplikationen bzw. Krankheitsbildern ermöglichen.

3.3.2.22 Onkologie

In der Vergangenheit wurden bereits umfangreiche Änderungen zur Verbesserung der Abbildung von onkologischen Fällen im G-DRG-System vollzogen. Dabei sind besonders die folgenden Punkte hervorzuheben:

- Differenzierung der Basis-DRGs R60 *Akute myeloische Leukämie* und R63 *Anderer akute Leukämie* anhand der Komplexität der Chemotherapie
- Schaffung einer DRG für hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff in der MDC 17 (R16Z)
- Differenzierung der Abbildung von Strahlentherapien durch eigene DRGs in der operativen Partition mit Unterscheidung nach Anzahl der Bestrahlungen
- Etablierung zahlreicher Zusatzentgelte sowohl für Medikamente als auch für Verfahren wie beispielsweise Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen

Ein Schwerpunkt der diesjährigen Analysen lag unter anderem in der Abbildung der operativen Versorgung von bösartigen Neubildungen. So konnte durch Einrichtung der neuen DRG J26Z *Plastische Rekonstruktion der Mamma mit freiem Haut-Muskel-Transplantat* die Abbildung von Fällen mit plastischer Rekonstruktion nach Mamma-Ablatio deutlich verbessert werden, die nach G-DRG-Version 2006 noch in die Basis-DRG J14 *Plastische Rekonstruktion der Mamma bei bösartiger Neubildung* eingruppiert wurden (ausführliche Erläuterungen zu diesem Thema finden sich auch in Kapitel 3.3.2.6). Bei der operativen Versorgung von Tumoren im Hals-Nasen-Ohren-Bereich wurde besonderes Augenmerk auf die Abbildung der Neck Dissection gelegt, die einerseits in der MDC 03 als Kombinationseingriff in den DRGs D02A und D24A besondere Relevanz erlangt hat. Andererseits haben diese Prozeduren auch bei der operativen Versorgung von Tumoren, die den MDCs 08, 09 und 10 zugeordnet werden, Bedeutung, sodass zur differenzierten Abbildung dieser Fälle außerhalb der MDC 03 die Prozeduren künftig in die DRGs I06B bzw. I06D (in Abhängigkeit vom Alter), in die Basis-DRG J02 sowie in die DRG K14Z führen (siehe hierzu auch Kap. 3.3.2.13).

Erstmalig untersucht und auch abgebildet werden konnte für 2007 der Bereich der Radiojodtherapie und -diagnostik, die auch bei Patienten mit Schilddrüsenkarzinomen zum Tragen kommt. Genaue Informationen zu Änderungen der Systemlogik in diesem Bereich finden sich in Kapitel 3.3.2.27.

Eine auch bereits aus dem NUB-Verfahren (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 KHEntgG) bekannte Thematik betraf die Abbildung von photodynamischen Therapien bei bösartiger Neubildung. Diese Leistung wurde in diesem Jahr im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung bei den Kalkulationskrankenhäusern abgefragt und konnte dementsprechend untersucht werden, was zu einer Aufnahme der Prozeduren für photodynamische Therapie an den Gallengängen einerseits in die Basis-DRG G46 *Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane* und andererseits in die DRG H41A *Komplexe therapeutische ERCP mit äußerst schweren CC und photodynamische Therapie* führte.

Die bereits in anderen Kapiteln dieses Abschlussberichtes erwähnte systematische Untersuchung aller DRGs auf mögliche Alterssplits hatte auch Auswirkungen auf die Onkologie. Die folgende Auflistung gibt einen Überblick über die stattgehabten Änderungen:

- Split der DRG B66A *Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag* anhand Alter < 10 Jahre

- Split der DRG B66B *Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC oder Stupor und Koma, nicht traumatisch bedingt* anhand Alter < 1 Jahr
- Split von DRGs anhand Alter < 16 Jahre:
 - DRG R11A *Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC*. Hier erfolgte gleichzeitig eine Kondensation mit der DRG R03Z
 - DRG R60E *Akute myeloische Leukämie mit Dialyse oder mit äußerst schweren CC*
 - DRG R61D *Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, mit Agranulozytose oder Portimplantation, ohne äußerst schwere CC*
 - R61F *Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer Diagnose oder mit Osteolysen*
 - DRG R65Z *Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag*

Die für das G-DRG-System 2006 erstmalig durchgeführte partitionsübergreifende Sortierung in der MDC 17 wurde auch für 2007 wieder durchgeführt. Dies hat durch eine veränderte Abfragereihenfolge auch die Verschiebung von Fällen zur Konsequenz. Aufschluss über derartige Fallverschiebungen gibt die auf der Internetseite des InEK veröffentlichte Migrationstabelle. Außerhalb der MDC 17 erfolgte eine Sortierung der DRGs A11A und A13A für Fälle mit Langzeitbeatmung von > 95 und < 500 Stunden vor die DRG A15C für knochenmark- bzw. stammzelltransplantierte Fälle, wodurch eine Mindervergütung von langzeitbeatmeten onkologischen Fällen vermieden wird. Darüber hinaus erreichten uns im Vorschlagsverfahren Hinweise zur Problematik der „Mindervergütung bei Mehrleistung“ bei onkologischen Fällen mit Strahlentherapie, die ursprünglich den DRGs H61A, M60A bzw. N60A zugeordnet wurden. Diese wurden durch eine Sortierung der genannten DRGs vor die DRGs für Strahlentherapie berücksichtigt. Umfassende Erläuterungen hierzu finden sich in Kapitel 3.3.3.2.

Die diesjährige Weiterentwicklung des G-DRG-Systems hatte weiterhin für den Bereich der MDC 17 u.a. die Analyse von Kode-Verschiebungen zwischen Basis-DRGs der medizinischen Partition zum Inhalt. Betroffen waren davon Diagnosen für Burkitt-Tumor, lymphatische und sonstige Leukämien sowie für Mastzellenleukämie, die von der Basis-DRG R61 *Lymphom und nicht akute Leukämie* bzw. R63 in die Basis-DRGs R60 bzw. R63 verschoben werden sollten, um einerseits Erkrankungen mit vergleichbaren Therapieregimen gleich abzubilden und andererseits die Zuordnung zu Basis-DRGs in Einklang zu bringen mit der medizinischen Klassifikation dieser Krankheitsbilder. Alle auf der zur Verfügung stehenden Datengrundlage zu dieser Thematik durchgeführten Berechnungen hatten jedoch keinen Einfluss auf die Gruppierungslogik, da sich insgesamt keine Verbesserung des Gesamtsystems ergab bzw. teilweise kein Fall in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser betroffen war.

Ebenso untersucht wurde aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren die Abbildung von Fällen mit myelodysplastischem Syndrom und hochgradig komplexer und intensiver Blockchemotherapie. Auch diese Analysen hatten keinen systemumbauenden Effekt, da unter anderem aufgrund der sehr geringen Anzahl betroffener Fälle eine Beurteilung der Problematik nicht möglich war. Möglicherweise erlauben künftige Analysen eine veränderte Abbildung dieser Bereiche.

Neben den oben aufgeführten spezifischen Änderungen im G-DRG-System für 2007 zur Abbildung onkologischer Fälle haben auch die in den Kapiteln Intensivmedizin (3.3.2.15), Mehrfacheingriffe (3.3.2.18) und Extremkosten (3.3.2.8) beschriebenen Systemumbauten erheblichen Einfluss auf die Eingruppierung von onkologischen Patienten im Sinne einer sachgerechteren Abbildung dieser Fälle.

Im Rahmen der Revision der Deutschen Kodierrichtlinien für 2007 wurde die in DKR 0201 *Auswahl und Reihenfolge der Codes* für 2006 aufgenommene Regelung zur Kodierung von Fällen, bei denen die Aufnahme primär zur systemischen Strahlentherapie erfolgt ist, hinsichtlich der dort aufgeführten abschließenden Prozedurenliste diskutiert. Als Ergebnis resultierte eine Erweiterung dieser Liste um Prozeduren wie z.B. 8-530.7 *Intravenöse Therapie mit radioaktiven Antikörpern*, die im Sinne der Kodierrichtlinie als systemische Strahlentherapie angesehen werden müssen. Wie im vergangenen Jahr wurde die Verschlüsselung von Fällen mit systemischer Chemo- oder Strahlentherapie mit Hilfe von Plausibilitätsprüfungen überprüft und ggf. den Kalkulationskrankenhäusern als unplausible Fälle rückgemeldet, um eine Korrektur dieser Fälle zu ermöglichen.

Eine weitere Änderung der Kodierrichtlinien hat Einfluss auf die Verschlüsselung von Lymphomen in DKR 0215f *Lymphom*. Hier wurde analog zu einer Änderung in der ICD-10-GM Version 2007 für das Vorliegen eines Befalls der Hirnhäute oder des Gehirns die Diagnose C79.3 *Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute* für die Kodierung vorgesehen.

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

- Schaffung neuer Zusatzentgelte für Medikamente wie z.B. *Bevacizumab* (ZE71) und *Temozolomid* (ZE78)
- Schaffung eines bewerteten Zusatzentgelts für *Palliativmedizinische Komplexbehandlung* (ZE60), welches unter anderem auch für onkologische Patienten abgerechnet werden kann. Detaillierte Ausführungen dazu finden sich in Kapitel 3.3.2.23
- Einrichtung eines unbewerteten Zusatzentgelts für *Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) in Kombination mit Peritonektomie und ggf. mit Multiviszeraltransplantation* (ZE2007-49)
- Für den Bereich der Pädiatrie konnten auch nach Überprüfung der bereits bestehenden Dosisklassen für Kinder sowohl für onkologische als auch für nicht-onkologische Zusatzentgelte insgesamt 15 zusätzliche Dosisklassen für Kinder eingerichtet werden. Darüber hinaus wurde das ZE79 *Gabe von Busulfan, parenteral* ausschließlich für die Behandlung von Kindern < 15 Jahre etabliert

In Anknüpfung an das für 2006 erstmals geschaffene Zusatzentgelt für *Komplexe Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen* (ZE2007-45) wurde in diesem Jahr ein entsprechendes Zusatzentgelt für die „komplexe initiale Diagnostik bei Leukämien bei Erwachsenen“ beantragt. Da diese Leistung aufgrund fehlender Prozedurenschlüssel bisher nicht in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser identifiziert und damit auch nicht analysiert werden konnte, wurden in den OPS Version 2007 mit den Codes

- 1-941.0 *Komplexe Diagnostik bei Leukämien bei Erwachsenen, ohne HLA-Typisierung*
- 1-941.1 *Komplexe Diagnostik bei Leukämien bei Erwachsenen, mit HLA-Typisierung*

zwei neue Schlüssel aufgenommen, die entsprechende Analysen zukünftig ermöglichen.

Eine umfassende Darstellung der Thematik Zusatzentgelte findet sich in Kapitel 2.5 bzw. 3.4.1.3.

3.3.2.23 Palliativmedizin

Auf die Problematik der Abbildung von palliativmedizinischer Behandlung im G-DRG-System wurde bereits mehrfach im Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems hingewiesen. Da zunächst kein geeigneter Leistungsbezeichner zur Verfügung stand, um Fälle mit palliativmedizinischer Behandlung in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser identifizieren zu können, wurden in den OPS Version 2005 unter dem Codebereich

8-982 *Palliativmedizinische Komplexbehandlung*

8-982.0 ... *Bis zu 6 Behandlungstage*

8-982.1 ... *Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage*

8-982.2 ... *Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage*

8-982.3 ... *Mindestens 21 Behandlungstage*

vier neue Prozeduren aufgenommen, mit denen diese Leistung gestaffelt nach der Behandlungsdauer verschlüsselt werden konnte.

Diese Prozeduren standen in den diesjährigen Daten der Kalkulationskrankenhäuser erstmalig für eine Analyse zur Verfügung. Dabei zeigte sich, dass diese Leistung die Voraussetzungen zur Etablierung eines Zusatzentgelts wie beispielsweise Streuung über mehrere DRGs oder definierbare Leistung mit eindeutigen Identifikations- und Abrechnungsmerkmal erfüllt. Daher wurde mit dem ZE60 *Palliativmedizinische Komplexbehandlung* ein neues, bewertetes Zusatzentgelt in Anlage 2 bzw. 5 der Fallpauschalenvereinbarung 2007 aufgenommen.

Für die Kalkulation des Zusatzentgelts wurden die mittleren Tageskosten zweier Patientengruppen innerhalb der mit nennenswerten Fallzahlen getroffenen DRGs miteinander verglichen: einerseits die Inlier mit dokumentiertem OPS-Kode für palliativmedizinische Behandlung (8-892.1 bis 8-892.3) und andererseits die übrigen Inlier der entsprechenden Fallpauschalen. Bei einem Vergleich dieser durchschnittlichen Tageskosten über alle mit nennenswerten Fallzahlen getroffenen Fallpauschalen hinweg zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede in den Tageskosten der beiden Patientengruppen. Allerdings unterschieden sich die mittleren Verweildauern der beiden Patientengruppen signifikant – die Patienten mit palliativmedizinischer Komplexbehandlung von mindestens sieben Behandlungstagen weisen eine im Durchschnitt 3,4 Tage längere Verweildauer auf. Eine Analyse der Langlieger zeigt, dass die mittleren Tageskosten der Langlieger mit und ohne palliativmedizinische Komplexbehandlung ebenfalls keine statistisch signifikante Differenz aufweisen. Diesem Umstand Rechnung tragend, wurde das Zusatzentgelt ZE60 etabliert, um die signifikante Verweildauerdifferenz, bewertet mit den durchschnittlichen Tageskosten der Inlier, sachgerecht zu vergüten. Damit kann neben der Fallpauschale das Zusatzentgelt ZE60 abgerechnet werden, wenn mindestens sieben Behandlungstage palliativmedizinische Komplexbehandlung erbracht wurden, und ggf. nach Überschreiten der oberen Grenzverweildauer zusätzliche Entgelte für das Überschreiten der OGV.

3.3.2.24 Parkinson-Syndrom

Die im Vorschlagsverfahren 2007 angeregte Berücksichtigung der *Multimodalen Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung* ab 14 Tage Dauer (OPS-Kodes 8-974.1 und 8-974.2) als höhergruppierendes Merkmal in der Basis-DRG B67 *Degenerative Krankheiten des Nervensystems* wurde intensiv analysiert. Die Umsetzung scheiterte jedoch an einer zu geringen Anzahl von Kalkulationskrankenhäusern, deren Fälle von diesem Umbau betroffen waren.

Wie bereits im Abschlussbericht des letzten Jahres erwähnt, sind auf Basis einer differenzierteren Verschlüsselung der Parkinson-Erkrankung ab dem Jahr 2006 im nächsten Jahr weitergehende Analysen angestrebt. Wie sich in diesem Jahr herausgestellt hat, ist allerdings eine stärkere Beteiligung entsprechender Fachkliniken an der Kalkulation die Voraussetzung für aussagekräftige und umsetzbare Ergebnisse.

Darüber hinaus zeigte sich im Rahmen der Extremkostenanalyse für die beiden Hauptdiagnosen G31.81 *Mitochondriale Zytopathie* und G31.88 *Sonstige näher bezeichnete degenerative Krankheiten des Nervensystems* ein deutlich höherer Aufwand, verglichen mit den übrigen „degenerativen Krankheiten außer Morbus Parkinson“. Daraufhin wurden diese Diagnose-Kodes an zwei Stellen innerhalb der Basis-DRG B67 als Splitkriterium eingeführt, was die von drei auf fünf gestiegene Anzahl an DRGs mit erklärt.

3.3.2.25 Prä-Transplantationsaufenthalte

Die Thematik Organtransplantation war in der bisherigen G-DRG-Systematik wie folgt abgebildet: Handelte es sich um den Aufenthalt, in dem die Organtransplantation durchgeführt wurde, so erfolgte die Gruppierung in eine der Transplantations-DRGs A01 bis A05 bzw. A17 der Prä-MDC. Evaluierungsaufenthalte waren in den DRGs A62 bis A66 abgebildet.

Patienten, die darüber hinaus vor der eigentlichen Transplantation stationär behandelt wurden, wurden bisher meist in die medizinische Partition der jeweiligen MDC eingruppiert. Die in diesem Jahr anhand der Daten der Kalkulationskrankenhäuser durchgeführten Analysen zeigten, dass diese Abbildung besonders für Patienten mit einem längeren stationären Aufenthalt dem Aufwand nicht gerecht wurde. Hiervon sind insbesondere Transplantationskliniken sowie Kliniken betroffen, die mit Transplantationszentren kooperieren und Patienten vor der Transplantation behandeln.

Für die G-DRG-Systematik konnten nach umfangreichen Untersuchungen insgesamt vier neue DRGs für die Abbildung von Prä-Transplantationsaufenthalten etabliert werden.

Zum einen wurde in der Prä-MDC eine bewertete DRG A67Z *Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei verschiedenen Evaluierungsaufenthalten* eingerichtet. Hier werden Fälle abgebildet, die mit einer vollständigen Evaluation, einer Aufnahme auf die Warteliste zur Organtransplantation mit hoher Dringlichkeitsstufe (Urgency und High Urgency) und einer stationären Behandlung vor einer Organtransplantation von mindestens 30 Behandlungstagen einhergehen.

Zum anderen wurde analog dazu in den MDCs 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane*, 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* und 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* jeweils eine DRG eingerichtet, die über eine erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit hoher Dring-

lichkeitsstufe (Urgency oder High Urgency) und einer stationären Behandlung vor einer Organtransplantation von mindestens 30 Behandlungstagen definiert ist.

Hinsichtlich dieser Fallgruppen war anhand der Daten der Kalkulationskrankenhäuser keine abschließende Bewertung möglich, sodass die DRGs E37Z, F37Z und H37Z *Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe* als unbewertete DRGs in Anlage 3a des Fallpauschalen-Katalogs aufgeführt werden und als krankenhausindividuelle Entgelte vor Ort zu vereinbaren sind.

Für die geeignete Abbildung dieser Fallgruppen war es notwendig, neue ICD- und OPS-Kodes zu etablieren. Daher wurden für das Jahr 2007 ICD-Kodes für die Abbildung einer erfolgten Registrierung zur Herz-, Herz-Lungen- oder Lungentransplantation mit Dringlichkeitsstufe „U“ (Urgency) vom DIMDI eingeführt, dem die Weiterentwicklung der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikation obliegt.

Des Weiteren wurde ein OPS-Schlüssel 8-97c.- *Stationäre Behandlung bei erfolgter Aufnahme auf die Warteliste zur Organtransplantation* etabliert, der gegenüber dem bereits existierenden OPS-Kode 8-979.- *Stationäre Behandlung vor Transplantation* unabhängig vom Transplantationsaufenthalt kodiert werden kann.

3.3.2.26 Querschnittlähmung

Zu der DRG B61Z *Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks* haben uns auch in diesem Jahr wieder mehrere Vorschläge erreicht. Im Vordergrund stand die Inhomogenität der DRG, die z.B. dadurch entsteht, dass sowohl Fälle mit als auch ohne Langzeitbeatmung hierin enthalten sind. Umfangreiche Analysen zur Ausgliederung definierter Fallgruppen aus der unbewerteten DRG B61Z und stattdessen Abbildung in bewerteten DRGs ergaben lediglich für die Gruppe transplantierte Fälle ein umsetzbares Ergebnis. Bei den übrigen untersuchten Parametern (z.B. Langzeitbeatmung) wurde durch die Verschiebung keine sachgerechtere Vergütung der Fälle erreicht. Ein Split der unbewerteten DRG B61Z in zwei oder mehr unbewertete DRGs ist generell nicht vorgesehen, da die unterschiedlichen Fallzusammensetzungen nach dem Verständnis des DRG-Systems gerade Grundlage der Verhandlungen vor Ort sind.

Zur Differenzierung der Diagnosenliste der DRG B61Z in „akut“ und „chronisch“ gab es im Vorschlagsverfahren keine zielführende substantielle Eingabe, sodass auch in diesem Punkt die Definition der „akuten Querschnittlähmung“ nicht verändert werden konnte.

3.3.2.27 Radiojodtherapie und -diagnostik

Die Verschlüsselung von Radiojodtherapien und -diagnostik wurde im OPS Version 2005 dahingehend differenziert, dass neue Codes zum einen für die Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH) und zum anderen für die Verabreichung von unterschiedlichen Aktivitäten von J-131 im Rahmen einer Radiojodtherapie etabliert wurden. Diese konnten seit Januar 2005 für die Kodierung herangezogen werden und standen damit erstmalig in den diesjährigen Daten der Kalkulationskrankenhäuser für eine Analyse zur Verfügung. Darüber hinaus wurde die parenterale Gabe von Thyrotropin alfa im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung bei den Kalkulationskrankenhäusern abgefragt.

Die Vorschläge, die uns im Rahmen des Vorschlagsverfahrens 2007 erreichten, beinhalteten einerseits die Etablierung eines Zusatzentgelts für die Gabe von rekombinantem Thyreotropin, andererseits wurde die Abbildung dieser Leistung innerhalb der G-DRG-Systematik vorgeschlagen. Weiterhin wurden die Berücksichtigung der unterschiedlichen Aktivitäten von Radiojodtherapien sowie eine Differenzierung der Radiojodtherapie nach Hauptdiagnosen wie bösartigen Neubildungen der Schilddrüse oder benignen Schilddrüsenerkrankungen gefordert.

Da bezüglich der Radiojodtherapie weder eine Streuung über mehrere DRGs noch ein sporadisches Auftreten ohne feste Zuordnung zu DRGs vorlag, wurde eine Lösung innerhalb der G-DRG-Klassifikation angestrebt. Daraus resultierte eine Differenzierung der DRG K15Z *Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag* der G-DRG-Version 2006. Als Splitkriterium wurden „hoch komplexe“ und „mäßig komplexe Radiojodtherapien“ herangezogen. Erstere sind definiert anhand der Prozeduren aus dem Kode-Bereich 8-531 *Radiojodtherapie*, welche Radiojodtherapien mit Gabe von rekombinantem Thyreotropin bezeichnen, sowie anhand von Radiojodtherapien mit Gabe von 5 und mehr GBq J-131. Letztere beinhalten Radiojodtherapien mit Gabe von über 1,2 und unter 5 GBq J-131 ohne Gabe von rekombinantem Thyreotropin. Dadurch wurde auch der Berücksichtigung von unterschiedlichen Aktivitäten von Radiojodtherapien Rechnung getragen und zukünftig eine differenzierte Abbildung dieser Fälle ermöglicht.

Bezüglich der Abbildung von Fällen mit Radiojoddiagnostik mit Gabe von rekombinantem Thyreotropin führten die Analysen zu einem Split der DRG Z64Z *Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung* anhand von „komplexer Radiojoddiagnostik“, welche definiert ist durch den Kode 3-70c.01 *Ganzkörperszintigraphie mit Radiojod, mit Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)*. Innerhalb der Basis-DRG K64 führt diese Leistung zukünftig zu einer Höhergruppierung der betroffenen Fälle von der DRG K64D in die DRG K64C *Endokrinopathien, Alter > 5 Jahre mit komplexer Diagnose, äußerst schweren CC oder komplexer Radiojoddiagnostik*.

3.3.2.28 Schädel-Hirn-Trauma (SHT)

Die Klassifikationsänderungen im Themenbereich Schädel-Hirn-Trauma sind durch eine Umgestaltung der Kraniotomie-DRGs B02, B14 und B20 geprägt. Die größte Veränderung stellt dabei die Kondensation und anschließende Neudifferenzierung der DRGs B14Z *Mäßig komplexe Kraniotomie* und B20Z *Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation* dar. Die neue Basis-DRG B20 ist anhand von Prozeduren, dem Alter und Hauptdiagnosen in sechs Schweregrade mit Bewertungsrelationen von 3,229 (B20A) bis 1,979 (B20F) unterteilt. Zu den höhergruppierenden komplexen Prozeduren zählen bestimmte Kombinationen neurochirurgischer Eingriffe bzw. ein neurochirurgischer Eingriff in Kombination mit äußerst schweren CC oder einer Langzeitbeatmung und große Wirbelsäulen-Operationen. Der Diagnosensplit trennt einige in den Daten des Jahres 2005 weniger aufwendige, traumatische Hauptdiagnosen von den übrigen ab.

Einhergehend mit dem Umbau der DRGs B14Z und B20Z wurde die Definition der Basis-DRG B02 *Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation oder andere aufwendige Operation am Nervensystem mit Beatmung > 95 Stunden* um die Funktion *Komplizierende Prozeduren* erweitert, sodass einige hochaufwendige Fälle nun sachgerechter in der Basis-DRG B02 abgebildet werden.

Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren folgend wurden ebenfalls interventionelle Eingriffe an den intrakraniellen Gefäßen sowie die Behandlung bei zerebrovaskulären Vasospasmen als aufwandssteigerndes Kriterium in den neu definierten DRGs B02 und B20 berücksichtigt – Letzteres zusätzlich auch in der Schlaganfall-DRG B70.

Die geschilderten Klassifikationsänderungen führen im G-DRG-System 2007 in der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* zu einer erheblich feineren Differenzierung der Abbildung von Fällen mit Schädel-Hirn-Trauma wie auch anderer neurochirurgischer Fälle.

Ferner konnte auf Basis einer Eingabe im Vorschlagsverfahren 2007 durch die Verschiebung des ICD-Kodes Z03.3 *Beobachtung bei Verdacht auf neurologische Krankheit* aus der MDC 23 *Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens* (DRG Z64Z) in die MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* (DRG B80Z) eine Gleichstellung von „reinen Überwachungsfällen“ und Fällen mit Gehirnerschütterung (ICD-Kode S06.0) erreicht und damit ein Fehlanreiz bei der Kodierung beseitigt werden.

3.3.2.29 Schlaganfall

Auf dem Themenkomplex Schlaganfall lag auch in diesem Jahr wieder ein Schwerpunkt bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems. Das hauptsächlich untersuchte Merkmal war die *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls*, für die zwei Codes (8-981.0 und 8-981.1) in den OPS Version 2005 aufgenommen worden waren. Die Abbildung im OPS ermöglichte erstmals Analysen auf Basis der regulären Kalkulationsdaten des Jahres 2005 – ohne hilfsweise Verwendung von Fachabteilungsangaben oder ergänzenden Daten wie in den Jahren zuvor.

Aufbauend auf der bereits im letzten Jahr vollzogenen umfänglichen Abbildung „typischer“ konservativ behandelter Schlaganfall-Patienten in den Schlaganfall-DRGs B69 *Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse* und B70 *Apoplexie* wurden in diesem Jahr andere häufige Gruppierungskonstellationen bei Schlaganfall-Komplexbehandlung untersucht. Darunter fallen insbesondere Fälle mit

- zusätzlicher Operation,
- intensivmedizinischer Versorgung und
- Frührehabilitation bzw. geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung.

Darüber hinaus bildete die problematische unterschiedliche Abbildung von langzeitbeatmeten Fällen bei Schlaganfall in der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* und bei Transitorischer ischämischer Attacke (TIA) oder extrakraniellen Gefäßverschluss in der Prä-MDC einen weiteren Analyseschwerpunkt. Die ebenfalls mit der Thematik Schlaganfall verknüpfte Umgestaltung der Kraniotomie-DRGs B02, B14 und B20 – u.a. mit Berücksichtigung interventioneller Eingriffe und Behandlung bei zerebrovaskulären Vasospasmen als höhergruppierendes Merkmal – wird im Kapitel 3.3.2.28 ausführlich beschrieben.

Schlaganfall-Komplexbehandlung bei operierten Fällen

Die Abbildung operierter Fälle mit Schlaganfall-Komplexbehandlung wurde innerhalb der operativen Partition der MDC 01 in drei neuen DRGs konzentriert: B39A *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter Prozedur, mehr als 72 Stunden mit komplexem Eingriff*, B39B *Neurologische Komplexbehandlung des*

akuten Schlaganfalls mit bestimmter Prozedur, bis 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mehr als 72 Stunden, ohne komplexen Eingriff und B39C *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter Prozedur, bis 72 Stunden, ohne komplexen Eingriff*. Die Basis-DRG B39 ist definiert durch die Schlaganfall-Komplexbehandlung plus zusätzlicher Prozedur aus der umfangreichen Menge der *Bestimmten OR-Prozeduren* – ergänzt um bestimmte interventionelle Verfahren bei einer Hauptdiagnose aus den DRGs B69 oder B70. Die Differenzierung innerhalb der Basis-DRG B39 in drei Schweregrade erfolgt anhand der Dauer der neurologischen Komplexbehandlung und Schwere der operativen Behandlung. Für alle drei DRGs liegen die Bewertungsrelationen deutlich höher als in den meisten operativen DRGs der MDC 01, in denen die Fälle zuvor abgebildet waren.

Beispielhaft sei hier ein akuter Schlaganfall mit operativer Behandlung einer hochgradigen Verengung der Halsschlagader aufgeführt, welcher im G-DRG-System 2006 der DRG B04D mit einer Bewertungsrelation von 1,350 zugeordnet wird, ohne dass hier der zusätzliche Aufwand einer im selben Aufenthalt erbrachten *Neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* berücksichtigt wird. In der G-DRG-Version 2007 wird ein entsprechender Fall hingegen in die DRGs B39B oder B39C gruppiert, in denen er mit 3,641 bzw. 3,064 deutlich höher bewertet ist. Die entsprechenden OPS-Kodes dienen hierbei in Ermangelung eines spezifischen Diagnose-Kodes dazu, die Gruppe der akuten Schlaganfälle gegenüber den anderen Fällen der DRG B04D abzugrenzen.

Schlaganfall-Komplexbehandlung bei intensivmedizinischer Versorgung

Die Abbildung hochaufwendiger Fälle in der MDC 01 hat durch die Etablierung zweier neuer intensivmedizinischer DRGs eine weitere Differenzierung erfahren. Die beiden neuen DRGs B36A *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1656 Aufwandspunkte oder > 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems* und B36B *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte und < 1657 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 552 Aufwandspunkte und < 1105 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems* werden an erster und dritter Position in der MDC 01 abgefragt. Sie fangen Fälle ab 1.105 Aufwandspunkte ohne weitere Bedingung bzw. ab 553 Aufwandspunkte bei zusätzlichem operativen Eingriff auf, welche zuvor hauptsächlich in die operative Partition sowie die DRGs B83A *Apoplexie mit Beatmung > 499 Stunden* und B83B *Apoplexie mit Beatmung > 177 und < 500 Stunden* gruppiert wurden. Die umfangreiche Menge der an dieser Stelle gruppierungsrelevanten operativen Eingriffe wird definiert durch die Funktion *Bestimmte OR-Prozeduren*.

Im Ergebnis konnte die Differenzierung im Extremkostenbereich der MDC 01 sowohl für operierte Fälle als auch für konservativ behandelte Fälle optimiert werden. Ergänzend sei hier erwähnt, dass die hoch spezialisiert behandelten Fälle aus den unbewerteten Frührehabilitations-DRGs B11Z und B43Z von der Basis-DRG B36 ausgeschlossen sind.

Schlaganfall-Komplexbehandlung bei Frührehabilitation/Geriatriche frührehabilitative Komplexbehandlung

In den bewerteten frührehabilitativen DRGs der MDC 01 (B42 *Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage, ohne Beatmung > 95 Stunden* und B44 *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems*) hatte eine im selben Aufenthalt erbrachte akutme-

dizinische Schlaganfall-Komplexbehandlung bisher keine Gruppierungsrelevanz. Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren 2007 folgend wurde die Abgrenzung von Fällen mit sowohl akutmedizinischer als auch frührehabilitativer Behandlung gegenüber Fällen mit alleiniger frührehabilitativer Behandlung innerhalb der Basis-DRGs B42 und B44 simuliert. Dabei hat sich die Schlaganfall-Komplexbehandlung als geeigneter Kostentrenner erwiesen, sodass die drei betroffenen DRGs jeweils anhand dieses Parameters gesplittet wurden. Diese Differenzierungen der DRGs B42 und B44 dienen der Abbildungsgerechtigkeit bei Erbringung sowohl der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation bzw. der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung als auch der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls in einem Krankenhaus. Bisher ergab sich möglicherweise ein Nachteil für Krankenhäuser, die beide Leistungen in einem Aufenthalt erbrachten, gegenüber jenen, die beispielsweise durch Verlegung diese Leistungen in zwei verschiedenen Häusern erbrachten.

Unterschiedliche Abbildung von Schlaganfall und TIA/Gefäßverschluss

Die Abbildung langzeitbeatmeter Fälle mit Schlaganfall oder Transitorischer ischämischer Attacke (TIA) / extrakraniell Gefäßverschluss erfolgte bisher in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose entweder in der Prä-MDC (Hauptdiagnose aus DRG B69 *Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse*) oder in der MDC 01 (Hauptdiagnose aus DRG B70 *Apoplexie*). Diese unterschiedliche Gruppierung von Fällen mit z.B. Transitorischer ischämischer Attacke (TIA) in der Prä-MDC und schwerem akuten Hirninfarkt in der MDC 01 wurde im Vorschlagsverfahren für 2007 thematisiert und einer intensiven Analyse unterzogen. Hierbei zeigte sich, dass diese grundlegend unterschiedliche Abbildung in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose einen möglichen Fehlanreiz bei der Kodierung darstellt und eine gemeinsame Abbildung der Fälle auf Basis der Daten des Jahres 2005 eine insgesamt sachgerechtere Vergütung zur Folge hat.

Somit führen im G-DRG-System 2007 jegliche Hauptdiagnosen der DRGs B69 und B70 unter bestimmten Bedingungen (entweder ohne großen intrakraniellen Eingriff oder bei einer Beatmungsdauer < 144 Stunden) unter Umgehung der Langzeitbeatmungs-DRGs der Prä-MDC in die MDC 01. Hier erfolgt – auf Basis einer erheblich verbesserten Abbildung intensivmedizinischer Fälle in der MDC 01 (s.o.) – die gemeinsame Abbildung der langzeitbeatmeten Fälle beider Hauptdiagnosegruppen, sodass die beschriebenen Differenzen aufgehoben werden konnten.

Fazit/Perspektive

Vor dem Hintergrund der regulären Kodierbarkeit der Schlaganfall-Komplexbehandlung im Jahr 2005 gab die Güte der Erfassung in den Kalkulationsdaten Anlass zur Verwunderung. Es wird erwartet, dass insbesondere die Vollständigkeit der Kodierung in den nächsten Jahren deutlich zunehmen wird.

Dennoch konnte in diesem Jahr der zweite Schritt einer umfassenden und differenzier-ten Abbildung der Thematik Schlaganfall vollzogen werden. Für die kommenden Jahre wird eine kontinuierliche Überprüfung der bisherigen Umbauten auf einer umfangreicheren Datenbasis angestrebt.

3.3.2.30 Schwer Brandverletzte

Die Vorschläge, die uns im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2007 erreicht haben, behandelten erneut die Problematik der Differenzierung von Verbrennungen Grad 2a und 2b, die in der ICD-10-GM bislang nicht darstellbar war. Analysiert wurde u.a. die Aufnahme von Verbrennungen 2. Grades in Kombination mit Prozeduren für Hauttransplantationen oder Wunddebridement in die DRG Y01Z *Operative Eingriffe oder Beatmung > 95 Stunden bei schweren Verbrennungen*, was aufgrund einer Verschlechterung des R²-Wertes nicht umgesetzt werden konnte. In der ICD-10-GM Version 2007 erfolgte nun eine Differenzierung der Verbrennungen 2. Grades in Grad 2a und 2b, was in den kommenden Kalkulationsrunden weiterführende Analysen ermöglicht (siehe hierzu auch Kap. 3.3.4.4).

3.3.2.31 Tuberkulose

Im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2007 konnte die Zuweisung in die DRG E76A *Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage* verändert werden.

Zum einen werden künftig Fälle mit der Diagnose einer akuten Tuberkulose und einer Verweildauer von mehr als 14 Belegungstagen über eine Umleitung in der Prä-MDC direkt der MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* zugeordnet. Ausgenommen von dieser Umleitung sind sowohl Tuberkulose-Fälle, die mit einer OR-Prozedur einhergehen, als auch jene, die in die DRGs der MDC 17 *Hämatologische und solide Neubildungen* gruppiert werden.

Des Weiteren werden auch Fälle mit einer Tuberkulose der Atmungsorgane und HIV, die vorher den DRGs der MDC 18A *HIV* zugeordnet wurden, in der MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* abgebildet. Somit ist nun für diese Fälle bei einer Verweildauer über 14 Tagen ebenfalls eine individuelle Verhandlung der unbewerteten DRG E76A möglich.

Zum anderen erfolgt die Zuweisung in die DRG E76A neben der Verweildauerbedingung entweder über eine Hauptdiagnose aus dem Bereich einer Tuberkulose der Atmungsorgane oder über eine Nebendiagnose einer akuten Tuberkulose.

Schließlich hat sich die Abfrageposition der DRG E76A *Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage* geändert. Diese DRG wird künftig am Anfang der medizinischen Partition abgefragt, um sicherzustellen, dass auch Fälle mit der Nebendiagnose einer akuten Tuberkulose der MDC 04 in der DRG E76A abgebildet werden.

Hinsichtlich der auf diese Weise der DRG E76A zugewiesenen Fallgruppe war anhand der Daten der Kalkulationskrankenhäuser keine abschließende Bewertung möglich, sodass die DRG weiterhin unbewertet in Anlage 3a des Fallpauschalen-Katalogs aufgeführt wird und als krankenhausespezifisches Entgelt vor Ort zu vereinbaren ist.

3.3.2.32 Unfallchirurgie/Orthopädie/Abdominalchirurgie

Mehrfacheingriffe

Bei der letztjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems lag ein Schwerpunkt auf den Umbauten zu Mehrfacheingriffen.

In diesem Jahr erreichten uns zahlreiche Hinweise zu im Detail noch unscharfen Abbildungen. Diese wurden umfassend untersucht. Im Ergebnis resultierten daraus Änderungen vor allem zu folgenden Themen:

- Funktion „Eingriffe an mehreren Lokalisationen“

Zu den bereits bestehenden Unterteilungen der Lokalisationen wurde die bis jetzt nicht untergliederte Lokalisation „Wirbelsäule“ in drei Bereiche aufgeteilt, nämlich Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule. Durch diese weitere Untergliederung ist nun möglich, dass z.B. ein operativer Eingriff am Becken und an der HWS als Mehrfacheingriff und nicht als „unmittelbar benachbart“ gewertet wird.

- DRG I13A *Komplexe Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, mit Mehrfacheingriff, beidseitigem Eingriff, komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose*

Klinisch relevante Verletzungsmuster, die durch den Funktionsalgorithmus bislang als benachbarte Lokalisationen gewertet wurden, sind ausführlich untersucht worden. Hierbei zeigte sich in der DRG I13, dass die Fälle mit der Kombination von operativen Eingriffen am proximalen Humerus und distalen Radius oder proximaler Tibia und Sprunggelenk aufgrund ihrer Kostenstruktur in der DRG I13A sachgerechter abgebildet sind. Das Splitkriterium der DRG I13 wurde um o.g. Kombinationen erweitert.

Um die Abbildungsgenauigkeit der Funktion „Eingriffe an mehreren Lokalisationen“ zu erhöhen, wurde die Seitenkennzeichnung der operativen Eingriffe untersucht. Eine deutliche Verbesserung ließ sich nur in der Basis-DRG I13 nachweisen. Eingriffe an z.B. beiden Unterarmen erfüllen nun die Bedingung und werden in der DRG I13A abgebildet.

- DRG I08A *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff, komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose bei zerebraler Lähmung oder mit äußerst schweren CC oder Ersatz des Hüftgelenks mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule*

Die Implantation einer Hüftendoprothese zusammen mit einem Eingriff an der oberen Extremität oder der Wirbelsäule stellt einen aufwendigen Kombinationseingriff dar. Um dies sachgerecht abzubilden, werden diese Kombinationseingriffe nun in die DRG I08A eingruppiert.

Eingriffe an der Wirbelsäule

Ein weiterer Schwerpunkt bei der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems waren Eingriffe an der Wirbelsäule:

- Kyphoplastie

OPS-Kodes zur Kodierung der Kyphoplastie von ein und zwei Segmenten steuern nun nicht mehr die Basis-DRGs I19 *Komplexe Wirbelkörperfusion ohne äußerst schwere CC* oder I06 *Komplexe Wirbelkörperfusion mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff an der Wirbelsäule und Alter < 16 Jahre* an, sondern werden in die DRG I09C *Wirbelkörperfusion ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne schwere CC mit anderer Kyphoplastie* eingruppiert. Die Kyphoplastie von drei und mehr Segmenten wird nun in der DRG I09B *Wirbelkörperfusion mit äußerst schweren CC mit anderer Kyphoplastie oder mit schweren CC, ohne andere Kyphoplastie oder mit komplexer Kyphoplastie* abgebildet.

- Vertebroplastie

Fälle, die als einzige operative Prozedur eine Vertebroplastie aufweisen, wurden – bei einem PCCL von 4 – bisher der DRG I10Z *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit äußerst schweren CC* zugeordnet. Bei dem für die G-DRG-Version 2007 neu umgesetzten Split dieser DRG wurden Fälle mit einer Vertebroplastie nicht als „komplexer Eingriff“ gewertet und somit in die DRG I10B *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff* eingruppiert.

- Interspinöser Spreizer

Das im Jahr 2006 neu in den OPS aufgenommene Verfahren der *Implantation eines interspinösen Spreizers* war im G-DRG-System 2006 in keiner operativen DRG zugeordnet, da dieser Leistung in der DIMDI-Überleitungstabelle keine Überleitung zugewiesen worden war. Aus diesem Grund wurde mittels ergänzender Datenbereitstellung durch die Kalkulationskrankenhäuser eine Analyse dieses Leistungsbereiches ermöglicht. In der Folge konnte die Prozedur *Implantation eines interspinösen Spreizers* innerhalb der operativen Partition der DRG I56B *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff oder Implantation eines interspinösen Spreizers* zugewiesen werden. Des Weiteren wurde das unbewertete Zusatzentgelt ZE2007-52 *Implantation oder Wechsel eines interspinösen Spreizers* etabliert.

- Bandscheibenendoprothese

Um die Implantation von mehr als einer Bandscheibenendoprothese sachgerecht abbilden zu können, werden diese nun nach dem neu eingeführten Split in die DRG I45A *Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, mehr als ein Segment* eingruppiert. Die Splitkriterien sind die seit der OPS-Version 2007 neu eingeführten Codes zur Verschlüsselung von mehr als einer Bandscheibenendoprothesenimplantation (5-839.11, 5-839.12, 5-839.13 und 5-839.14).

- Spondylodesen

Ein Vorschlag machte uns auf die unterschiedliche Abbildung von Spondylodesen bei Kindern und Erwachsenen aufmerksam. Nach Prüfung der Alternativen konnten die für die Kinderwirbelsäulen Chirurgie typischen Prozeduren 5-837.7 *Kolumnotomie und polysegmentale dorsale Lordosierungsspondylodese (DLS) nach Zielke* und 5-837.8 *Kolumnotomie und transpedikuläre Subtraktionsosteotomie (z.B. nach Thomasen oder Hsu-Yau-Leong)* in die Tabelle der komplexen Eingriffe der Basis-DRG I06 *Komplexe Wirbelkörperfusion mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff an der Wirbelsäule und Alter < 16 Jahre* zu den hier bereits aufgeführten Spondylodesen aufgenommen und somit aufgewertet werden.

Hüftendoprothetik

In den Daten der Kalkulationskrankenhäuser dieses Jahres zeigten die DRGs I47Z und I48Z des Jahres 2006 nahezu gleiche Kosten- und Verweildauerwerte, sodass diese zur Basis-DRG I47 *Revision oder Ersatz des Hüftgelenks ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesis* kondensiert werden konnten. Die Abbildung von Hüftprothesenimplantationen mit komplizierenden Eingriffen (Umstellungsosteotomie, komplexe Erstimplantation, Pfannendachwechsel, Knochentransplantation) erfolgte durch Split in der

DRG I47A *Revision oder Ersatz des Hüftgelenks ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrolyse, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff.*

Eingriffe am Fuß

Einen komplexen Umbau erfuhr die DRG I20 *Eingriffe am Fuß*. Diese in der G-DRG-Version 2006 dreifach gesplittete DRG konnte anhand weiterer Parameter ausdifferenziert werden:

- Rheumatische Erkrankungen
- Alter < 16 Jahre
- Mehrere hochkomplexe Eingriffe
- Komplexer Eingriff und komplexe Diagnose (Zerebralparese, Weichteilschaden)

Die Tabelle der hochkomplexen Eingriffe der DRG I20 wurde durch die Aufnahme der Codes für geschlossene Repositionen mit Osteosynthese von Kalkaneusfrakturen erweitert.

Autogene/Autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation

Die im Jahr 2006 die NUB-Kriterien erfüllende Autogene/Autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation konnte durch die ergänzende Datenbereitstellung über das unbewertete Zusatzentgelt ZE2007-47 der Anlage 6 nun innerhalb des G-DRG-Systems abgebildet werden. Dieses ist für das Verfahren Autologe matrixinduzierte Chondrogenese (AMIC) aufgrund der Datenlage noch nicht gelungen.

Abdominalchirurgie

Zu dieser Thematik erreichten uns im diesjährigen Vorschlagsverfahren zu hochaufwendigen Fällen einige Hinweise, die umgesetzt werden konnten. So war z.B. für Fälle mit großen Tumoreingriffen an der Speiseröhre mittels eines neu etablierten Splits der DRG G03 *Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum* eine spezifischere Abbildung in der G-DRG-Version 2007 möglich. Ebenso konnte die operative Therapie metastasierter Tumoren des Enddarms durch die Etablierung der neuen DRG G16A *Komplexe Rektumresektion mit Lebermetastasen Chirurgie oder komplizierenden Prozeduren* aufgewertet werden.

Eine weitere bedeutende Änderung des G-DRG-Systems betrifft die Abbildung von Eingriffen bei angeborenen Fehlbildungen des Darmes, die nun der DRG G18A *Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose* zugewiesen sind.

Darüber hinaus konnten im Rahmen der in Kapitel 3.3.2.8 detailliert dargestellten Extremkostenanalyse weitere hochaufwendige Fallkonstellationen detektiert werden, die in der G-DRG-Version 2006 noch nicht zufriedenstellend abgebildet waren. Beispielsweise waren Fälle mit bestimmten aufwendigen Eingriffen an Darm oder Harnblase in der MDC 13 *Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* noch in unspezifischen und vergleichsweise gering bewerteten DRGs eingruppiert. Die Etablierung der DRG N34Z *Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* bedeutet hier eine erhebliche Verbesserung der Vergütung in 2007 für die betroffenen Fälle. Diese betreffen Patientinnen mit einer gynäkologischen Hauptdiagnose, bei denen ein großer allgemeinchirurgischer oder urologischer Eingriff durchgeführt wurde, sei es als einziger Eingriff oder zusammen mit bzw. im Anschluss an einen gynäkologischen Eingriff. Dass diese nicht seltene

Konstellation im Vorschlagsverfahren weder in diesem Jahr noch in den Vorjahren benannt worden ist, könnte darin begründet sein, dass die beschriebenen Fälle für keine der betroffenen Fachdisziplinen im Fokus der Aktivitäten im Rahmen des Strukturierten Dialogs standen.

3.3.2.33 Versorgung von Kindern

Ausgehend von einer Gesamtzahl von 106 nach (Kindes-)Alter differenzierten DRGs im G-DRG-System 2006 wurden zusätzlich zu Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren auf neu zu etablierende Alterssplits wieder systematisch alle DRGs daraufhin untersucht, ob Kostenunterschiede anhand des Alters festgestellt werden können. Dies führte zur Einführung von neuen Alterssplits für die Versorgung von Kindern bei 154 DRGs. Davon sind 46 als explizite (tatsächlich gesplittete DRGs) und 26 als implizite Alterssplits anzusehen. Letztere sind nach Alter gesplittete DRGs, die durch Kondensation mit anderen DRGs zusammengeführt wurden. Als Beispiel können hier die DRG D36Z *Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen oder sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter < 16 Jahre* und D37Z *Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre* genannt werden. Insgesamt ergibt sich für das G-DRG-System 2007 damit eine Gesamtzahl von 260 DRGs mit Kinder-Alterssplit.

Die intensivmedizinische Abbildung von Kindern wurde einerseits verbessert durch Etablierung zahlreicher Kinder-Alterssplits wie beispielsweise bei den DRGs A07B und A09D für langzeitbeatmete Fälle oder durch Aufwertung von Fällen mit einem Alter < 16 Jahre bei herz- bzw. nierentransplantierten Kindern. Andererseits konnten kinderspezifische Diagnosesplits eingeführt werden wie bei den DRG A09A und A11B für Kinder < 3 Jahre mit einer Tumordiagnose oder mit angeborener Fehlbildung.

Die Möglichkeit einer Einführung der gerade erwähnten kinderspezifischen Diagnosesplits wurde auch über den Bereich der Intensivmedizin hinaus geprüft. Im Ergebnis wurde durch Differenzierung der Basis-DRG K63 *Angeborene Stoffwechselstörungen* zum einen anhand eines Alters von < 6 Jahren und zum anderen anhand von Diagnosen wie z.B. Glykogenspeicherkrankheiten oder Störungen des Aminosäurestoffwechsels, des Harnstoffzyklus oder des Lipoproteinstoffwechsels die Abbildung dieser hochaufwendigen Fälle optimiert.

Im Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurde für den Bereich der Pädiatrie u.a. auf eine unzureichende Abbildung von Kindern mit konservativer Behandlung einer Milzverletzung hingewiesen. Nach umfangreichen Analysen konnte dem durch eine Differenzierung der DRG Q60A *Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder CC* der G-DRG-Version 2006 anhand von Milzverletzungen und einem Alter von < 16 Jahren entgegengesteuert werden.

Ein weiterer Schwerpunkt lag in diesem Jahr auf der Abbildung von operativ versorgten Krankheitsbildern. Für den Bereich der Gastroenterologie wurde hier durch einen Split der DRG G18Z *Eingriffe an Dünn- und Dickdarm* eine differenziertere Abbildung von spezifischen Eingriffen bei angeborenen Fehlbildungen des Verdauungstraktes erreicht. Die Versorgung von Fehlbildungen an der Hand fand durch Umstrukturierung der Gruppierungslogik von handchirurgischen Eingriffen in der Basis-DRG I32 Berücksichtigung. Erwähnenswert sind hier vor allem die DRGs I32B *Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne mehrzeitigen Eingriff, mit komplexem Eingriff oder bei angeborener Anomalie der Hand, Alter < 6 Jahre* und I32C *Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne mehrzeitigen Eingriff, mit komplexem Eingriff oder bei angeborener Anomalie der Hand, Alter > 5 Jahre*.

Bezüglich der in den Anlagen 2, 4, 5 und 6 der FPV 2007 aufgeführten Zusatzentgelte finden sich detaillierte Ausführungen in den Kapiteln 3.3.2.22 (Themenbereich Onkologie) sowie 2.5 bzw. 3.4.1.3 (Themenbereich Zusatzentgelte).

MDC 15 Neugeborene

Ein Fokus der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2007 für den Bereich der MDC 15 *Neugeborene* lag in der Abbildung von Fällen mit einem Alter von > 27 Tagen und einer Hauptdiagnose aus dem Kapitel XVI *Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00-P96)* der ICD-10-GM. Diese Fälle werden in die DRG 963Z *Neonatale Diagnose unvereinbar mit Alter oder Gewicht* eingruppiert, wenn das Aufnahmegewicht mehr als 2.499 g beträgt und die Hauptdiagnose der MDC 15 zugeordnet ist. In diesem Zusammenhang erreichten uns Vorschläge zur Überarbeitung der Tabelle für Alterskonflikte bei Säuglingen, die jedoch keinen Einfluss auf die Gruppierung hat. Im Gegenzug wurden Fälle der DRG 963Z in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser mit der Fragestellung untersucht, ob auch eine Abbildung außerhalb der DRG 963Z möglich ist, wie dies für einige Fallkonstellationen schon jetzt zutrifft. Beispielhaft genannt werden können hier Fälle mit der Hauptdiagnose P59.1 *Gal-lelpfropf-Syndrom*, die bereits in die Basis-DRG H63 *Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden* eingruppiert werden, wenn der Fall nicht die Definition der MDC 15 erfüllt. Die Analysen führten zur Verschiebung von vier Diagnosen von der MDC 15 in DRGs anderer MDCs. Dies sind im Einzelnen die Codes P59.3 *Neugeborenenikterus durch Muttermilch-Inhibitor* (Aufnahme in die Basis-DRG H63), Q86.0 *Alkohol-Embryopathie* (Aufnahme in die Basis-DRG Z65), P13.0 *Fraktur des Schädels durch Geburtsverletzung* (Aufnahme in die Basis-DRG B79) und P24.0 *Mekoniumaspiration durch das Neugeborene* (Aufnahme in die Basis-DRG E69). Insgesamt wurden zu elf Diagnosen Berechnungen vorgenommen. Eine Änderung der Gruppierungslogik war allerdings nur bei den oben aufgeführten Diagnosen möglich, da für die meisten Codes keine Fälle in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser vorlagen.

Wie in den vergangenen Jahren gingen wieder Vorschläge zur Aufnahme von zahlreichen Diagnosen in die Funktion *Schweres Problem beim Neugeborenen* ein. Umgesetzt werden konnte die Aufnahme der Diagnosen P29.0 *Herzinsuffizienz beim Neugeborenen* und P96.0 *Angeborene Niereninsuffizienz*. Ein Grund dafür, dass Diagnosen nicht aufgenommen werden konnten, lag darin, dass keine Kostenunterschiede gefunden wurden, da es sich teilweise um „wenig belastbare“ Attribute handelte. Dies bedeutet, dass die inhaltliche Definition einer Diagnose so weit gefasst ist, dass darunter sowohl sehr schwerwiegende als auch leichte Erkrankungen verschlüsselt werden können, wie beispielsweise bei dem Code P91.3 *Zerebrale Übererregbarkeit des Neugeborenen*. Es wurden ebenso Simulationen zur Aufwertung von Prozeduren durch Aufnahme in die Bedingung „*Anderes Problem*“ der DRGs P65C, P66C und P67C angestellt, die allerdings keine Verbesserung für das Gesamtsystem ergaben und demnach nicht berücksichtigt werden konnten.

Im Rahmen der letztjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden durch Schaffung der DRG P60B bereits Fälle aufgewertet, die zur Weiterbehandlung in entsprechende Kinderkliniken oder -abteilungen aufgenommen werden. Aufgrund von Analysen, die auf Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren 2007 basierten, konnte die Definition der DRG P60B erweitert werden um Fälle mit einer Beatmung von mehr als 24 Stunden. Damit wurden zusätzlich Fälle der DRG P60C *Neugeborenes verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt* der G-DRG-

Version 2006 aufgewertet, die vor der Verlegung einer aufwendigen Behandlung bedurften.

Besonderes Augenmerk wurde wieder gerichtet auf die Abbildung von Fällen mit Mehrfacheingriffen, z.B. bei angeborenen Fehlbildungen. Hier wurde erstmalig das OPS-Datum zur Analyse von mehrzeitigen Eingriffen herangezogen, die zusätzlich zu speziellen Eingaben aus dem Vorschlagsverfahren untersucht wurden. Die Simulationen zu dieser Thematik ergaben allerdings innerhalb der MDC 15 keine umsetzbaren Ergebnisse. Detaillierte Erläuterungen zur Abbildung von mehrzeitigen Eingriffen in anderen MDCs finden sich im Kapitel 3.3.2.18.

Im Bereich der operativen Partition der MDC 15 kam es zu einer Splitänderung der DRG P04A *Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 – 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden*. Da sich zeigte, dass eine Beatmungsdauer von mehr als 120 Stunden keinen Kostentrenner in dieser DRG mehr darstellte, wurde die Dauer der Beatmung, die zur Eingruppierung in die DRG P04A führt, auf mehr als 240 Stunden erhöht. Weitere Veränderungen wurden durch Erweiterung der Definition der Basis-DRG P02 *Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen* um Operationen aus dem Bereich 5-390 *Shuntoperationen zwischen großem und kleinem Kreislauf [Links-Rechts-Shunt]* vorgenommen.

Erneut wurde aufgrund eines Vorschlags die Eingruppierung von Kindern mit einem Gewicht unter 3.500 g und einem Alter von > 27 Tagen und < 1 Jahr in die MDC 15 *Neugeborene* auf Prä-MDC-Ebene berechnet. Auch in diesem Jahr ergaben sich allerdings keine positiven Auswirkungen auf das Gesamtsystem, die eine Umsetzung möglich gemacht hätten.

3.3.3 Formale Änderungen

3.3.3.1 Gruppierung anhand des OPS-Datums

Im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2007 bestand Einigkeit unter den Selbstverwaltungspartnern nach §17b KHG, Fälle mit mehreren operativen Prozeduren (Mehrfacheingriffe), die nicht innerhalb eines Tages durchgeführt worden sind, differenzierter abzubilden.

So wurde beispielhaft im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2007 vorgeschlagen, für die Abbildung hochaufwendige Fälle mit mehrfachen Operationen, die nicht am selben Tag durchgeführt wurden, zu untersuchen. Diese Thematik konnte dahingehend gelöst werden, dass das existierende Datenfeld OPS-Datum nun in der Gruppierungslogik Berücksichtigung findet. Somit wurde das OPS-Datum für die Definition einer DRG in diesem Jahr erstmalig herangezogen.

Das OPS-Datum war bereits im Datenjahr 2003 Bestandteil des DRG-Datensatzes gem. § 21 KHEntgG. Dennoch waren eine Reihe von Anpassungen notwendig, bevor DRGs anhand dieses Leistungsbezeichners definiert werden konnten.

Zunächst wurden Fälle identifiziert, bei denen eine Differenzierung anhand des neuen Leistungsbezeichners sinnvoll erschien. Anhand dieser beispielhaften Fälle wurde dann vom InEK eine neue, allgemeingültige Syntax entwickelt, mit der die so identifi-

zierten Fälle hinreichend beschrieben werden konnten, und die bereits bestehende Gruppierungslogik dementsprechend erweitert.

Die Syntax wurde so entwickelt, dass das Merkmal „an einem anderen Tag“ in Form eines Zeitraumes mit der kleinsten diskriminierenden Größe „1 Tag“ angegeben werden kann. Dieser Zeitraum kann auf eine Menge von Prozeduren-Kodes und deren jeweilige OPS-Daten, die sich anhand von Tabellen definieren lassen, bezogen werden. Darüber hinaus kann die Anzahl der Prozeduren-Kodes, die sich in Bezug auf ihr OPS-Datum unterscheiden müssen, benannt werden.

Mit dieser Syntax war es beispielsweise möglich, in verschiedenen MDCs jeweils eine DRG (B01Z, D33Z, H33Z, K33Z, L33Z, N33Z, T33Z, X33Z) für „Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren“ zu schaffen. In diesem Fall wurde die Logik als Funktion definiert, sodass im G-DRG-Definitionshandbuch bei den besagten DRGs lediglich der Text „Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren“ erscheint. Die zu dieser Funktion gehörende Logik findet sich im Band 4 des G-DRG-Definitionshandbuchs und wird dort wie folgt abgedruckt:

„Mindestens zwei Prozeduren in Tabelle TAB-MKOR-1 und mindestens zwei Behandlungen, die mindestens einen Tag auseinander liegen in [mindestens zwei Prozeduren in Tabelle TAB-MKOR-1]“

Dabei sind in der Tabelle „TAB-MKOR-1“ die Prozeduren-Kodes aufgelistet, die als komplexe OR-Prozeduren identifiziert wurden. Um diese Logik zu erfüllen, müssen zwei Prozeduren aus dieser Tabelle vorhanden sein, und gleichzeitig dürfen diese Prozeduren nicht am selben Tag durchgeführt worden sein.

3.3.3.2 Sortierung

Bisherige Veränderungen

In den vergangenen Jahren wurde immer wieder – auch im Rahmen des Vorschlagsverfahrens – auf spezielle Fallkonstellationen hingewiesen, bei denen die Problematik der „Mindervergütung bei Mehrleistung“ besteht. Dies bedeutet, dass Fälle aufgrund einer zusätzlich durchgeführten Leistung einer DRG mit niedrigerer Bewertungsrelation zugeordnet werden. Durch verschiedene Änderungen des Gruppierungsalgorithmus, wie beispielsweise die

- konsequente Sortierung aller DRGs der operativen Partitionen absteigend nach Bewertungsrelation,
- Sortierung zwischen anderer und medizinischer Partition in den MDCs 03, 06, 07 und 11,
- partitionsübergreifende Sortierung in MDC 17,
- Schaffung von DRGs für typische Mehrfacheingriffe,

wurde auf diese Thematik bereits eingegangen.

Veränderungen für 2007

Die oben beschriebenen Lösungsansätze wurden auch bei der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems weiter verfolgt. Demzufolge wurde wie im letzten Jahr wieder eine Sortierung innerhalb der operativen sowie der anderen Partition, eine partitionsübergreifende Sortierung in der MDC 17 und eine Sortierung zwischen medi-

zinischer und anderer Partition in den MDCs 03, 06, 07 und 11 durchgeführt. Hinweise zu Veränderungen zur Abbildung von Mehrfacheingriffen finden sich im Kapitel 3.3.2.18.

Darüber hinaus wurde geprüft, ob die Notwendigkeit besteht, die partitionsübergreifende Sortierung auf weitere Bereiche auszudehnen, was zu einer Sortierung der operativen und anderen Partition in der MDC 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* geführt hat. Die beiden folgenden DRGs wurden absteigend nach Bewertungsrelation in die operative Partition der MDC 07 einsortiert:

- H40Z *Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung*
- H41A *Komplexe therapeutische ERCP mit äußerst schweren CC und photodynamische Therapie*

Ein weiterer Bereich der „Mindervergütung bei Mehrleistung“ – auf den durch Eingaben im Vorschlagsverfahren hingewiesen wurde – bestand bei Fällen mit bösartiger Neubildung, die den DRGs H61A *Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC*, M60A *Bösartige Neubildung der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC* und N60A *Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC* der G-DRG-Version 2006 zugeordnet wurden. Bei gleichzeitiger Durchführung einer Strahlentherapie erfolgte aufgrund der Abfragereihenfolge in den jeweiligen MDCs eine Eingruppierung dieser Fälle in die entsprechenden DRGs für Strahlentherapie (H16Z, M10Z bzw. N16Z), was zu einer geringeren Vergütung führte als bei Eingruppierung in die genannten DRGs der medizinischen Partition. Durch Abfrage der DRGs H61A, M60A und N60A vor den DRGs für Strahlentherapie wurde für diese Fälle das Problem der Mindervergütung bei Mehrleistung behoben.

Auf Ebene der Prä-MDC wurden die DRGs für Langzeitbeatmung > 95 und < 500 Stunden (A11A und A13A) vor die DRG A15C für Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion sortiert (siehe hierzu auch Kap. 3.3.2.22).

Für das G-DRG-System 2007 konnten – wie in Kapitel 3.3.2.18 zum Themenbereich Mehrfacheingriffe erläutert – verschiedene DRGs für mehrzeitige Eingriffe geschaffen werden. Dies ist neben der bereits erwähnten Vorgehensweise bei der Sortierung ein weiterer wichtiger Aspekt, mit welchem dem Problem der Mindervergütung bei Mehrleistung entgegengewirkt werden konnte, von dem u.a. auch Fälle mit mehrzeitigen Eingriffen betroffen sind.

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

3.3.4.1 Überleitung auf die ab 1. Januar 2007 gültigen Versionen der ICD-10-GM und OPS-Klassifikationen

Die Datenbasis, die der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2007 zugrunde liegt, beruht auf medizinischen Daten des Jahres 2005 (Datenjahr 2005). Die Diagnosen wurden dementsprechend mit der ICD-10-GM Version 2005 und die Prozeduren mit dem OPS Version 2005 kodiert.

Nach Abschluss der Weiterentwicklung für das Jahr 2007 stand zunächst die G-DRG-Version 2005/2007 zur Verfügung. Diese wurde als Erste auf der Internetseite des

InEK veröffentlicht. Diese Version stellt die erste Übergangsversion dar, die den G-DRG-Algorithmus des Jahres 2007 anhand der im Datenjahr 2005 gültigen Diagnose- und Prozeduren-Kodes definiert. Sie soll den Vertragspartnern auf Ortsebene ermöglichen, Budgetverhandlungen für das Jahr 2007 auf der Basis der Leistungsdaten des Jahres 2005, unter Berücksichtigung der für diesen Zweck ebenfalls auf der Internetseite des InEK veröffentlichten „Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung“, zu führen.

Zur Nutzung des G-DRG-Systems 2007 waren für die Gruppierung im Jahr 2007 mit den dann gültigen Leistungsbezeichnern zwei weitere Schritte notwendig.

In einem ersten Schritt wurde das G-DRG-System 2005/2007 auf das G-DRG-System 2006/2007 übergeleitet. Die für diesen Zweck notwendige Überleitung der Diagnose- und Prozeduren-Kodes wurde generell anhand der Überleitungstabellen, die vom DIMDI zur Verfügung gestellt wurden, durchgeführt. Anhand dieser Informationen konnte jedem der im Jahr 2006 gültigen Diagnosen- oder Prozeduren-Kodes die Funktion im Gruppierungsalgorithmus zugewiesen werden, die sein „Vorgänger-Kode“ in der Version 2005 der ICD- bzw. OPS-Klassifikationen im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2007 erhalten hatte. Dabei wurden textliche, inhaltliche und formale Änderungen der Codes sowie Änderungen der Kodierrichtlinien berücksichtigt.

Auf diese Weise entstand die G-DRG-Version 2006/2007. Diese zweite Übergangsversion wurde ebenfalls auf der Internetseite des InEK der Allgemeinheit zur Verfügung gestellt und dient, analog der Vorgängerversion 2005/2007, den Vertragspartnern vor Ort für Budgetverhandlungen. Die umfangreichen Änderungen und Anpassungen, die für diese Version notwendig waren, entsprechen weitestgehend den Änderungen, die bei der Überleitung der Übergangsversion 2005/2006 auf die G-DRG-Version 2006 vorgenommen wurden. Diese sind im Abschlussbericht des Jahres 2006 ausführlich dargestellt.

Im zweiten Schritt wurde, analog zu diesem Vorgehen, die G-DRG-Version 2006/2007 auf die G-DRG-Version 2007 übergeleitet. Erneut dienten die vom DIMDI zur Verfügung gestellten Überleitungstabellen als Basis.

Die ab 1. Januar 2007 gültige ICD-10-GM Version 2007 enthält insgesamt 13.222 terminale Codes und somit 49 Codes mehr als die ICD-10-GM Version 2006 (13.173). 99% dieser Codes (13.117) unterscheiden sich weder hinsichtlich des Codes noch hinsichtlich des zugehörigen Textes und sind somit identisch.

Der OPS Version 2007 enthält insgesamt 23.795 Codes (nur amtlicher OPS). Das sind 983 Codes mehr als im OPS Version 2006. Die Mehrzahl dieser Codes (92%, 22.106) zeigte ebenfalls keinen Unterschied in Bezug auf den Code bzw. die inhaltliche Leistungsbeschreibung.

3.3.4.2 Behandlung nicht identischer Codes mit „Vorgänger-Kode“

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

- Klassifikatorische Überleitung
- Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

Im Folgenden sollen diese Varianten anhand von Beispielen erläutert werden.

Klassifikatorische Überleitung

Im Rahmen der klassifikatorischen Überleitung wird den Codes, die im Jahr 2007 Gültigkeit erhalten, die Funktion zugewiesen, die der „Vorgänger-Kode“ in der Version 2006/2007 gehabt hat. Typischerweise kommt dies bei einer Ausdifferenzierung von Codes vor.

So wird beispielsweise allen im Jahr 2007 neu etablierten Codes aus G47.3- die Funktion des im Jahr 2006 gültigen Codes G47.3 zugewiesen.

Alter Kode (ICD-10-GM Version 2006):

G47.3 *Schlafapnoe*

Neue Codes (ICD-10-GM Version 2007):

G47.30 *Zentrales Schlafapnoe-Syndrom*

G47.31 *Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom*

G47.38 *Sonstige Schlafapnoe*

G47.39 *Schlafapnoe, nicht näher bezeichnet*

Alle neuen Codes wurden gemäß der Überleitungstabelle des DIMDI auf den alten Kode G47.3 übergeleitet. Konkret bedeutet dies für das G-DRG-System 2007:

In jede Tabelle des G-DRG-Systems 2006/2007, in der der alte ICD-Kode G47.3 verzeichnet ist, wurden für das G-DRG-System 2007 jeweils alle vier neuen Codes an dessen Stelle eingetragen. In diesem Fall sind die folgenden drei Tabellen davon betroffen:

- Hauptdiagnostentabelle der MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane*
- Hauptdiagnostentabelle der DRG E07Z *Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom*
- Hauptdiagnostentabelle der DRG E63Z *Schlafapnoesyndrom*

Darüber hinaus werden neue Codes in Bezug auf die CCL-Matrix und die CC-Ausschlüsse wie der „Vorgänger-Kode“ behandelt. In dem gewählten Beispiel bedeutet dies, dass die neuen Codes nicht in die CCL-Matrix aufgenommen werden.

Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

In einigen Fällen ist es sinnvoll, von der klassifikatorischen Überleitung abzuweichen. So hat das DIMDI in der klassifikatorischen Überleitung den neuen OPS-Kode 5-829.f *Andere gelenkplastische Eingriffe: Wechsel von Abstandshaltern* auf den OPS-Kode 5-829.x *Andere gelenkplastische Eingriffe: Sonstige* übergeleitet.

Im OPS Version 2006 war der Kode 5-829.9 *Andere gelenkplastische Eingriffe: Einbringen von Abstandshaltern (z.B. nach Entfernung einer Endoprothese)* bereits gültig. Dieser Kode unterscheidet sich in seiner Funktion von dem Kode 5-829.x *Andere gelenkplastische Eingriffe: Sonstige* in zwei DRGs. Er ist zusätzlich definierend bei den DRGs X04Z *Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität* und X05Z *Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand*. Ein Befolgen der klassifikatorischen Überleitung hätte für den neuen Kode 5-829.f den Verzicht auf diese Funktionen bedeutet. Da der Wechsel eines solchen Abstandshalters inhaltlich eher dem Kode für die Implan-

tion entspricht, ist das Befolgen der klassifikatorischen Überleitung hier nicht zielführend. Demzufolge wurden diesem Code, abweichend von der klassifikatorischen Überleitung, die Funktionen des OPS-Kodes 5-829.9 zugewiesen.

3.3.4.3 Behandlung nicht identischer Codes ohne „Vorgänger-Code“ (neue Codes)

Für neu in die ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen aufgenommene Codes, für die keine Überleitungsempfehlung des DIMDI vorlag, bestanden drei Varianten für die Berücksichtigung im G-DRG-System 2007:

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

Diese Varianten werden im Folgenden anhand von Beispielen erläutert.

Die Codes werden nicht berücksichtigt.

Dies stellt das typische Vorgehen bei der Aufnahme neuer Leistungsbereiche in den OPS dar. Aufgrund des Fehlens von Kosteninformationen zu Verfahren bzw. Diagnosen, die im Jahr der Kalkulationsdatenerhebung noch nicht kodierbar waren, ist eine Bewertung dieser Leistungen in der Regel nicht möglich. Ein Beispiel sind die neu in den OPS Version 2007 aufgenommenen Codes aus 5-04a *Perkutane Sympathikolyse mit Steuerung durch bildgebende Verfahren*. Diese Codes sind im G-DRG-System 2007 gültige Prozeduren ohne Gruppierungsrelevanz.

Grundsätzlich ist eine generelle Nichtberücksichtigung im G-DRG-System nur bei OPS-Kodes möglich. Ein neuer ICD-Code muss jedoch der Systemlogik folgend mindestens einer DRG der medizinischen Partition einer MDC (oder den unzulässigen Hauptdiagnosen) zugeordnet werden.

Die Codes werden anhand ergänzender Informationen einzelnen DRGs zugeordnet

In den Jahren 2006 oder 2007 neu etablierte OPS-Kodes sind in den regulären Kalkulationsdaten nicht vorhanden. Es konnte jedoch für bestimmte Codes über eine zusätzliche Datenerhebung, oder mittels Hilfskonstrukten in der Kalkulation, dennoch eine Zuordnung zu einer DRG erfolgen.

Beispielhaft wurden die Codes aus 8-987.- *Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]* im Jahr 2006 im OPS Version 2006 neu etabliert und waren damit keine gültigen Codes des Datenjahres 2005. Im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung wurden vom InEK zusätzlich Daten in den Kalkulationskrankenhäusern erhoben. Anhand dieser Daten konnte die Kalkulationslücke in der Form verkürzt werden, dass Fallgruppendifferenzierungen anhand dieser Codes simuliert werden konnten. Auf Basis dieser Analysen wurde, abweichend von der klassifikatorischen Überleitung, den OPS-Kodes aus 8-987.- eine eigene Funktion zugewiesen. So sind diese Codes bereits im G-DRG-System 2007 bei den DRGs E77A *Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane, mit komplexer Diagnose, äußerst schweren oder schweren CC oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern*, F77Z *Komplexbehandlung bei mul-*

tiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, G77Z Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, K25Z Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, L63A Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, T77Z Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten definierend.

Die Kodes werden inhalts- oder aufwandsähnlichen alten Kodes zugeordnet

Dieses Verfahren wurde für die Abbildung einiger neu aufgenommenen Verfahren angewandt.

So wurde z.B. der im Jahr 2007 gültige OPS-Kode 8-860.01 *Autogene Stammzelltherapie: Intramyokardiale Stammzelltherapie: Mit Anreicherung von Stammzellfraktionen und/oder kultureller Vermehrung* analog dem bereits im Jahr 2006 gültigen OPS-Kode 8-805.03 *Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Autogen: Intrakoronare Stammzelltherapie* behandelt. Einer klassifikatorischen Überleitung folgend hätte der Kode 8-860.01 im G-DRG-System keine gruppierungsrelevante Funktion erhalten. Der Kode 8-805.03 wurde für das Jahr 2007 in die beiden Kodes 8-860.10 und 8-860.11 differenziert. Diese „Neu-Kodes“ wurden „klassifikatorisch übergeleitet“. Durch das gewählte Vorgehen sind alle genannten Verfahren der unbewerteten DRG F96Z *Stammzelltransfusion bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* zugeordnet und können vor Ort verhandelt werden.

Hinweise zu Leistungsplanung und Budgetverhandlung

Anhand des beschriebenen Vorgehens konnte das Ziel erreicht werden, die größtmögliche inhaltliche Kongruenz zwischen der ersten Übergangsversion 2005/2007 und der G-DRG-Version 2007 zu erhalten. Inhaltliche Unterschiede zwischen den Versionen sind dennoch nicht immer zu vermeiden. Zur korrekten Würdigung der Gruppierungsergebnisse mit den unterschiedlichen Versionen veröffentlicht das InEK ergänzend „Hinweise zu Leistungsplanung und Budgetverhandlung“ auf seiner Internetseite.

Beispielhaft wird dort für den neu in den OPS Version 2007 aufgenommenen OPS-Kode 8-98a.- *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung* folgender Hinweis aufgeführt:

„In den OPS Version 2007 wurden die Kodes aus 8-98a.- *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung* neu aufgenommen. Diese Kodes führen gemäß G-DRG-Version 2007 in die DRG A90 *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung*.

Bei der Verarbeitung von Fällen aus 2005 mit einem Grouper der Version 2005/2007 bleibt die DRG A90 unbelegt. Da die Zuordnung zur DRG A90 im G-DRG-Algorithmus bereits auf der Ebene der Prä-MDC-Verarbeitung erfolgt, können sich Fälle, die gemäß G-DRG-Version 2007 in die DRG A90 eingruppiert würden, bei Einsatz eines Groupers 2005/2007 in nahezu jeder DRG des G-DRG-Systems finden. Eine Einschätzung, welche Fälle in 2007 in der DRG A90 erwartet werden können, kann bei Analyse von Daten aus 2005 daher nicht DRG-bezogen erfolgen.

In der G-DRG-Version 2006/2007 führt der neu in den OPS 2006 aufgenommene Kode 8-553 *Teilstationäre geriatrisch-frührehabilitative Behandlung* in die DRG A90 *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung*. Da mit Kodes des OPS 2006 eine Differenzierung zwischen den DRGs A90A *Teilstationäre geriat-*

rische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung und A90B Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung nicht möglich ist, werden alle Fälle mit dem OPS-Kode 8-553 nach der G-DRG-Version 2006/2007 der DRG A90B zugeordnet.

Somit ist zu beachten, dass ein Teil der Fälle, die nach der G-DRG-Version 2006/2007 der DRG A90B zugeordnet werden, nach der G-DRG-Version 2007 in die DRG A90A eingruppiert werden können (wenn eine umfassende Behandlung im Sinne des OPS 8-98a.1- erfolgt). Darüber hinaus ist aufgrund unterschiedlicher Mindestmerkmale der OPS-Kodes 8-553 *Teilstationäre geriatrisch-frührehabilitative Behandlung* (2006) und 8-98a.- *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung* (2007) möglich, dass sich auch die Menge der nach G-DRG 2006/2007 in die Basis-DRG A90 eingeordneten Fälle von der dieser Basis-DRG gemäß G-DRG 2007 zugeordneten Fallmenge unterscheidet.“

3.3.4.4 Anpassungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen

Vorschläge zur Weiterentwicklung der Klassifikationen ICD-10-GM Version 2007 und OPS Version 2007 konnten wie auch im vergangenen Jahr ausschließlich beim DIMDI eingereicht werden. Die im Rahmen des Vorschlagsverfahrens 2007 beim InEK eingegangenen Vorschläge zur Neuformulierung von Codes wurden an die zuständigen Stellen beim DIMDI weitergeleitet.

Über die im Vorschlagsverfahren für 2007 angeregten Änderungen hinaus wurde im Zuge der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems die Notwendigkeit für weitere neue Codes deutlich. Diese wurden vom InEK beim DIMDI entsprechend beantragt und konnten kurzfristig noch Eingang in den OPS Version 2007 bzw. in die ICD-10-GM Version 2007 finden.

Darüber hinaus wurden zahlreiche neue Codes zur Abbildung von „Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (NUB) gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG in den OPS Version 2007 aufgenommen. Dies unterstützt einerseits die Detektion von Fällen für die Abrechnung von vereinbarten NUB-Leistungen. Andererseits ermöglicht es in Zukunft Analysen zur Eingliederung dieser Leistungen in das G-DRG-System.

Aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren wurde die Abbildung von Fällen mit längerem stationären Aufenthalt vor Transplantation untersucht. Als besonders problematisch hat sich dabei die Analyse von Fällen herausgestellt, bei denen die Transplantation nicht in demselben Aufenthalt stattgefunden hat. Diese Fallkonstellation konnte im Rahmen der Kalkulation mit einem Hilfsattribut auf Basis bestehender ICD- und OPS-Kodes sowie anhand der Verweildauer simuliert werden. Um die Abbildung dieser Fälle, die mit erheblich höheren Fallkosten verbunden sind, zu ermöglichen, war die Einführung von neuen Codes in den OPS Version 2007 notwendig:

8-97c *Stationäre Behandlung bei erfolgter Aufnahme auf die Warteliste zur Organtransplantation*

Prozeduren aus diesem Codebereich definieren – neben weiteren Leistungsbezeichnungen – in der G-DRG-Version 2007 die neu etablierten DRGs für längere stationäre Aufenthalte vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe (A67Z, E37Z, F37Z und H37Z).

Weitere Beispiele sind die neuen Codes aus 8-012 *Applikation von Medikamenten Liste 1* und 8-013 *Applikation von Medikamenten Liste 2* zur Abrechnung der Zusatzentgelte für hochteure Medikamente sowie die neuen Codes 5-701.k *Offen chirurgische*

Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation und 5-812.h Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation, welche das neu geschaffene Zusatzentgelt ZE2007-47 Autogene/Autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation definieren.

Im Gegenzug zu den oben erläuterten Änderungen im OPS zur Abbildung von Fällen mit längerem stationären Aufenthalt vor Transplantation wurden in der ICD-10-GM Version 2007 neue Diagnosen für Dringlichkeitsstufen bei erfolgter Registrierung zur Herz-, Lungen- bzw. Herz-Lungentransplantation (U55.- *Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation*) aufgenommen. Dadurch ist ab 2007 auch die Dringlichkeitsstufe „U“ (Urgency) für diese Organe kodierbar. Diese Codes sind auch Bestandteil der Definition der oben genannten DRGs für längere stationäre Aufenthalte vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe.

Ebenfalls erwähnenswert ist die Differenzierung von Diagnosen für Verbrennungen 2. Grades in Grad 2a und 2b in der ICD-10-GM Version 2007. Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens war immer wieder auf die Eignung dieses Attributs als Kostentrenner im G-DRG-System hingewiesen worden. Durch die oben beschriebene Differenzierung der Diagnosen werden zukünftig entsprechende Analysen möglich sein.

3.3.5 Anpassungen der Deutschen Kodierrichtlinien

Bereits in den beiden vergangenen Jahren erfolgte eine umfangreiche Straffung und Neugestaltung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) mit dem Hintergrund der Vermeidung von Redundanzen sowohl innerhalb der DKR als auch zwischen ICD-10-GM bzw. OPS. Der Fokus der diesjährigen Revision der DKR für 2007 lag daher zum einen auf der Einarbeitung von Klarstellungen und zum anderen auf einer redaktionellen Überarbeitung. Unerlässlich ist generell die Anpassung an die Änderung der Diagnosen-/Prozedurenklassifikation bzw. die Änderung der G-DRG-Klassifikation für 2007.

Im Folgenden einige Beispiele für prägnante Änderungen/Klarstellungen:

- DKR 1001: Klarstellung der Berechnung der Beatmungsdauer im Rahmen der Entwöhnung
- DKR P004: Klarstellung der Kodierung von nicht vollendeten oder unterbrochenen Prozeduren
- DKR 0908: Klarstellung zur Kodierung von Operationen, bei denen der Einsatz der Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie erfolgt
- DKR 0912: Streichung des Absatzes zur Verschlüsselung von Z49.0 *Vorbereitung auf Dialyse* bei gleichzeitiger Änderung des Gruppierungsalgorithmus
- DKR 1804: Klarstellung der Kodierung von Inkontinenz

Darüber hinaus ergab sich die Notwendigkeit zur Änderung bei einigen Kodierrichtlinien auch mittelbar aus den in Kapitel 3.3.4.4 erläuterten Änderungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen. In diesem Zusammenhang ist die Anpassung der DKR 0215 *Lymphom* an die Änderung in der ICD-10-GM hinsichtlich der Verschlüsselung eines Befalls der Hirnhäute oder des Gehirns bei Neoplasien des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes erwähnenswert.

3.4 Statistische Kennzahlen

3.4.1 Wesentliche Ergebnisse und Änderungen zum Vorjahr

3.4.1.1 Erweiterung und Umbau der Fallgruppen

Das G-DRG-System 2007 umfasst insgesamt 1.082 DRGs. Einen Überblick über die Veränderungen im Vergleich zum G-DRG-System 2006 bietet die folgende Tabelle 21:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
G-DRG-System 2007	1.082	+ 128
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.035	+ 123
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	42	+ 2
davon rein teilstationäre DRGs	5	+ 3
davon explizite Ein-Belegungstag-DRGs	18	+ 1
davon implizite Ein-Belegungstag-DRGs	244	+ 3

Tabelle 21: Überblick über das G-DRG-System 2007

Im Zusatzentgelte-Katalog (Anlage 2 FPV 2007) befinden sich 59 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 40). Die Anzahl der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 FPV 2007) liegt bei 46 (Vorjahr: 42). Die im Anhang enthaltene Tabelle A-5 gibt einen Überblick über die Veränderung der Anzahl der DRGs je MDC.

3.4.1.2 Nicht bewertete DRGs

Im G-DRG-System 2007 erhöht sich die Anzahl der als „nicht pauschalierbar“ dargestellten DRGs gegenüber dem G-DRG-System 2006 um zwei auf insgesamt 42 DRGs. Diese wurden abschließend definiert, sodass lediglich die Vergütungshöhe dieser DRGs krankenhausesindividuell nach § 6 Abs. 1 KHEntgG zu verhandeln ist.

Eine tiefgehende Analyse aller DRGs erfolgte analog dem Vorgehen der letzten Jahre anhand der Kriterien:

- Homogenität aller Fälle
- Homogenität der Inlier
- Mindestfallzahl
- Streuung der Verweildauer
- Vergütung der Langlieger im Verhältnis zu deren tagesbezogenen Kosten

- Möglichkeit einer zuverlässigen, trennscharfen und präzisen Zuordnung anhand der bestehenden ICD-10- und OPS-Klassifikationen – verbunden mit bestimmten Kodierrichtlinien

Die kritische Gesamtwürdigung dieser Aspekte führte im G-DRG-System 2007 dazu, dass sich die 42 in Anlage 3a der FPV 2007 aufgeführten Fallpauschalen aufgrund der Verletzung eines oder mehrerer Kriterien als „nicht pauschalierbar“ darstellten.

3.4.1.3 Zusatzentgelte

Bei der diesjährigen Weiterentwicklung wurden 332 spezielle und hochaufwendige Leistungen auf ihre sachgerechte Abbildung im DRG-System geprüft. Nach den Verfahrenseckpunkten zur Umsetzung des § 6 Abs. 2 KHEntgG (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) sollen angefragte Methoden/Leistungen im Folgejahr auf ihre Möglichkeit zur Integration in das G-DRG-System untersucht werden. Entsprechend wurden ca. 150 angefragte Methoden/Leistungen für die Abbildung im Zusatzentgelte-Katalog analysiert.

Die Untersuchungsmethodik blieb gegenüber dem Vorjahr unverändert. Die von den Kalkulationskrankenhäusern bereitgestellten ergänzenden Fallinformationen bildeten wiederum die zentrale Grundlage für die Definition und Bewertung der Zusatzentgeltleistungen. Tabelle 22 zeigt die Zahl der Zusatzentgelte des G-DRG-Systems 2007 im Vergleich zum G-DRG-System 2006:

	G-DRG-System 2006	G-DRG-System 2007
Mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte		
Operative und interventionelle Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	11	15
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	29	43
Besondere Behandlungsformen	0	1
Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG		
Operative und interventionelle Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	28	32
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	11	11
Besondere Behandlungsformen	3	3
Gesamt	82	105

Tabelle 22: Vergleich der Zahl der Zusatzentgelte im G-DRG-System 2006 und 2007

Die besonderen Behandlungsformen sind die *palliativmedizinische Komplexbehandlung* (ZE60), die *anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung* (ZE2007-26), die *Versorgung von Schwerstbehinderten* (ZE2007-36) sowie die *naturheilkundliche Komplexbehandlung* (ZE2007-40).

Die strukturellen Veränderungen im Bereich der Zusatzentgelte des G-DRG-Systems 2007 im Vergleich zum Vorjahr stellt Abbildung 5 in der Übersicht dar:

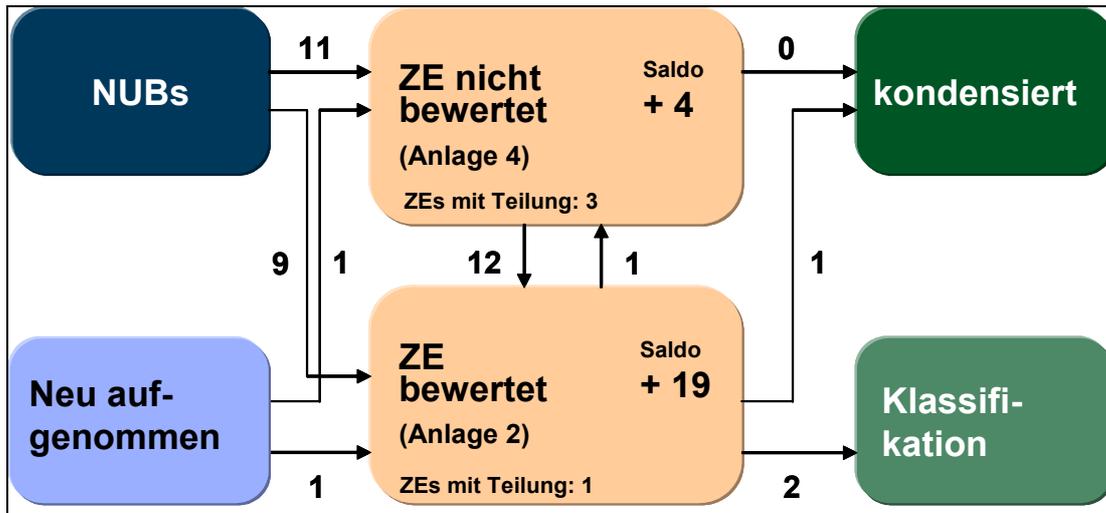


Abbildung 5: Strukturelle Veränderungen der Zusatzentgelte im G-DRG-System 2007 im Vorjahresvergleich

Die Zahl der mit einem Vergütungsbetrag bewerteten Zusatzentgelte in Anlage 2 der FPV 2007 erhöhte sich um 19 auf insgesamt 59.

Die mit ZE05 und ZE06 (*Stentgraft-Prothesen bei thorakalen und thorakoabdominalen Aortenaneurysmen sowie anderen Aortenaneurysmen*) abgebildeten Leistungen konnten in die Klassifikation aufgenommen werden (DRG F51A und F51B). Die verfügbare Datengrundlage für ZE01.02 *Hämodialyse, Alter < 15 Jahre* reichte für eine Bewertung nicht aus, sodass diese Leistung als Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 1 KHEntgG in Anlage 4 aufgenommen wurde. Dagegen konnten drei andere Dialyseverfahren, die zuvor in Anlage 4 enthalten waren, im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung bewertet werden (ZE02 *Hämodiafiltration*, ZE61 *LDL-Apherese*, ZE62 *Hämofiltration*).

In der Gruppe der operativen und interventionellen Verfahren wurde ZE55 *Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), abdominal und viszeral* mit den zuvor in ZE2006-43 abgebildeten Leistungen in ZE57 *Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisationen* zusammengefasst. Drei weitere zuvor über Zusatzentgelte in Anlage 4 abgebildete Leistungen konnten im diesjährigen Verfahren bewertet werden: ZE56 vergütet die Implantation bzw. den Wechsel vollimplantierbarer Medikamentenpumpen mit konstanter Flussrate. Die Implantation bzw. der Wechsel anderer Medikamentenpumpen ist weiterhin in Anlage 4 über ZE2007-07 definiert. Während das Zusatzentgelt ZE58 die Implantation bzw. den Wechsel hydraulischer Penisprothesen definiert, sind andere Penisprothesen weiterhin über ZE2007-24 in Anlage 4 abgebildet. Zusatzentgelt ZE59 fasst die Implantation bzw. den Wechsel von Neurostimulatoren mit Mehrkanalsystem an Rückenmark (zuvor ZE2006-42) und peripherem Nervensystem (zuvor ZE2006-26) zusammen. Darüber hinaus wurde die *Palliativmedizinische Komplexbehandlung* neu als Zusatzentgelt (ZE60) definiert. Der Vergütungsbetrag deckt die für Fälle mit palliativmedizinischer Komplexbehandlung im Mittel höhere Verweildauer der Inlier ab, wobei eine Mindestleistungserbringung von sieben Tagen erreicht werden muss (vgl. Kap. 3.3.2.23). Bei den medikamentenbezogenen Zusatzentgelten wurden insgesamt 14 zusätzliche Leistungen mit einer Bewertung in die Anlage 2 aufgenommen. Fünf dieser Zusatzentgelte waren zuvor in Anlage 4 abgebildet (ZE66 – ZE70), die übrigen neun Leistungen resultierten aus dem Verfahren für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (ZE71 – ZE79).

Der Vergütungsbetrag der bewerteten operativen und interventionellen Verfahren wurde im Wesentlichen durch den Einsatz hochteurer Sachmittel (Implantate) und ggf. weitere verfahrensbezogene Kostenanteile bestimmt. Im Bereich der Medikamente war eine uneinheitliche Preistendenz festzustellen. Ein erkennbarer Preisrückgang führte bei ZE63 *Gabe von Paclitaxel, parenteral* zur Streichung der unteren Dosisklasse und Verbreiterung der übrigen Dosisklassen sowie bei ZE80 *Gabe von Docetaxel, parenteral* zu einer Anhebung der unteren Dosisklasse. Neben ZE79 *Gabe von Busulfan, parenteral*, das ausschließlich bei der Behandlung von Kindern mit einem Alter < 15 Jahre abrechenbar ist, wurden bei 22 weiteren Zusatzentgelten für die Gabe von Medikamenten und Blutprodukten spezifisch für die Behandlung von Kindern anwendbare Mengenklassen definiert.

Die Liste der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG wurde für das Jahr 2007 gegenüber dem Vorjahr um vier auf 46 Leistungen erweitert. Eine verbesserte Datenbasis ermöglichte für zwölf Leistungen die Bewertung mit einem Vergütungsbetrag und die Aufnahme in Anlage 2. Darunter befinden sich vier Zusatzentgelte, bei denen die Bewertung für einen Teil der darin im Vorjahr definierten Leistungen möglich war, der andere Teil der Leistungen verbleibt in unbewerteten Zusatzentgelten (ZE2007-06 *Neuroprothesen, Neurostimulatoren zur Vorderwurzelstimulation*, ZE2007-07 *Anderere implantierbare Medikamentenpumpen*, ZE2007-08 *Sonstige Dialyse*, ZE2007-24 *Anderere Penisprothesen*). Umgekehrt musste ZE2007-55 (Jahr 2006: ZE01.02) aufgrund einer für die Bewertung nicht ausreichenden Datenbasis nunmehr in Anlage 4 verschoben werden. Ergänzend wurden zwölf Leistungen aufgenommen, welche die Kriterien für eine Zusatzentgeltdefinition erfüllen, jedoch wie alle in Anlage 4 zusammengefassten Leistungen auf der vorhandenen Datenbasis nicht mit einem Vergütungsbetrag bewertet werden konnten.

3.4.2 Kompressionseffekt

Die Tatsache, dass aufwendige Leistungen ebenso wie weniger aufwendige Leistungen einer DRG oder DRGs mit ähnlichen Bewertungsrelationen zugeordnet werden, wird als Kompressionseffekt bezeichnet. Man unterscheidet hierbei den

- kostenrechnerischen Kompressionseffekt und den
- dokumentarischen Kompressionseffekt.

Der kostenrechnerische Kompressionseffekt tritt dadurch auf, dass die Kosten eines Krankenhauses bei der Ermittlung der Rohfallkosten nicht verursachungsgemäß den Fällen zugeordnet werden. Im Extremfall würde jedem Fall der gleiche Kostenwert zugeordnet und könnte somit kein Unterschied in den Bewertungsrelationen abgebildet werden.

Der dokumentarische Kompressionseffekt kann durch die fehlerhafte Dokumentation einzelner gruppierungsrelevanter Merkmale entstehen. Fälle mit hohem Komplexitäts- und Morbiditätsniveau und entsprechend hohen Kosten werden dann fälschlicherweise Fallgruppen mit niedrigerer Bewertung zugeordnet. Andererseits können Fälle mit niedrigem Komplexitäts- und Morbiditätsniveau und entsprechend geringen Kosten durch eine fehlerhafte Dokumentation in hoch bewertete Fallgruppen eingeordnet werden. Dadurch würden die Bewertungsrelationen der hoch und der niedrig bewerteten DRGs einander angeglichen.

Gründe für die weitere Reduktion des Kompressionseffekts

Die erneut gestiegene Kodierqualität sowie die weitere Verbesserung der Datenqualität in den Kalkulationsdatensätzen der Kalkulationskrankenhäuser haben dazu beigetragen, dass sowohl der dokumentarische als auch der kostenrechnerische Kompressionseffekt verringert wurden. Einen großen Beitrag zur Reduktion des Kompressionseffektes lieferten die deutlich erweiterten Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen (siehe Kap. 3.3.1.1) in Verbindung mit einer aufwendigen Einzelfallprüfung. Dies gilt sowohl im Hinblick auf die Verursachungsgerechtigkeit der Kostenzuordnung als auch im Hinblick auf die inhaltliche Stimmigkeit der Kodierung in den Kalkulationsdatensätzen.

Darstellung der Reduktion des Kompressionseffekts

Die Spreizung des G-DRG-Systems kann auf DRG-Ebene durch Betrachtung des Quotienten aus dem α - und $(1-\alpha)$ -Quantil der Bewertungsrelationen gemessen werden. Damit wird die Spanne der Bewertungsrelationen zwischen niedrig bewerteten und hoch bewerteten DRGs beziffert. Je größer α , desto höher fällt der Quotient aus.

In der Analyse werden jeweils die DRGs mit einem Mittelwert der Verweildauer von 1,0 nicht berücksichtigt. In der folgenden Abbildung 6 sind für verschiedene α (0,95, 0,9, 0,8 und 0,75) die Quotienten im Vergleich der jeweils aufeinander folgenden G-DRG-Systeme (Version 2004 bis Version 2007) dargestellt.

Für $\alpha = 0,90$ ergibt sich im Vergleich zwischen dem G-DRG-System 2006 und dem G-DRG-System 2007 z.B. ein Quotient von 11,5. Im Vergleich G-DRG-System 2006 vs. G-DRG-System 2005 lag dieser Wert noch bei 11,2 (eine Zunahme des Quotienten für die Version 2007 um 3%). Für $\alpha = 0,75$ ist diese Spreizung z.B. um 9% erhöht.

Der leichte Rückgang für $\alpha = 0,95$ (von 24,9 auf 24,2) kann im Kontext der anderen betrachteten Quotienten so interpretiert werden, dass die Dekomprimierung bei den am höchsten bewerteten DRGs bereits weiter fortgeschritten ist als bei den niedriger bewerteten DRGs – die Dekomprimierung also „eher in der Mitte des G-DRG-Systems“ erreicht wurde.

Die Dekomprimierung des Systems wurde durch das G-DRG-System 2007 insgesamt nochmals gesteigert.

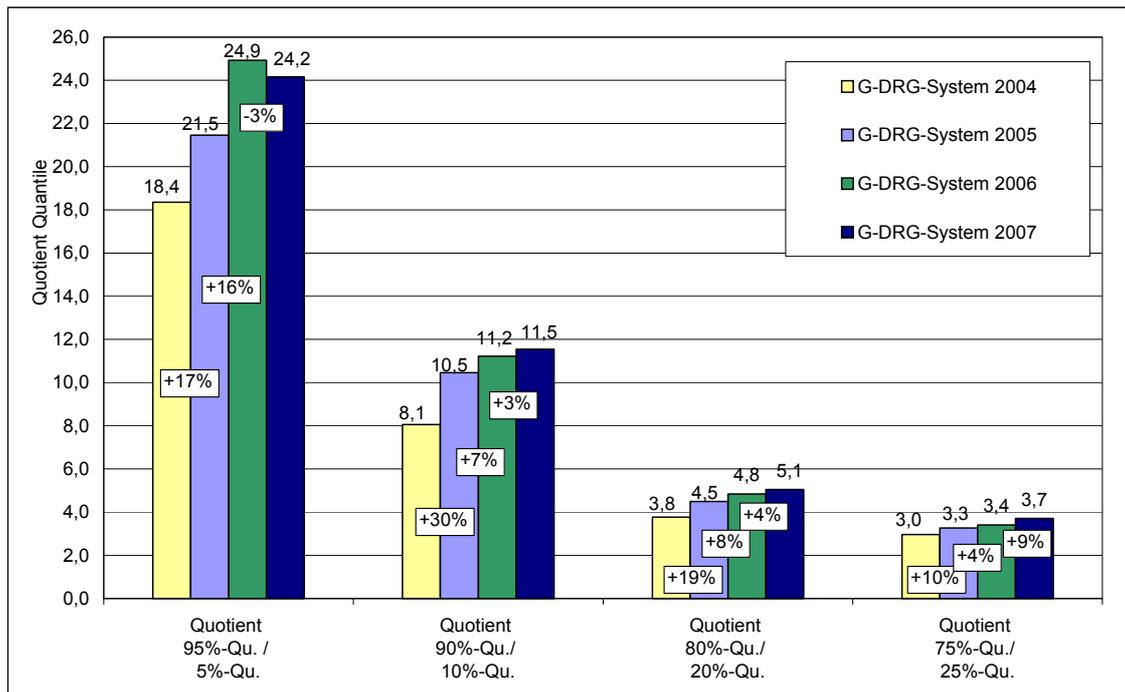


Abbildung 6: Quotient aus α - und $(1-\alpha)$ -Quantilen für G-DRG-Systeme 2004 bis 2007 für $\alpha = 0,95$, $\alpha = 0,9$, $\alpha = 0,8$ und $\alpha = 0,75$

Ein Vergleich der absteigend sortierten Ein-Prozent-Quantile (80%- bis 99%-Quantile) der beiden G-DRG-Systeme 2006 und 2007 zeigt aus anderer Perspektive, dass der Kompressionseffekt verringert werden konnte (siehe Abb. 7): Die höchsten Bewertungsrelationen des Systems 2007 liegen bis auf wenige Ausnahmen über denen des Systems 2006.

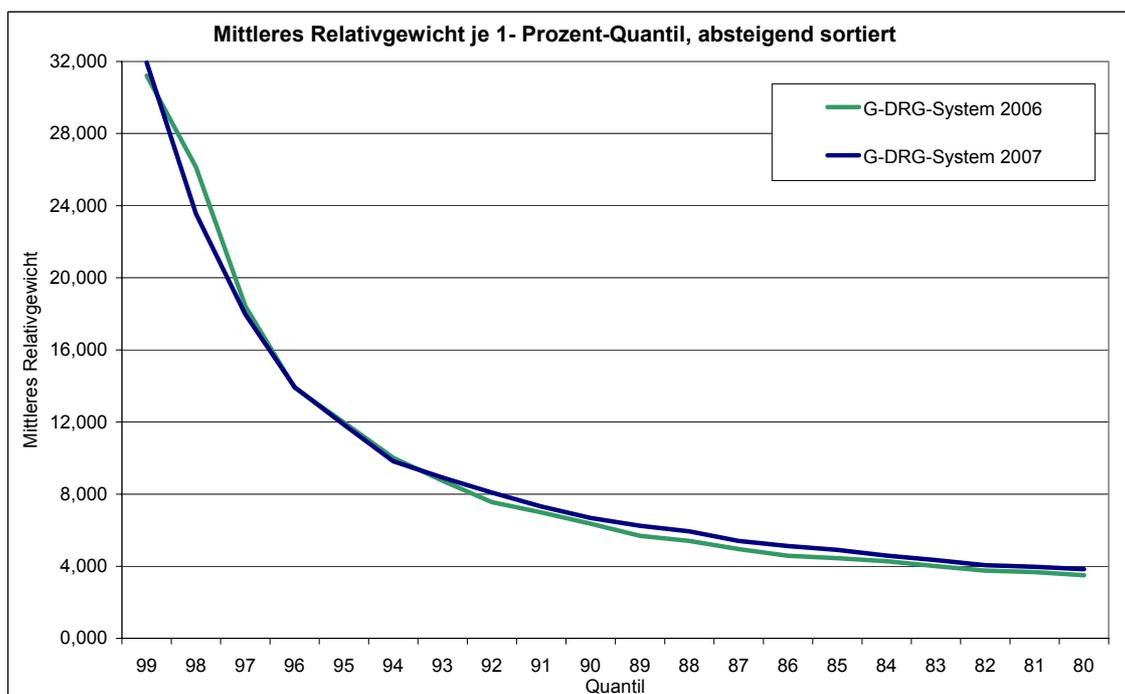


Abbildung 7: Ein-Prozent-Quantile für G-DRG-Systeme 2006 und 2007, absteigend sortiert

3.4.3 Statistische Güte der Klassifikation

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

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

Der Analyse lag die nach Prüfungen und Bereinigungen vorliegende Fallmenge der in Hauptabteilungen versorgten Fälle zugrunde (siehe Kap. 3.2.1.1). Diese wurden sowohl nach dem G-DRG-System 2006 als auch nach dem G-DRG-System 2007 gruppiert.

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

Entsprechend wurden 893 DRGs im G-DRG-System 2006 bzw. 1.016 DRGs im G-DRG-System 2007 für die Analyse verwendet.

Analyse der Varianzreduktion

Zur Bewertung des G-DRG-Systems 2007 im Vergleich zum G-DRG-System 2006 wurde der R^2 -Wert als Maß für die Varianzreduktion herangezogen. Dieses statistische Maß zeigt den durch die Klassifikation erklärten Anteil der Kostenstreuung an. Je geringer der Anteil der erklärten Streuung in den Klassen im Vergleich zur Streuung zwischen den Klassen ist, desto höher ist die Güte des Systems.

In beiden Versionen wurden die R^2 -Werte auf Basis der Daten des Jahres 2005 – für alle Fälle und für Inlier – berechnet und einander gegenübergestellt. Es ergaben sich die folgenden Maße (siehe Tab. 23):

	G-DRG-System 2006	G-DRG-System 2007	Verbesserung (in %)
R ² -Wert auf Basis aller Fälle	0,6950	0,7072	1,8
R ² -Wert auf Basis der Inlier	0,7946	0,8049	1,3

Tabelle 23: Vergleich der Varianzreduktion R^2 im G-DRG-System 2006 und G-DRG-System 2007 (Datenbasis: Daten des Jahres 2005)

Bezogen auf alle Fälle konnte die Varianzreduktion um knapp 2% verbessert werden. Für Inlier wurde ein R^2 -Wert von über 0,8 erreicht. Somit konnte der R^2 -Wert als Maß für die Varianzreduktion auf Basis der Inlier im G-DRG-System 2007 nochmals um 1,3% im Vergleich zur Version 2006 gesteigert werden.

Tendenziell bewirkt eine höhere Anzahl von Klassen eine Zunahme des R^2 -Wertes. Durch die Steigerung von 954 auf 1.082 DRGs (bzw. von 893 auf 1.016 DRGs für die der R^2 -Analyse zugrunde liegende Datenbasis) ist ein automatischer R^2 -Anstieg mit nachrangiger Bedeutung verbunden.

Auf Basis aller Fälle ergäbe sich durch die Steigerung um $1.016 - 893 = 123$ DRGs eine (theoretische) R^2 -Steigerung von 0,000054 bei nicht zielgerichteter, d.h. zufälliger Klassifikationsentwicklung. Der tatsächliche Anstieg des R^2 -Wertes bei zielgerichteter Klassifikationsentwicklung (inklusive der Zunahme der DRG-Klassenzahl) beträgt 0,0122. Damit unterscheidet sich die Verbesserung der Varianzreduktion durch eine zielgerichtete Weiterentwicklung des G-DRG-Systems um den Faktor 226 vom Effekt der reinen Zunahme der DRG-Klassenzahl. Auf Basis der Inlier beträgt dieser Faktor 149.

Neben der Betrachtung des gesamten G-DRG-Systems kann die Varianzreduktion auch für jede einzelne MDC berechnet werden. In der folgenden Abbildung 8 sind die R^2 -Werte je MDC auf Basis der Inlier dargestellt. Die Sortierung der MDCs erfolgt absteigend nach dem R^2 -Wert für das G-DRG-System 2007 (linke Skala). Der Index gibt das Verhältnis zwischen der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das G-DRG-System 2007 zur Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das G-DRG-System 2006 wieder. Eine Referenzlinie für den Indexwert 100 erleichtert den Vergleich (rechte Skala).

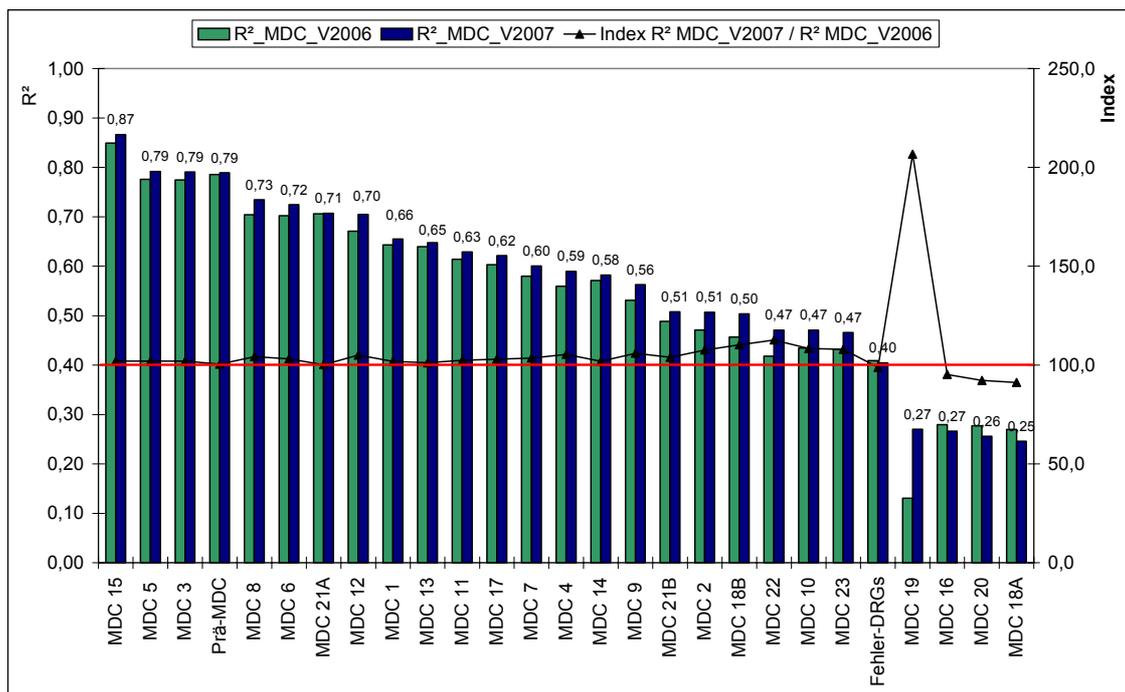


Abbildung 8: R^2 -Wert je MDC für G-DRG-Systeme 2006 und 2007, Basis: Inlier (Sortierung nach R^2 -Wert für G-DRG-System 2006), Daten des Jahres 2007

Die Darstellung lässt Unterschiede in der Varianzreduktion zwischen den MDCs erkennbar werden. Bis auf vier MDCs ist eine positive Veränderung im G-DRG-System 2007 gegenüber der Version 2006 ersichtlich (Index >100).

In den folgenden MDCs

- MDC 19 *Psychische Krankheiten und Störungen* (Index 207),
- MDC 22 *Verbrennungen* (Index 113),
- MDC 18B *Infektiöse und parasitäre Krankheiten* (Index 110) und
- MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* (Index 108)

konnten die deutlichsten prozentualen Steigerungen des R²-Wertes erreicht werden.

Die Varianzreduktion in den MDCs, die in beiden Versionen des G-DRG-Systems knapp die Hälfte der analysierten Fälle stellen, konnte ebenfalls gesteigert werden:

- MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*: von 0,64 auf 0,66 (Index 102)
- MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*: von 0,78 auf 0,79 (Index 102)
- MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*: von 0,70 auf 0,72 (Index 103)
- MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*: von 0,70 auf 0,73 (Index 104)

Analyse der Kostenhomogenität

Eine weitere Möglichkeit zur Analyse der Klassifikationsverbesserung bietet der Vergleich der Kostenhomogenität der DRGs mit Hilfe des Homogenitätskoeffizienten der Kosten.

Teilt man die DRGs bezüglich des Kostenhomogenitätskoeffizienten in Klassen ein, so ergibt sich – auf Basis der Inlier (Daten des Jahres 2005) für die analysierten DRGs – folgende Situation (siehe Tab. 24):

Homogenitätskoeffizient Kosten	G-DRG-System 2006		G-DRG-System 2007		Veränderung des Anteils
	Anzahl	Anteil (in %)	Anzahl	Anteil (in %)	
<i>Bereich</i>					<i>Veränderung (in %)</i>
unter 55%	10	1,1	9	0,9	-20,9
55 bis unter 60%	22	2,5	24	2,4	- 4,1
60 bis unter 65%	166	18,6	173	17,0	- 8,4
65 bis unter 70%	338	37,8	378	37,2	- 1,7
70 bis unter 75%	238	26,7	277	27,3	+2,3
75% und mehr	119	13,3	155	15,3	+14,5
Gesamt	893		1.016		

Tabelle 24: Vergleich Homogenitätskoeffizient Kosten für G-DRG-Systeme 2006 und 2007, Basis: Inlier, Daten des Jahres 2005

Die Klassen mit höherer Homogenität sind im G-DRG-System 2007 relativ und absolut stärker vertreten als in der Version 2006.

Betrachtet man den Fallanteil der Inlier in DRGs kumulierter Homogenitätskoeffizientenklassen (siehe Abb. 9), so zeigt sich auch in dieser Perspektive die Verschiebung zugunsten der homogenen Klassen.

In Abbildung 9 ist neben den kumulierten Homogenitätsklassen (linke Skala) als Index das Verhältnis zwischen den Inlier-Anteilen in den jeweiligen Homogenitätsklassen für das G-DRG-System 2007 und für das G-DRG-System 2006 angegeben (rechte Skala). Eine Referenzlinie für den Indexwert 100 erleichtert den Vergleich.

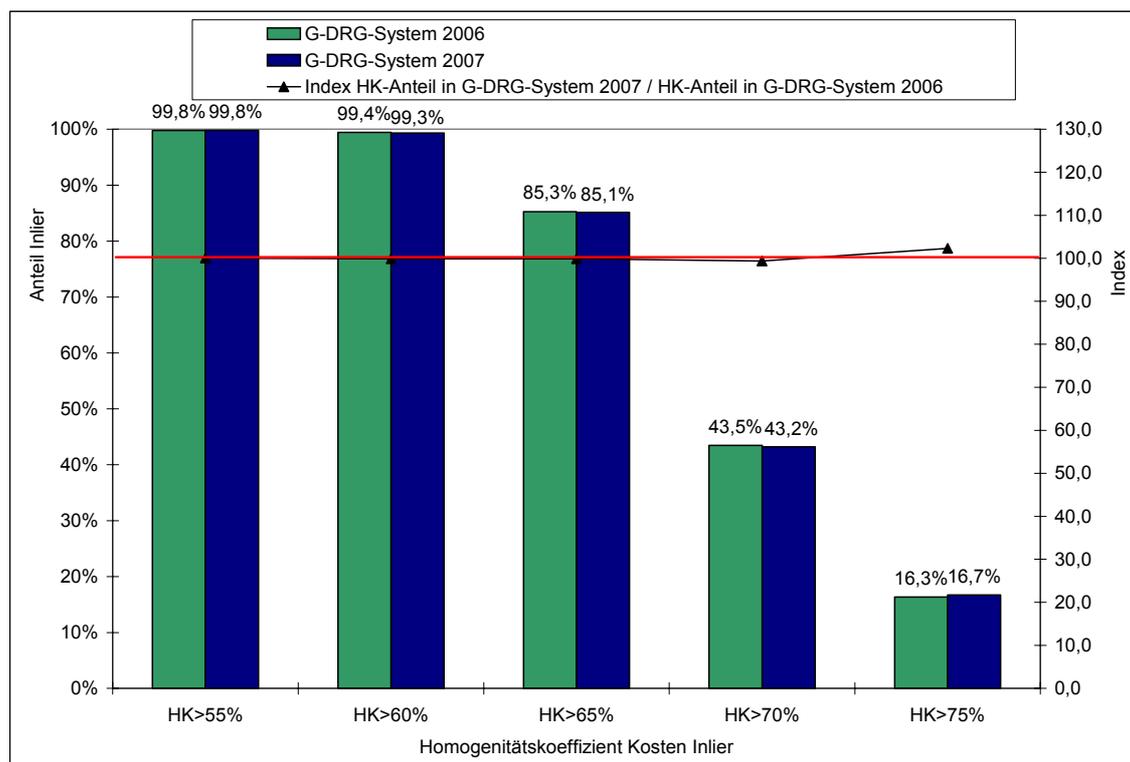


Abbildung 9: Vergleich der kumulierten Fallkosten-Homogenitätsklassen für G-DRG-Systeme 2006 und 2007 bezüglich Fallanteil, Basis: Inlier, Daten des Jahres 2005

Ein Index von 102 in der höchsten Homogenitätskoeffizientenklasse zeigt eine leichte Zunahme beim Inlier-Anteil in sehr kostenhomogenen DRGs.

Analyse des Konfidenzintervalls der Fallkosten

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

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

Die analysierten DRGs wurden in Klassen eingeteilt, die den beschriebenen Anteil widerspiegeln. Die folgende Tabelle 25 zeigt den Anteil der DRGs in den verschiedenen Klassen für die G-DRG-Systeme 2006 und 2007.

Im G-DRG-System 2006 haben in mehr als zwei Drittel der DRGs mindestens 90% der Fälle Fallkosten, die innerhalb des berechneten 95%-Konfidenzintervalls liegen. Nur 6,3% der DRGs haben im 95%-Konfidenzintervall einen Anteil unter 85%.

Fallanteil im 95%-KI mittl. Fallkosten Inlier	G-DRG-System 2006		G-DRG-System 2007		Veränderung des Anteils
	Anzahl	Anteil (in %)	Anzahl	Anteil (in %)	Veränderung (in %)
<i>Bereich</i>					
unter 80%	16	1,8	20	2,0	+ 9,9
80 bis unter 85%	43	4,8	44	4,3	- 10,1
85 bis unter 90%	271	30,3	254	25,0	- 17,6
90 bis unter 95%	538	60,2	646	63,6	+ 5,5
95% und mehr	25	2,8	52	5,1	+ 82,8
Gesamt	893		1.016		

Tabelle 25: Anteil DRGs, deren Fallkosten innerhalb der Grenzen des 95%-Konfidenzintervalls um den Fallkosten-Mittelwert der DRG-Inlier liegen, Basis: G-DRG-Systeme 2006 und 2007, Daten des Jahres 2005

Die Klassen mit höheren Fallanteilen sind im G-DRG-System 2007 relativ und absolut stärker vertreten als in der Version 2006. In der folgenden Abbildung 10 sind die Daten in kumulierter Weise dargestellt.

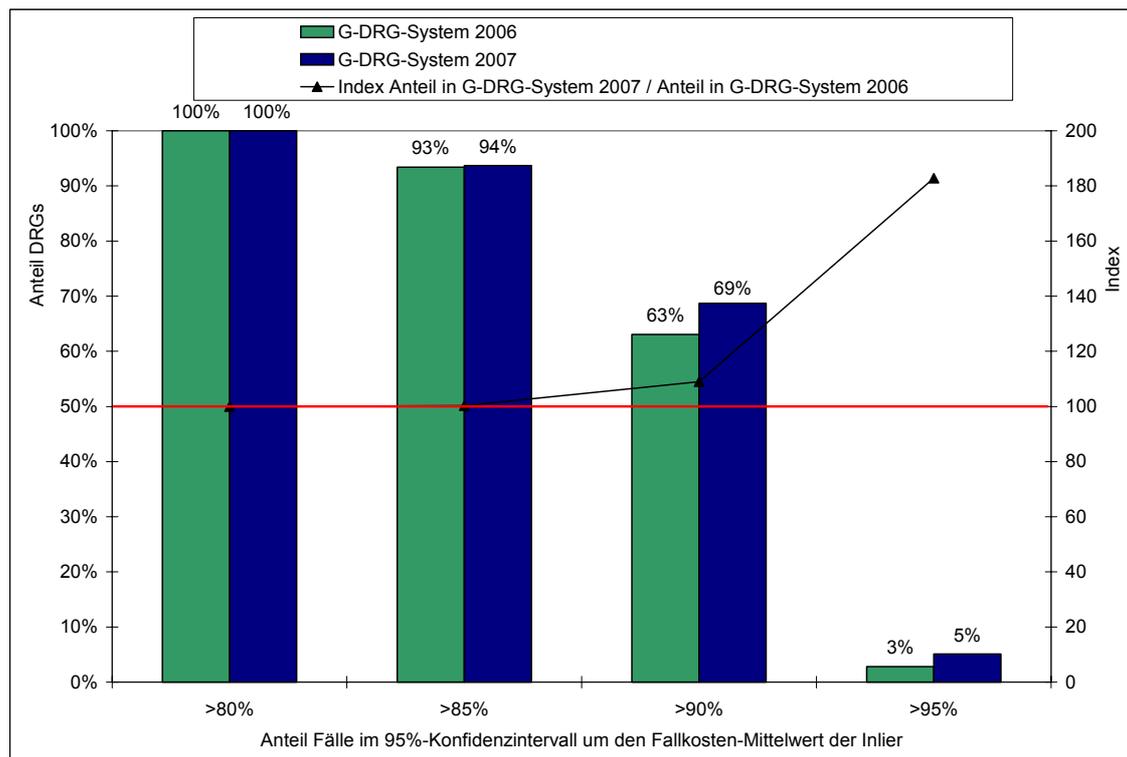


Abbildung 10: Kumulierte Anteile der DRGs, deren Fallkosten innerhalb der Grenzen des 95%-Konfidenzintervalls um den Fallkosten-Mittelwert der Inlier liegen, Basis: G-DRG-Systeme 2006 und 2007, Daten des Jahres 2005

Diese Resultate unterstreichen insgesamt die Kostenhomogenität des G-DRG-Systems 2007.

3.4.4 Analyse der Verweildauer

3.4.4.1 Verweildauervergleich der Datenjahre 2004 und 2005

Vor der Analyse auf Repräsentativität der Verweildauer wurde die Verweildauer in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG untersucht. Als Analysebasis dienten die aus den Datenjahren 2004 und 2005 jeweils gemäß G-DRG-Version 2006 gruppierten, medizinisch plausibilisierten Fälle in Hauptabteilungen, ohne Fälle in expliziten Ein-Belegungstag-DRGs und nicht bewerteten DRGs (Anlage 3). Der Analyse lagen jeweils ca. 14,7 Mio. Fälle zugrunde. Im Durchschnitt ergab sich in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG ein Verweildauerrückgang von 4% (siehe Tab. 26)

	Datenjahr 2004	Datenjahr 2005	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)
Verweildauer-Mittelwert	7,94	7,62	-0,32	-4,0

Tabelle 26: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2004 vs. Datenjahr 2005

Der Verweildauerrückgang in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG verteilt sich ungleichmäßig auf die einzelnen DRGs. Für 205 DRGs, die knapp 10% aller Fälle enthalten, ergab sich ein Rückgang des Verweildauer-Mittelwertes um mehr als einen Tag. Der Großteil der DRGs (mit 83% aller Fälle) wies einen Rückgang von 0,1 bis unter 1,0 Tagen auf.

Für 103 DRGs, die zusammen ca. 4% der analysierten Fälle repräsentieren, ließ sich ein Anstieg in der mittleren Verweildauer feststellen, darunter 20 DRGs mit einem Anstieg von mehr als 2 Tagen.

3.4.4.2 Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer

Zur Überprüfung der Repräsentativität der Daten der Kalkulationskrankenhäuser wurden diese Daten mit den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG verglichen. In beiden Datengesamtheiten wurden die durch die Grenzverweildauern des Fallpauschalen-Katalogs für 2007 definierten Inlier in Hauptabteilungen betrachtet. Dabei wurden aufnahme- und/oder entlassverlegte Fälle entsprechend der DRG-Zuordnung (siehe Kap. 3.3.1.5) berücksichtigt.

Für die Daten der Kalkulationskrankenhäuser wurde durch die differenzierten Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen (siehe Kap. 3.3.1.1) und dazugehörige Einzelnachfragen ein hoher Detaillierungsgrad der Plausibilisierung erreicht. Für die rund 18,0 Mio. DRG-Datensätze gem. § 21 KHEntgG wurden Fallzusammenführungen und medizinische Plausibilitätsprüfungen durchgeführt (vgl. dazu auch Kap. 3.3.1.6).

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

Überblick über das analytische Vorgehen

- Zunächst wurde mit einem **Anpassungstest** überprüft, ob die jeweiligen Verweildauerverteilungen normal- oder lognormalverteilt sind.
- Die **Prüfung auf Repräsentativität** der Verweildauerverteilung erfolgte mit einem verteilungsfreien Testverfahren.
- Die Analyse der **Differenz der Verweildauer-Mittelwerte** beleuchtete die praktische Relevanz des Resultats der Repräsentativitätsprüfung näher.
- Schließlich erfolgte eine **Analyse des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer**, der mit der Fokussierung auf das Streuungsverhalten eine weitere Möglichkeit zur Analyse der Verweildauerverteilung bietet.

Für die statistischen Analysen wurde als Signifikanzniveau 5% festgelegt.

Nicht einbezogen in die Analyse der Verweildauer wurden folgende DRGs:

- 18 Ein-Belegungstag-DRGs (Begründung: siehe Einleitung zu Kap. 3.4.3)
- 76 DRGs mit weniger als 30 Fällen (Begründung: siehe unten im Abschnitt zur Prüfung auf Repräsentativität), darunter 21 DRGs aus der *Prä-MDC* und elf DRGs aus der MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane*

- Acht auf Basis der ergänzenden Datenbereitstellung der Kalkulationskrankenhäuser (siehe Kap. 3.2.1.2) kalkulierte DRGs, z.B. Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern. Die zur Definition dieser DRGs in der Kalkulation verwendeten Attribute sind in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG nicht enthalten. Somit war ein Vergleich zwischen diesen und den Kalkulationsdaten nicht möglich, da diese DRGs von Fällen ohne zusätzliche, der ergänzenden Datenbereitstellung entstammenden Attribute nicht getroffen werden können
- Fünf rein teilstationäre DRGs

Diese Einschränkungen schlossen insgesamt 104 DRGs aus der Analyse aus (Doppelnennungen bei den oben angegebenen Punkten möglich). Der Analyse lagen somit 978 DRGs zugrunde.

Anpassungstest

Eine Prüfung auf Normal- und Lognormalverteilung mit Hilfe des Kolmogoroff-Smirnov-Anpassungstests ergab, dass die empirische Verteilung der Verweildauern nur bei sehr wenigen DRGs diesen beiden Verteilungen folgt. Insgesamt konnte nur bei 39 DRGs in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG und 178 DRGs der Daten der Kalkulationskrankenhäuser die Nullhypothese einer Normalverteilung beibehalten werden; das entspricht 4% bzw. 18% (bezogen auf 978 DRGs). Für den Test auf Lognormalverteilung lagen die Quoten bei 5% bzw. 25%.

Das Ergebnis bei der Prüfung auf die symmetrische Normalverteilung war aufgrund der meist rechtsschiefen Verweildauerverteilungen zu erwarten; die Anteile für die eher rechtsschiefe Lognormalverteilung zeigten allerdings ähnliche Größenordnungen.

Prüfung auf Repräsentativität

Folgerichtig wurde die Prüfung auf Repräsentativität hinsichtlich der Verweildauer ohne Verteilungsannahme – d.h. nichtparametrisch – mit dem Mann-Whitney-Test durchgeführt.

Im Ergebnis fanden sich repräsentative Verweildauerverteilungen bei 537 DRGs (55% bezogen auf 978 DRGs). Die folgende Abbildung 11 zeigt je MDC den Anteil der DRGs, für die kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der zentralen Tendenz in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG festgestellt werden konnte.

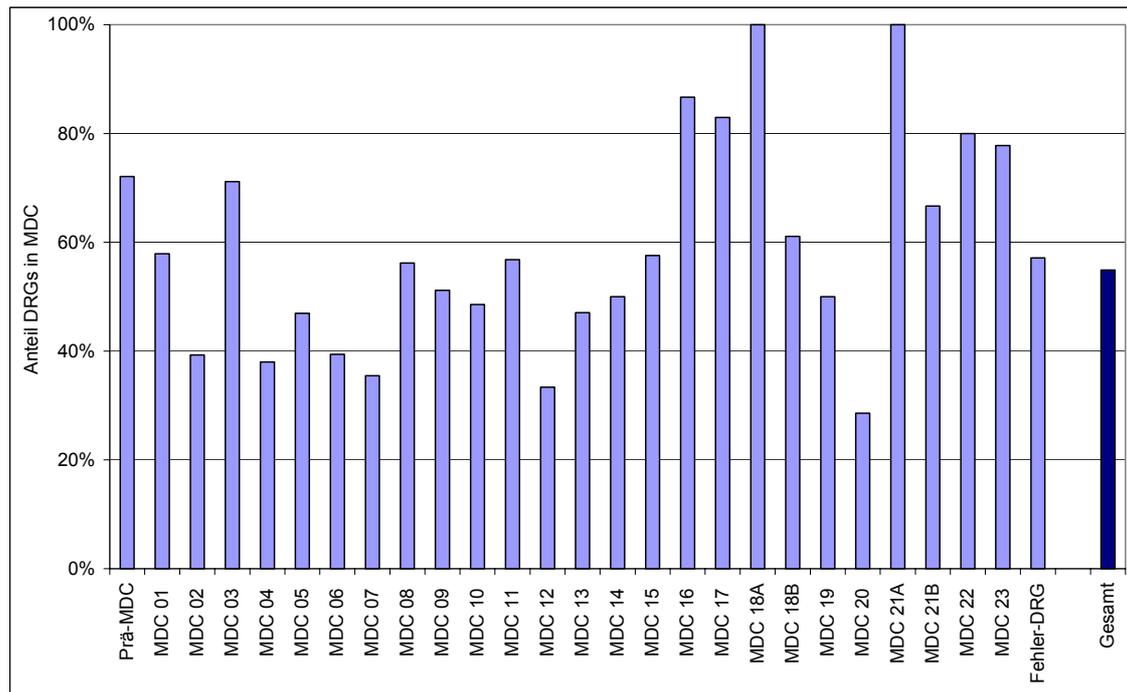


Abbildung 11: Anteil der bezüglich des Mann-Whitney-Tests nicht signifikanten DRGs je MDC hinsichtlich Verweildauerverteilung, Inlier, Daten des Jahres 2005

Wichtig im Kontext der obigen Signifikanzprüfung ist die Tatsache, dass bei hohen Fallzahlen schon geringe Abweichungen ausschlaggebend dafür sein können, dass signifikante Unterschiede auftreten. Die so genannte Teststärke (die Wahrscheinlichkeit, tatsächlich vorhandene Unterschiede durch einen statistischen Test aufdecken zu können) steigt u.a. mit wachsendem Stichprobenumfang.

Analyse der Differenz der Verweildauer-Mittelwerte

Die Differenz der Verweildauer-Mittelwerte fällt für die meisten DRGs nur sehr gering aus: Für 662 der 978 analysierten DRGs (68%) ist diese geringer als +/-0,5 Tage, 930 DRGs (95%) unterscheiden sich um höchstens +/-1 Tag und für 954 DRGs (98%) beträgt diese gerundet höchstens +/-2 Tage.

Die folgende Abbildung 12 verdeutlicht, dass für deutlich mehr als die Hälfte (60%) der mit dem Mann-Whitney-Test als signifikant unterschiedlich eingestuftem DRGs der Unterschied zwischen den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG gerundet 0 Tage beträgt.

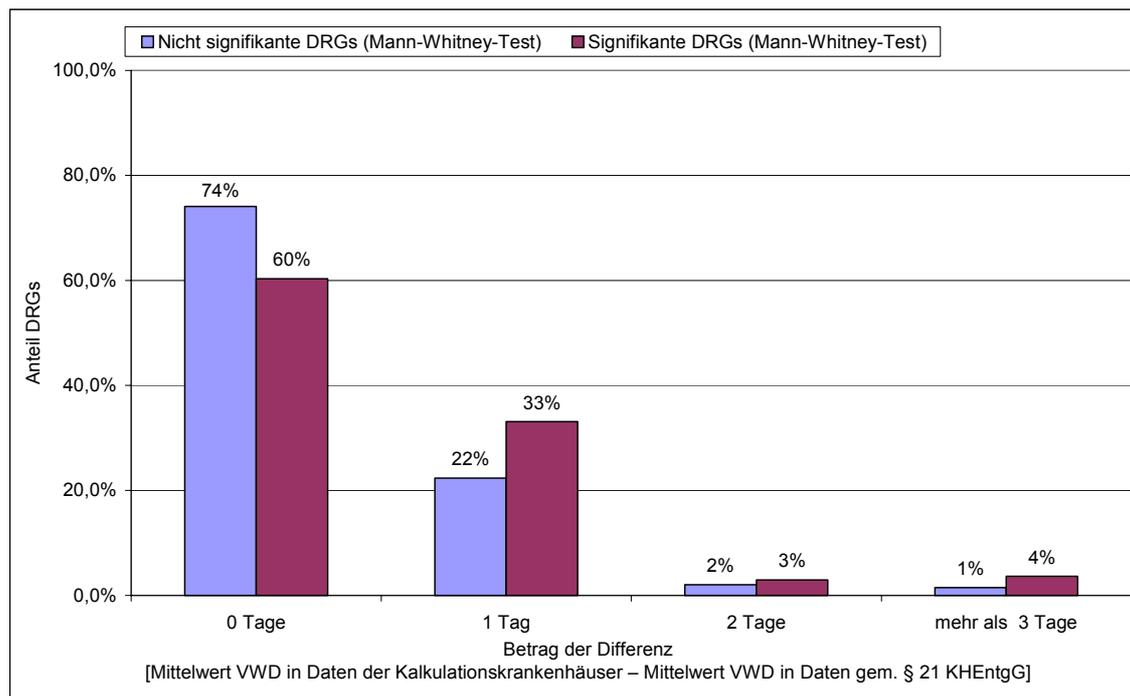


Abbildung 12: Häufigkeitsverteilung der gerundeten absoluten Differenzen der Verweildauer-Mittelwerte (Daten der Kalkulationskrankenhäuser – DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG) für nicht signifikante und signifikante DRGs (bezüglich Mann-Whitney-Test), Inlier, Daten des Jahres 2005

Trotz einer Repräsentativitätsquote von 55% (siehe Abschnitt Prüfung auf Repräsentativität) kann im Hinblick auf die praktische Relevanz der Signifikanzprüfung festgehalten werden, dass von den mit dem Mann-Whitney-Test als signifikant unterschiedlich eingestuftem DRGs in 93% (60% + 33%) der DRGs die gerundete Differenz der Verweildauer-Mittelwerte zwischen den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG höchstens +/-1 Tag beträgt.

Am Beispiel der 21 analysierten DRGs der MDC 12 *Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane* wird im Folgenden der Zusammenhang des Resultats der Repräsentativitätsprüfung mit den tatsächlichen Differenzen der Verweildauer-Mittelwerte exemplarisch erläutert.

In Abbildung 13 stellen die Balken die Differenz zwischen den Verweildauer-Mittelwerten in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und denjenigen in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG dar (linke Skala), nach der auch sortiert wurde. Ein Index gibt die relative Abweichung zwischen den Verweildauer-Mittelwerten wieder (rechte Skala). Eine Referenzlinie für den Indexwert 100 erleichtert den Vergleich. Mit einem Kreis in der Indexlinie markiert sind diejenigen DRGs, für die der Mann-Whitney-Test keine Signifikanz aufzeigte, d.h. die im Sinne der Signifikanzprüfung als repräsentativ einzustufen sind.

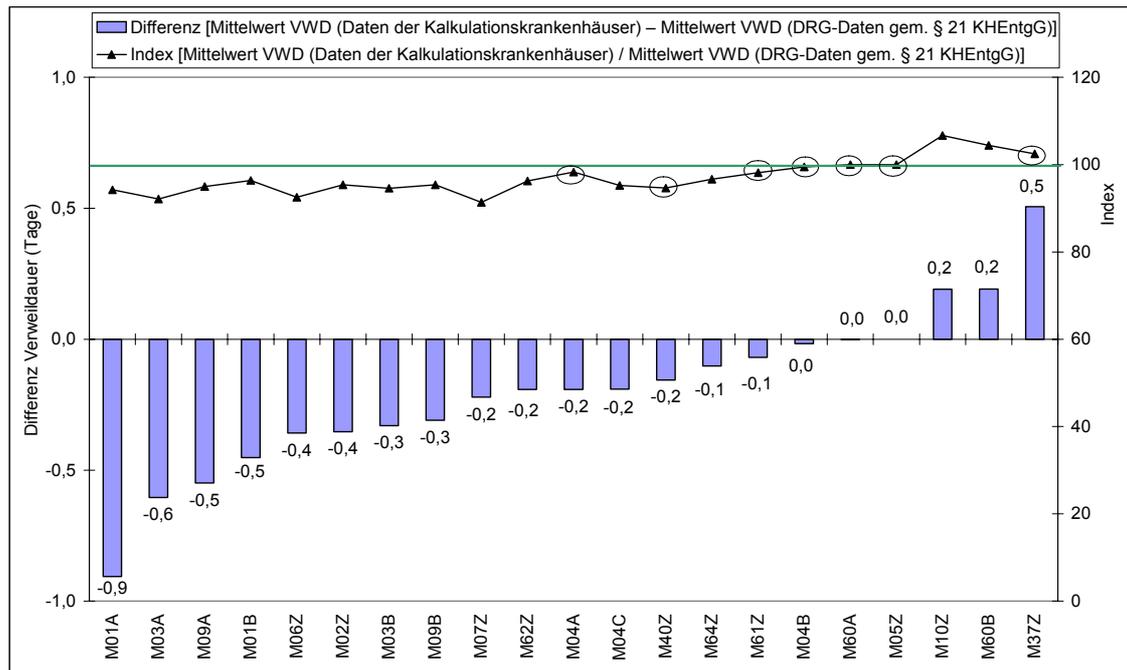


Abbildung 13: Differenzen der Verweildauer-Mittelwerte für DRGs der MDC 12, sortiert nach Differenz, Inlier, Daten des Jahres 2005

Die Differenzen schwanken insgesamt zwischen -0,9 und +0,5 Tagen. Gerundet ergibt sich für vier DRGs eine Differenz von +/-1 Tag, für die übrigen 17 DRGs ist diese kleiner als +/-0,5 Tage, d.h. gerundet 0 Tage.

Analyse des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer

Ein weiterer Vergleich der Verweildauerverteilungen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG kann durch die Analyse des Streuungsverhaltens der Verweildauer erzielt werden. Dazu kann der Homogenitätskoeffizient der Verweildauer verwendet werden.

Teilt man die DRGs auf Basis der Inlier bezüglich des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer in Klassen ein, so ergibt sich die in Abbildung 14 dargestellte empirische Häufigkeitsverteilung der Homogenitätsklassen. Die Häufigkeitsverteilungen der Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG sind nahezu identisch.

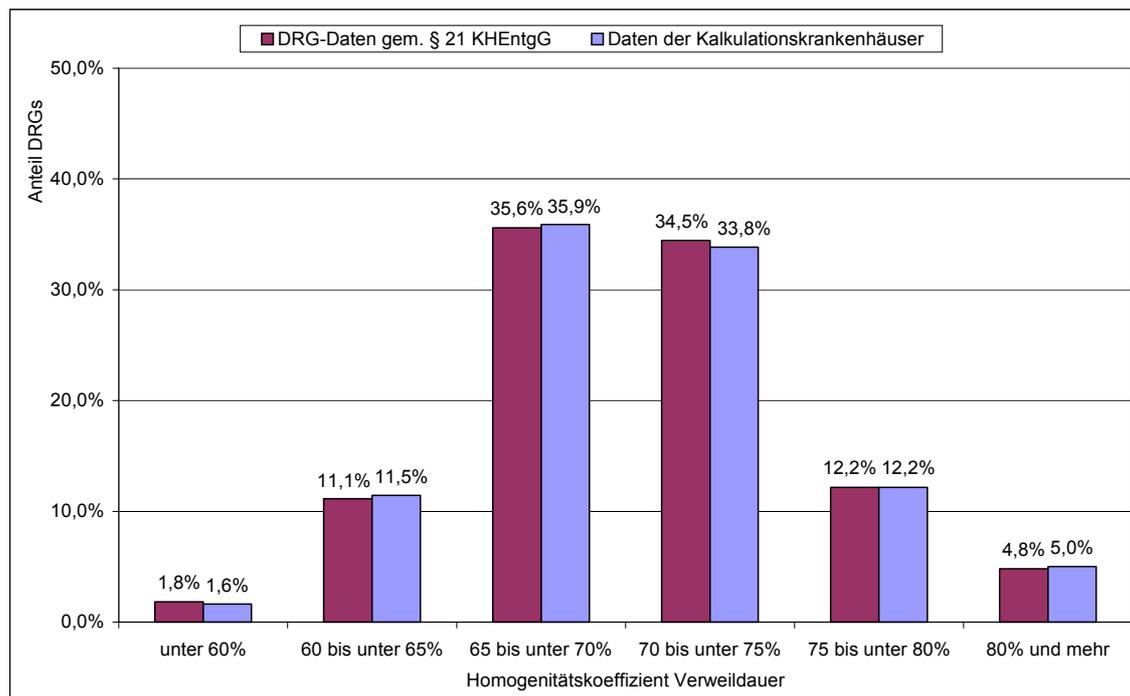


Abbildung 14: Häufigkeitsverteilung der Verweildauer-Homogenitätskoeffizientenklassen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG, Inlier, Daten des Jahres 2005

Die Beschreibung der Relation der Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Kalkulationskrankenhäuser und der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG mit einem Index liefert folgendes Bild:

Für 956 von 978 DRGs (98%) liegt der Index zwischen 95 und 105, d.h. die relative Abweichung zwischen den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG beträgt höchstens +/-5%. Eine Abweichung von höchstens +/- 2,5% liegt bei 855 DRGs (87% von 978 DRGs) vor.

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

Fazit

1. Die empirischen Verweildauerverteilungen folgen erwartungsgemäß nur in geringem Umfang einer Normal- bzw. einer Lognormalverteilung.
2. Die Analyse der Verweildauer, die hilfsweise als Parameter für die Repräsentativitätsprüfung der Kostenhomogenität herangezogen wurde, ergab für den überwiegenden Teil der analysierten 978 DRGs eine sehr geringe Differenz zwischen den Mittelwerten der Verweildauern in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG.
3. Die Analyse des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer, welcher stärker auf die Streuung und damit auf die Homogenität der Verteilungen fokussiert, zeigt keine bedeutungsvolle Auffälligkeit zwischen den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG.

4. Die Homogenitätskoeffizienten der Verweildauern der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG zeigen unter Berücksichtigung der Abweichung des Verweildauer-Mittelwerts in den beiden Daten-
gruppen, dass
 - a) die Plausibilitätsprüfungen keine so genannte „Pseudo-Homogenität“ in den der Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation zugrunde liegenden Daten erzeugt haben und
 - b) die für die Bewertung der Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation zugrunde gelegten Streuungsmaße mindestens zulässige Entscheidungsgrundlage für die Abbildung der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG sein konnten.

Das auf Basis der Daten der Kalkulationskrankenhäuser weiterentwickelte G-DRG-System 2007 bildet somit die DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG im Hinblick auf die Kosten- und Verweildauerhomogenität gut ab.

4 Perspektiven der Weiterentwicklung

Durch den aktiven Einsatz des G-DRG-Systems im Abrechnungsverkehr zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen sammeln alle Beteiligten Systemerfahrungen und gewinnen daraus Erkenntnisse, die im Sinne eines lernenden Systems konstruktiv für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems genutzt werden. Darüber hinaus werden durch zahlreiche Anwendungen der veröffentlichten DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG insbesondere im wissenschaftlichen und krankenhauplanerischen Bereich weitere Erkenntnisse geschaffen, die ebenfalls bei der Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems Berücksichtigung finden. Bereits jetzt bekannte Anhaltspunkte für die zukünftige Weiterentwicklung des G-DRG-Systems werden im Folgenden kurz angesprochen.

Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung

Bei der Kalkulation des Katalogs 2007 standen erneut mehr Datensätze im Vergleich zum Vorjahr als Kalkulationsgrundlage zur Verfügung. Aufgrund verbesserter Plausibilitätsprüfungen konnten bei gleichzeitiger Anhebung der Kalkulationsbedingungen 64 DRGs für die belegärztliche Versorgung eigenständig kalkuliert werden. Der weitere Ausbau der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen für die belegärztliche Versorgung ist ein Baustein für die Weiterentwicklung des kommenden Jahres.

Datenerhebung/Plausibilitätsprüfungen

Die Weiterentwicklung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen reflektiert einerseits die sich jährlich erhöhenden Kalkulationsanforderungen und andererseits die Verbesserungen der Kostenrechnung in den Kalkulationskrankenhäusern. Die Ergebnisse der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen der diesjährigen Kalkulationsrunde zeigen Leistungsreserven für zukünftige Verbesserungen der Datenqualität auf. Beispielsweise bietet der krankenhausergreifende Anteil der Konformitätsprüfungen noch Erweiterungspotential. Die bevorstehenden Änderungen in der Kalkulationsmethodik und das Verbesserungspotential in der Datenqualität aufgreifend werden die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen in den kommenden Kalkulationsrunden kontinuierlich weiterentwickelt. Gleichzeitig wird durch eine Fortschreibung der Fehlerprüfungen im (technischen) Fehlerverfahren der DRG-Datenstelle die Datenqualität der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG in der Vollerhebung der Leistungsdaten angehoben.

Kalkulationsmethodik

Die Kostenverteilung der nicht medizinischen Infrastrukturkosten durfte bislang nach drei unterschiedlichen Verfahren erfolgen. Dies erschwert die Vergleichbarkeit der Kalkulationsergebnisse auf Fallebene in einer Weise, dass mit Beginn des Datenjahres 2006 nur noch das Verfahren der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung zugelassen wird. Gleichzeitig werden nicht verursachungsgerechte Schlüssel im Rahmen der Kostenträgerrechnung von der Verwendung ausgeschlossen. Im Bereich der Personalkostenverrechnung wird eine mehrstufige Weiterentwicklung der Kalkulationsmethodik vorgesehen. Zunächst werden beginnend mit dem Datenjahr 2006 detaillierte Abfragen zu den Kalkulationsgrundlagen der Verrechnung der Personalkosten für den ärztlichen Dienst und den Pflegedienst durchgeführt. Auf Basis von Tiefenanalysen werden anschließend konkretere Vorgaben für die Personalkostenverrechnung verpflichtend in die Kalkulationsmethodik integriert. Die oben genannten Anpassungen der Kalkulationsmethodik verfolgen den konsequenten Weg einer kontinuierlichen Weiterentwick-

lung hin zu strikten Kalkulationsvorgaben. Dabei ist die Weiterentwicklungsgeschwindigkeit so ausgestaltet, dass die Anforderungen zwar spürbar ansteigen, gleichzeitig aber kein unüberbrückbares Kalkulationshindernis für eine nennenswerte Zahl von (potentiellen) Kalkulationskrankenhäusern entsteht.

Anhang

Tabelle A-1:

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

DRG	DRG-Text
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A01B	Lebertransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 Stunden oder mit Transplantatabstoßung
A01C	Lebertransplantation ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung
A02A	Transplantation von Niere und Pankreas mit Transplantatabstoßung
A02B	Transplantation von Niere und Pankreas ohne Transplantatabstoßung
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A03B	Lungentransplantation mit Beatmung > 47 und < 180 Stunden
A03C	Lungentransplantation ohne Beatmung > 47 Stunden
A04A	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit In-vitro-Aufbereitung, HLA-verschieden
A04B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit In-vitro-Aufbereitung, HLA-identisch
A04C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, ohne In-vitro-Aufbereitung, außer bei Plasmozytom, HLA-verschieden
A04D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, ohne In-vitro-Aufbereitung, außer bei Plasmozytom, HLA-identisch
A04E	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, ohne In-vitro-Aufbereitung, bei Plasmozytom
A05A	Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder Alter < 16 Jahre
A05B	Herztransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden, Alter > 15 Jahre
A06A	Beatmung > 1.799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 3.680 Aufwandspunkte
A06B	Beatmung > 1.799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 3.680 Punkte oder Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
A07A	Beatmung > 999 und < 1.800 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, mit hochkomplexem oder dreizeitigem komplexen Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 3.680 Aufwandspunkte
A07B	Beatmung > 999 und < 1.800 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, mit Polytrauma oder komplizierenden Prozeduren oder Alter < 16 Jahre oder ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter < 16 Jahre
A07C	Beatmung > 999 und < 1.800 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne komplizierende Prozeduren, Alter > 15 Jahre oder ohne komplexe OR-Prozedur oder Polytrauma, Alter > 15 Jahre, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2.208 Punkte
A09A	Beatmung > 499 und < 1.000 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und hochkomplexem Eingriff oder Alter < 16 Jahre oder ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, mit angeborener Fehlbildung oder Tumorerkrankung, Alter < 3 Jahre
A09B	Beatmung > 499 und < 1.000 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit sehr komplexem Eingriff oder komplizierenden Prozeduren
A09C	Beatmung > 499 und < 1.000 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Prozeduren, ohne sehr komplexen Eingriff
A09D	Beatmung > 499 und < 1.000 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne angeborene Fehlbildung oder Tumorerkrankung, Alter < 3 Jahre, mit komplizierenden Prozeduren oder Alter < 16 Jahre
A09E	Beatmung > 499 und < 1.000 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne angeborene Fehlbildung oder Tumorerkrankung, Alter < 3 Jahre, ohne komplizierende Prozeduren, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1.656 Punkte
A11A	Beatmung > 249 und < 500 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1656 Punkte, oder ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Proz., mit int. Komp.beh. > 1.656 P.
A11B	Beatmung > 249 und < 500 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, mit komplizierenden Prozeduren oder sehr komplexem Eingriff, oder ohne komplexe OR-Prozedur, mit Tumorerkrankung oder angeborener Fehlbildung, Alter < 3 Jahre
A11C	Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Tumorerkrankung oder angeborene Fehlbildung, Alter < 3 Jahre, mit bestimmter OR-Prozedur und komplizierenden Prozeduren, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1.656 Punkte

DRG	DRG-Text
A11D	Beatmung > 249 und < 500 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1.656 Punkte, ohne komplizierende Prozeduren
A11E	Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur oder komplizierenden Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1.104 Aufwandspunkte oder Alter < 6 Jahre
A13A	Beatmung > 95 und < 250 Stunden mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1.104 Punkte oder mit bestimmter OR-Prozedur und komplizierenden Prozeduren, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1.104 Punkte
A13B	Beatmung > 95 und < 250 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1.104 Aufwandspunkte, mit komplizierenden Prozeduren oder sehr komplexem Eingriff
A13C	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur und komplizierenden Prozeduren, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1.104 Aufwandspunkte
A13D	Beatmung > 95 und < 250 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1.104 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Prozeduren
A13E	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur oder komplizierenden Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 552 Punkte oder Alter < 16 Jahre
A15A	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Neubildung unsicheren Verhaltens, Lymphom oder bösartiger Neubildung von Hoden und Ovar, Alter < 18 Jahre, mit In-vitro-Aufbereitung
A15B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Neubildung unsicheren Verhaltens, Lymphom oder bösartiger Neubildung von Hoden und Ovar, Alter < 16 Jahre, oder mit In-vitro-Aufbereitung oder Alter < 18 Jahre
A15C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Neubildung unsicheren Verhaltens, Lymphom oder bösartiger Neubildung von Hoden und Ovar, Alter > 17 Jahre, ohne In-vitro-Aufbereitung
A15D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Neubildung unsicheren Verhaltens, Lymphom oder bösartiger Neubildung von Hoden und Ovar, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
A15E	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion
A42A	Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie
A42B	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
A60B	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag
B01Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation oder andere aufwendige Operation am Nervensystem mit Beatmung > 95 Stunden, mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen
B02B	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation od. andere aufwendige Operation am Nervensystem mit Beatmung > 95 Std., ohne Strahlenth. mehr als 8 Bestrahl., Alter < 6 J. od. < 18 J. mit großem intrakran. Eingr., m. äußerst schw. CC od. Beatm. > 95 Std.
B02C	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation oder andere aufwendige Operation am Nervensystem mit Beatmung > 95 Stunden, mit Strahlentherapie, weniger als 9 Bestrahlungen
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation oder andere aufwendige Operation am Nervensystem mit Beatmung > 95 Stunden, ohne Strahlentherapie, mit komplizierenden Prozeduren oder großem intrakran. Eingr. ohne äußerst schw. CC, ohne Beatmung > 95 Std.
B02E	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation oder andere aufwendige Operation am Nervensystem mit Beatmung > 95 Stunden, ohne Strahlentherapie, Alter > 5 Jahre, ohne großen intrakraniellen Eingriff, ohne komplizierende Prozeduren

DRG	DRG-Text
B03Z	Operative Eingriffe bei nicht akuter Para- / Tetraplegie oder Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung od. mit äußerst schweren oder schw. CC oder Eingriffe b. zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie mit äußerst schw. CC
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen
B16Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, weniger als 11 Bestrahlungen
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1.656 Aufwandspunkte oder > 1.104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1.104 Aufwandspunkte und < 1.657 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 552 Aufwandspunkte und < 1.105 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
C02A	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita bei bösartiger Neubildung und Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE), Amnionmembranaufnäher, oder Alter < 16 Jahre
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne Amnionmembranaufnäher, Alter > 15 Jahre
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC
D18Z	Strahlentherapie mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen

DRG	DRG-Text
D20A	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, Alter > 70 Jahre oder mit äußerst schweren CC
D20B	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, Alter < 71 Jahre, ohne äußerst schwere CC
D25B	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung
D33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
D35Z	Eingriffe an Nase und Nasennebenhöhlen bei bösartiger Neubildung
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC
D60B	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
E08A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden
E09Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen
E36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1.104 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 und < 1.105 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre
F03Z	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierenden Prozeduren
F04Z	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Dreifacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie
F05Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder intraoperativer Ablation, mit komplizierenden Prozeduren oder Karotiseingriff oder bestimmte Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie

DRG	DRG-Text
F06Z	Koronare Bypass-Operation ohne invasive kardiologische Diagnostik, mit komplizierenden Prozeduren oder Karotiseingriff, oder mit Reoperation oder Infarkt, mit intraoperativer Ablation
F07Z	Andere Eingriffe mit HerzLungenMaschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierenden Prozeduren oder komplexer Operation oder anderer Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 16 Jahre
F11A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Zweifacheingriff oder bei angeborenem Herzfehler und mit Reoperation, invasiver Diagnostik oder intraoperativer Ablation
F11B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Zweifacheingriff oder bei angeborenem Herzfehler oder mit Reoperation, invasiver Diagnostik oder intraoperativer Ablation
F13A	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen
F16Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik, ohne komplizierende Prozeduren, ohne Karotiseingriff, mit Reoperation, Infarkt oder intraoperativer Ablation
F22Z	Anderer Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 15 Jahre
F23Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder intraoperativer Ablation, ohne komplizierende Prozeduren, ohne Karotiseingriff, ohne Reoperation, ohne Infarkt
F30Z	Operation bei komplexem angeborenen Herzfehler
F31Z	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Prozeduren, ohne komplexe Operation
F32Z	Koronare Bypass-Operation ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne komplizierende Prozeduren, ohne Karotiseingriff, ohne intraoperative Ablation
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1.104 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit bestimmter OR-Prozedur
F36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte und < 1.105 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit bestimmter OR-Prozedur
F53A	Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierenden Prozeduren oder Karotiseingriff
F53B	Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Prozeduren, ohne Karotiseingriff

DRG	DRG-Text
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, mit äußerst schweren CC
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, ohne äußerst schwere CC
G29A	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
G29B	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC
G36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1.104 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
H01Z	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shunt-Operationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie
H09A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shunt-Operationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
H16Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I32A	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit mehrzeitigem komplexen oder mäßig komplexen Eingriff
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 8 Bestrahlungen
I54Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 9 Bestrahlungen
J16Z	Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen

DRG	DRG-Text
J18Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre oder mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Hautulkus bei Para- / Tetraplegie
K03Z	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriffe an der Hypophyse
K15A	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, außer Radiojodtherapie
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit hoch komplexer Radiojodtherapie
K15C	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie
K15D	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
L03Z	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder außer bei Neubildung, mit äußerst schweren CC
L12Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder Hämolytisch-urämisches Syndrom
M10Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
N16Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane

DRG	DRG-Text
O01A	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen
O01B	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen mit Beatmung > 143 Stunden
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Beatmung > 143 Stunden
P03A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1.000 – 1.499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 479 Stunden
P03B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1.000 – 1.499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 und < 480 Stunden
P03C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1.000 – 1.499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne Beatmung > 120 Stunden oder ohne mehrere schwere Probleme
P04A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1.500 – 1.999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 240 Stunden
P04B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1.500 – 1.999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 240 Stunden
P04C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1.500 – 1.999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme
P05A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2.000 – 2.499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden
P05B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2.000 – 2.499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden

DRG	DRG-Text
P05C	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 2.000 – 2.499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme
P06A	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht > 2.499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden
P06B	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht > 2.499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden
P06C	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht > 2.499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden
P60C	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt, ohne Beatmung > 24 Stunden (Mindestverweildauer 24 Stunden für das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfindet)
P61A	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61B	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61C	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 600 – 749 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61D	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 600 – 749 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61E	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P62A	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 750 – 874 g mit signifikanter OR-Prozedur
P62B	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 750 – 874 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62C	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 875 – 999 g mit signifikanter OR-Prozedur
P62D	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 875 – 999 g ohne signifikante OR-Prozedur

DRG	DRG-Text
P62E	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P63Z	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1.000 – 1.249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden
P64Z	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1.250 – 1.499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden
P65A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1.500 – 1.999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen
P65B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1.500 – 1.999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem
P66A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2.000 – 2.499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen
P66B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2.000 – 2.499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2.499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen
P67B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2.499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem
R01A	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur
R01B	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R03Z	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC, oder mit bestimmter OR-Prozedur mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
R04A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC
R04B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderer OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur
R13Z	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC
R14Z	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Therapie mit offenen Nukliden bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als ein Belegungstag
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R60A	Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation
R60C	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC oder mit mäßig komplexer Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation
R60D	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie ohne komplizierende Diagnose, Dialyse oder Portimplant., ohne äußerst schwere CC oder mit mäßig komplexer Chemoth. mit äußerst schweren CC oder mit Dialyse oder äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
R60E	Akute myeloische Leukämie mit Dialyse oder äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
R60F	Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC oder mit lokaler Chemotherapie

DRG	DRG-Text
R60G	Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Sepsis
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, mit Agranulozytose oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC
R61D	Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Dialyse
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, mit Agranulozytose oder Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
R61H	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer Diagnose oder Osteolysen, Alter > 15 Jahre
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation
R63A	Andere akute Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC
R63B	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation
R63C	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation
R63D	Andere akute Leukämie mit intensiver oder mäßig komplexer Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC
R63E	Andere akute Leukämie mit lokaler Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC
R63F	Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit komplizierender Diagnose oder Portimplantation
R63G	Andere akute Leukämie mit Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC oder ohne Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Portimplantation
R65B	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit
S63A	Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC
S64Z	Andere HIV-Krankheit
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit mit Herzinfarkt oder chronisch ischämischer Herzkrankheit oder äußerst schweren CC
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, ohne chronisch ischämische Herzkrankheit, ohne äußerst schwere CC
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit komplexer OR-Prozedur oder mit komplizierenden Prozeduren oder bei Zustand nach Organtransplantation
T33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei infektiösen und parasitären Krankheiten
T60B	Sepsis mit komplizierenden Prozeduren oder bei Zustand nach Organtransplantation, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre oder ohne komplizierende Prozeduren, außer bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation
W01B	Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie, ohne Frührehabilitation, mit Beatmung > 263 Stunden
W01C	Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie, ohne Frührehabilitation, ohne Beatmung > 263 Stunden
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1.104 Aufwandspunkte bei Polytrauma
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten

Tabelle A-2:

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

DRG	DRG-Text
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie
B80Z	Andere Kopfverletzungen
C07Z	Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) und andere Eingriffe an der Retina
C08B	Extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE)
C17Z	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie und andere komplexe Prozeduren ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE)
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung
D30A	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schw. CC, mit aufwändigem Eingr. oder Eingr. an Mundhöhle u. Mund außer bei bösart. Neub. ohne Mundboden- oder Vestib.plastik, Alter < 3 J.
D30B	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase
D61A	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) mit Hörverlust oder Tinnitus
D62Z	Epistaxis oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre
D66Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals
G24Z	Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien und anderen Hernien, Alter > 0 Jahre oder beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 0 Jahre und < 56 Jahre oder Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre

DRG	DRG-Text
G25Z	Eingriffe bei Leisten und Schenkelhernien, Alter > 0 Jahre oder Eingriffe bei Hernien, Alter < 1 Jahr
I16Z	Andere Eingriffe am Schultergelenk
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre
I20E	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, ohne schweren Weichteilschaden, Alter > 15 Jahre
I24Z	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm
I27C	Eingriffe am Weichteilgewebe ohne äußerst schwere oder schwere CC
I30Z	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk
I44B	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff
I56A	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit mäßig komplexem Eingriff
I59Z	Andere Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk oder mäßig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm
I68C	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, Alter > 55 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose oder andere Frakturen am Femur
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, Alter < 56 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung
J24D	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff
J25Z	Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC
L06B	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
L17Z	Andere Eingriffe an der Urethra
L20Z	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL)
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre
L64A	Harnsteine und Harnwegsobstruktion, Alter > 75 Jahre oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder Urethrastraktur, andere leichte bis moderate Erkr. der Harnorgane, mehr als ein Beleg.tag oder Beschw. und Symptome der Harnorgane oder Urethrozystoskopie
L64B	Harnsteine und Harnwegsobstruktion, Alter < 76 Jahre und ohne äußerst schwere oder schwere CC
L68Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane
M01B	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC
M02Z	Transurethrale Prostataresektion
M04C	Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre
M09B	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane
N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexem Eingriff
N05B	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
N07Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose
N09Z	Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne äußerst schwere CC
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation
N14Z	Hysterektomie mit Beckenbodenplastik außer bei bösartiger Neubildung oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
N21Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff
N23Z	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
N25Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose oder diagnostische Laparoskopie
O01E	Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne komplexe Diagnose
O01F	Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne komplexe Diagnose
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose
O62Z	Drohender Abort
O64B	Frustrane Wehen, ein Belegungstag
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC
P66D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2.000 – 2.499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem
P67C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2.499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag
P67D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2.499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne anderes Problem oder ohne schweres Problem, ein Belegungstag

Tabelle A-3:

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

ICD 2005	ICD-Text	Status
Q25.5	Atresie der A. pulmonalis	Aufnahme
Q25.7	Sonstige angeborene Fehlbildungen der A. pulmonalis	Aufnahme
Q39.4	Ösophagusmembran	Aufnahme
Q41.0	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Duodenum	Aufnahme
Q42.0	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Rektums mit Fistel	Aufnahme
Q42.8	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose sonstiger Teile des Dickdarmes	Aufnahme
Q42.9	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Dickdarmes, Teil nicht näher bezeichnet	Aufnahme
Q43.1	Hirschsprung-Krankheit	Aufnahme
Q44.4	Choledochuszyste	Aufnahme
Q44.5	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Gallengänge	Aufnahme
U80.2	Enterococcus faecalis mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika, Oxazolidinone, oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz	Aufnahme
U80.4	Escherichia, Klebsiella und Proteus mit Resistenz gegen Chinolone, Carbapeneme, Amikacin, oder mit nachgewiesener Resistenz gegen alle Beta-Lactam-Antibiotika [ESBL-Resistenz]	Aufnahme
U82	Mykobakterien mit Resistenz gegen Antituberkulotika (Erststrangmedikamente)	Aufnahme
U83	Candida mit Resistenz gegen Fluconazol oder Voriconazol	Aufnahme
U85	Humanes Immundefizienz-Virus mit Resistenz gegen Virustatika oder Proteinaseinhibitoren	Aufnahme
Q05.0	Zervikale Spina bifida mit Hydrozephalus	Aufwertung
Q05.1	Thorakale Spina bifida mit Hydrozephalus	Aufwertung
Q05.7	Lumbale Spina bifida ohne Hydrozephalus	Aufwertung
Q20.2	Linker Doppelausstromventrikel [Double outlet left ventricle]	Aufwertung
Q20.4	Doppeleinstromventrikel [Double inlet ventricle]	Aufwertung

ICD 2005	ICD-Text	Status
Q20.5	Diskordante atrioventrikuläre Verbindung	Aufwertung
Q21.3	Fallot-Tetralogie	Aufwertung
Q22.5	Ebstein-Anomalie	Aufwertung
Q22.6	Hypoplastisches Rechtsherzsyndrom	Aufwertung
Q23.0	Angeborene Aortenklappenstenose	Aufwertung
Q24.2	Cor triatriatum	Aufwertung
Q24.6	Angeborener Herzblock	Aufwertung
Q25.1	Koarktation der Aorta	Aufwertung
Q25.2	Atresie der Aorta	Aufwertung
Q33.0	Angeborene Zystenlunge	Aufwertung
Q33.2	Lungensequestration (angeboren)	Aufwertung
Q33.3	Agenesie der Lunge	Aufwertung
Q33.4	Angeborene Bronchiektasie	Aufwertung
Q33.6	Hypoplasie und Dysplasie der Lunge	Aufwertung
D63.8	Anämie bei sonstigen chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten	Streichung
E05.8	Sonstige Hyperthyreose	Streichung
E05.9	Hyperthyreose, nicht näher bezeichnet	Streichung
E87.2	Azidose	Streichung
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	Streichung
H66.1	Chronische mesotympanale eitrige Otitis media	Streichung
H66.2	Chronische epitympanale Otitis media	Streichung
H66.3	Sonstige chronische eitrige Otitis media	Streichung
I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	Streichung
I20.9	Angina pectoris, nicht näher bezeichnet	Streichung
I34.0	Mitralklappeninsuffizienz	Streichung
I34.88	Sonstige nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten	Streichung
I35.1	Aortenklappeninsuffizienz	Streichung
I35.8	Sonstige Aortenklappenkrankheiten	Streichung
I50.11	Linksherzinsuffizienz: Ohne Beschwerden	Streichung
I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	Streichung
I50.19	Linksherzinsuffizienz: Nicht näher bezeichnet	Streichung

ICD 2005	ICD-Text	Status
I50.9	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet	Streichung
I69.4	Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	Streichung
I69.8	Folgen sonstiger und nicht näher bezeichneter zerebrovaskulärer Krankheiten	Streichung
J44.82	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenerkrankung: FEV1 \geq 50 % des Sollwertes	Streichung
J44.89	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenerkrankung: FEV1 nicht näher bezeichnet	Streichung
J44.90	Chronische obstruktive Lungenerkrankung, nicht näher bezeichnet: FEV1 $<$ 35 % des Sollwertes	Streichung
J44.91	Chronische obstruktive Lungenerkrankung, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 35 % und $<$ 50 % des Sollwertes	Streichung
J44.92	Chronische obstruktive Lungenerkrankung, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 50 % des Sollwertes	Streichung
J44.99	Chronische obstruktive Lungenerkrankung, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	Streichung
L98.4	Chronisches Ulkus der Haut, anderenorts nicht klassifiziert	Streichung
M50.1	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie	Streichung
E87.7	Flüssigkeitsüberschuss	Abwertung
I34.2	Nicht rheumatische Mitralklappenstenose	Abwertung
I34.80	Nicht rheumatische Mitralklappenstenose mit Mitralklappeninsuffizienz	Abwertung
N18.89	Chronische nicht terminale Niereninsuffizienz, Stadium nicht näher bezeichnet	Abwertung
N18.9	Chronische Niereninsuffizienz, nicht näher bezeichnet	Abwertung
N39.3	Stressinkontinenz	Abwertung
N39.40	Reflexinkontinenz	Abwertung
N39.48	Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz	Abwertung
R15	Stuhlinkontinenz	Abwertung
R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	Abwertung
R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	Abwertung
R47.0	Dysphasie und Aphasie	Abwertung
R47.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Sprech- und Sprachstörungen	Abwertung

ICD 2005	ICD-Text	Status
R56.0	Fieberkrämpfe	Abwertung
R56.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe	Abwertung
R63.3	Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung	Abwertung
R64	Kachexie	Abwertung

Tabelle A-4-1:

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

DRG	DRG-Text
961Z	Unzulässige Hauptdiagnose
963Z	Neonatale Diagnose unvereinbar mit Alter oder Gewicht
A01B	Lebertransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 Stunden oder mit Transplantatabstoßung
A03B	Lungentransplantation mit Beatmung > 47 und < 180 Stunden
A04B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit In-vitro-Aufbereitung, HLA-identisch
A05A	Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder Alter < 16 Jahre
A06B	Beatmung > 1.799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 3.680 Punkte oder Alter < 16 Jahre
A09B	Beatmung > 499 und < 1.000 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit sehr komplexem Eingriff oder komplizierenden Prozeduren
A09C	Beatmung > 499 und < 1.000 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Prozeduren, ohne sehr komplexen Eingriff
A11C	Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Tumorerkrankung oder angeborene Fehlbildung, Alter < 3 Jahre, mit bestimmter OR-Prozedur und komplizierenden Prozeduren, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1.656 Punkte
A15D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Neubildung unsicheren Verhaltens, Lymphom oder bösartiger Neubildung von Hoden und Ovar, Alter > 15 Jahre
A15E	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre
A42A	Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie
A60B	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
B04C	Interventionelle Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC
B17B	Eingriffe an periph. Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensyst. ohne äußerst schw. CC, ohne kompliz. Diag. oder Ingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie ohne äußerst schw. oder schw. CC, Alter > 18 J., mit komplexem Ingr.
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter < 16 Jahre
B20C	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter < 3 Jahre
B42A	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B47Z	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B60A	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag
B64Z	Delirium ohne äußerst schwere CC
B66B	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre
B67A	Degenerative Krankheiten des Nervensystems außer Morbus Parkinson mit äußerst schweren oder schweren CC, mit komplexer Diagnose
B67B	Degenerative Krankheiten des Nervensystems bei Morbus Parkinson mit äußerst schweren oder schweren CC
B67D	Degenerative Krankheiten des Nervensystems außer Morbus Parkinson, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer Diagnose oder zerebrale Lähmungen
B68A	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag
B70G	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme
B70H	Apoplexie, ein Belegungstag
B72B	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter < 81 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC
B73Z	Virusmeningitis
B76B	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplizierender Diagnose, Alter < 3 Jahre

DRG	DRG-Text
B76D	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schweren CC, Alter < 3 Jahre
B76H	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, ohne EEG, Alter > 5 Jahre
B77Z	Kopfschmerzen
B79Z	Schädelfrakturen
C02B	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita außer bei bösartiger Neubildung
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), ohne Amnionmembranaufnäher, Alter > 15 Jahre
C61Z	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges
C64Z	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D12A	Andere aufwendige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D29Z	Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase
D39Z	Andere Eingriffe an der Nase
D60B	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
D61A	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) mit Hörverlust oder Tinnitus
D67Z	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle ohne Zahnextraktion und -wiederherstellung
E08A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden
E40A	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mit äußerst schweren CC oder ARDS, Alter < 16 Jahre
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
E62B	Komplexe Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplizierende Prozeduren, ohne komplexe Diagnose bei Zustand nach Organtransplantation, mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
E69B	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag und Alter > 55 Jahre oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 0 Jahre
E70A	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter < 3 Jahre
E70B	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter > 2 Jahre
E75A	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 10 Jahre
F10Z	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Ein-Kammer-Stimulation
F19B	Andere perkutantransluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC, Alter < 6 Jahre
F27Z	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation
F34B	Andere große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine ohne äußerst schwere CC
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre
F50A	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexem Mappingverfahren mit äußerst schweren CC
F50B	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexem Mappingverfahren ohne äußerst schwere CC
F61B	Infektiöse Endokarditis ohne komplizierende Diagnose
F63B	Venenthrombose ohne äußerst schwere oder schwere CC
F67C	Hypertonie ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 16 Jahre
F69Z	Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC
F72A	Instabile Angina pectoris mit schweren CC
F74Z	Thoraxschmerz
F75C	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, ohne Hautulkus, Alter > 9 Jahre und Alter < 18 Jahre

DRG	DRG-Text
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierenden Prozeduren oder bei bestimmter bösartiger Neubildung
G21A	Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre und ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm oder Enterostoma ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
G22A	Appendektomie bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 10 Jahre
G22B	Appendektomie bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 9 Jahre und Alter < 16 Jahre
G36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1.104 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G64A	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC
G64B	Entzündliche Darmerkrankung, Alter < 18 Jahre oder Alter > 69 Jahre
G64C	Entzündliche Darmerkrankung, Alter > 17 Jahre und Alter < 70 Jahre
G67D	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe oder komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne bestimmte Diagnose, Alter > 0 Jahre und Alter < 3 Jahre
G70Z	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC
G77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
H41B	Komplexe therapeutische ERCP mit schweren CC, ohne photodynamische Therapie, Alter < 3 Jahre
H41C	Komplexe therapeutische ERCP ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne photodynamische Therapie, Alter > 2 Jahre, oder andere ERCP
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung mit akuter Pankreatitis, Alter < 16 Jahre
H63A	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und best. nichtinfekt. Hepatitiden, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose und äußerst schw. oder schw. CC oder mit kompl. Diagnose oder äußerst schw. oder schw. CC, Alter < 1 J.

DRG	DRG-Text
H63B	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 0 Jahre
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
I02B	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit komplizierenden Prozeduren, Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit schwerem Weichteilschaden, mit schweren CC oder großflächig, mit äußerst schweren CC
I06C	Komplexe Wirbelkörperfusion mit Korrektur einer Thoraxdeformität
I14Z	Revision eines Amputationsstumpfes
I18A	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre
I28C	Andere Eingriffe am Bindegewebe
I32E	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne mehrzeitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, außer bei angeborener Anomalie der Hand, mit mäßig komplexem Eingriff, Alter > 5 Jahre
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff
I64A	Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre
I64B	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC oder Alter > 74 Jahre
I73Z	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes
I75B	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne CC oder Entzündungen von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln ohne äußerst schwere oder schwere CC
I76A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC
I77Z	Mäßig schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk

DRG	DRG-Text
J08A	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit komplexer Diagnose, mit zusätzlichem Eingriff an Kopf und Hals oder äußerst schweren CC, mit komplexer Prozedur
J10B	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma außer bei bösartiger Neubildung
J21Z	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit Lymphknotenexzision oder schweren CC
J22B	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne Weichteildeckung
J61B	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre oder mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC
J65B	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, Alter < 71 Jahre, ohne schwere CC
J67A	Leichte bis moderate Hauterkrankungen mit CC
J67B	Leichte bis moderate Hauterkrankungen ohne CC oder Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung
K09B	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, Alter > 6 Jahre, ohne äußerst schwere CC
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, mit hoch komplexer Radiojodtherapie
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen
K40Z	Endoskopische oder diagnostische Eingriffe bei Stoffwechselerkrankungen ohne CC
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 11 Jahre oder Diabetes mellitus mit schweren CC, Alter > 10 Jahre und Alter < 16 Jahre
K60E	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne multiple Komplikationen oder Ketoazidose
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre mit komplexer Diagnose
K64B	Endokrinopathien, Alter < 6 Jahre mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC
L02C	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre, ohne akute Niereninsuffizienz, ohne chronische Niereninsuffizienz mit Dialyse

DRG	DRG-Text
L04A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, Alter < 3 Jahre
L05A	Transurethrale Prostataresektion mit äußerst schweren CC
L05B	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC
L06B	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne äußerst schwere CC
L08Z	Komplexe Eingriffe an der Urethra
L19Z	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL)
L60D	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre
L68Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane
L69C	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere oder schwere CC
L71Z	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse
M03B	Eingriffe am Penis, Alter > 5 Jahre
M09A	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC
M10Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag
N01A	Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie mit äußerst schweren CC
N01C	Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC
N05A	Ovariektomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC
N05B	Ovariektomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
N21Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff

DRG	DRG-Text
N62A	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose
N62B	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne komplexe Diagnose
O01D	Sectio caesarea mit mehreren kompliz. Diagnosen, Schwangerschaftsdauer >33 vo. Wo. oder mit kompliz. Diagnose, Schwangersch.dauer 26 bis 33 vo. Wo. oder mit kompl. Diagn. oder Schwangersch.dauer bis 33 vo. Wo. oder mit kompl. Diagn., ohne äußerst schw. CC
O01E	Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne komplexe Diagnose
O01F	Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne komplexe Diagnose
O02A	Vaginale Entbindung mit komplizierender ORProzedur, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen
O04Z	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur
O05A	Cerclage und Muttermundverschluß
O05B	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft ohne Cerclage, ohne Muttermundverschluß
O06Z	Intrauterine Therapie des Feten
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose
O61Z	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Prozedur
O64A	Frustrane Wehen, mehr als ein Belegungstag
O64B	Frustrane Wehen, ein Belegungstag
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Beatmung > 143 Stunden
P03A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1.000 – 1.499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 479 Stunden

DRG	DRG-Text
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur
P61C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur
P65D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1.500 – 1.999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem
Q03A	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter < 10 Jahre
Q60D	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne CC
Q61A	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, ohne aplastische Anämie, mit äußerst schweren CC
Q61C	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, mit aplastischer Anämie, Alter < 16 Jahre
R11A	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
R60A	Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation
R60E	Akute myeloische Leukämie mit Dialyse oder äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
R60F	Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC oder mit lokaler Chemotherapie
R60G	Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Sepsis
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, mit Agranulozytose oder Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
R63E	Andere akute Leukämie mit lokaler Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC
R63G	Andere akute Leukämie mit Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC oder ohne Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Portimplantation

DRG	DRG-Text
R65A	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
R65B	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit
S63A	Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, ohne chronisch ischämische Herzkrankheit, ohne äußerst schwere CC
T60A	Sepsis mit komplizierenden Prozeduren oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC
T60E	Sepsis ohne komplizierende Prozeduren, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre
T60F	Sepsis, verstorben < 8 Tage nach Aufnahme
T61B	Postoperative und posttraumatische Infektionen ohne komplizierende Prozeduren, ohne komplizierende Diagnose
T62A	Fieber unbekannter Ursache mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre
T62B	Fieber unbekannter Ursache ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 6 Jahre
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation
T63B	Virale Erkrankung bei Infektion mit Zytomegalieviren außer bei Zustand nach Organtransplantation
T63C	Andere virale Erkrankungen
U60Z	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag
U61Z	Schizophrene, wahnhaft und akut psychotische Störungen
V60C	Alkoholintoxikation und -entzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, ohne Qualifizierten Entzug, ohne Entzugssyndrom
V61Z	Drogenintoxikation und -entzug

DRG	DRG-Text
V64Z	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit
W60Z	Polytrauma, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme
X02Z	Gebettransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder Hauttransplantationen bei Verletzungen der Hand
X05Z	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand
X07B	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation eines Fingers oder einer Zehe
Y02B	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation ohne schwere CC, ohne komplizierende Diagnose und ohne Prozedur, Alter < 65 Jahre, ohne Dialyse, ohne Beatmung > 24 Stunden
Z44Z	Multimodale Schmerztherapie bei Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und anderer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

Tabelle A-4-2:

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

DRG	DRG-Text
A04C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, ohne In-vitro-Aufbereitung, außer bei Plasmozytom, HLA-verschieden
A06C	Beatmung > 1.799 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 3.680 Aufwandspunkte, Alter > 15 Jahre
A09D	Beatmung > 499 und < 1.000 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne angeborene Fehlbildung oder Tumorerkrankung, Alter < 3 Jahre, mit komplizierenden Prozeduren oder Alter < 16 Jahre
A11D	Beatmung > 249 und < 500 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1.656 Punkte, ohne komplizierende Prozeduren
A11E	Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur oder komplizierenden Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1.104 Aufwandspunkte oder Alter < 6 Jahre
A13B	Beatmung > 95 und < 250 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1.104 Aufwandspunkte, mit komplizierenden Prozeduren oder sehr komplexem Eingriff
A13D	Beatmung > 95 und < 250 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1.104 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Prozeduren
A15A	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Neubildung unsicheren Verhaltens, Lymphom oder bösartiger Neubildung von Hoden und Ovar, Alter < 18 Jahre, mit In-vitro-Aufbereitung
A42B	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation oder andere aufwändige Operation am Nervensystem mit Beatmung > 95 Stunden, ohne Strahlentherapie, mit komplizierenden Prozeduren oder großem intrakran. Eingr. ohne äußerst schw. CC, ohne Beatmung > 95 Std.

DRG	DRG-Text
B02E	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation oder andere aufwendige Operation am Nervensystem mit Beatmung > 95 Stunden, ohne Strahlentherapie, Alter > 5 Jahre, ohne großen intrakraniellen Eingriff, ohne komplizierende Prozeduren
B03Z	Operative Eingriffe bei nicht akuter Para- / Tetraplegie oder Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung od. mit äußerst schweren oder schw. CC oder Eingriffe b. zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie mit äußerst schw. CC
B04A	Interventionelle und beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC
B04B	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC und beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC
B04D	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC
B06A	Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, Alter < 19 Jahre oder mit schweren CC, Alter < 16 Jahre
B07Z	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC oder komplizierender Diagnose
B20D	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B39A	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter Prozedur, mehr als 72 Stunden mit komplexem Eingriff
B42B	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B69B	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne äußerst schwere CC
B70D	Apoplexie mit intrakranieller Blutung, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierte intrakranielle Blutung, mehr als ein Belegungstag
B71A	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren oder schweren CC
B76C	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
C02A	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita bei bösartiger Neubildung und Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom
C12Z	Andere Rekonstruktionen der Augenlider
C63Z	Andere Erkrankungen des Auges
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D13Z	Kleine Eingriffe an Nase und Ohr
D15A	Tracheostomie mit äußerst schweren CC
D15B	Tracheostomie ohne äußerst schwere CC
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D36Z	Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen oder sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter < 16 Jahre
D63Z	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter < 3 Jahre
E05A	Andere große Eingriffe am Thorax mit äußerst schweren CC
E05C	Andere große Eingriffe am Thorax ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung
E65B	Chronischobstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, mit FEV1 < 35% oder Alter < 1 Jahr
E69A	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 1 Jahr
E69C	Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter < 1 Jahr und ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
E76C	Tuberkulose bis 14 Belegungstage ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Pneumothorax
F01D	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff

DRG	DRG-Text
F01E	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC
F01F	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff
F01G	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC
F02Z	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Drei-Kammer-Stimulation
F08Z	Große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierenden Prozeduren oder thorakoabdominalem Aneurysma
F14Z	Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe, ohne Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierenden Prozeduren oder Revision oder komplexer Diagnose oder Alter < 3 Jahre
F39A	Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder Ulzeration oder äußerst schweren oder schweren CC
F41A	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt mit äußerst schweren CC
F43C	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, ohne äußerst schwere CC
F46B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Diagnose, Alter > 13 Jahre
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, weniger als 3 Belegungstage oder mehr als 2 Belegungstage ohne äußerst schwere CC, Alter < 15 Jahre
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, Alter > 14 Jahre, ohne komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal
F54Z	Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe, ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Prozeduren, ohne Revision, ohne komplexe Diagnose, Alter > 2 Jahre

DRG	DRG-Text
F57B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Intervention ohne äußerst schwere CC
F58A	Andere perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC
F58B	Andere perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC
F60A	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC oder schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren CC
F62A	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder Reanimation oder komplizierender Diagnose
F63A	Venenthrombose mit äußerst schweren oder schweren CC
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre
G01Z	Eviszeration des kleinen Beckens
G08A	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, mit äußerst schweren CC
G11B	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter > 9 Jahre
G12A	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur
G13Z	Andere Eingriffe an Darm oder Enterostoma mit äußerst schweren CC
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff
G16A	Komplexe Rektumresektion mit Lebermetastasen Chirurgie oder komplizierenden Prozeduren
G21B	Adhäsionslyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre und ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm oder Enterostoma ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
G23C	Appendektomie außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 13 Jahre
G24Z	Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien und anderen Hernien, Alter > 0 Jahre oder beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 0 Jahre und < 56 Jahre oder Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre
H09C	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shunt-Operationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung
I01Z	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose

DRG	DRG-Text
I04Z	Revision oder Ersatz des Kniegelenkes mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse
I06A	Komplexe Wirbelkörperfusion mit äußerst schweren CC oder komplexer Eingriff an der Wirbelsäule, mit Korrektur einer Thoraxdeformität, Alter < 16 Jahre
I06B	Komplexe Wirbelkörperfusion mit äußerst schweren CC oder komplexer Eingriff an der Wirbelsäule, ohne Korrektur einer Thoraxdeformität oder komplexer Eingriff an Kopf / Hals, Alter < 16 Jahre
I09B	Wirbelkörperfusion mit äußerst schweren CC mit anderer Kyphoplastie oder mit schweren CC, ohne andere Kyphoplastie oder mit komplexer Kyphoplastie
I09C	Wirbelkörperfusion ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne schwere CC mit anderer Kyphoplastie
I10B	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff
I12B	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC oder Revision des Kniegelenkes
I20D	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, ohne schweren Weichteilschaden, Alter < 16 Jahre
I22A	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit komplizierenden Prozeduren, Eingriff an mehreren Lokalisationen oder schwerem Weichteilschaden oder großflächig, mit schweren CC
I24Z	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm
I32F	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe
I43B	Prothesenwechsel oder Implantation einer Scharnierprothese oder Sonderprothese am Kniegelenk ohne äußerst schwere CC
I44C	Verschiedene Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente
I47A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesse, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff

DRG	DRG-Text
I66A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Diagnose, mit mehreren komplexen Diagnosen oder mit komplexer Diagnose und Dialyse, mit äußerst schweren CC
I68B	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, Alter > 55 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer Diagnose, ohne Diszitis, ohne infektiöse Spondylopathie
J03B	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung ohne äußerst schwere CC
J04A	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion / Entzündung, Alter > 69 Jahre oder CC
J10A	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma bei bösartiger Neubildung
J11B	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne mäßig komplexe Prozedur
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
J24D	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff
J60Z	Hautulkus
J68Z	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag
K10A	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
K15D	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie
K44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K63B	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre mit komplexer Diagnose
K63C	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre, ohne komplexe Diagnose
M06Z	Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen
M60A	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC
M61Z	Benigne Prostatahyperplasie
N01B	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie mit schweren CC

DRG	DRG-Text
N03A	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung anderer Organe, mit äußerst schweren CC
N11C	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen ohne CC
N14Z	Hysterektomie mit Beckenbodenplastik außer bei bösartiger Neubildung oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
O01B	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose
P06C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2.499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme
P67D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2.499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne anderes Problem oder ohne schweres Problem, ein Belegungstag
Q03B	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter > 9 Jahre
R03Z	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC, oder mit bestimmter OR-Prozedur mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R11C	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur
R13Z	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit mit Herzinfarkt oder chronisch ischämischer Herzkrankheit oder äußerst schweren CC
U63Z	Schwere affektive Störungen

DRG	DRG-Text
U66Z	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen oder psychische Störungen in der Kindheit
W02A	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule mit komplizierenden Prozeduren oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen
W04B	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren ohne komplizierende Prozeduren, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen
W61Z	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers
Y02A	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplizierender Diagnose oder Prozedur oder Alter > 64 Jahre, oder mit Dialyse oder Beatmung > 24 Stunden

Tabelle A-4-3:

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

DRG	DRG-Text
901A	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit komplizierenden Prozeduren oder Strahlentherapie
901B	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Prozeduren, ohne Strahlentherapie, mit komplexer OR-Prozedur
901C	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Prozeduren, ohne Strahlentherapie, ohne komplexe OR-Prozedur, mit anderem Eingriff an Kopf und Wirbelsäule oder Alter < 1 Jahr
901D	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Prozeduren, ohne Strahlentherapie, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne anderen Eingriff an Kopf und Wirbelsäule, Alter > 0 Jahre
902Z	Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A01C	Lebertransplantation ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung
A07C	Beatmung > 999 und < 1.800 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne komplizierende Prozeduren, Alter > 15 Jahre oder ohne komplexe OR-Prozedur oder Polytrauma, Alter > 15 Jahre, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2208 Punkte
A09E	Beatmung > 499 und < 1.000 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne angeborene Fehlbildung oder Tumorerkrankung, Alter < 3 Jahre, ohne komplizierende Prozeduren, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1.656 Punkte
A09F	Beatmung > 499 und < 1.000 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne komplizierende Prozeduren, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1.656 Punkte, Alter > 15 Jahre
A11F	Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Prozeduren, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1.104 Aufwandspunkte, Alter > 5 Jahre
A13C	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur und komplizierenden Prozeduren, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1.104 Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
A13E	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur oder komplizierenden Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 552 Punkte oder Alter < 16 Jahre
A13F	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Prozeduren, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Punkte, Alter > 15 Jahre
A15B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Neubildung unsicheren Verhaltens, Lymphom oder bösartiger Neubildung von Hoden und Ovar, Alter < 16 Jahre, oder mit In-vitro-Aufbereitung oder Alter < 18 Jahre
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber- oder Nieren-Pankreas-Transplantation
B01Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation oder andere aufwendige Operation am Nervensystem mit Beatmung > 95 Stunden, mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen
B02B	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation od. andere aufwendige Operation am Nervensystem mit Beatmung > 95 Std., ohne Strahlenth. mehr als 8 Bestrahl., Alter < 6 J. od. < 18 J. mit großem intrakran. Eingr., m. äußerst schw. CC od. Beatm. > 95 Std.
B05Z	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom
B06B	Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, Alter < 19 Jahre oder mit schweren CC, Alter > 15 Jahre
B09A	Andere Eingriffe am Schädel mit äußerst schweren CC
B09B	Andere Eingriffe am Schädel ohne äußerst schwere CC
B12Z	Implantation eines Herzschrittmachers bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen
B16Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, weniger als 11 Bestrahlungen
B17C	Eingriffe an periph. Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensyst. ohne äußerst schw. CC, ohne kompliz. Diag. oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie ohne äußerst schw. oder schw. CC, Alter > 18 J., ohne komplexen Eingr.

DRG	DRG-Text
B18Z	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Revision eines Ventrikelshuntes
B20B	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose
B20F	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B21Z	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem
B39B	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter Prozedur, bis 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mehr als 72 Stunden, ohne komplexen Eingriff
B39C	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter Prozedur, bis 72 Stunden, ohne komplexen Eingriff
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie
B60B	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, ein Belegungstag
B66D	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC oder Stupor und Koma, nicht traumatisch bedingt, Alter > 0 Jahre
B67C	Degenerative Krankheiten des Nervensystems bei Morbus Parkinson ohne äußerst schwere oder schwere CC oder außer Morbus Parkinson mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne komplexe Diagnose
B67E	Degenerative Krankheiten des Nervensystems außer Morbus Parkinson ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose
B68C	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre
B69A	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit äußerst schweren CC, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B69C	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit äußerst schweren CC, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion

DRG	DRG-Text
B69D	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, ohne äußerst schwere CC
B69E	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne äußerst schwere CC
B70A	Apoplexie oder Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit Beatmung > 95 und < 178 Stunden oder Apoplexie mit intrakranieller Blutung und neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden
B70B	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden oder systemischer Thrombolyse, ohne intrakranielle Blutung oder mit komplizierter intrakr. Blutung, ohne neurol. Kompl.beh. d. akuten Schlaganf., mehr als 72 Std.
B70C	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, ohne intrakranielle Blutung, mehr als ein Belegungstag
B70E	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne intrakranielle Blutung, mehr als ein Belegungstag oder Delirium mit äußerst schweren CC
B71B	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, mit schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC bei Para- / Tetraplegie
B71C	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne schwere CC oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC außer bei Para- / Tetrapl. oder ohne schwere CC bei Para- / Tetrapl.
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie
B72A	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter > 80 Jahre oder mit äußerst schweren oder schweren CC
B75B	Fieberkrämpfe, Alter > 0 Jahre
B76E	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
B76F	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schweren CC, Alter > 2 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, mit EEG
B78B	Intrakranielle Verletzung, Alter > 0 Jahre

DRG	DRG-Text
B80Z	Andere Kopfverletzungen
B81Z	Andere Erkrankungen des Nervensystems
B82Z	Andere Erkrankungen an peripheren Nerven
B83B	Apoplexie oder Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit Beatmung > 177 und < 500 Stunden
C01Z	Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen und Amnionmembranaufnäherung
C03Z	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie und andere komplexe Prozeduren mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE)
C07Z	Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) und andere Eingriffe an der Retina
C08B	Extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE)
C14Z	Andere Eingriffe am Auge
C17Z	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie und andere komplexe Prozeduren ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE)
C19Z	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE)
C20A	Andere Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter < 16 Jahre
C20B	Andere Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre
C60Z	Akute und schwere Augeninfektionen
C65Z	Bösartige Neubildungen des Auges und Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus
D03Z	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte
D06A	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter < 6 Jahre
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre
D16Z	Materialentfernung an Kiefer und Gesicht
D18Z	Strahlentherapie mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
D20A	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, Alter > 70 Jahre oder mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
D20B	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, Alter < 71 Jahre, ohne äußerst schwere CC
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik
D24A	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC oder mit Kombinationseingriff ohne äußerst schwere CC
D24B	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff
D25C	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung
D30B	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC
D61B	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) ohne Hörverlust oder Tinnitus
D62Z	Epistaxis oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre
D64Z	Laryngotracheitis und Epiglottitis
D65Z	Verletzung und Deformität der Nase
D66Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals
E01A	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax mit Revisionseingriff, beidseitiger Lobektomie, erweiterter Lungenresektion oder Endarteriektomie der A. pulmonalis
E01B	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax mit anderem komplexen Eingriff am Thorax außer Endarteriektomie der A. pulmonalis
E02A	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen mit aufwendigem Eingriff
E02C	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwendigen Eingriff, Alter > 9 Jahre
E03Z	Brachytherapie oder Therapie mit offenen Nukliden bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
E06A	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an der Thoraxwand mit äußerst schweren CC
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
E09Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen
E40B	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mit äußerst schweren CC oder ARDS, Alter > 15 Jahre
E40C	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, ohne äußerst schwere CC, ohne ARDS
E63Z	Schlafapnoesyndrom
E64A	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder Lungenembolie
E64B	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre
E64C	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre
E64D	Respiratorische Insuffizienz, ein Belegungstag
E65A	Chronischobstruktive Atemwegserkrankung mit äußerst schweren CC oder starrer Bronchoskopie
E65C	Chronischobstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, ohne FEV1 < 35%, Alter > 0 Jahre
E66Z	Schweres Thoraxtrauma
E69D	Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter > 0 Jahre und Alter < 6 Jahre und ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Störungen der Atmung mit Ursache in der Neonatalperiode
E69E	Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag oder Alter > 5 Jahre und Alter < 56 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung ohne komplexe Diagnose
E71A	Neubildungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder starrer Bronchoskopie
E71B	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC und ohne starre Bronchoskopie
E73B	Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC
E74Z	Interstitielle Lungenerkrankung

DRG	DRG-Text
E75B	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter > 9 Jahre
E75C	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose
E77B	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane bei Zustand nach Organtransplantation oder mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
E77C	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane außer bei Zustand nach Organtransplantation, mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
E77D	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC
F01A	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff
F01C	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff
F06Z	Koronare Bypass-Operation ohne invasive kardiologische Diagnostik, mit komplizierenden Prozeduren oder Karotiseingriff, oder mit Reoperation oder Infarkt, mit intraoperativer Ablation
F12Z	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem
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
F15Z	Perkutane Koronarangioplastie mit komplizierenden Prozeduren
F17Z	Wechsel eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem
F18Z	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre
F21Z	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen
F25A	Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
F26Z	Andere ablativ Maßnahmen bei Tachyarrhythmie oder Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem
F28A	Amputation mit zusätzlichem Gefäßeingriff
F28B	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, mit äußerst schweren oder schweren CC
F33A	Große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Reoperation mit äußerst schweren CC
F33B	Große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Reoperation ohne äußerst schwere CC
F35A	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Prozeduren, Alter > 2 Jahre und < 10 Jahre oder äußerst schwere CC
F35B	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Prozeduren, Alter > 9 Jahre, ohne äußerst schwere CC
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1.104 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit bestimmter OR-Prozedur
F38Z	Mäßig komplexe rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine
F39B	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne Ulzeration, ohne äußerst schwere oder schwere CC
F40Z	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, mit äußerst schweren CC
F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, mit äußerst schweren CC
F44Z	Invasive kardiologische Diagnostik, mehr als 2 Belegungstage, mit komplizierenden Prozeduren oder Endokarditis
F46A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Diagnose, Alter < 14 Jahre
F47Z	Nichtinvasive elektrophysiologische Untersuchung bei vorhandenem Kardioverter / Defibrillator (AICD)
F49A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexem Eingriff, mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
F49D	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, Alter > 14 Jahre, mit komplexem Eingriff, ohne äußerst schwere CC
F51B	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal
F57A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Intervention mit äußerst schweren CC
F59A	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine mit äußerst schweren CC
F59B	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine ohne äußerst schwere CC
F62B	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, ohne Dialyse, ohne Reanimation, ohne komplexe Diagnose
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC
F67A	Hypertonie mit äußerst schweren CC
F67B	Hypertonie mit schweren CC oder schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC
F67D	Hypertonie ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre oder Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC
F68B	Angeborene Herzkrankheit, Alter > 5 Jahre
F71A	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen, Koronararteriosklerose und instabile Angina pectoris, mit äußerst schweren CC
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit schweren CC
F72B	Instabile Angina pectoris oder nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen, ohne äußerst schwere oder schwere CC
F73Z	Synkope und Kollaps oder Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere CC
F75A	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC oder Hautulkus oder periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, ohne Hautulkus, Alter < 10 Jahre
F75D	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, ohne Hautulkus, Alter > 17 Jahre oder periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
F77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
F95B	Interventioneller Verschluss eines Atrium- oder Ventrikelseptumdefekts, Alter > 18 Jahre
G02Z	Eingriffe an Dün- und Dickdarm mit komplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose
G03B	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Prozeduren, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung
G04A	Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dün- und Dickdarm mit äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre
G04B	Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dün- und Dickdarm mit äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre
G07B	Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dün- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre
G12B	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur
G12C	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe oder mäßig komplexe OR-Prozedur
G14Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G16B	Komplexe Rektumresektion ohne Lebermetastasenchirurgie, ohne komplizierende Prozeduren
G17Z	Andere Rektumresektion
G18B	Eingriffe an Dün- und Dickdarm ohne komplizierende Diagnose oder andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne komplizierende Prozeduren, außer bei bösartiger Neubildung, Alter < 3 Jahre
G19A	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplizierenden Prozeduren oder bei bösartiger Neubildung
G19B	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne komplizierende Prozeduren, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 2 Jahre
G22C	Appendektomie bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre
G23B	Appendektomie außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre und Alter < 14 Jahre

DRG	DRG-Text
G25Z	Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 0 Jahre oder Eingriffe bei Hernien, Alter < 1 Jahr
G26Z	Andere Eingriffe am Anus
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, mit äußerst schweren CC
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, ohne äußerst schwere CC
G29A	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
G29B	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G46A	Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane mit komplizierenden Prozeduren oder komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC
G46B	Andere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC oder komplexe therapeutische Gastroskopie mit komplizierendem Eingriff oder schweren CC, ohne komplizierende Prozeduren
G46C	Komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, ohne komplizierenden Eingr., ohne äußerst schw. od. schw. CC oder andere Gastroskopie b. schw. Krankh. d. Verdauungsorgane, mit schweren CC, ohne komplizierende Prozeduren
G47Z	Andere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere oder schwere CC
G48A	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplizierendem Eingriff, mit komplizierender Diagnose
G48B	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplizierendem Eingriff, ohne komplizierende Diagnose
G50Z	Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren oder schweren CC
G60A	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
G65Z	Obstruktion des Verdauungstraktes
G66Z	Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 55 Jahre und mit CC
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit komplexer Diagnose und komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Alter < 1 Jahr
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane, Alter > 0 Jahre, mit bestimmter Diagnose oder gastrointestinale Blutung und Ulkuserkrankung, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, mit schw. CC od. Alter > 74 J.
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit komplexer Diagnose, komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Alter < 1 Jahr
G67E	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane, Alter > 2 Jahre oder gastrointestinale Blutung und Ulkuserkrankung, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose, Alter < 75 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane
G72B	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter < 56 Jahre oder ohne CC, Alter > 2 Jahre
H01Z	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shunt-Operationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie
H02Z	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen
H05Z	Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen
H06Z	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas
H07A	Cholezystektomie mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierenden Prozeduren
H07B	Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Prozeduren
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose
H09A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shunt-Operationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC
H09B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shunt-Operationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, bei bösartiger Neubildung

DRG	DRG-Text
H12A	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System mit äußerst schweren CC
H12B	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System ohne äußerst schwere CC
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
H16Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag
H36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H40Z	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung
H41A	Komplexe therapeutische ERCP mit äußerst schweren CC und photodynamische Therapie
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
H61B	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC
H62B	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung mit akuter Pankreatitis, Alter > 15 Jahre oder Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden ohne äußerst schwere CC
H62C	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung ohne akute Pankreatitis
I02A	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit komplizierenden Prozeduren, Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit schwerem Weichteilschaden, mit äußerst schweren CC
I02C	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit äußerst schweren CC
I03A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit komplizierender Diagnose oder Arthrodeese oder Alter < 16 Jahre oder beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexem Eingriff, mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
I03B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit komplizierender Diagnose oder Arthrodeese oder Alter < 16 Jahre oder beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexem Eingriff, ohne äußerst schwere CC
I05Z	Anderer großer Gelenkersatz oder Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodeese, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC
I06D	Komplexe Wirbelkörperfusion mit äußerst schweren CC, ohne Korrektur einer Thoraxdeformität oder komplexer Eingriff an der Wirbelsäule oder komplexer Eingriff an Kopf / Hals, Alter > 15 Jahre
I07A	Amputation mit äußerst schweren CC
I07B	Amputation ohne äußerst schwere CC
I08A	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff, komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose bei zerebraler Lähmung oder mit äußerst schweren CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule
I08B	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff, komplexer Prozedur, komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC
I08C	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne Mehrfacheingriff, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC
I10A	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff
I12A	Knochen und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äußerst schweren CC
I12C	Knochen und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne Revision des Kniegelenkes
I13A	Komplexe Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, mit Mehrfacheingriff, beidseitigem Eingriff, komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose
I13B	Komplexe Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, ohne Mehrfacheingriff, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose
I16Z	Anderer Eingriffe am Schultergelenk
I17Z	Operationen am Gesichtsschädel
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
I19B	Komplexe Wirbelkörperfusion ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
I20A	Eingriffe am Fuß mit mehreren hochkomplexen Eingriffen oder mit hochkomplexem Eingriff mit komplexer Diagnose
I20B	Eingriffe am Fuß mit mehreren komplexen Eingriffen oder hochkomplexem Eingriff oder mit komplexem Eingriff mit komplexer Diagnose
I20C	Eingriffe am Fuß mit komplexem Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder mit schwerem Weichteilschaden
I20E	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, ohne schweren Weichteilschaden, Alter > 15 Jahre
I21Z	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk und Femur oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm
I22B	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, ohne komplizierende Prozeduren, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne schweren Weichteilschaden, nicht großflächig, mit schweren CC
I23A	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk und Femur mit komplexer Entfernung von Osteosynthesematerial
I23B	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Entfernung von Osteosynthesematerial
I25Z	Diagnostische Eingriffe an Knochen und Gelenken einschließlich Biopsie
I27A	Eingriffe am Weichteilgewebe mit äußerst schweren CC
I27B	Eingriffe am Weichteilgewebe mit schweren CC
I27C	Eingriffe am Weichteilgewebe ohne äußerst schwere oder schwere CC
I28A	Komplexe Eingriffe am Bindegewebe
I28B	Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe
I29Z	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk
I30Z	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk
I31Z	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand
I32A	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit mehrzeitigem komplexen oder mäßig komplexen Eingriff

DRG	DRG-Text
I36Z	Beidseitige Implantation einer Endoprothese an Hüft- oder Kniegelenk
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 8 Bestrahlungen
I42Z	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I43A	Prothesenwechsel oder Implantation einer Scharnierprothese oder Sonderprothese am Kniegelenk mit äußerst schweren CC
I44A	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, mit äußerst schweren CC
I44B	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC
I46A	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC
I46B	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC
I50A	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, ohne komplizierende Prozeduren, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne schweren Weichteilschaden, ohne äußerst schwere oder schwere CC, großflächig
I50B	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, ohne komplizierende Prozeduren, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne schweren Weichteilschaden, ohne äußerst schwere oder schwere CC, nicht großflächig
I53Z	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff
I54Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 9 Bestrahlungen
I56A	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit mäßig komplexem Eingriff
I56B	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff oder Implantation eines interspinösen Spreizers
I57B	Mäßig komplexe Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplizierendem Eingriff
I57C	Mäßig komplexe Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk ohne Mehrfacheingriff, ohne komplizierenden Eingriff

DRG	DRG-Text
I59Z	Andere Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk oder mäßig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm
I64C	Osteomyelitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre und Alter < 75 Jahre
I65A	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder äußerst schwere CC
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter > 16 Jahre, ohne äußerst schwere CC
I66B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Diagnose, ohne mehrere komplexe Diagnosen, ohne komplexe Diagnose oder ohne Dialyse, mit äußerst schweren CC
I66C	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Diagnose, mit mehreren komplexen Diagnosen oder mit komplexer Diagnose und Dialyse, ohne äußerst schwere CC
I66D	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Diagnose, ohne mehrere komplexe Diagnosen, ohne komplexe Diagnose oder ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC oder Frakturen an Becken und Schenkelhals oder Fibromyalgie
I68C	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, Alter > 55 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose oder andere Frakturen am Femur
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, Alter < 56 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag
I69Z	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien
I71Z	Muskel- und Sehnenerkrankungen oder Verstauchung, Zerrung und Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel
I74A	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß mit äußerst schweren oder schweren CC oder unspezifische Arthropathien
I76B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder septische Arthritis
I78Z	Leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk
I95Z	Implantation einer Tumorendoprothese

DRG	DRG-Text
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J02A	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung und ausgedehnte Lymphadenektomie, mit äußerst schweren CC
J02B	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung und ausgedehnte Lymphadenektomie, ohne äußerst schwere CC
J03A	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung mit äußerst schweren CC
J08B	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit komplexer Diagnose, mit zusätzlichem Eingriff an Kopf und Hals oder äußerst schweren CC, ohne komplexe Prozedur
J11A	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit mäßig komplexer Prozedur
J16Z	Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J18Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag
J22A	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit Weichteildeckung
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre oder mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Hautulkus bei Para- / Tetraplegie
J61C	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter < 18 Jahre ohne komplexe Diagnose oder mäßig schwere Hauterkrankungen, mehr als ein Belegungstag
J62A	Bösartige Neubildungen der Mamma, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
J62B	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC
J64B	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut ohne äußerst schwere CC
J65A	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, Alter > 70 Jahre oder schwere CC

DRG	DRG-Text
K01C	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Frührehabilitation und ohne geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, ohne Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC
K03Z	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriffe an der Hypophyse
K09A	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, Alter < 7 Jahre oder äußerst schwere CC
K11Z	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus, außer bei bösartiger Neubildung, mit zusätzlicher Parathyreoidektomie oder äußerst schweren oder schweren CC
K12Z	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus, außer bei bösartiger Neubildung, ohne zusätzliche Parathyreoidektomie, äußerst schwere oder schwere CC
K13Z	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Frührehabilitation, ohne geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC
K14Z	Eingriffe an der Nebenniere außer bei bösartiger Neubildung und ausgedehnte Lymphadenektomie
K15A	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, außer Radiojodtherapie
K25Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen
K60B	Diabetes mellitus mit komplizierenden Diagnosen oder äußerst schweren CC oder schwere Ernährungsstörungen, Alter > 10 Jahre
K60D	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, Alter > 15 Jahre
K62Z	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen
K63D	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose
K64A	Endokrinopathien, mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
K64C	Endokrinopathien, Alter > 5 Jahre mit komplexer Diagnose, äußerst schweren CC oder komplexer Radiojoddiagnostik
K64D	Endokrinopathien, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Radiojoddiagnostik

DRG	DRG-Text
L03Z	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder außer bei Neubildung, mit äußerst schweren CC
L04B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre
L06A	Kleine Eingriffe an der Harnblase mit äußerst schweren CC
L09A	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 2 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit akuter Niereninsuffizienz oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse, mit Anlage eines Dialyseshunts
L09B	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 1 Jahr, ohne äußerst schwere CC, mit akuter Niereninsuffizienz oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse, mit Anlage eines Dialyseshunts
L09C	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 2 Jahre oder mit äußerst schweren CC, außer Anlage eines Dialyseshunts
L09D	Andere Eingriffe bei Erkrankungen d. Harnorgane, Alter < 2 J. od. mit äußerst schw. CC, mit Anlage eines Dialyseshunts oder Alter > 1 J., ohne äußerst schw. CC, ohne Anl. eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuff. od. bei chron. Niereninsuff. m. Dialyse
L12Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag
L13A	Nieren, Ureter und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, mit CC
L17Z	Andere Eingriffe an der Urethra
L20Z	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL)
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L40Z	Diagnostische Ureterorenoskopie
L42Z	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen mit auxiliären Maßnahmen
L43Z	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen ohne auxiliäre Maßnahmen
L60A	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse, akutem Nierenversagen und äußerst schweren CC oder mit Dialyse und mit akutem Nierenversagen oder äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
L60B	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse und akutem Nierenversagen oder äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
L60C	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC
L62Z	Neubildungen der Harnorgane
L69B	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 9 Jahre
L70B	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre oder Niereninsuffizienz, ein Belegungstag ohne Dialyse
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder Hämolytisch-urämisches Syndrom
M02Z	Transurethrale Prostataresektion
M04A	Eingriffe am Hoden mit äußerst schweren CC
M04C	Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre
M05Z	Zirkumzision und andere Eingriffe am Penis
M09B	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC
N02A	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung der Ovarien und Adnexen, mit äußerst schweren CC
N02B	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung der Ovarien und Adnexen, mit schweren CC oder CC
N02C	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung der Ovarien und Adnexen, ohne CC
N03B	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung anderer Organe, ohne äußerst schwere CC
N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexem Eingriff
N07Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose
N09Z	Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne äußerst schwere CC
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation

DRG	DRG-Text
N11A	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit äußerst schweren CC
N11B	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit schweren CC oder CC
N13A	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, Alter > 80 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC
N13B	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, Alter < 81 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
N16Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen
N23Z	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
N25Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose oder diagnostische Laparoskopie
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N34Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N60A	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC
N60B	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
O02B	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen
O03Z	Extrauterin gravidität
O40Z	Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hystero- tomie
O60B	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen
O65A	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren oder schweren CC

DRG	DRG-Text
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC
P04A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1.500 – 1.999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 240 Stunden
P05A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2.000 – 2.499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden
P06A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2.499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden
P60C	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt, ohne Beatmung > 24 Stunden (Mindestverweildauer 24 Stunden für das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfindet)
P66D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2.000 – 2.499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2.499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen
P67B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2.499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem
P67C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2.499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag
Q01Z	Eingriffe an der Milz
Q02A	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems mit äußerst schweren CC
Q02C	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre
Q60B	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder CC, ohne Milzverletzung, Alter < 1 Jahr
Q60C	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder CC, ohne Milzverletzung oder Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
Q61B	Erkrankungen der Erythrozyten mit komplexer Diagnose
Q61D	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, mit aplastischer Anämie, Alter > 15 Jahre
Q61E	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, ohne aplastische Anämie, ohne äußerst schwere CC
R01A	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur
R01C	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur
R01D	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R04A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R11B	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit schweren CC
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R60C	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC oder mit mäßig komplexer Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation
R60D	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie ohne komplizierende Diagnose, Dialyse oder Portimplant., ohne äußerst schwere CC oder mit mäßig komplexer Chemoth. mit äußerst schweren CC oder mit Dialyse oder äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, mit Agranulozytose oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC
R61D	Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Dialyse

DRG	DRG-Text
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, mit Agranulozytose oder Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
R61H	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer Diagnose oder Osteolysen, Alter > 15 Jahre
R61I	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne Osteolysen
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation
R62B	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, mit Osteolysen oder äußerst schweren CC
R62C	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne Osteolysen, ohne äußerst schwere CC
R63B	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation
R63C	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation
S64Z	Andere HIV-Krankheit
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit komplexer OR-Prozedur oder mit komplizierenden Prozeduren oder bei Zustand nach Organtransplantation
T01B	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Prozeduren, außer bei Zustand nach Organtransplantation, bei Sepsis
T01C	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Prozeduren, außer bei Zustand nach Organtransplantation, außer bei Sepsis
T33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei infektiösen und parasitären Krankheiten
T60B	Sepsis mit komplizierenden Prozeduren oder bei Zustand nach Organtransplantation, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre oder ohne komplizierende Prozeduren, außer bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
T60C	Sepsis mit komplizierenden Prozeduren oder bei Zustand nach Organtransplantation, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre oder ohne komplizierende Prozeduren, außer bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
T64B	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit Lyme-Krankheit, Alter > 15 Jahre
T64C	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten ohne Lyme-Krankheit
T77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen
V60A	Alkoholintoxikation und -entzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom oder mit Qualifiziertem Entzug
V65Z	HIV-Krankheit bei Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierten psychischen Störungen
W01B	Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie, ohne Frührehabilitation, mit Beatmung > 263 Stunden
W01C	Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie, ohne Frührehabilitation, ohne Beatmung > 263 Stunden
W02B	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule, ohne komplizierende Prozeduren, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen
W04A	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren mit komplizierenden Prozeduren oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1.104 Aufwandspunkte bei Polytrauma
X01A	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder Hauttransplantationen bei Verletzungen außer an der Hand mit äußerst schweren CC
X01B	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder Hauttransplantationen bei Verletzungen außer an der Hand ohne äußerst schwere CC
X04Z	Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität
X06A	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerst schweren CC
X06B	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, Alter > 65 Jahre oder mit schweren CC oder mit komplexem Eingriff
X06C	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 66 Jahre, ohne komplexen Eingriff

DRG	DRG-Text
X60Z	Verletzungen und allergische Reaktionen
X62Z	Vergiftungen / toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung
X64Z	Andere Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung
Y03Z	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen
Y62Z	Andere Verbrennungen
Z01Z	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen
Z64B	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne komplexe Radiojoddiagnostik
Z65Z	Beschwerden, Symptome, andere Anomalien und Nachbehandlung

Tabelle A-5:
Gegenüberstellung der DRGs je MDC (Kap. 3.4.1.1)

MDC	Bezeichnung	Anzahl DRGs 2006	Anzahl DRGs 2007	Veränderung (in %)
Prä	Prä-MDC	57	64	+ 12
01	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	78	103	+ 32
02	Krankheiten und Störungen des Auges	26	28	+ 8
03	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	50	55	+ 10
04	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	50	58	+16
05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	112	124	+ 11
06	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	60	70	+ 17
07	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	29	32	+ 10
08	Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	108	123	+ 14
09	Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	42	45	+ 7
10	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	29	40	+ 38
11	Krankheiten und Störungen der Harnorgane	46	55	+ 20
12	Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	18	21	+ 17
13	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	31	34	+ 10
14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	24	25	+ 4
15	Neugeborene	42	42	0
16	Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	12	15	+ 25
17	Hämatologische und solide Neubildungen	46	49	+ 7

MDC	Bezeichnung	Anzahl DRGs 2006	Anzahl DRGs 2007	Veränderung (in %)
18A	HIV	7	8	+ 14
18B	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	17	21	+ 24
19	Psychische Krankheiten und Störungen	10	10	0
20	Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	9	7	- 22
21A	Polytrauma	12	12	0
21B	Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	13	14	+ 8
22	Verbrennungen	7	7	0
23	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	10	11	+ 10
Fehler-DRGs	Fehler-DRGs und sonstige DRGs	9	9	0
Gesamt		954	1.082	+ 13