

# InEK

## Abschlussbericht

Weiterentwicklung des  
G-DRG-Systems  
für das Jahr  
2008

Klassifikation, Katalog und  
Bewertungsrelationen

Teil I: Projektbericht

Siegburg, den 14. Dezember 2007

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

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



## Inhaltsverzeichnis

	<b>Seite</b>
<b>VORWORT</b>	<b>1</b>
<b>1 EINFÜHRUNG</b>	<b>2</b>
<b>2 METHODIK DER WEITERENTWICKLUNG</b>	<b>4</b>
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	9
2.6 Versionsüberleitung der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	11
<b>3 G-DRG-SYSTEM 2008</b>	<b>12</b>
3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	12
3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung	15
3.2.1 Datenbasis	15
3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung	15
3.2.1.2 Ergänzende Datenbereitstellung	21
3.2.2 Vorschlagsverfahren	23
3.2.2.1 Grundzüge des Verfahrens	23
3.2.2.2 Beteiligung	24
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 Kalkulationshandbuch, Version 3.0	26
3.3.1.2 Erweiterung der Plausibilitätsprüfungen	27
3.3.1.3 Berechnung der Bewertungsrelationen für Belegversorgung	36
3.3.1.4 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen	39
3.3.1.5 Überarbeitung der CCL-Matrix	43
3.3.1.6 Einbeziehung von verlegten Fällen und Überliegern	47
3.3.1.7 Berechnung der Bezugsgröße	49
3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation	51
3.3.2.1 Alkohol- und Drogengebrauch	51
3.3.2.2 Augenheilkunde	52
3.3.2.3 Besondere Versorgungsbereiche	53
3.3.2.4 Dialyseverfahren	53
3.3.2.5 Epilepsie	54
3.3.2.6 Erkrankungen an Haut, Unterhaut und Mamma	54

3.3.2.7	Extremkostenfälle	55
3.3.2.8	Frührehabilitation	57
3.3.2.9	Gastroenterologie/Endoskopie	58
3.3.2.10	Geburtshilfe	60
3.3.2.11	Geriatric	61
3.3.2.12	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	61
3.3.2.13	Handchirurgie	62
3.3.2.14	Harn- und Geschlechtsorganerkrankungen	63
3.3.2.15	Intensivmedizin	64
3.3.2.16	Kinderkardiologie und Kinderherzchirurgie	68
3.3.2.17	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	69
3.3.2.18	Mehrfacheingriffe	73
3.3.2.19	Multiple Sklerose	75
3.3.2.20	Multiresistente Erreger/Septische Krankheitsbilder	76
3.3.2.21	Onkologie	77
3.3.2.22	Palliativmedizin	79
3.3.2.23	Parkinson-Syndrom	80
3.3.2.24	Querschnittlähmung	81
3.3.2.25	Schädel-Hirn-Trauma (SHT)	83
3.3.2.26	Schlaganfall	83
3.3.2.27	Schwer Brandverletzte	86
3.3.2.28	Tuberkulose	86
3.3.2.29	Unfallchirurgie/Orthopädie/Abdominalchirurgie	87
3.3.2.30	Versorgung von Kindern	88
3.3.3	Integration von NUB-Leistungen in das G-DRG-System	91
3.3.4	Formale Änderungen	94
3.3.4.1	Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Nachhaltigkeit	94
3.3.4.2	Sortierung	103
3.3.5	Erstellung der G-DRG-Versionen aufgrund von ICD- und OPS-Anpassungen	104
3.3.5.1	Überleitung auf die ab 1. Januar 2008 gültigen Versionen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen	104
3.3.5.2	Behandlung nicht identischer Codes mit „Vorgängerkode“	105
3.3.5.3	Behandlung nicht identischer Codes ohne „Vorgängerkode“ (neue Codes)	107
3.3.5.4	Anpassungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	108
3.3.6	Anpassungen der Deutschen Kodierrichtlinien	109
<b>3.4</b>	<b>Statistische Kennzahlen</b>	<b>111</b>
3.4.1	Wesentliche Ergebnisse und Änderungen zum Vorjahr	111
3.4.1.1	Erweiterung und Umbau der Fallgruppen	111
3.4.1.2	Nicht bewertete DRGs	111
3.4.1.3	Zusatzentgelte	112
3.4.2	Zunahme des Pauschalierungsgrades	115
3.4.3	Statistische Güte der Klassifikation	116
3.4.4	Analyse der Verweildauer	116
3.4.4.1	Verweildauervergleich der Datenjahre 2004, 2005 und 2006	122
3.4.4.2	Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer	122
<b>4</b>	<b>PERSPEKTIVEN DER WEITERENTWICKLUNG</b>	<b>129</b>
	<b>ANHANG</b>	<b>131</b>

## 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 <sub>1</sub>	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)
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HK	Homogenitätskoeffizient (der Kosten)
HLA	Human Leukocyte Antigen
HWS	Halswirbelsäule
IBLV	Innerbetriebliche Leistungsverrechnung
ICD	International Classification of Diseases - Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Ausgabe für die Zwecke des SGB V
i.d.R.	in der Regel
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 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
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 <sup>2</sup>	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 GmbH (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-Katalogs 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 2008 hat sich – gemessen an der statistischen Größe der Homogenität – noch einmal verbessert.

Den 221 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 Krankenhäusern und Krankenkassen, die sich konstruktiv am Vorschlagsverfahren zur Verbesserung der DRG-Klassifikation („Strukturierter Dialog“) beteiligt haben.

Zu wünschen bleibt, dass sich Krankenhäuser und Krankenkassen 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 2008. 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.

Das „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverstands bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2008 (Vorschlagsverfahren 2008)“ 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 2008 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. Im Sommer 2007 hat das InEK die aktualisierte Fassung des Kalkulationshandbuchs (Version 3.0) herausgegeben. Darin werden einerseits die Aktualisierungen und Weiterentwicklungen der Kalkulationsmethodik in einem Werk zusammengefasst und andererseits der Weg für die zukünftigen Steigerungen der Anforderungen zur Kalkulationsteilnahme aufgezeigt. Insbesondere die neuen Kalkulationsvorschriften zur innerbetrieblichen Leistungsverrechnung im Rahmen der Kostenstellenverrechnung wurden weitgehend in die aktuelle Kalkulationsrunde vorgezogen. 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 2008 auf den Daten des Jahres 2006. 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 2008 neu eingeführte Code *Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson* 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 2007 ein Zuschlagsanteil „Kalkulation“ in Höhe von 0,62 € erhoben. Damit zahlte das InEK den an der Kostenkalkulation teilnehmenden Krankenhäusern 2007 eine pauschalierte Vergütung mit einem Gesamtvolumen von rund 9 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.

Diesen Grundsatzbeschluss umsetzend legte das InEK den Selbstverwaltungspartnern am 17. August 2007 den Entwurf eines G-DRG-Systems für 2008 vor. Nach Abschluss der Beratungen der Selbstverwaltungspartner schlossen diese am 21. September 2007 die „Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2008 (Fallpauschalenvereinbarung 2008 – FPV 2008)“ ab. Diese Vereinbarung umfasst die folgenden Bestandteile für das G-DRG-Vergütungssystem für 2008:

- die Abrechnungsbestimmungen,
- den Fallpauschalen-Katalog,
- den Zusatzentgelte-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. Teil II enthält erstmals auch einen Browser für die eigenständig kalkulierten DRGs bei belegärztlicher Versorgung. Die Kostenprofile/Klinischen Profile stehen ausschließlich in Browser-Form auf unserer Internetseite ([www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)) zur Ansicht und zum Herunterladen zur Verfügung.

Für die Mitarbeiter der InEK GmbH

Dr. Frank Heimig  
Geschäftsführer

Dr. Martin Braun  
Abteilungsleiter Medizin

Dr. Michael Schmidt  
Abteilungsleiter Ökonomie

Siegburg, im Dezember 2007

## 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 2008 erforderlichen Anpassungen der Methodik werden in Kapitel 3.3.1 im Einzelnen beschrieben. Analoge Darstellungen der Vorgehensweise finden sich in älteren Projektberichten zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems. Diese stehen auf unserer Internetseite ([www.g-drg.de](http://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 durch die Anlage der von den 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. Die technische Annahme und Vorverarbeitung der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG führt die 3M Medica HIS in Neuss (im Folgenden als „DRG-Datenstelle“ bezeichnet) im Auftrag des InEK durch.

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 („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 insbesondere zur innerbetrieblichen Leistungsverrechnung 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 hohe 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](http://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 3.3.1.2 ausführlich dargestellt. Die Kalkulationskrankenhäuser erhielten einen detaillierten Bericht über das Ergebnis der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen und wurden 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 folgende 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 01.01.2006 aufgenommen, aber erst 2006 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 2006 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.

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 explizite 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 (sogenannte „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 2008 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 Kapitel 3.3.1.7 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 (Verweildauer oberhalb der OGV) bzw. der Abschläge bei Verlegungen und Kurzliegern (Verweildauer unterhalb der UGV) erfolgt auf Basis der mittleren Kosten der Fallpauschale ohne Berücksichtigung der durchschnittlichen Kosten der Hauptleistung.

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

Der Berechnung der zusätzlichen Entgelte nach Überschreiten der OGV geht eine Analyse der Kostensituation der Langlieger im Vergleich zur Kostensituation der Inlier voraus. Je nach DRG-spezifischer Kostenverteilung wird 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 2008 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: Diese Gruppe beinhaltet in der Regel hoch spezialisierte Leistungskomplexe, deren durch die Leistungsdefinition abgegrenzter Umfang unterschiedlich weit gefasst ist. Dazu zählen auch Dialysen und verwandte Verfahren.
- Gabe von Blutprodukten: Blutprodukte werden 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 Informationen aus den Kalkulationskrankenhäusern benötigt, deren Umfang durch das InEK vorgegeben wird. Die ergänzende Datenbereitstellung enthält Fallbezeichnungen mit ergänzenden Leistungsdaten (z.B. Anzahl der Leistungen, verabreichte Dosis bei Medikamentengabe) und 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 Vergütungsbetrag eines Zusatzentgelts 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 Zusatz-

entgelt 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 der Kalkulation zugrunde liegenden 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 in Kapitel 3.3.5.

### 3 G-DRG-System 2008

#### 3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Das G-DRG-System 2008 umfasst insgesamt 1.137 DRGs. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Veränderungen zur Vorjahresversion:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
G-DRG-System 2008	1.137	+ 55
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.089	+ 54
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	43	+ 1
davon rein teilstationäre DRGs	5	0

Tabelle 2: Überblick über das G-DRG-System 2008

Im Zusatzentgelte-Katalog (Anlage 2 FPV) befinden sich 64 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 59). Die Anzahl der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 FPV) liegt bei 51 (Vorjahr: 46).

Für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems zur Version 2008 wurden im Rahmen der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG Angaben zu ca. 18,3 Mio. Fällen aus 1.744 Krankenhäusern übermittelt. Die Zahl der Kalkulationskrankenhäuser sank um 14 auf 249. Die auswertbare Fallmenge (nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen) aus den Kalkulationskrankenhäusern betrug ca. 2,8 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. 1.100 Vorschläge 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.
- Die Kalkulationsanforderungen wurden mit der überarbeiteten Version 3.0 des Kalkulationshandbuchs gesteigert.
- 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:

- **Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Nachhaltigkeit**

Zur Unterstützung der Akzeptanz des G-DRG-Systems, welches bedingt durch die Anforderungen an das System im Rahmen der Konvergenzphase zunehmend komplexer wird, erfolgten beispielhaft die Umbenennung von Basis-DRGs, einige Entkondensationen und Textvereinfachungen bei der Benennung von DRGs. Zusätzlich wurde in diesem Jahr erstmalig eine kommentierte Migrationstabelle veröffentlicht.

- **Intensivmedizin**

Der in 2005 begonnene Umbau auf Basis der Codes zur Intensivmedizinischen Komplexbehandlung (TISS/SAPS-Score) konnte weitgehend abgeschlossen werden. Mit Ausnahme der MCD 15 *Neugeborene*, wo die Angabe dieses Codes nicht zulässig ist, sind aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlungen im G-DRG-System 2008 in jeder MDC gruppierungsrelevant. Vervollständigt wurde die verbesserte Abbildung intensivmedizinischer Leistung durch eine umfassende Überarbeitung der Funktion *Komplizierende Prozeduren* und Detailveränderungen in den Beatmungs-DRGs der Prä-MDC, beispielsweise der Aufwertung einer Intensivtherapie bei angeborenen Fehlbildungen.

- **Umbau der Basis-DRG B61**

In diesem Jahr wurde ein erster vorsichtiger Schritt zur Spezifizierung der Definition der unbewerteten DRG B61Z *Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks außer bei Transplantation* durch Streichung einzelner Diagnosecodes vollzogen. Dadurch sollen zukünftig Fälle, die keine „akute“ Querschnittslähmung aufweisen, in spezifischen, bewerteten DRGs des gesamten Systems abgebildet und hier gleichermaßen sachgerechter vergütet werden.

- **Mehrfacheingriffe**

Die in der G-DRG-Version 2007 erstmals gelungene Berücksichtigung mehrzeitiger Eingriffe wurde überprüft und im Detail verbessert. Dabei konnte für Erkrankungen der Verdauungsorgane eine neue DRG für mehrzeitige Eingriffe etabliert werden, bestehende DRGs konnten in ihrer Definition geschärft werden.

Für Mehrfacheingriffe (in einer oder mehreren Sitzungen) konnte eine verbesserte Abbildung beidseitiger Eingriffe durch die Anpassung der Funktion *Eingriffe an mehreren Lokalisationen* erreicht werden. Darüber hinaus konnten weitere typische Mehrfacheingriffe spezifisch abgebildet werden, so im Bereich der Interventionen an peripheren Gefäßen.

- **Pädiatrie**

Neben der Etablierung von 30 neuen Kinder-Alterssplits im Rahmen der alljährlichen Untersuchung aller DRGs auf die Eignung von Alterssplits als möglichem Kostentrenner führten auch weitergehende Analysen z.B. in den Bereichen Gastroenterologie und angeborene Fehlbildungen zu einer differenzierteren Abbildung von Kindern. Darüber hinaus konnte mit der DRG K60A eine spezifische DRG zur Abbildung einer Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus und einem Alter < 16 Jahre geschaffen werden. Für den Bereich der medikamentösen Therapien konnten weitere Kinderdosisklassen sowie ein neues Zusatzentgelt für die Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten etabliert werden. Dem medizinischen Fortschritt bei der Behandlung von extrem untergewichtigen Frühgeborenen wurde durch Absenkung des zulässigen Aufnahme gewichts von 300 auf 250 Gramm Rechnung getragen.

- Endoskopie

Einige wenig komplexe, diagnostische Gastroskopen und Koloskopen wurden bisher teilweise gleichwertig mit aufwendigen Endoskopen abgebildet. Diese Prozeduren wurden in der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2008 in bestimmten DRGs als deutlich kostenunterschiedlich identifiziert, sodass die Eingruppierung dieser Fälle nun in der Regel in der medizinischen Partition erfolgt. Dagegen konnten endoskopische Leistungen bei Kindern in der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* aufgewertet werden.

- Schlaganfall

Nach den umfänglichen Umbauten der letzten Jahre wurden in diesem Jahr Lösungen für spezielle Fragestellungen im Sinne einer Komplettierung der Abbildung des Themenkomplexes Schlaganfall im G-DRG-System – soweit möglich – umgesetzt. Die angekündigte Überprüfung der bisherigen Umbauten erfolgte in diesem Jahr auf einer deutlich umfangreicheren Datenbasis als im letzten Jahr und führte im Wesentlichen zu einer Bestätigung der bestehenden Differenzierungen.

- Morbus Parkinson

Auf dem Themenkomplex „Parkinson-Syndrom“ lag ein weiterer Schwerpunkt der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems. Zentrale Punkte des Umbaus betreffen die Berücksichtigung der Prozedur „Multimodale Komplexbehandlung“ und die in der ICD-10-GM Version 2006 differenziertere Verschlüsselung der „Parkinson-Erkrankung“ sowie die Abbildung der „Parkinson-Erkrankung“ in einer eigenen Basis-DRG. Zusammenfassend konnten die Umbauten insbesondere zur Erhöhung der Transparenz und Nachvollziehbarkeit im G-DRG-System beitragen.

- Extremkosten

Inwieweit hochaufwendige Fälle in der G-DRG-Version 2007 noch unzureichend abgebildet sind, wurde auch in der diesjährigen Kalkulation im intensiven Dialog mit den Kalkulationskrankenhäusern detailliert untersucht. Als Ergebnis konnten neben einer Vielzahl von Verbesserungen in den bereits genannten Schwerpunkten auch DRGs für relativ seltene, aber aufwendige Fallkonstellationen etabliert werden (z.B. kardiovaskuläre Hybridchirurgie bei Kindern, intrauterine Therapie des Feten u.v.a.m) oder entsprechende Zusatzentgelte ausgewiesen werden. Vielfach betrifft dies Leistungen, die im Verfahren *Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden* als noch nicht sachgerecht vergütet benannt worden waren (Integration von NUB-Leistungen).

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

	G-DRG-System 2007	G-DRG-System 2008	Verbesserung (in %)
$R^2$ -Wert auf Basis aller Fälle	0,7158	0,7209	0,7
$R^2$ -Wert auf Basis der Inlier	0,8114	0,8166	0,6

Tabelle 3: Vergleich der Varianzreduktion  $R^2$  im G-DRG-System 2007 und im G-DRG-System 2008  
(Datenbasis: Daten des Jahres 2006)

## 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	1.744	249
Anzahl Betten	483.091	95.791
Anzahl Fälle	18.348.426	3.900.098

Tabelle 4: Umfang der Datenlieferungen (Stand: 9. Juni 2007)

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. 3.3.1.7).

Die Zahl der Kalkulationskrankenhäuser liegt um 14 niedriger als im Vorjahr. 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 1.744 Krankenhäusern bzw. 249 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.

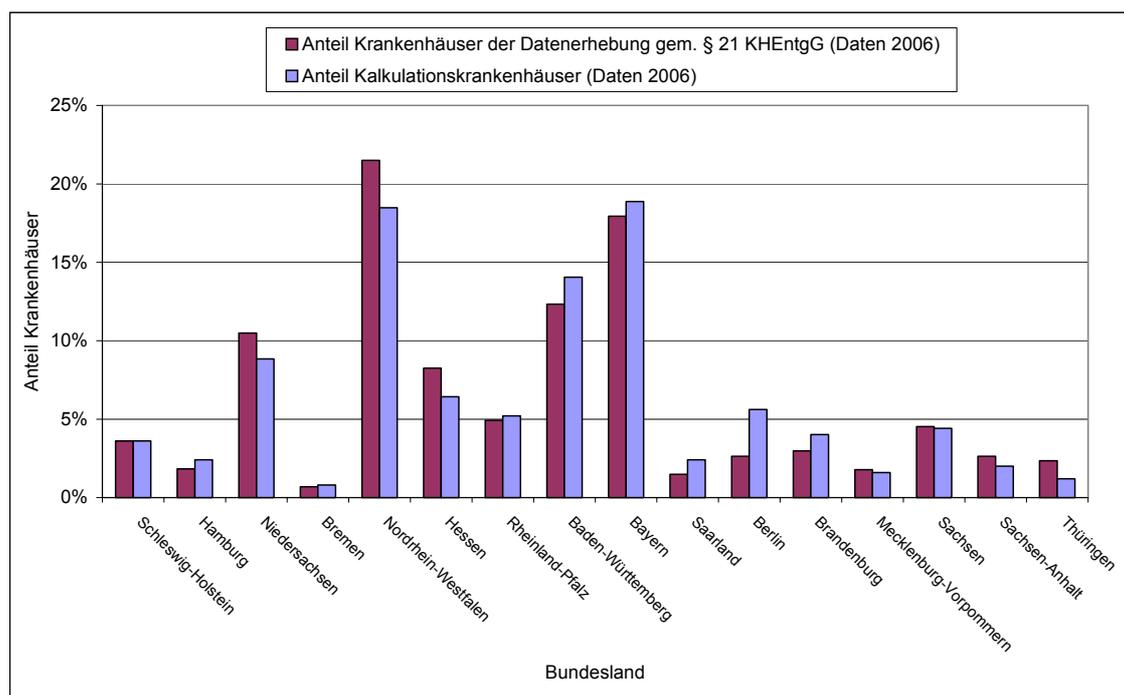


Abbildung 1: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser

Die Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser zeigt die folgende Abbildung 2. 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 acht Universitätskliniken) die Abdeckung des gesamten Leistungsspektrums mit ausreichenden Fallzahlen sicher.

Im Vergleich zur Datenerhebung für das Datenjahr 2005 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 2006 näherte sich also der Verteilung der Krankenhäuser in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG an.

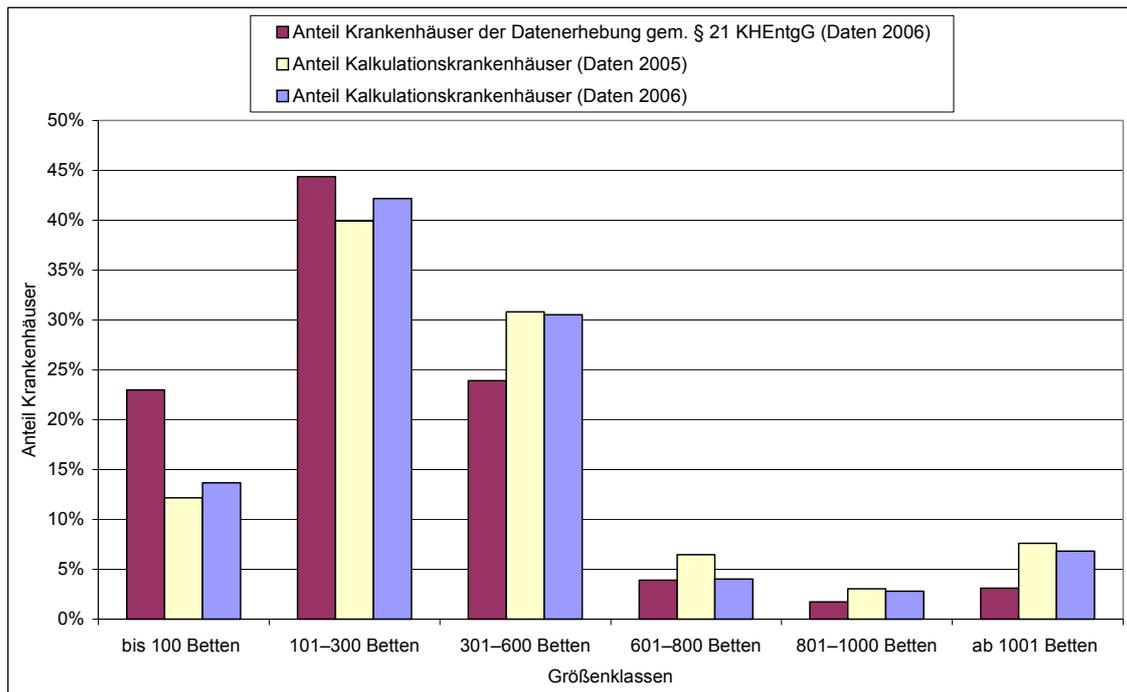


Abbildung 2: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser

Die folgende Abbildung 3 zeigt, dass es im Vergleich zur Datenerhebung für das Datenjahr 2005 bei den Kalkulationskrankenhäusern einen Anstieg des Anteils der Krankenhäuser in frei-gemeinnütziger Trägerschaft gab, während der Anteil privat getragener Krankenhäuser gesunken ist.

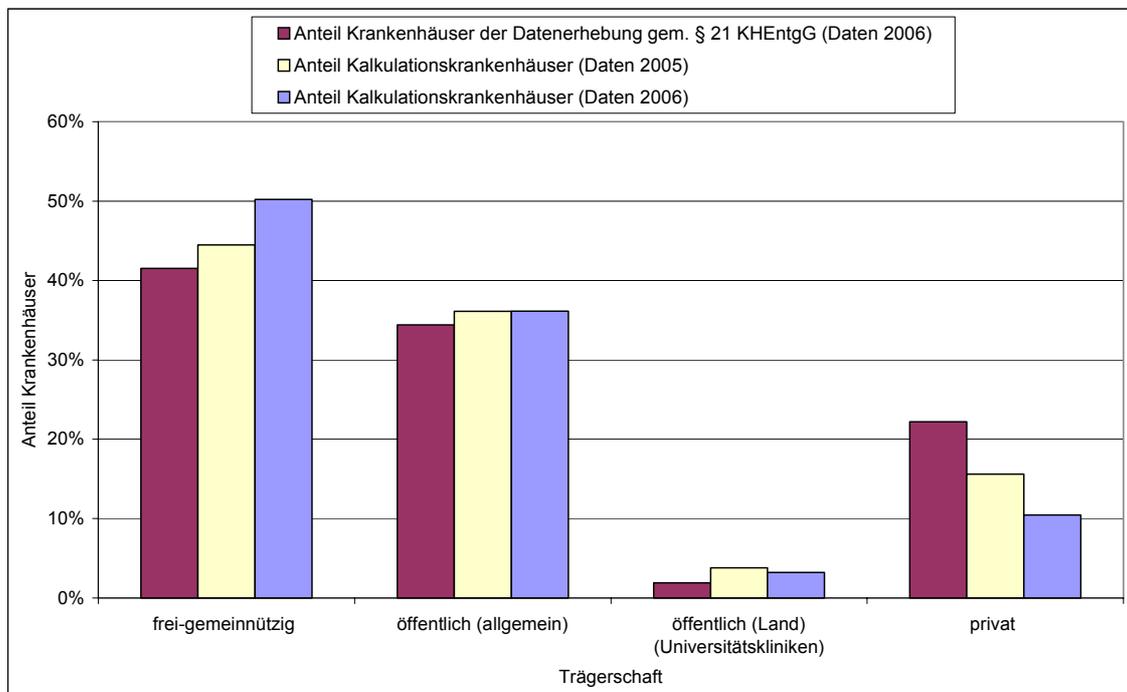


Abbildung 3: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser

***Umfang der Datenlieferungen***

Der Anteil fehlerhafter Datensätze an den übermittelten DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG betrug nach Angaben der DRG-Datenstelle 0,2%. 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 4.118.412 Fällen der Kalkulationskrankenhäuser bereitgestellt.

Diese wurden um alle nicht matchbaren Datensätze (Leistungsdaten ohne Kostendaten: 2,6%; Kostendaten ohne Leistungsdaten: 0,5%) bereinigt. Fälle ohne DRG-Relevanz (vorstationäre Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung: 4,7%; Fälle der Psychiatrie und Psychosomatik bzw. Psychotherapie: 0,4%; Begleitpersonen: 2,3%) 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 3,9 Nebendiagnosen (bei maximal möglichen 49 Nebendiagnosenangaben je Fall) auf. Die Kostendaten je Fall waren im Durchschnitt in 23 verschiedenen Kostenmodulen angegeben.

Nach Ausschluss der vom Matchingproblem betroffenen und der nicht DRG-relevanten Datensätze standen 3.900.098 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 3.900.098 geprüften Datensätze.

Bereinigung/Korrektur	Anteil Datensätze (in %)	Maßnahme
Fallzusammenführung	0,3	Herausnahme der durch Zusammenfassung wegfallenden Fälle aus der Datenbasis
Herkunftskorrektur	13,7	Bereinigung Personalkosten (Korrekturfaktor: 1,0722)
Korrektur Zusatzentgelte: Dialysekosten	0,7	Bereinigung Dialysekosten
Korrektur Zusatzentgelte: Kosten für Faktorpräparate bei Bluterbehandlung	0,3	Kostenseparation
Korrektur sonstige Zusatzentgelte: Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	1,2	Bereinigung Sachkosten Arzneimittel (Einzelkostenzuordnung)
Korrektur sonstige Zusatzentgelte: Operative und interventionelle Verfahren	0,2	„Aussteuern“ aus der Datenbasis
Überliegerbereinigung	0,5	Herausnahme aus der Datenbasis

Tabelle 5: Ergebnis der Datenbereinigungen und -korrekturen (bezogen auf 3.900.098 Datensätze)

**Datenumfang nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen**

Nach den Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie den Bereinigungen und Korrekturen (siehe Kap. 2.1, 2.2 und 3.3.1.2) standen schließlich 2.811.669 Datensätze zur Verfügung. Auf Grundlage der Ergebnisse der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen haben sich in Abstimmung mit dem InEK 28 Krankenhäuser für eine Stornierung ihrer insgesamt 554.002 Kalkulationsdatensätze (14% der Datensätze) entschieden. Insgesamt wurden 27,9% der 3.900.098 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	3.361.210	2.426.506
Belegärztliche Versorgung	99.817	58.971
Teilstationäre Versorgung	439.071	326.192
<b>Gesamt</b>	<b>3.900.098</b>	<b>2.811.669</b>

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 2006

Der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems lag also eine Fallmenge von 2.811.669 Fällen zugrunde.

Die folgende Abbildung 4 zeigt, dass im Vergleich zur Datenerhebung des Vorjahres der Anteil plausibler Fälle insgesamt zugenommen hat. Der Rückgang des Anteils plausibler Fälle in Belegabteilungen begründet sich insbesondere damit, dass ein erstteilnehmendes Belegkrankenhaus im Laufe der Kalkulation seine Datensätze zurückgezogen hat.

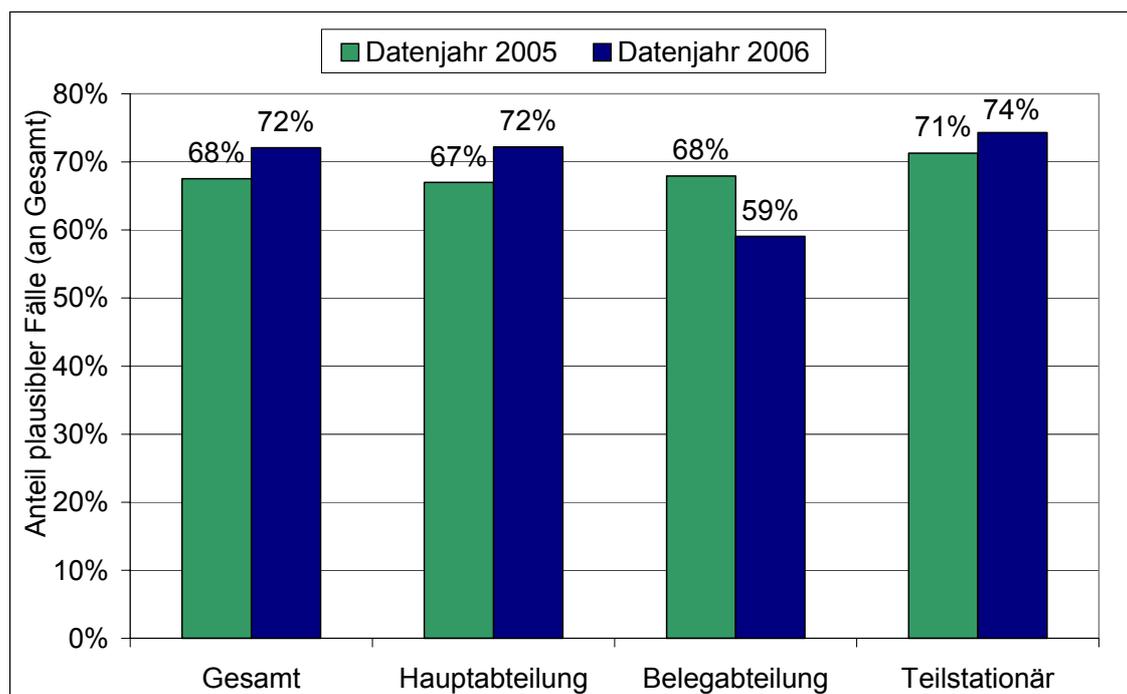


Abbildung 4: Anteil plausibler Fälle in den Datenerhebungen 2005 und 2006

### 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 Lieferungen von Kostendaten der Kalkulationskrankenhäuser zur Verfügung. Neben diesen „regulären“ Datenlieferungen werden weitere ergänzende Fallinformationen aus den Kalkulationskrankenhäusern benötigt, um die relevanten Leistungen auf einer ausreichend differenzierten Datenbasis analysieren und bewerten zu können. Neben dieser Differenzierung der Datenbasis dient die ergänzende Datenbereitstellung dem Verkürzen bzw. Beheben der sogenannten Kalkulationslücke durch die Abfrage von Leistungen und Leistungsdifferenzierungen aus der ICD-10-GM Version 2007 und dem OPS Version 2007 ebenso wie von Leistungen, die in diesen Katalogen noch nicht abgebildet sind. Diese standen in den regulären Daten der Kalkulationskrankenhäuser aus dem Jahr 2006 noch nicht zur Verfügung.

Ohne die ergänzende Datenbereitstellung hätten diese Informationen erst in der Kalkulation des Jahres 2008 – oder nach Einführung neuer Codes für 2008 – erst im Jahr 2009 berücksichtigt werden können. Somit verkürzt sich die Zeitspanne von der Identifizierung eines neuen Verfahrens über die Einführung eines entsprechenden OPS-Kodes 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 insbesondere innovativer Verfahren ermöglicht.

Wie im Vorjahr 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 üblich durch das InEK vorgegeben, wobei für einige sehr spezifische Leistungen wie beispielsweise die spezielle Komplexbehandlung der Hand die Abfrage bei von der Fachgesellschaft benannten Kalkulationskrankenhäusern durchgeführt wurde. Die Bereitstellung der ergänzend abgefragten Fallinformationen bedeutete für viele Kalkulationskrankenhäuser einen erheblichen personellen und zeitlichen 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	202	31.139
Kostendaten zu Medikamenten	206	128.197
Kostendaten zu Neurostimulatoren	28	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 242 Kalkulationskrankenhäuser 454.656 Fälle übermittelt. Den Umfang der ergänzend bereitgestellten Leistungsdaten zeigt Tabelle 8:

Daten	Anzahl Krankenhäuser	Anzahl Fälle
Falldaten zu operativen und interventionellen Verfahren	93	3.817
Falldaten zu Neurostimulatoren	33	415
Falldaten zu Blutprodukten	206	31.219
Falldaten zu Medikamenten	217	132.090
Falldaten zur Dialyse	127	111.485
Falldaten Intensivmedizinische Komplexbehandlung	143	127.745
Falldaten zur Prozedur „neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls“	59	21.685
Falldaten zur Prozedur „andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls“	9	1.040
Falldaten zur Organtransplantation	12	682
Falldaten zu weiteren Bereichen von (Komplex)Behandlungen und anderen Verfahren	20	1.090
Falldaten zur teilstationären geriatrischen Komplexbehandlung	9	23.388

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 sogenannte „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 zum ICD-10-GM Version 2007 bzw. OPS Version 2007 konnten ausschließlich beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) eingereicht werden.
4. Gemäß Beschluss der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG im Spitzengespräch am 9. Februar 2004 wurden die Namen der Antragsteller sowie eine gekürzte Darstellung des Inhalts der Vorschläge veröffentlicht.

Das „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2008“ (Vorschlagsverfahren für 2008) wurde am 28. November 2006 mit der Veröffentlichung der Verfahrensweise im Internet eröffnet. Die bereits 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 einigen der eingegangenen Vorschlagssendungen wurden zum Teil mehrfach Nachfragen gestellt, was auch in diesem Jahr eine deutliche Verbesserung der Qualität des Vorschlagsverfahrens mit sich brachte.

Alle eingegangenen Vorschläge wurden in einer Eingangsliste erfasst. Diese Zusammenstellung der Vorschläge mit Vorschlagsnummer, Name der vorschlagenden Institution/Einzelperson und einer stichwortartigen Quintessenz des Vorschlagsinhalts wurde am 18. Mai 2007 auf der Internetseite des InEK veröffentlicht.

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

Zum Abschluss des Verfahrens 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 etwas geringer als im Vorjahr. Insgesamt wurden 167 Vorschlagssendungen eingereicht. Dabei wurden 95 Vorschlagssendungen von Fachgesellschaften oder Verbänden sowie weitere 72 Vorschlagssendungen von Einzelpersonen/Institutionen eingebracht. Da eine Vorschlagssendung aus mehreren Teilveranschlägen (also Vorschlägen zu verschiedenen Problemstellungen oder DRGs) bestehen konnte, ergaben sich in etwa 1.100 Vorschläge, was ebenfalls einer geringeren Anzahl an Vorschlägen im Vergleich zum Vorjahr entspricht. Dazu kamen ca. 80 Vorschläge aus den beiden vorherigen Vorschlagsverfahren, die erst in diesem Jahr rechenbar waren.

Die meisten Vorschläge gingen zu den Fachgebieten Kardiologie/Herz- und Gefäßchirurgie, Neonatologie, Neurologie, Unfallchirurgie/Orthopädie, Onkologie, Viszeralchirurgie/Chirurgie, Gastroenterologie und Urologie ein, wohingegen zu Themen wie Nephrologie, Rheumatologie, Strahlentherapie/Nuklearmedizin, AIDS und Schmerztherapie nur wenige Vorschläge eingebracht wurden. Wie bereits im Vorjahr wurde der größte Teil der Vorschläge von medizinischen Fachgesellschaften eingereicht. Eine detaillierte Aufstellung der vorschlagenden Institutionen, Organisationen und Einzelpersonen kann der Zusammenstellung der Vorschläge entnommen werden, die auf den Internetseiten des InEK zum Herunterladen bereitsteht.

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

### 3.2.2.3 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge

Wie schon in den Vorjahren waren die eingebrachten Vorschläge in unterschiedlichem Maße konkret. Die weiterhin gültige Vorgabe der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems war, Lösungen innerhalb des G-DRG-Systems zu finden. Dies wurde auch in diesem Jahr in sehr unterschiedlichem Maße von den Vorschlagenden berücksichtigt. Auf die Schwierigkeiten bei der Berücksichtigung mangels konkreter oder außerhalb des vorgegebenen Rahmens befindlicher Vorschläge wurde bereits in der Beantwortung der Einzelvorschläge, im Abschlussbericht sowie in Vorträgen und Veranstaltungen zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2007 hingewiesen.

Beim Vorschlagsverfahren für 2008 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 Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (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 2007) zur Folge.

- Vorschläge zur Finanzierung über Zusatzentgelte

Generell ist die Vergütung einzelner Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel nach § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG nur für eng begrenzte Ausnahmefälle vorgesehen. Die Ermittlung von Zusatzentgelten 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 die 2007 entwickelte Methodik zur Überarbeitung der CCL-Matrix verfeinert. Im Rahmen der Bearbeitung der CCL-Matrix wurden erneut sowohl Diagnosen aufgenommen bzw. aufgewertet als auch aus der CCL-Matrix gestrichen bzw. abgewertet. Dabei konzentrierte sich die Untersuchung einerseits auf häufig kodierte, streitbefangene und vermeintlich aufwendige bzw. nicht aufwendige Diagnosen, andererseits stand die Bearbeitung von Diagnosegruppen mit dem Ziel einer stringenten Abbildung von inhaltsähnlichen Diagnosen im Vordergrund. Auf die Überarbeitung inklusive einer Darstellung der Überarbeitungsmethodik der CCL-Matrix wird in Kapitel 3.3.1.5 detailliert eingegangen.

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

Simulationen auf den Daten der Kalkulationskrankenhäuser konnten nur anhand von Kodes durchgeführt werden, die in den Datensätzen vorhanden waren oder aufgrund einer ergänzenden Datenbereitstellung zur Verfügung standen. Mit neu beantragten Kodes wurde wie oben beschrieben verfahren. Wurden diese Kodes vom DIMDI in die Klassifikationen aufgenommen, so können sie ab dem Jahr 2008 verschlüsselt werden und stehen dann spätestens im Jahr 2009 in den Kalkulationsdaten zur Analyse zur Verfügung. Vorschläge, die auf Kodes des Jahres 2007 basieren, wurden weitestgehend auf Kodes des Jahres 2006 übergeleitet. War dies nicht möglich, wurden diese Vorschläge für eine erneute Bearbeitung im nächsten Jahr vorgemerkt.

- Duplikate

Etwa 2% der Vorschläge wurden text- oder inhaltsidentisch von mehreren Institutionen/Personen eingebracht. Ein Vorteil ergab sich durch mehrfache Einsendungen nicht. Eine Priorisierung bei Mehrfachnennung fand nicht statt.

- Vorschläge zur Änderung der Deutschen Kodierrichtlinien

Bei der Überarbeitung der Deutschen Kodierrichtlinien für das Jahr 2008 stand in diesem Jahr erneut vor allem die Klarstellung einzelner Kodierrichtlinien im Vordergrund, nachdem bereits in den vergangenen Jahren eine umfangreiche Straffung und Neugestaltung der Deutschen Kodierrichtlinien erfolgt ist. 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 2007 abwichen 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. Wiederaufnahmeregelung) ein.

- Vorschläge zur Herausnahme einzelner Fachgebiete/Erkrankungen/Einrichtungen

Wie bereits im Vorjahr 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 2008 nicht mit einer Bewertungsrelation belegt (Anlagen 3a und 3b der FPV 2008) und müssen daher vor Ort zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern verhandelt werden. Diese Nichtbelegung mit einer Bewertungsrelation wurde nicht auf Antrag durchgeführt, sondern anhand einer Gesamtwürdigung objektiver Kriterien wie Homogenität, Langlieger-Anteil, Fallzahl etc. entschieden.

Die etwa 840 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 33% der Vorschläge konnten direkt oder im Sinne des Vorschlagenden umgesetzt werden. Die Rate an umgesetzten Vorschlägen lag damit vergleichbar hoch wie 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 4,1 höher als die Anzahl der eingebrachten simulierbaren Vorschläge (insgesamt 3.412 Änderungsversionen).

### **3.3           Schwerpunkte der Weiterentwicklung**

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

##### **3.3.1.1     Kalkulationshandbuch, Version 3.0**

Im Sommer 2007 hat das InEK gemeinsam mit den Selbstverwaltungspartnern eine aktualisierte Fassung des Kalkulationshandbuchs („Kalkulation von Fallkosten – Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern – Version 3.0“) herausgegeben. Die Neufassung des Kalkulationshandbuchs verfolgt das übergeordnete Ziel einer weiteren qualitativen Verbesserung der Kostenkalkulation. Die Dynamik im Prozess der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems bewirkt steigende Anforderungen an die dafür verwendeten Kostendaten. Gleichzeitig sind in den Krankenhäusern das methodische Wissen und die Erfahrungen in der praktischen Umsetzung der Kalkulation gewachsen. Ein qualitativ hochwertiges Kalkulationsergebnis wird in einer möglichst differenzierten, aufwandsgerechten und leistungsbezogenen Kostenzuordnung auf den jeweiligen Behandlungsfall erkennbar. Unter diesen Prämissen wurde die Methodik der Kostenkalkulation zur weiteren Vereinheitlichung und Differenzierung der Kostenzurechnung auf den Kostenträger „Behandlungsfall“ weiterentwickelt und die Didaktik des Handbuchs zur bestmöglichen Unterstützung der methodischen und praktischen Durchführung der Kalkulation an die geänderten Rahmenbedingungen angepasst.

Ein zentraler Schritt bei der Neufassung des Kalkulationshandbuchs besteht in der Vereinheitlichung der Kostenstellenverrechnung durch strikte Vorgabe des Kalkulationsverfahrens der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung (IBLV) sowie durch Vorgabe der im Rahmen der IBLV zu verwendenden Verrechnungsschlüssel. Die Weiterentwicklung zu einer differenzierteren Kostenkalkulation bedingt auch Anforderungen an die Kostenstellenrechnung der Kalkulationskrankenhäuser. Daher wird für die Kalkulation eine Mindestdifferenzierung des Kostenstellenplans vorgegeben. Dazu korrespondieren punktuelle Anpassungen in der Zuordnung von Kostenstellen zu Kostenstellengruppen. Ferner wird die Verwendung ungewichteter Bezugsgrößen weiter eingeschränkt. Beispielsweise ist für die Kostenstellengruppe 2 (Intensivstation) für die Kostenarten 1–6 (Personalkosten, Arzneimittel, medizinischer Sachbedarf) nur noch die „gewichtete Intensivstunde“ und für die Kostenstellengruppe 6 (Kreißaal) nur die „Aufenthaltszeit der Patientin im Kreißaal“ zulässig.

Zur weiteren Anhebung der Datenqualität wurde bereits für die diesjährige Kostenkalkulation vorgegeben, die Kostenstellenverrechnung ausschließlich nach dem Verfahren der IBLV durchzuführen. Damit wurde die Umsetzung eines zentralen Schrittes bei der Neufassung des Kalkulationshandbuchs um ein Jahr vorgezogen. Im ersten Jahr der verbindlichen Anwendung der IBLV wurden die Kalkulationskrankenhäuser angehalten, die vom InEK vorgeschlagenen, im Rahmen der IBLV zu verwendenden Verrechnungsschlüssel zu verwenden. Gleichzeitig wurden die Kalkulationskrankenhäuser aufgefordert, die tatsächlich verwendeten Verrechnungsschlüssel einerseits und die verrechneten Kostensummen der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur andererseits im Vorfeld der Kalkulation zu Analyse Zwecken an das InEK zu übermitteln. Die Informationen wurden auch zur Durchführung von Konformitätsprüfungen herangezogen.

Das gewachsene Wissen in den Kalkulationskrankenhäusern hat das InEK darüber hinaus in die Lage versetzt, in den Vereinbarungen zur Kalkulationsteilnahme beginnend mit dem Datenjahr 2006 eine höhere Datenqualität für eine erfolgreiche Kalkulationsteilnahme festzuschreiben. So verliert ein Krankenhaus seinen Anspruch auf eine pauschalierte Vergütung für eine erfolgreiche Kalkulationsteilnahme, wenn für die Datenjahre 2006 und 2007 die Fehlerquote von 20% überschritten wird. Ab dem Datenjahr 2008 ist eine Fehlerquote von maximal 15% Voraussetzung für einen Vergütungsanspruch.

### **3.3.1.2 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 Behandlungsfalls 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 Prü-

fungen analysieren, ob die Kostenzurechnung dem unterschiedlichen Behandlungsaufwand entspricht bzw. die Kodierung zur DRG-Zuweisung passt.

Im Zuge der diesjährigen Weiterentwicklung wurden die bereits umfangreichen Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen deutlich weiter ausgebaut und verfeinert. Damit wurde der inhaltliche Zusammenhang zwischen den für einen Behandlungsfall dokumentierten medizinischen Informationen (z.B. Diagnose- und Prozeduren-Kodes, aber auch persönliche Patientenmerkmale) und den sich daraus begründenden Behandlungskosten verstärkt in den Mittelpunkt der Analyse gerückt.

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 (formalen) Konformitätsprüfungen in einem eigenständigen Report. In der Mehrzahl lieferten die Konformitätsprüfungen krankenhausbetonte bzw. systematische Auffälligkeiten. Die Krankenhäuser haben auf Grundlage der Reports die Kalkulationsdatensätze überarbeitet und erneut an das InEK übermittelt. Mehrheitlich waren in Absprache mit dem InEK mehrere Korrekturlieferungen notwendig, 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, krankenhausespezifische 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.

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,
- die Kostensätze je PPR-Minute je Kostenstelle,
- die im Rahmen der IBLV zu berücksichtigenden Kostenstellen mit den zu verrechnenden Kostensummen und die dafür vorgesehenen Verrechnungsschlüssel,
- das Verfahren der Personalkostenverrechnung insbesondere für die Personalkosten des ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes sowie
- Informationen über die Leistungsdokumentation der Schnitt-Naht-Zeit und der Anästhesiologiezeit.

Im Vergleich zum Vorjahr wurde der Umfang der Abfrage zu den Kalkulationsgrundlagen deutlich erweitert. Die Erweiterung umfasst beispielsweise die Summe der Kosten und PPR-Minuten je Kostenstelle sowie die detaillierten Abfragen zur Umsetzung der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung. Die Informationen zu den Kalkulationsgrundlagen fließen in die Prüfungen sowohl der formalen als auch der inhaltlichen Konformität ein.

**Formale Konformität**

Bereits mit den Informationen zu den Kalkulationsgrundlagen konnte die korrekte Umsetzung des Kalkulationshandbuchs geprüft werden. Beispielsweise konnte durch Abgleich mit den Informationen aus den Krankenhausplänen oder im Internet abrufbaren Informationen der Kalkulationskrankenhäuser in Augenschein genommen werden, ob alle für das Kalkulationskrankenhaus erwarteten, relevanten Abgrenzungstatbestände aufgeführt wurden. Die Angaben zu Fremdvergaben bzw. externer Leistungserbringung mussten sich beispielsweise mit den Kalkulationsergebnissen in den entsprechenden Kostenmodulen decken.

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. Die Kosten- und Leistungsangaben je Kostenstellengruppe zur PPR wurden zur Plausibilisierung der Personalkostenzurechnung für den Pflegedienst verwendet.

Das im Rahmen der Weiterentwicklung der Kalkulationsmethodik bereits im Datenjahr 2006 verbindlich vorgegebene Verfahren der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung war ebenfalls Gegenstand formaler Konformitätsprüfungen. Mit den Informationen zu den Kalkulationsgrundlagen konnte einerseits geprüft werden, ob die Kalkulationsergebnisse handbuchkonform entstanden sind und andererseits analysiert werden, inwieweit sich die seitens des InEK angeratenen IBLV-Verrechnungsschlüssel bereits in Anwendung befanden. Die Analyse-Ergebnisse haben bei der Weiterentwicklung des Kalkulationshandbuchs Berücksichtigung gefunden. Ergaben sich nach Durchführung der IBLV unplausible Kalkulationsergebnisse, konnte das InEK anhand der Informationen zur Kalkulationsgrundlage konkrete Hinweise für Überarbeitungen der IBLV geben. Damit konnte bereits im ersten Jahr der verbindlichen Vorgabe der IBLV die Aufwandsgerechtigkeit der Kostenverteilung im Bereich der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur deutlich verbessert werden.

Das Kalkulationshandbuch sieht für die Personalkosten des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes und des Funktionsdienstes/medizinisch-technischen Dienstes eine Verrechnung vor, wenn die auf einer Kostenstelle gebuchten Personalkosten nicht der Inanspruchnahme des Personals auf dieser Kostenstelle entsprechen. Die Kalkulationskrankenhäuser mussten in den Informationen zur Kalkulationsgrundlage die Verrechnungsmethode beschreiben. Unplausible oder nicht nachvollziehbare Angaben zur Verrechnungsmethodik mussten ergänzt bzw. ausführlicher erläutert werden. Bei den formalen Konformitätsprüfungen wurde stärker auf eine nachvollziehbare, plausible Kostenverteilung zwischen den Kostenstellengruppen fokussiert (z.B. zwischen Normalstation und OP oder zwischen Geburtshilfe und Gynäkologie). Die bereits im Vorjahr etablierte Gegenüberstellung der Kalkulationsergebnisse einerseits und der dokumentierten (Gesamt-)Zeiten im OP sowie in der Anästhesie andererseits wurde in der diesjährigen Kalkulationsrunde verfeinert.

Bei der Einzelkostenzuordnung bestand für bestimmte Artikelgruppen die alternative Möglichkeit, die Kosten mit Hilfe eines klinischen Verteilungsmodells den Behandlungsfällen zuzuordnen. Die Kalkulationskrankenhäuser mussten klinische Verteilungsmodelle (KVM) vor Verwendung dem InEK zur Prüfung auf Verursachungsgerechtigkeit und Handbuchkonformität vorlegen. Erst nach Genehmigung durch das InEK durften KVMs von den Kalkulationskrankenhäusern verwendet werden. Von den zur Prüfung vorgelegten KVMs wurden vom InEK 92% 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. Bei Kalkulationskrankenhäusern, die sich bereits im Vorjahr an der Kostenkalkulation beteiligt hatten, wurden zentrale Kalkulationsgrößen wie beispielsweise Kostensumme insgesamt oder die Summe der Personalkosten mit den entsprechenden Werten des Vorjahres verglichen. Auffälligkeiten mussten von den Kalkulationskrankenhäusern plausibel und nachvollziehbar erläutert werden. Im Rahmen der Einzelkostenverrechnung wurde geprüft, ob die Kalkulation für die eine Einzelkostenzuordnung erzwingenden dokumentierten Leistungen Werte in den relevanten Kostenmodulen lieferte. 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. Damit wurde die Konsistenz zwischen kalkulierten Fallkosten und dokumentiertem Behandlungsaufwand sichergestellt.

Hierzu wurden bestehende Prüfungen verfeinert und zusätzliche 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 die inhaltlich korrekte Umsetzung fundamentaler Kalkulationsgrundsätze geprüft. Für diese Datenprüfungen wurde auf die zusätzlichen Informationen aus der Abfrage der Kalkulationsgrundlagen zurückgegriffen. Dadurch konnte ein von den Einzelfällen unabhängiger Gesamtüberblick über das Kalkulationskrankenhausebene 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 medizinischen bzw. nicht medizinischen Infrastrukturkosten wurden in einem erweiterten Verfahren geprüft. Eine nicht verursachungsgerechte Verteilung der Kosten der medizinischen bzw. nicht medizinischen Infrastruktur zwischen den einzelnen Kostenstellengruppen bzw. zwischen den einzelnen Behandlungsfällen führt im Ergebnis zu nicht aufwandsgerecht bewerteten DRG-Fallpauschalen.

Im Zuge der inhaltlichen Konformitätsprüfung wurden zunächst der Anteil der Infrastrukturkosten an den Gesamtkosten sowie die Zurechnung einzelner Kostenstellen zu den Infrastrukturkosten plausibilisiert. Im zweiten Schritt wurde die Verursachungsgerechtigkeit der Kostenverteilung zwischen den einzelnen Kostenstellengruppen sowohl für die medizinischen als auch für die nicht medizinischen Infrastrukturkosten analysiert. Auffällige Werte führten zu umfangreichen Rückfragen an das Kalkulationskrankenhaus, um entweder eine plausible, krankenhausespezifische Erklärung für die Auffälligkeit zu finden oder einen systematischen Kalkulationsmangel aufzudecken. Gleichzeitig wurden zur Vorbereitung der kommenden Kalkulationsrunde ggf. Hinweise für die Verwendung anderer IBLV-Verrechnungsschlüssel gegeben, die ein verursachungsgerechteres Kalkulationsergebnis erwarten lassen.

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 Krankensebene weiterentwickelt. Ein Prüfungsschwerpunkt lag dabei auf der Plausibilität der Personalkostenverteilung zwischen den einzelnen Kostenstellengruppen. Eine Auffälligkeit lag beispielsweise vor, wenn die Personalkosten des ärztlichen Dienstes in der Anästhesie auf Krankensebene signifikant über denen der Kostenstellengruppe „OP“ lagen. Ein zweiter Prüfungsschwerpunkt fokussierte innerhalb einer Kostenstellengruppe auf die Zurechnung der Personalkosten auf die einzelnen Behandlungsfälle. Eine Auffälligkeit lag beispielsweise dann vor, wenn die Kostendifferenz zwischen einer Gruppe von Behandlungsfällen mit hohem dokumentierten Aufwand und einer Gruppe von Behandlungsfällen mit niedrigerem dokumentierten Aufwand nicht deutlich genug ausgeprägt war. Bei Auffälligkeiten wurde durch zahlreiche Rückfragen geklärt, ob eine besondere krankenhausespezifische Situation die Auffälligkeit – inhaltlich korrekt – determinierte. Lag keine besondere krankenhausespezifische Situation vor, mussten die Kalkulationsdatensätze einem Korrekturlauf unterzogen werden.

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 Kalkulationssatz je PPR-Minute auf Kostenstellenebene sowie die Kostenverteilung des Pflegedienstes auf die Kostenstellengruppen plausibilisiert. Darüber hinaus wurde geprüft, ob die Behandlungsfälle, deren medizinische Dokumentation in Verbindung mit weiteren patientenbezogenen Angaben auf einen erhöhten Pflegeaufwand schließen ließen, auch mit vergleichsweise höheren Pflegekosten versehen wurden. 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 teurer 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:

- Intensivstation
- OP
- Anästhesie
- Radiologie

Grundsätzlich wurde geprüft, ob das Krankenhaus Leistungen erbracht hat, die das Anlegen einer Kostenstellengruppe „Intensivstation“ erfordern. Hat die Kostenstellengruppe „Intensivstation“ im seltenen Einzelfall trotz entsprechender Leistungsdokumentation gefehlt, wurde das Kalkulationskrankenhaus direkt kontaktiert und zur Anlage der Kostenstellengruppe „Intensivstation“ aufgefordert. In der Kostenstellengruppe „Intensivstation“ sind die Kosten im Rahmen der Kostenträgerrechnung anhand der gewichteten Intensivstunden zu verrechnen. Entsprechend wurde geprüft, ob die dokumentierten Intensivstunden mit den kalkulierten Kosten in Einklang zu bringen sind. Darüber hinaus wurde geprüft, ob die vorgenommene Gewichtung der Intensivstunden zu einer ausreichenden Kostenspreizung zwischen weniger aufwendigen und sehr aufwendigen Patienten geführt hatte. Auffälligkeiten wurden in Kommunikation mit dem Kalkulationskrankenhaus geklärt bzw. durch das Krankenhaus beseitigt.

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 wurden und ob der Anteil der Fälle mit diesem Code schlüssig war.

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 die Erfüllung der Mindestmerkmale 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.

In der Kostenstellengruppe „OP“ führen bestimmte systematische Kalkulationsfehler zu korrespondierenden Auffälligkeiten in den Kalkulationsdaten, die durch 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 Verursachungsgerechtigkeit der Kostenzurechnung einerseits und zur Dokumentationsgüte radiologischer Leistungen andererseits.

### **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. Bei der diesjährigen Weiterentwicklung der Plausibilitätsprüfungen wurde der Leistungsbezug durch OPS-basierte Prüfungen weiter gestärkt. Auf Basis plausibler Kalkulationsergebnisse wurden leistungs- und/oder mengenabhängige Grenzwerte abgeleitet, deren Über- bzw. Unterschreitung als Auffälligkeit markiert wurde. Auffälligkeiten konnten durch

- Datenfehler,
- Kalkulationsfehler,
- eine Kombination aus Datenfehlern und Kalkulationsfehlern oder
- eine sachlogische plausible krankenhausespezifische Besonderheit

verursacht werden. Entsprechend konnte das Kalkulationskrankenhaus bei Auffälligkeiten entweder eine Korrektur des Kalkulationsdatensatzes vornehmen oder eine plausible Erklärung für die Auffälligkeit liefern. Hauptaugenmerk der fallbezogenen Plausibilitätsprüfungen ist die Konsistenz zwischen der medizinischen Dokumentation einerseits und dem (ökonomischen) Kalkulationsergebnis andererseits. Ergänzende Prüfungen sollten Auffälligkeiten wie „vaginale Entbindung ohne Hebammenkosten bei fest angestellter Hebamme“ oder „Aufenthalt auf der Normalstation ohne Personalkosten für den Pflegedienst“ aufzeigen.

### **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-Kode *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* sowie ggf. dem in der ergänzenden Datenlieferung ermittelten exakten Punktwert ab-

geglichen. Zusätzlich wurde geprüft, ob die in der Kostenstellengruppe „Intensivstation“ 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 2008 weiter verfeinert. 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 fälschlicherweise hohen Kostenzuordnung erkannt 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, Code 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.

Bei den fallbezogenen Implantatkostenprüfungen wurde eine erhebliche Zahl von Leistungen OPS-bezogen auf nachvollziehbare Implantatkosten geprüft, dazu zählten beispielsweise:

- Gelenkendoprothesen
- Herzschrittmacher und Defibrillatoren
- Herzklappen
- Gefäßprothesen
- Linsenimplantate
- Implantate in der Wirbelsäulen Chirurgie
- 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 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.

Im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung wurden die Plausibilitätsprüfungen deutlich ausgeweitet. Dabei wurde einerseits geprüft, ob die Einzelangaben in der ergänzenden Datenbereitstellung Auffälligkeiten aufwiesen. Auf der anderen Seite wurde geprüft, ob die Angaben der ergänzenden Datenbereitstellung mit den Kalkulationsergebnissen der regulären Kalkulationsdatensatzlieferung in Einklang zu bringen waren (sogenannte Zusammenhangsprüfungen). Auffälligkeiten bei Einzelangaben oder bei Zusammenhangsprüfungen mussten vom Krankenhaus durch eine entsprechende Korrekturlieferung beseitigt werden.

### **Medizinische Plausibilitätsprüfungen**

Im Rahmen der medizinischen Plausibilitätsprüfungen wurde in gewohnter Weise wieder formal die Kodierung nach den amtlichen Klassifikationen ICD-10-GM und OPS sowie den Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils gültigen Version überprüft. Ein dabei kontrollierter Sachverhalt war z.B. die korrekte Reihenfolge von Diagnosen in Zusammenhang mit der Hauptdiagnose, die bei falscher Verschlüsselung eine andere Eingruppierung des Falles zur Folge gehabt hätte. Grundsätzlich beschränkte sich die Überprüfung auf Sachverhalte, die bereits Gruppierungsrelevanz hatten bzw. bei denen dies zu erwarten war.

Im vergangenen Jahr wurden darüber hinaus erstmals Plausibilitätsprüfungen durchgeführt, die die Prüfung der medizinischen Plausibilität eines Falles zum Inhalt hatten. So erhielten beispielsweise Kalkulationskrankenhäuser eine Meldung der Kategorie „Fehler bis erklärt“, wenn ein Fall die Hauptdiagnose Kopfschmerz und eine Nebendiagnose für Apoplex aufwies. Bei diesen bestand für die Krankenhäuser die Möglichkeit, die Korrektheit der Kodierung zu erläutern bzw. falls notwendig eine Korrektur des Falles vorzunehmen. Diese Art der medizinischen Plausibilitätsprüfungen wurde auf weitere fallzahlstarke Bereiche ausgeweitet. Zu nennen wären hier Fälle mit Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) der Basis-DRG D61 oder mit anderen oder leichten Erkrankungen der Verdauungsorgane, die der Basis-DRG G72 *Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis* zugeordnet wurden. Dies schließt Fälle ein, bei denen z.B. die Hauptdiagnose Schwindel und eine Nebendiagnose für Hypertonie mit hypertensiver Krise angegeben wurde. Auch bei diesen neu etablierten Prüfungen bestand vorrangig das Ziel, kostenintensive Fälle zu detektieren, die aufgrund einer nicht korrekt verschlüsselten Hauptdiagnose DRGs zugeordnet wurden, die überwiegend der Abbildung von leichteren Krankheitsbildern vorbehalten sind, was entsprechend zu Inhomogenitäten führt.

### **Fazit und Ausblick**

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 intensivierete 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. 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. Die fehlerhafte Dokumentation und/oder Ausleitung von Schnitt-Naht-Minuten bzw. Gleichzeitigkeitsfaktoren konnte zu unplausiblen Kostenverteilungen zwischen den Behandlungsfällen in der Kostenstellengruppe „OP“ führen. Hatte das betroffene Kalkulationskrankenhaus keine Korrekturmöglichkeit, mussten im seltenen Einzelfall die entsprechenden Behandlungsfälle mit operativem Eingriff von der weiteren Verwendung ausgeschlossen werden. Grundsätzlich wurden alle von einer fehlerhaften Kalkulation betroffenen Datensätze von der weiteren Verwendung ausgeschlossen, wenn das Kalkulationskrankenhaus keine Nachkodierung und Nachkalkulationen durchführen konnte. Bei Auffälligkeiten in der Einzelkostenzuordnung konnten die Kalkulationskrankenhäuser entweder Belege für die Korrektheit der Zuordnung einsenden oder die Auffälligkeit durch Nachkalkulation beseitigen.

Das Vorziehen der verbindlichen Vorgabe der IBLV in Verbindung mit dem Anraten, bestimmte IBLV-Verrechnungsschlüssel zu verwenden, hat einen deutlichen Zugewinn in der Aufwandsgerechtigkeit des Kalkulationsergebnisses erzielt. Die mit der Weiterentwicklung der Kalkulationsmethodik grundsätzlich einhergehende Verfeinerung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie der Ausbau der Plausibilitätsprüfungen im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung resultierten in einer gestiegenen Datenqualität. Damit konnte erneut eine hervorragende Datengrundlage für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems geschaffen werden. Die Zahl der Kalkulationsdatensätze mit sehr guter Datenqualität ist gegenüber den vorangegangenen Kalkulationsrunden nochmals deutlich angestiegen. Die verbindliche Vorgabe von IBLV-Verrechnungsschlüsseln und die Einführung eines Mindestkostenstellenplans werden ab dem kommenden Datenjahr für eine weitere Verbesserung Sorge tragen.

#### **3.3.1.3 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 2008 wurden auch in diesem Jahr im Vorfeld der Kalkulation umfangreiche Analysen durchgeführt.

### **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. Des Weiteren wurde die Konsistenz zwischen Kosten- und Leistungsdaten geprüft. Insbesondere wurde dabei die Leistungsabhängigkeit der Kostenstellengruppen untereinander analysiert. Beispielsweise wurden Fälle mit einer aufwendigen operativen Leistung und entsprechenden Kosten in der Kostenstellengruppe OP ohne korrespondierende Kosten in der Kostenstellengruppe Anästhesie (bei Versorgung durch im Krankenhaus angestellten Anästhesisten) für die Kalkulation nicht verwendet.

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 42.025 Datensätzen 66 DRGs kalkuliert werden – zwei Fallpauschalen mehr als im Vorjahr. Eine Aufstellung dieser DRGs befindet sich im Anhang (Tabelle A-2). Aufgrund der bereits erwähnten ausgeweiteten Plausibilisierungen ist die Datenbasis zugunsten einer verbesserten Datenqualität in Verbindung mit einer deutlichen Erhöhung des Homogenitätskoeffizienten (plus 2,8% gegenüber dem Vorjahr) um 3,6% leicht zurückgegangen. Wird die Gesamtheit der gelieferten DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG betrachtet, repräsentieren diese DRGs wie im Vorjahr 65% aller plausiblen abrechenbaren Belegfälle in Deutschland.

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 31% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tab. 9).

Differenz Bewertungsrelation	DRGs kalkuliert	DRGs abgeleitet
Bis 10%	3	236
Über 10% bis 20%	4	558
Über 20% bis 30%	19	73
Über 30% bis 40%	33	
Über 40% bis 50%	7	
Mittelwert (ungew.)	31,2%	12,7%

Tabelle 9: Differenz Bewertungsrelation Belegabteilung zu Bewertungsrelation Hauptabteilung

### Normativ-analytische Ableitung

Die Methodik der normativ-analytischen Ableitung wurde unverändert aus dem Vorjahr übernommen. Auf Basis der Verweildauerstrukturanalyse wurde bei 489 DRGs zusätzlich zum Abzug der Arztkosten ein Zu- bzw. Abschlag der verweildauerabhängigen Module vorgenommen (Zuschlag 140 DRGs, Abschlag 349 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 13% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tab. 9). Bei 40% der DRGs 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 259-mal abgesenkt und 62-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	378
Eigenständige Kalkulation	66
Gesamt	933

Tabelle 10: Überblick Kalkulationsmethodik der DRGs bei belegärztlicher Versorgung

Für 156 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. Insgesamt wurde die Anzahl der DRGs für belegärztliche Versorgung im Hinblick auf Vermeidung möglicher Abrechnungstreitigkeiten im Vergleich zum Vorjahr leicht ausgeweitet (Vorjahr: 771 DRGs).

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

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

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.

### **3.3.1.4 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen**

Die Kalkulationskrankenhäuser übermitteln nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs für teilstationäre Leistungen für jeden teilstationären Behandlungstag einen Kalkulationsdatensatz (kontaktbezogene Kalkulation). Die (fallbezogene) Leistungsdokumentation in den Krankenhäusern folgt dagegen 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 ist für manche Fallkonstellationen mit entsprechend hohem Aufwand verbunden. Zudem ist mit der zusätzlichen Datenaufbereitung eine gewisse Fehleranfälligkeit verbunden.

Bereits im technischen Fehlerverfahren der DRG-Datenstelle wird für Kalkulationskrankenhäuser eine erweiterte Prüfung auf die Konsistenz von übermittelten Prozeduren und teilstationären Belegungstagen durchgeführt. 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 Fokus auf die Leistungsabbildung analysiert und innerhalb der Kalkulationsstichprobe ggf. mit Hilfe der Patientennummer wieder zu einem teilstationären Fall zusammengeführt.

Bei der Abbildung teilstationärer Leistungen muss 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 zu einer zu kalkulierenden Fallpauschale beitragen. Zwei Krankenhäuser durften die Stichprobe gemeinsam nicht dominieren und mussten daher zusammen weniger als 95% aller Kalkulationsfälle stellen. Bei Erfüllung aller Kalkulationsbedingungen führte dies bei 326.192 übermittelten Datensätzen (Ausgangsbasis) zu einer verfügbaren Kalkulationsstichprobe von 137.608 Datensätzen (dies entspricht einem Anteil von 42%).

### ***Problemfelder der 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 seltenen Einzelfall zu einer Kostengleichverteilung über die Kalkulationsdatensätze innerhalb eines dokumentierten teilstationären Behandlungsfalles führen. Die Kosten der nicht medizinischen Infrastruktur mussten für das Datenjahr 2006 erstmalig verpflichtend mittels innerbetrieblicher Leistungsverrechnung (IBLV) im Rahmen der Kostenstellenverrechnung zugeordnet werden. Datensätze, die im Rahmen der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen schwerwiegende Auffälligkeiten z.B. in der Zurechnung der Kosten nicht medizinischer Infrastruktur zeigten, wurden vom weiteren Kalkulationsverfahren ausgeschlossen.

Wegen der fehlenden teilstationären Leistungsbeschreibung wurde versucht, auf Basis der bestehenden Leistungsdokumentationen teilstationäre DRG-Fallpauschalen zu entwickeln.

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. Wegen fehlender teilstationärer Leistungsbeschreibung ließen sich mehrgipfelige Kostenverteilungen innerhalb einer potentiellen Fallpauschale sowie inverse Kostenverteilungen zwischen Behandlungstagen mit höherem bzw. geringerem Aufwand (soweit aus der Dokumentation ablesbar) nicht klären.

Intensivierte Kalkulationsversuche wurden für Behandlungsfälle mit Diabetes Mellitus sowie Erkrankungen der Haut durchgeführt. Insbesondere die fehlende teilstationäre Leistungsbeschreibung ließ keine sachgerechte DRG-Abbildung teilstationärer Leistungen zu. Beispielsweise wurde bei Behandlungsfällen mit Diabetes Mellitus bei fehlender teilstationärer Leistungsbeschreibung hilfswiese auf die vollstationäre Leistungsbeschreibung zurückgegriffen. Insbesondere die bestehenden regionalen teilstationären Schulungskonzepte ließen sich auf diesem Weg nicht sachgerecht abbilden. Darüber hinaus waren die Kalkulationsbedingungen für die potentiell zu bildenden DRG-Fallpauschalen nicht vollständig erfüllt.

Die Prüfung der onkologischen teilstationären Datensätze zeigte wie bereits in den vorhergehenden Kalkulationsjahren eine sehr hohe Variabilität bei den Arzneimitteln.

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.

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

Ab dem Jahr 2007 sind teilstationäre geriatrische Leistungen mit einem neuen Prozedurenkode zu dokumentieren. Die Kodierung im Datenjahr 2006 erfolgte noch auf Grundlage des im Jahr 2006 gültigen Kodes 8-553 *Teilstationäre geriatrische frührehabilitative Behandlung*. Durch eine umfassende ergänzende Datenbereitstellung der Kalkulationskrankenhäuser konnten teilstationäre Behandlungstage aus dem Datenjahr 2006 identifiziert werden, welche den Bedingungen des neuen OPS-Kodes 8-98a\* *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung* genügten. Entsprechend konnten wieder zwei teilstationäre Fallpauschalen A90A *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung* und A90B *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung* mit teilstationärer Leistungsbeschreibung etabliert werden. Eine Bewertung der beiden geriatrischen Fallpauschalen war wegen der Verletzung der Kalkulationsbedingungen für das Jahr 2008 allerdings nicht möglich.

### ***Niereninsuffizienz, teilstationär***

In den Fallpauschalen-Katalog wurden drei DRGs für teilstationäre Dialysen bei Kindern und Erwachsenen aufgenommen. Die Fallpauschalen für die teilstationäre Dialyse bei Kindern (L90A) und für die Peritonealdialyse bei Erwachsenen (L90B) konnten 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 81.123 Datensätze in modularer Struktur dargestellt. In Tabelle 12 sind die fünf häufigsten Hauptdiagnosen und in Tabelle 13 die fünf häufigsten Prozeduren abgebildet.

Bezeichnung	Kostenarten- gruppe	Kosten (€)
Ärztlicher Dienst	1	25,22
Pflegedienst	2	78,83
Med.-technischer Dienst	3	8,82
Arzneimittel	4a	15,73
Arzneimittel Einzelkosten	4b	9,09
Implantate/Transplantate	5	0,00
Übriger med. Bedarf	6a	46,43
Übriger med. Bedarf Einzelkosten	6b	5,92
Med. Infrastruktur	7	15,59
Nicht med. Infrastruktur	8	46,80
Gesamt		252,43

Tabelle 11: Mittlere Kosten der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Datenjahr 2006

Kode	Hauptdiagnose	Anzahl
Z49.1	Extrakorporale Dialyse	58.127
N18.0	Terminale Niereninsuffizienz	22.885
N18.9	Chronische Niereninsuffizienz, nicht näher bezeichnet	50
N18.89	Chronische nicht terminale Niereninsuffizienz, Stadium nicht näher bezeichnet	23
N18.83	Chronische Niereninsuffizienz, Stadium III	18

Tabelle 12: Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Datenjahr 2006

Kode	Prozedur	Anzahl
8-854.0	Hämodialyse: Intermittierend	69.416
8-855.0	Hämodiafiltration: Intermittierend	11.079
8-853.0	Hämofiltration: Intermittierend	577
8-800.7f	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat 1TE bis unter 6 TE	148
8-831.5	Legen, Wechsel und Entfernung eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation	37

Tabelle 13: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter >14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Datenjahr 2006

### Ergebnis

Nur die teilstationäre Dialyse für Erwachsene ohne Peritonealdialyse (L90C) konnte mit einer Bewertungsrelation versehen werden. Für die vier übrigen teilstationären DRGs ist ein krankenhausindividuelles Entgelt nach § 6 Abs. 1 KHEntgG zu vereinbaren. Die bewertete teilstationäre Fallpauschale findet sich im Teil c) des Fallpauschalen-Katalogs. Die unbewerteten teilstationären Fallpauschalen finden sich zur besseren Darstellung in Anlage 3b.

### Ausblick

Für eine sachgerechte Abbildung und Kalkulation teilstationärer Leistungen sind teilstationäre Leistungsbeschreibungen dringend erforderlich. Die fehlende Leistungsbeschreibung führt im Ergebnis zu einer 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. Abhilfe würde hier eine durchgängig tagesbezogene Dokumentation teilstationärer Leistungen schaffen. Dies würde ggf. auch eine Anpassung der bestehenden Krankenhaus-Informationssysteme notwendig machen.

#### 3.3.1.5 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 2008 wurden erneut zahlreiche Vorschläge eingereicht, die sich auf eine veränderte Abbildung von Diagnosen in der PCCL-Systematik bezogen. Die Vorschläge betrafen sowohl die Aufnahme bzw. Aufwertung von Einzeldiagnosen oder Diagnosegruppen als auch die Streichung bzw. Abwertung von Diagnosen in der CCL-Matrix. Darüber hinaus bestand die allgemeine Aufforderung zur Überarbeitung der CCL-Matrix.

Jede einzelne Veränderung in der CCL-Matrix kann eine veränderte Gruppierung in allen PCCL-gesplitteten DRGs sowie teilweise bedingt durch die Abfragereihenfolge auch in nicht PCCL-gesplitteten DRGs zur Folge haben. Demnach ist die Auswirkung jeder einzelnen Veränderung in der CCL-Matrix auf das Gesamtsystem immens. Die zur Beurteilung dieser weitreichenden Veränderungen im letzten Jahr entwickelte Methodik konnte für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2008 weiter ausgebaut werden.

Hinsichtlich der Auswahl der zu untersuchenden Diagnosekodes 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 einerseits erneut auf häufig kodierten, streitbefangenen und vermeintlich aufwendigen bzw. nicht aufwendigen Diagnosen, andererseits stand die Bearbeitung von Diagnosegruppen mit dem Ziel einer stringenten Abbildung von inhaltsähnlichen Diagnosen im Vordergrund.

Analog zur Vorgehensweise im vergangenen Jahr wurde die veränderte Abbildung von Diagnosen auf Grundlage der bestehenden G-DRG-Version 2006/2007 und der durchgängig nach PCCL > 2 und PCCL > 3 gesplitteten Version (ausgenommen MDC 15) untersucht. Diese Version wies ca. 2.800 DRGs auf. Diese Vorgehensweise ermöglichte eine Beurteilung der Ergebnisse von Veränderungen in der CCL-Matrix nicht nur im Ausgangs-DRG-System, sondern zusätzlich auch in einem „fiktiven“ DRG-System mit allen denkbaren PCCL-Splits. Auf diese Weise konnte vermieden werden, dass Simulationen von Änderungen an der CCL-Matrix ausschließlich an einem eben durch diese Matrix bedingten DRG-System selbstlimitierende Ergebnisse erzeugten.

Zur Veränderung der Abbildung von Diagnosen in der CCL-Matrix war es notwendig, eine Gewichtung der CCL-Matrix-Zeilen, in denen die Diagnosen abgebildet werden, vorzunehmen. Dazu wurde die Summe über alle in der jeweiligen Zeile verwendeten CCL-Werte gebildet. Je höher der Summenwert der Zeile ist, desto höher ist die Gewichtung, die diese Zeile trägt. Auf diese Weise konnte die Zuweisung einer Diagnose in eine andere Zeile der CCL-Matrix als Auf- bzw. Abwertung beurteilt werden.

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.

Die Entscheidungsgrundlage wurde in diesem Jahr dahingehend ausgeweitet, dass auch bei zweifach positivem  $R^2$ -Wert der Inlier beider Systeme (unabhängig von den Ergebnissen auf alle Fälle) unter Berücksichtigung der betroffenen Fallzahl eine Anpassung vorgenommen wurde, wenn eine Tendenz einer möglichen Ab- oder Aufwertung erkennbar war. Hierdurch war es möglich, inhaltsähnliche Codes bzw. Codegruppen innerhalb der CCL-Matrix gleichartig (identische Zeilenzuweisung) abzubilden. Auf diese Weise konnte eine stringente Anpassung von Diagnosegruppen erreicht und die Menge der in der CCL-Matrix verändert abgebildeten Diagnosen deutlich erhöht werden.

Insbesondere in Bezug auf unspezifische Codes ermöglichte diese Vorgehensweise eine einheitliche Abbildung von inhaltlich zusammengehörenden Diagnosegruppen. Damit wurde vermieden, dass ein unspezifischer Kode zu einer höheren Bewertung in der CCL-Matrix als die entsprechenden spezifischen Diagnosen des Codebereichs führt.

Auf der anderen Seite war in manchen Fällen die Umsetzung einer einheitlich veränderten Abbildung von Codegruppen dann nicht möglich, wenn sich Ergebnisse in gegenläufiger Richtung ergaben, beispielsweise Teile der Codegruppe auf eine mögliche Aufwertung und andere auf eine Abwertung hinwiesen. Durch eine alleinige Betrachtung der Ergebnisse der Einzelcodes wären ggf. an diesen Stellen mehr Veränderungen umsetzbar gewesen, die jedoch zu einer uneinheitlichen Abbildung der Codegruppe geführt hätten. Um eine Anreizwirkung zu vermeiden, wurde in diesen Fällen auf eine Umsetzung verzichtet.

In Abbildung 5 wird beispielhaft die Untersuchung der Diagnosen B95.6, B95.7 und B95.8 aus dem Bereich der Infektionen mit Staphylokokken dargestellt. Die genannten Diagnosen wurden in der G-DRG-Version 2007 der höchstbewerteten Zeile mit einer Gewichtung von 346 zugewiesen. Die in der Abbildung aufgeführten Werte bezeichnen die Anzahl der positiven R<sup>2</sup>-Werte, die sich bei der jeweiligen Codeverschiebung in eine neue Zeile ergaben. Dunkel hinterlegt sind die Zeilenzuweisungen, die ein vierfach positives R<sup>2</sup>-Ergebnis aufzeigten. Zur einheitlichen Anpassung der Abbildung in der CCL-Matrix für die G-DRG-Version 2008 wurden die drei Diagnosen auf die Zeile mit der Gewichtung von 286 abgewertet. Diese entspricht der am niedrigsten bewerteten Zeile, für die bei allen drei Diagnosen ein vierfach positives R<sup>2</sup>-Ergebnis resultierte. Die spezifischen Diagnosen B95.6 und B95.7 hätten deutlicher abgewertet werden können. Zur Vermeidung einer Anreizwirkung bei Kodierung des in diesem Fall in der CCL-Matrix höher bewerteten unspezifischen Codes B95.8 *Nicht näher bezeichnete Staphylokokken ...* wurde eine stärkere Abwertung dieser spezifischen Codes nicht umgesetzt.

Gewichtung	B95.6	B95.7	B95.8
	Staphylococcus aureus...	Sonstige Staphylokokken...	N.n.bez. Staphylokokken...
346	aktuelle Zeile	aktuelle Zeile	aktuelle Zeile
345	0	1	0
344	1	1	0
343	1	0	0
343	1	1	2
342	4	4	1
341	0	4	0
341	4	4	0
340	4	4	4
339	3	2	4
334	4	3	1
334	1	1	0
330	0	4	1
327	3	3	4
326	1	1	1
309	0	0	0
308	0	0	0
307	0	0	0
307	4	1	1
305	0	0	0
299	4	3	1
292	3	1	1
291	4	3	4
287	4	4	4
286	4	4	4
284	4	4	0
275	4	4	0
269	4	4	1
264	4	3	3
263	1	1	1
262	4	1	1
261	4	2	2
259	1	1	1
258	4	4	1
257	4	1	1
256	4	1	1

Abbildung 5: Beispiel der Entscheidungsgrundlage zur veränderten Zeilenzuweisung von Diagnosen

Bei der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden im Vergleich zum Vorjahr erheblich umfangreichere Untersuchungen zur Anpassung der CCL-Matrix vorgenommen. Während im Rahmen der letztjährigen Untersuchung primär auf die stichprobenhafte Analyse durch Verschiebung einzelner Codes in eine begrenzte Auswahl an Zeilen der CCL-Matrix erfolgte (stufenweise Analyse), konnten in diesem Jahr aufgrund einer ausgeweiteten Automatisierung des Rechenprozesses über 450 Diagnosen in jeweils bis zu 200 Einzelrechnungen (insgesamt über 30.000 Einzelrechnungen) hinsichtlich ihrer Abbildung in der CCL-Matrix untersucht werden. Dies entspricht einer Steigerung der durchgeführten Rechnungen auf das 20-fache des Vorjahres. Diese Verfahrensweise geht mit erheblichem Aufwand einher und benötigte aufgrund der hohen Anzahl an parallelen Rechnungen eine immense Rechenkapazität.

Bei den diesjährigen Analysen wurde jede untersuchte Diagnose mindestens in einer Auswahl von 21 Gewichtungsstufen der CCL-Matrix (etwa jede fünfte Zeile), ein großer Teil der Diagnosen sogar in sämtlichen Zeilen der CCL-Matrix untersucht. Auf diese Weise konnte eine Beurteilung des angemessenen Abbildungsbereichs von Einzeldiagnosen in der CCL-Matrix erfolgen. So konnte beispielsweise eine Häufung von vierfach positiven R<sup>2</sup>-Werten in den Zeilen der CCL-Matrix mit einer höheren Gewichtung Rückschlüsse auf eine angemessene Abbildung der Einzeldiagnose in diesem Bereich geben. Hinsichtlich der endgültigen Positionierung, d.h. der tatsächlichen Zuweisung einer Diagnose in eine bestimmte neue Zeile, wurde zusätzlich auf die Ergebnisse zur Abbildung der inhalts- und aufwandsähnlichen Diagnosen des Codebereichs für eine stringente Abbildung der Codegruppe zurückgegriffen.

Im Ergebnis wurden sowohl Diagnosen aus der CCL-Matrix gestrichen bzw. abgewertet als auch aufgenommen bzw. aufgewertet. Eine vollständige Liste aller im Rahmen der Bearbeitung der CCL-Matrix verändert abgebildeten Diagnosen für die G-DRG-Version 2008 findet sich in Tabelle A-3.

Erneut wurden Diagnosecodes mit vermeintlich geringem Einfluss auf den Behandlungsaufwand auf eine mögliche Löschung aus der CCL-Matrix untersucht. So konnten 32 Diagnosen aus der CCL-Matrix gestrichen werden. Dazu gehören insbesondere streitbefangene Codes wie R32 *Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz*, R33 *Harnverhaltung* und N39.0 *Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet* bzw. Diagnosen aus dem Bereich F17.- *Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak*.

Bei 46 Diagnosen konnte eine Abwertung durchgeführt werden. Dabei handelt es sich beispielsweise um streitbefangene Codes aus dem Bereich N39.4- *Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz* bzw. E87 *Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts*, hier sei insbesondere der Code E87.6 *Hypokaliämie* erwähnt. Außerdem wurden einzelne Diagnosen aus dem Bereich J44.- *Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit* abgewertet, um auf diese Weise eine aufwandsgerecht gewichtete Abbildung des Codebereichs zu gewährleisten.

Des Weiteren konnten 54 Diagnosen einer höher bewerteten Zeile zugewiesen werden, darunter Diagnosen aus dem Bereich Z94.- *Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation* oder verschiedene Codes aus I71.- *Aortenaneurysma und -dissektion*.

Etwa 19 Diagnosecodes wurden neu in die CCL-Matrix aufgenommen. Dazu gehörten einzelne Codes aus G83.- *Sonstige Lähmungssyndrome* und die bisher nicht CC-relevanten Diagnosen aus dem Bereich U80 bis U85 *Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika oder Chemotherapeutika*.

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 wie in den letzten

Jahren das bewährte „Konzept eines Paten“ gewählt. Bezüglich der Zeilenzuweisung wurde auch bei der Aufnahme von Diagnosen auf die Zuweisung in mindestens 21 Gewichtsstufen, ggf. sogar in alle möglichen Zeilen der CCL-Matrix zurückgegriffen.

Teilweise war es zur angemessenen Abbildung einzelner Diagnosen notwendig, neue Zeilen in der CCL-Matrix zu generieren. Dies wurde dann erforderlich, wenn beispielsweise die Abwertung einer Diagnose in eine Zeile mit niedrigerer Gewichtung prinzipiell möglich war, die Zuweisung eines neuen CC-Wertes in einer bestimmten Spalte, d.h. für bestimmte Basis-DRGs jedoch zu einer deutlichen Verschlechterung für das Gesamtsystem führte. An diesen Stellen wurde eine neue Zeile in der CCL-Matrix etabliert, die in der Regel weitestgehend aus den Werten der neu zugewiesenen Zeile besteht und in den anzupassenden Spalten den Wert der ursprünglichen Zeile beibehielt. Auf diese Weise wurde die Anzahl der Zeilen der CCL-Matrix für das Jahr 2008 auf 107 ausgeweitet.

Neben der beschriebenen veränderten Abbildung von Diagnosen in der CCL-Matrix erfolgte für die G-DRG-Version 2008 eine Überarbeitung der Exklusionsdiagnosen. Bereits seit der Anpassung des australischen Systems an deutsche Verhältnisse mit der G-DRG-Version 1.0 wurden Diagnosen als Exklusionscodes verwendet, die selbst nicht CC-relevant sind. Diese Menge wurde durch eine Anpassung der CCL-Matrix durch Löschung von Diagnosen in den letzten G-DRG-Versionen ausgeweitet. Auf diese Weise wurde bisher die Bedeutung von CC-relevanten Diagnosen, die Einfluss auf die CCL-Werte aller Diagnosen eines Behandlungsfalles und damit auch auf den PCCL-Wert haben, durch nicht CC-relevante Diagnosen reduziert.

Im Rahmen der diesjährigen Überarbeitung der CCL-Matrix wurden Exklusionsdiagnosen, die selbst nicht CC-relevant sind, aus den Exklusionen gestrichen. Diese Überarbeitung kann daher zu einer indirekten Aufwertung der fallbezogenen CCL-Werte führen. So kann es in bestimmten Fallkonstellationen auch aufgrund der Überarbeitung der Exklusionscodes unabhängig von weiteren Veränderungen im PCCL-System zu einer Aufwertung in der Abbildung im G-DRG-System kommen.

Wie in jedem Jahr wurden wiederum alle DRG-Fallgruppen auf mögliche PCCL-Splits untersucht. Insgesamt konnte die Anzahl der nach PCCL gesplitteten DRGs für 2008 um 8 auf 275 DRGs ausgeweitet werden.

Mit der diesjährigen Bearbeitung der CCL-Matrix ist ein weiterer großer Schritt in Richtung einer umfangreichen Anpassung der PCCL-Systematik gelungen. Die bisher 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.

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

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

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

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 1.137 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	251	22
Nicht verlegte und zusätzlich aufnahmeverlegte Fälle	213	19
Nicht verlegte und zusätzlich entlassverlegte Fälle	189	17
Alle Fälle (nicht verlegte und zusätzlich aufnahme- oder entlassverlegte Fälle)	437	38
DRGs ohne Bewertung (Anlage 3a und 3b)	47	4
Gesamt	1.137	100

Tabelle 14: Überblick über die Berücksichtigung der Verlegungsarten im G-DRG-System 2008

### **Überlieger aus dem Vorjahr**

Bei Überliegern handelt es sich um Fälle, die vor dem Jahreswechsel im Krankenhaus aufgenommen wurden und die erst nach dem Jahreswechsel aus dem Krankenhaus entlassen worden sind. Die bei diesen Fällen erbrachten Leistungen werden mit den im Aufnahmejahr gültigen Versionen der ICD-10-GM und OPS 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 99,7 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). Bei einer Differenzierung von Codes ist diese unter Umständen nicht gegeben, wie das nachfolgende Beispiel illustriert:

Die Diagnose Morbus Parkinson wurde im Jahr 2005 in der Regel mit dem Code G20 *Primäres Parkinson-Syndrom* verschlüsselt.

Für die ICD-10-GM des Jahres 2006 wurde eine weitere Differenzierung vorgenommen, womit der Grad der Beeinträchtigung und eine eventuell vorhandene Wirkungsfuktuation erstmals verschlüsselt werden können. Da sich der Behandlungsaufwand je nach Ausprägung des Morbus Parkinson unterscheiden kann, lässt sich bei einem Überlieger aus 2005 nicht entscheiden, mit welchem der im Jahr 2006 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 verschlechtern könnte. Dies hätte z.B. den für 2008 modifizierten Split zwischen den DRGs B67A *Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung* und B67B *Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung* betroffen.

In bestimmten Fällen können jedoch auch Fälle mit formal nicht überleitbaren Codes aus 2005 in der Kalkulationsmenge verbleiben, wenn es sich um eine DRG mit sehr kleinen Fallzahlen handelt und der problematische Code (bei jeder möglichen Überleitungsentscheidung) ohne Gruppierungsrelevanz ist. Beispielsweise sind für die o.g. DRG A18Z nur die Beatmungszeit und ein OPS-Kode (Transplantation) gruppierungsrelevant. Haupt- oder Nebendiagnose haben bei diesen Fällen nie einen Einfluss auf das Gruppierungsergebnis, sodass eine nicht überleitbare Diagnose hier keinen Grund darstellt, einen Überlieger aus der Kalkulationsmenge auszuschließen.

### 3.3.1.7 Berechnung der Bezugsgröße

Seit dem Fallpauschalen-Katalog 2006 wird 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 Behandlungsfalls 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 2008 wird im Folgenden erläutert.

### **Datenbasis**

Zur Ermittlung der effektiven Bewertungsrelationen wurden die DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG für das Datenjahr 2006 herangezogen. Dabei wurden Behandlungsfälle aus der Betrachtung ausgeschlossen, für die entweder der Fallpauschalen-Katalog 2007 oder der Fallpauschalen-Katalog 2008 keine Bewertungsrelation aufweisen. Dies galt für

- teilstationäre Leistungen und
- Behandlungsfälle, die 2007 und 2008 nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog vergütet werden (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. Die DRG-Datensätze gem. § 21 KHEntgG wurden dennoch 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 Bewertungsrelationen 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.

Die umfassende Überarbeitung der Abbildung des Parkinson-Syndroms (vgl. Kap. 3.3.2.23) ging mit der Etablierung einer neuen Fallpauschale B49Z *Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson* einher. Obwohl eine Bewertung der neuen Fallpauschale B49Z nicht möglich war, konnte die vom bewerteten Teil des Fallpauschalen-Katalogs in den unbewerteten Teil des Fallpauschalen-Katalogs (Anlage 3a) überführte Summe der effektiven Bewertungsrelationen auf nationaler Ebene abgeschätzt werden. Mit gegensätzlicher Wirkungsrichtung erfolgte der Umbau der bislang unbewerteten Fallpauschale B61Z *Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks außer bei Transplantation*. „Nicht akute“ Querschnittlähmungen wurden aus der unbewerteten Fallpauschale B61Z herausgelöst und dem bewerteten Teil des Fallpauschalen-Katalogs zugeführt (vgl. Kap. 3.3.2.24). Auch hier konnte das Überführungsvolumen auf nationaler Ebene abgeschätzt werden.

Die Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern (vgl. Kap. 3.3.2.20) konnte bei der Bestimmung der effektiven Bewertungsrelationen nicht im richtigen Ausmaß berücksichtigt werden, da der entsprechende im Jahr 2006 eingeführte OPS-Kode erst im Fallpauschalen-Katalog 2007 Abrechnungsrelevanz besaß. Entsprechend ist im Datenjahr 2006 noch mit einer unvollständigen Kodierung zu rechnen. Der OPS-Kode 8-985 *Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]* wurde in den OPS Version 2006 neu eingefügt. Entsprechend ist im Datenjahr 2006 noch mit einer unvollständigen Kodierung zu rechnen. Für die beiden vorgenannten OPS-Kodes wurde die Unvollständigkeit der Kodierung auf Basis der

Ergebnisse aus der Kalkulationsstichprobe auf die nationale Summe effektiver Bewertungsrelationen hochgerechnet.

Sowohl durch die Aufnahme neuer Zusatzentgelte in den Zusatzentgelt-Katalog als auch durch Anpassungen bereits bestehender Zusatzentgelte 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 2008 wurde für die Überführungen zwischen bewertetem und unbewertetem Teil des Fallpauschalen-Katalogs, die unvollständige Kodierung bei multiresistenten Erregern und beim qualifizierten Entzug sowie die veränderte Vollkostenbereinigung bei der Zusatzentgeltkalkulation auf nationaler Ebene eine Gesamtsumme von 3.666 effektiven Bewertungsrelationen geschätzt.

Für den Fallpauschalen-Katalog 2007 ergab sich auf Basis der DRG-Daten gem. § 21 KHEntG für das Datenjahr 2006 eine Summe von effektiven Bewertungsrelationen in Höhe von 16.528.236. Unter Verwendung identischer DRG-Daten ergab sich für den Fallpauschalen-Katalog 2008 eine Summe von effektiven Bewertungsrelationen in Höhe von 16.531.902. Die Differenz der effektiven Bewertungsrelationen beträgt exakt 3.666. Die Bezugsgröße zur Ermittlung der Bewertungsrelationen für den Fallpauschalen-Katalog 2008 beträgt 2.680,80 €.

Ein einfacher Vergleich der Bezugsgrößen für 2007 und 2008 (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. Da in jeder Kalkulationsrunde die Summe der effektiven Bewertungsrelationen auf Basis der DRG-Daten gem. § 21 KHEntG für das Datenjahr konstant gehalten wird – beispielsweise für die Kalkulation des Fallpauschalen-Katalogs 2008 auf Basis des Datenjahres 2006 –, werden ggf. auftretende strukturelle Veränderungen in der Zusammensetzung der (nationalen) Behandlungsfälle bei der Normierung des Fallpauschalen-Katalogs berücksichtigt.

### **3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation**

#### **3.3.2.1 Alkohol- und Drogengebrauch**

Der zentrale Punkt des Vorschlagsverfahrens für 2008 im Bereich der MDC 20 *Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen* war die Abbildung des Qualifizierten Entzuges bei Drogenintoxikation und -entzug, Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit sowie bei Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch bzw. bei anderer Drogen- und Medikamentenabhängigkeit.

Da der betreffende OPS-Kode 8-985 *Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]* in den Daten des Jahres 2006 erstmalig regulär vorlag, konnte in der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2008 der Qualifizierte Entzug als ein über die bisherige Abbildung hinausreichender Kostentrenner

identifiziert werden. Der Qualifizierte Entzug wird im G-DRG-System komplett in der DRG V60A *Alkoholintoxikation und -entzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom oder Qualifizierter Entzug* abgebildet – sowohl wenn die Hauptdiagnose dem Bereich Alkoholintoxikation und -entzug und Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit angehört als auch wenn die Hauptdiagnose Drogenintoxikation oder -entzug, Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit oder Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch bzw. bei anderer Drogen- und Medikamentenabhängigkeit lautet.

### 3.3.2.2 Augenheilkunde

Schwerpunkte der Vorschläge im Rahmen des Vorschlagsverfahrens 2008 für die MDC 02 *Krankheiten und Störungen des Auges* waren zum einen Entkondensationen zur Erhöhung der Transparenz und besseren Nachvollziehbarkeit von DRG-Fallgruppen und zum anderen die Abbildung der Hornhauttransplantation (Basis-DRG C04).

Basierend auf einem Vorschlag der entsprechenden Fachgesellschaft erfolgte eine Überprüfung der DRG C65Z *Bösartige Neubildungen des Auges und Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus* (G-DRG-System 2007), inwieweit eine Abbildung in getrennten DRGs sinnvoll ist. Ergebnis dieser Untersuchung war eine Auftrennung der DRG in zwei Fallgruppen:

- DRG C65Z *Bösartige Neubildungen des Auges* (mit einer Bewertungsrelation von 0,549 belegt)
- DRG C66Z *Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus* (mit einer Bewertungsrelation von 0,622 belegt)

Diese erfolgte insbesondere, um die Transparenz und Nachvollziehbarkeit des G-DRG-Systems zu erhöhen. Darüber hinaus hat die Auftrennung Auswirkung auf die Wiederaufnahmeregelung. Im G-DRG-System 2008 ist lediglich die DRG C65Z *Bösartige Neubildungen des Auges* von der Wiederaufnahmeregelung ausgenommen, wohingegen dies für die neue DRG C66Z *Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus* nicht mehr gilt.

Weiterhin wurde eine Auftrennung der DRG C07Z *Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) und andere Eingriffe an der Retina* (G-DRG-System 2007) vorgeschlagen. Die Analyse der vorliegenden Daten ergab nunmehr signifikante Kostenunterschiede zwischen den Fallgruppen, sodass auch hier eine Entkondensation der Fallgruppen erfolgte:

- DRG C07Z *Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE)* (mit einer Bewertungsrelation von 0,887 belegt)
- DRG C15Z *Andere Eingriffe an der Retina* (mit einer Bewertungsrelation von 0,693 belegt)

Ebenfalls analysiert wurde die Abbildung von Fällen mit *Hornhauttransplantation und Keratoprothetik: Austausch-Keratoplastik* (OPS-Kode 5-125.3). Diese werden im G-DRG-System 2008 statt wie bisher in der DRG C18Z *Große Eingriffe an Cornea, Sklera und Konjunktiva* in der DRG C04B *Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne Amnionmembranaufnahme, Alter > 15 Jahre* abgebildet. Somit erfolgte eine Aufwertung der betroffenen Fälle.

### 3.3.2.3 Besondere Versorgungsbereiche

Wie bereits im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2007 erreichten uns auch im Vorschlagsverfahren für 2008 nur noch wenige Vorschläge zu den Themenkomplexen der Rheumatologie, der naturheilkundlichen Komplexbehandlung und der anthroposophisch-medizinischen Komplexbehandlung.

Im Bereich der naturheilkundlichen Komplexbehandlung blieb das im Jahre 2006 neu etablierte Zusatzentgelt weiterhin als unbewertetes Zusatzentgelt bestehen. Auch die anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung wird weiterhin über ein unbewertetes Zusatzentgelt abgebildet.

Unverändert blieb für das Jahr 2008 die unbewertete DRG I97Z *Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* im Bereich der Rheumatologie. Eine Änderung der Abbildung in diesem Bereich betrifft die Aufwertung von Fällen mit Knochentransplantationen am Fuß oder Zehengelenksendoprothesen innerhalb der Basis-DRG I20 *Eingriffe am Fuß*.

### 3.3.2.4 Dialyseverfahren

An der bestehenden Zuordnung von Patienten, die zur Behandlung eines Nierenversagens bzw. speziell zur Dialyse aufgenommen werden, in die Basis-DRGs L60 *Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag*, L61 *Stationäre Aufnahme zur Dialyse* und L71 *Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse* bzw. L70B *Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre oder Niereninsuffizienz, ein Belegungstag ohne Dialyse* und die Basis-DRG L90 *Niereninsuffizienz, teilstationär* wurde weiterhin festgehalten. Im Zusammenhang mit der Regelung in den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR 1401 *Dialyse*) zur Verschlüsselung von Fällen, bei denen die stationäre Aufnahme speziell zur Dialyse erfolgt ist, und aufgrund eines Hinweises aus dem Vorschlagsverfahren wurden Fälle mit der Hauptdiagnose Z49.2 *Sonstige Dialyse (Inkl.: Peritonealdialyse)* daraufhin untersucht, ob diese Diagnose in die Definition der Basis-DRG L90 aufgenommen werden sollte, um eine Eingruppierung von teilstationären Fällen mit Peritonealdialyse und der Hauptdiagnose Z49.2 in die Basis-DRG L90 zu ermöglichen. Da in DKR 1401 die Kodierung der Patienten, die speziell zur Dialyse aufgenommen werden, in Abhängigkeit von der Dauer des Krankenhausaufenthaltes abschließend geregelt ist, wurde die Diagnose Z49.2 *Sonstige Dialyse* stattdessen in die Tabelle der unzulässigen Hauptdiagnosen aufgenommen. Damit wird der Forderung Rechnung getragen, dass vergleichbare Krankheitsfälle auch derselben DRG-Fallgruppe zugeordnet werden, was jedoch nur dann erfüllt werden kann, wenn Diagnose- und Prozeduren-Klassifikationen in einheitlicher Weise angewendet werden.

Bei den in bestimmten DRGs abrechenbaren Zusatzentgelten für Dialysebehandlungen konnte das Zusatzentgelt für *Hämodialyse, Alter < 15 Jahre* für 2008 wieder als bewertetes Zusatzentgelt ausgewiesen werden. Die erstmals seit der OPS-Version 2007 mögliche Differenzierung von Dialyseverfahren anhand der Art der Antikoagulation bzw. der Dauer für intermittierende Dialysen erbrachte keine weitere Differenzierung der jeweiligen Zusatzentgelte.

### 3.3.2.5 Epilepsie

Zum Thema Epilepsie erreichten uns in diesem Jahr wieder einige Vorschläge mit einem Schwerpunkt auf einer bereits bekannten Problematik. Neben den daraus folgenden Analysen wurden die im letzten Jahr vorgenommene Ausdifferenzierung der Basis-DRG B76 *Anfälle* überprüft und weitere neue Splitkriterien untersucht.

Für die bekannte Problematik der unspezifischen Abbildung von Fällen in anderen MDCs als der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*, welche eine aufwendige epileptologische Diagnostik (OPS-Kode 1-213 *Syndromdiagnose bei komplizierten Epilepsien*) erfahren, aber keine Hauptdiagnose aus dem Bereich der Epilepsiediagnosen aufweisen, konnte in diesem Jahr eine Lösung etabliert werden. Fälle mit der Prozedur *Syndromdiagnose bei komplizierten Epilepsien* werden in der Prä-MDC (unmittelbar nach der Umleitung für Fälle mit einer Implantation/Aggregatwechsel eines Defibrillators) direkt in die MDC 01 umgeleitet und hier typischerweise in die unbewertete DRG B76A *Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie* gruppiert. Die DRG-Zuweisung erfolgt unabhängig von der Hauptdiagnose, sodass ab 2008 die entsprechenden Fälle in der MDC 01 und damit spezifischer abgebildet werden.

Das Splitkonstrukt der Basis-DRG B76 wurde anhand der Daten aus dem Jahr 2006 im Wesentlichen bestätigt. Eine der drei im letzten Jahr neu definierten DRGs – B76B für Fälle mit einer komplizierenden Diagnose und Alter unter 3 Jahre – wurde durch Kondensation mit dem Alterskomplement DRG B76G *Anfälle, [...], mit komplizierender Diagnose, Alter > 2 Jahre [...]* (G-DRG-System 2007) wieder aufgelöst. Eine sehr geringe Fallzahl und ein fehlender Kostenunterschied zur Komplement-DRG begründen diesen Schritt.

Als ergänzende Splitkriterien innerhalb der Basis-DRG B76 wurden – bei unveränderter Anzahl der DRGs – die Diagnose „Status epilepticus“ als „komplexe Diagnose“ und angeborene Fehlbildungen des Nervensystems als Nebendiagnose gruppierungsrelevant. Hierdurch werden Fälle aus den DRGs B76E und B76F (G-DRG-System 2007) in die DRG B76C (G-DRG-System 2008) und aus der DRG B76H (G-DRG-System 2007) in die DRG B76F (G-DRG-System 2008) bzw. aus der DRG B76F (G-DRG-System 2007) in die DRG B76D (G-DRG-System 2008) verschoben und damit aufgewertet.

Mit den diesjährigen Veränderungen im Themenbereich „Epilepsie“ konnte insbesondere die Abbildung hoch spezialisierter Leistungen weiter vervollständigt werden.

### 3.3.2.6 Erkrankungen an Haut, Unterhaut und Mamma

In diesem Jahr erreichten uns erneut Vorschläge zu den Themengebieten der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma*, die von uns analysiert wurden.

Der zahlenmäßige Schwerpunkt der Vorschläge lag dabei auf der Abbildung von Fällen mit der Prozedur 5-885.9 *Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Freies lipokutanes Transplantat mit mikrovaskulärer Anastomosierung*. Diese Prozedur wurde im Jahr 2007 neu in den OPS aufgenommen und stand demnach in den regulären Daten des Datenjahres 2006 nicht zur Verfügung. Durch die Abfrage dieses Leistungsbezeichners im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung konnte die sogenannte OPS-Kalkulationslücke bereits in diesem Jahr geschlossen und eine Abbildung der Leistung, den zahlreichen Vorschlägen zu diesem Thema folgend, in der DRG J26Z *Plastische Rekonstruktion der Mamma mit komplexer Hauttransplan-*

tation (BR 3,592), die im Vorjahr zur verbesserten Abbildung von Extremkostenfällen geschaffen wurde, etabliert werden. Die von dieser Leistung betroffenen Fälle, die im Jahr 2006 noch mit dem unspezifischen Code 5-885.x *Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Sonstige* kodiert wurden und demzufolge im Jahr 2008 überwiegend weiterhin in der Basis-DRG J14 *Plastische Rekonstruktion der Mamma bei bösartiger Neubildung* (BR 2,160 bis 3,239) abgebildet worden wären, konnten auf diese Weise aufgewertet werden.

Neben Vorschlägen zur Analyse und Bewertung von Fällen anhand einzelner Leistungsbezeichner (beispielsweise „Erysipel“, „Ulcus cruris“, „Pruritus“, „bestimmte Operationen an Haut- und Unterhaut“) erreichte uns ein Vorschlag, der die Problematik schilderte, dass Fälle mit einer Kapsel fibrose der Mamma durch Mammaprothese oder -implantat in der MDC 21B abgebildet werden. Da diese Fälle im Datenjahr 2006 mit dem unspezifischen Code T85.88 *Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate, anderenorts nicht klassifiziert* kodiert wurden, war eine spezifische Identifikation der bezeichneten Fälle nicht möglich. Um eine zukünftige Analyse der betroffenen Fälle zu ermöglichen, hat das InEK die Schaffung eines neuen ICD-Kodes T85.82 *Kapsel fibrose der Mamma durch Mammaprothese oder -implantat* beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) unterstützt. Fälle mit einer *Kapsel fibrose der Mamma durch Mammaprothese oder -implantat* (T85.82) werden ab 2008 mit dem ICD-Kode T85.82 verschlüsselt werden und sind damit für Analysen ab dem Jahr 2009 identifizierbar.

Weitere Themen betrafen beispielsweise „Mehrzeitige Eingriffe“ (Näheres siehe Kap. 3.3.2.18) und „Multiresistente Erreger“ (Näheres siehe Kap. 3.3.2.20), die im G-DRG-System generell untersucht wurden.

### 3.3.2.7 Extremkostenfälle

Die in 2006 in breitem Umfang behandelte Thematik der „Extremkostenfälle“ spielte auch bei der diesjährigen Weiterentwicklung zur G-DRG-Version 2008 eine zentrale Rolle. Die Häufigkeit der Hinweise im Strukturierten Dialog hat jedoch gegenüber dem Vorjahr abgenommen.

Dabei wurde im Vorschlagsverfahren erneut angeregt, Extremkostenfälle (im Vorschlag definiert als „entstehende Kosten überschreiten die finanzielle Entschädigung [...] um mehr als den Faktor 2,5 und führen zu einem Deckungsdefizit von mehr als € 10.000“) über ein neu zu etablierendes Zusatzentgelt zu vergüten. Dieser Vorschlag konnte wie im Vorjahr nicht umgesetzt werden, da die betroffenen Fälle nicht aufgrund eines Leistungsbezeichners detektierbar sind, 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 wurden im Strukturierten Dialog weitere Hinweise auf möglicherweise noch unzureichend in der G-DRG-Version 2007 abgebildete hochaufwendige Fälle gegeben. Diese wurden umfassend analysiert, wobei nicht nur die regulären Kalkulationsdaten und die weiter ausgebaut ergänzende Datenbereitstellung herangezogen wurden, sondern auch die im letzten Jahr erstmals durchgeführte Sonderabfrage zu Hochkostenfällen:

Von acht 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 erwies 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 als hilfreich. Für die an dieser Datenerhebung teilnehmenden Kliniken bedeutete dies einen erheblichen zusätzlichen Aufwand. Dank dieser freiwilligen Datenbereitstellung konnten die Voraussetzungen zur Identifikation problematischer Hochkostenfälle und zur Nachvollziehbarkeit der Kostenzuordnung erheblich verbessert werden.

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. Seltener als im Datenjahr 2005, aber immer noch überraschend häufig ist 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 2007**  
Im Vergleich zu den zahlreichen Umbauten des Vorjahres, die aus der Extremkostenanalyse resultierten, fanden sich nur sehr wenige echte Abbildungsschwächen des G-DRG-Algorithmus. Ein Beispiel sind bestimmte aufwendige Eingriffe an Leber und Pankreas, die in der G-DRG-Version 2007 typischerweise in der MDC 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* abgebildet sind. Bei Vorliegen einer Hauptdiagnose der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* wurden die Fälle jedoch überwiegend der Fehler-DRG 901 *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose* zugeordnet, was eine unspezifische und in bestimmten Fällen auch inadäquate Eingruppierung darstellt. Für diese nicht seltene Konstellation (über 200 Fälle in den Kalkulationsdaten) konnte für 2008 mit der Etablierung der DRG G10Z *Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System und Pankreas* eine spezifische Abbildungsmöglichkeit geschaffen werden.
- Ein kostenrechnerischer oder dokumentarischer Kompressionseffekt kann – trotz spezifischer Abbildung teurer Fälle im DRG-Algorithmus – ebenfalls zu einer unzureichenden Vergütung teurer Fälle führen, wenn auch in der Regel nicht mit einer vergleichbar hohen prozentualen Unterdeckung wie bei den vor-

genannten Punkten. Die für 2008 abermals verbesserte Datenprüfung konnte hier eine weitere Minimierung des Kompressionseffekts erreichen.

Inhaltliche Schwerpunkte der Extremkostenanalyse waren für 2008 insbesondere:

- Intensivmedizin
- Versorgung von Kindern
- Mehrfacheingriffe
- Neurologische Erkrankungen

Neben zahlreichen Verbesserungen in diesen Bereichen, die jeweils in separaten Kapiteln detailliert erläutert werden, konnte auch in nennenswertem Umfang für relativ seltene, aber aufwendige Fallkonstellationen eine spezifische Abbildung erreicht werden:

- Kardiovaskuläre Hybridchirurgie bei Kindern
- Intrauterine Therapie des Feten
- Neue Operationsverfahren in der Mammachirurgie (DIEP-Flap)
- Schwere Gerinnungsstörungen (Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II)
- Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten (ZE2008-66)
- Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Yttrium-90-markierten Mikrosphären (ZE 2008-65)
- Eingriffe an hepatobiliärem System und Pankreas bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane

Diese Liste zeigt, dass die verbesserte Abbildung extrem teurer Fälle nicht immer über die Schaffung einer neuen DRG umgesetzt wird. Auch die Etablierung ergänzender Vergütungselemente (z.B. ZE2008-66 *Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten*) oder die Modifikation von Schweregradsystemen können hier in Betracht kommen. Beispielhaft für den letztgenannten Punkt ist die Einbeziehung der Diagnose *Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II* in die Funktion *Komplizierende Prozeduren* oder die Aufwertung mit einer Transplantation in Zusammenhang stehender Diagnosen in der CCL-Matrix.

Im Zuge der Extremkostenanalyse regelhaft geprüft werden Verfahren, die in den vorangegangenen Jahren im Rahmen der Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) nachvollziehbar als nicht sachgerecht vergütet benannt worden sind. Ziel ist eine möglichst rasche Integration dieser NUB-Leistungen in das DRG-System, wie sie beispielsweise beim *Neurostimulator zur Stimulation des Rückenmarks oder des peripheren Nervensystems, wiederaufladbar* (NUB-Status 1 in 2007) für 2008 gelungen ist.

### 3.3.2.8 Frührehabilitation

Im Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverstandes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2008 gingen wiederum nur wenige Vorschläge zur klassifikatorischen Abbildung der Frührehabilitation ein, welche sich vor allem auf die Überprüfung der derzeitigen Abbildung der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation bei gleichzeitiger Beat-

mung in der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* bzw. auf die Abbildung der fachübergreifenden Frührehabilitation bezogen.

Die DRGs der Frührehabilitation sind bis auf die Basis-DRG B42 über krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG zu vergüten, was es dem Leistungserbringer ermöglicht, eine differenzierte Vereinbarung vor Ort zu treffen, sodass es dem jeweils vor Ort entstehenden Aufwand, z.B. durch Beatmung, gerecht wird. Somit war die vorgeschlagene Differenzierung der DRGs der Frührehabilitation zur Berücksichtigung der Beatmung, welche zu einer weiteren Komplexitätserhöhung des G-DRG-Systems beitragen würde, nicht notwendig. Zudem hat sich die bestehende Konstellation, insbesondere mit Bewertung der Basis-DRG B42, bei hohem Homogenitätskoeffizienten als belastbar erwiesen.

Weiterhin zeigte sich eine sachgerechte Finanzierung von Fällen mit neurologisch-neurochirurgischer Frührehabilitation, die nicht in die Frührehabilitations-DRGs eingruppiert werden, bei einer insgesamt geringen Anzahl betroffener Fälle. Dies gilt insbesondere in der Prä-MDC und in der MDC 01 mit den spezifischen DRGs A43Z *Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom*, B42 *Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage, ohne Beatmung > 95 Stunden [...]* und B43Z *Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage oder Beatmung > 95 Stunden* für die Frührehabilitation. Insgesamt ergab sich somit kein Anhalt für die Etablierung neuer DRGs für die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation.

Im Bereich der fachübergreifenden Frührehabilitation in der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* konnte eine Differenzierung der Abbildung von Fällen mit nicht akuter Paraplegie oder Tetraplegie (Basis-DRG B60) durch Abbildung jener Fälle, die eine fachübergreifende Frührehabilitation mit einer Behandlungsdauer von mindestens 14 Behandlungstagen erhalten, in der DRG B48Z *Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie oder nicht akuter Paraplegie/Tetraplegie* erreicht werden.

### 3.3.2.9 Gastroenterologie/Endoskopie

In der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems lag ein Schwerpunkt, angeregt durch einen Vorschlag im Rahmen des Strukturierten Dialogs, auf der Verbesserung der Abbildung von für Kinder erbrachten endoskopischen Leistungen in der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*. Die bisherige Abbildung von bei Kindern durchgeführten Gastroskopen, z.B. im Rahmen einer Ausschlussdiagnostik bei unspezifischen Diagnosen wie der Lymphadenitis mesenterialis, erfolgte hauptsächlich in der medizinischen Partition, wenn nicht Begleiterkrankungen vorlagen oder besonders komplexe endoskopische Eingriffe durchgeführt wurden. Im G-DRG-System 2008 werden diese Kinder mit einem Alter < 15 Jahre und einer Gastroskopie unabhängig von ihrer Hauptdiagnose in der Basis-DRG G47 *Andere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopie, Alter < 15 Jahre* abgebildet. Weiterhin erfolgte sowohl eine Aufwertung von Gastroskopen bei Kindern mit schweren Krankheiten der Verdauungsorgane innerhalb der Basis-DRG G46 *Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane* als auch eine Aufwertung von Gastroskopen bei Kindern mit nicht schweren Erkrankungen der Verdauungsorgane, die zuvor in der DRG G50Z abgebildet waren.

Analog zu den Analysen im Bereich der Gastroskopien wurde die Durchführung von Koloskopien bei Kindern auf ihre sachgerechte Abbildung untersucht. Diese Fälle werden im G-DRG-System 2008 anders als in den Vorjahren unabhängig von weiteren Bedingungen wie äußerst schweren oder schweren CC oder komplizierenden Eingriffen der Basis-DRG G48 *Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre* zugeordnet.

Ein weiterer Schwerpunkt lag in der Differenzierung der Abbildung der Endoskopien in Bezug auf die Identifizierung von Kostenunterschieden innerhalb der Gruppe der „Komplexen therapeutischen Gastroskopien“, der „Anderen Gastroskopien“ und der „Koloskopien“. Im Ergebnis wurden sowohl wenig komplexe, diagnostische Prozeduren aus dem Bereich der Gastroskopie als auch aus dem Bereich der Koloskopie in bestimmten DRGs (G46C, G47B, G50Z sowie G48B) als deutlich kostenunterschiedlich identifiziert. Durch eine Streichung der betreffenden OPS-Kodes aus den jeweiligen Tabellen erfolgt eine Abbildung dieser Fälle nun in der Regel in der medizinischen Partition.

Weitere Umbauten in der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* betrafen beispielsweise die Aufnahme der Prozedur für die Telemetrische Kapselendoskopie des Dünndarms in die Basis-DRG G47 *Anderer Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopie, Alter < 15 Jahre*, die Aufwertung von Fällen mit schwerer Darminfektion oder Zustand nach Transplantation innerhalb der Basis-DRG G48 *Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre* oder von Fällen mit bösartiger Neubildung oder chronisch entzündlicher Darmerkrankung innerhalb der Basis-DRG G47.

Im Rahmen der vorgeschlagenen Untersuchung einer Mindervergütung bei Mehrleistung von Fällen mit interventionellen Maßnahmen in der DRG K40Z *Endoskopische oder diagnostische Eingriffe bei Stoffwechselerkrankungen ohne CC* des G-DRG-Systems 2007 erfolgte bei einer Verbesserung der Sachgerechtigkeit in der Abbildung der betroffenen Fälle und zur Verhinderung einer negativen Anreizwirkung im Einzelfall eine Streichung dieser DRG.

Weitere Vorschläge enthielten Hinweise auf die Konstellation einer Höherbewertung der alleinigen ERCP (Eingruppierung in H41C *Komplexe therapeutische ERCP ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne photodynamische Therapie, Alter > 2 Jahre, oder andere ERCP*) gegenüber der laparoskopischen Cholezystektomie mit ERCP (Eingruppierung in H08B *Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Diagnose*) im G-DRG-System 2007. Verschiedene Analysen in der MDC 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* erbrachten folgendes Ergebnis: Bestimmte Prozeduren wurden aus der Tabelle für andere ERCP in die Tabelle für komplexe ERCP verschoben. Dies führte zu einer Aufwertung der betroffenen Fälle. Dadurch ist die beschriebene Konstellation unter Beibehaltung des üblichen Vorgehens im Rahmen der Sortierung im G-DRG-System des Jahres 2008 nicht mehr gegeben.

### 3.3.2.10 Geburtshilfe

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für das Jahr 2008 betrafen die eingereichten Vorschläge zur Geburtshilfe schwerpunktmäßig die folgenden Bereiche:

- Abbildung fetalchirurgischer Interventionen
- Berücksichtigung von mehrzeitigen Eingriffen in der Basis-DRG O01 und von das Wochenbett komplizierenden Zuständen in den Basis-DRGs O01 und O60
- Abbildung geburtshilflicher Diagnosen in der CCL-Matrix (siehe hierzu Kap. 3.3.1.5)

Die Abbildung von Fällen mit intrauteriner Therapie in der MDC 14 konnte für die G-DRG-Version 2008 auf verschiedene Arten modifiziert werden. Die Codes zur intrauterinen Therapie wurden ab der OPS Version 2006 weiter ausdifferenziert.

Im Ergebnis zeigte sich, dass die in der G-DRG-Version 2007 neu eingeführte DRG O06Z *Intrauterine Therapie des Feten* differenziert werden konnte. So erwiesen sich die Codes 5-754.1 *Intrauterine Therapie des Feten: Anlegen von Drainagen* und 5-754.4 *Intrauterine Therapie des Feten: Lasertherapie (z.B. bei Gefäßanastomosen)* als geeignete Kostentrenner und führen in der G-DRG-Version 2008 in die neue DRG O06A *Intrauterine Therapie des Feten mit Lasertherapie oder intrauteriner Drainage*.

Darüber hinaus konnten Fälle mit Prozeduren aus dem Bereich der intrauterinen Therapien in verschiedenen DRGs sachgerechter abgebildet werden. Die Codebereiche 5-754 *Intrauterine Therapie des Feten* und 5-755 *Andere intrauterine Operationen am Feten* wurden ergänzend zu den bisherigen Kriterien in die Splitbedingung der DRGs O01A und O02A aufgenommen. In der DRG O60A konnten über die Prozeduren der intrauterinen Therapien (5-754 ohne 5-754.4) hinaus auch die Prozeduren 9-280 *Stationäre Behandlung vor Entbindung im gleichen Aufenthalt, mindestens 14 Tage* als Splitkriterium ergänzend aufgenommen werden.

Im Rahmen der Bearbeitung des Vorschlags bezüglich das Wochenbett komplizierender Zustände stellten sich einerseits Diagnosen als geeignete Kostentrenner heraus, die bisher keine Berücksichtigung fanden, andererseits konnten Diagnosen als schwergradsteigerndes Attribut nicht bestätigt und somit gestrichen werden. So wurden Codes für Mehrlingsentbindungen bzw. verschiedene Komplikationen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett neu in die Bedingung der „komplizierenden Diagnosen“ aufgenommen und Diagnosen aus dem Bereich F17.- *Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak* gestrichen.

Auf diese Weise ließen sich Fälle innerhalb der Basis-DRGs O01 und O60 sowohl abwerten als auch in eine DRG mit höherem Schweregrad aufwerten, was jeweils einer sachgerechteren Vergütung entspricht.

Weiterhin wurde im Rahmen der Sortierung in der MDC 14 erstmals die spezifische DRG O05A *Cerclage und Muttermundverschluss* in der Abfragereihenfolge unter den DRGs für die Abbildung von Geburten zur Aufwertung von Fällen aus den DRGs O03Z, O04Z und O40Z berücksichtigt.

Des Weiteren konnten im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2008 erneut umfangreiche Anpassungen zur Abbildung von Diagnosen in der CCL-Matrix erfolgen. In diesem Zusammenhang wurden auch verschiedene Diagnosen aus dem geburtshilflichen Bereich untersucht. Eine detaillierte Erläuterung zur Veränderung im Rahmen der PCCL-Systematik bzw. eine vollständige Liste der veränderten Diagnosen, die auch in geburtshilflichen Fällen Komorbiditäten darstellen, werden in Kapitel 3.3.1.5 bzw. Tabelle A-3 im Anhang aufgeführt.

### 3.3.2.11 Geriatrie

Wie im Vorjahr erreichten uns für die diesjährige Weiterentwicklung im Rahmen des Strukturierten Dialogs wenige Vorschläge zum Themenkomplex der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung. Die Analyse dieser 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 Geriatrie-DRGs erbrachte die Etablierung einer neuen DRG L44Z *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane* in der MDC 11. Ein Hinweis zur Etablierung weiterer DRGs zeigte sich im Rahmen der Analysen sowohl wegen einer geringen Fallzahl in den vorgeschlagenen MDCs als auch wegen einer sachgerechten Abbildung der betroffenen Fälle insbesondere in der Prä-MDC und der MDC 05 nicht.

Da sich in den Analysen kein Hinweis auf eine prinzipielle Untervergütung zeigte, ergab sich ebenfalls kein Anhaltspunkt zur Etablierung eines Zusatzentgelts bei bereits 13 bestehenden DRGs für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei vollstationärer Versorgung in sieben verschiedenen MDCs.

Die seit dem G-DRG-System 2007 bestehenden DRGs für die teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung DRG A90A *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung* und die DRG A90B *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung* blieben in ihrer Definition bestehen. Eine Bewertung dieser DRGs war wiederum nicht möglich, sodass für diese DRGs weiterhin krankenhaushausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG zu vereinbaren sind.

### 3.3.2.12 Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Im Rahmen des Strukturierten Dialogs wurden auch in diesem Jahr Vorschläge zur MDC 03 *Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses* eingereicht.

Anhand einer eingereichten Kodeliste konnte für Komplexe Gleichgewichtsstörungen die neue DRG D61A etabliert werden. Fälle mit einer entsprechenden Hauptdiagnose (z.B. H81.4 *Schwindel zentralen Ursprungs*, H83.0 *Labyrinthitis*) werden jetzt dieser DRG zugeordnet und dadurch aufgewertet.

Durch eine Differenzierung der DRG D60A *Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC* anhand der OPS-Kodes 1-620.1 *Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit starrem Instrument* und 1-630.1 *Diagnostische Ösophagoskopie: Mit starrem Instrument* entstanden die DRGs D60A *Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, mit starrer Endoskopie* und D60B *Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne starre Endoskopie*. Fälle, die diese Untersuchungen mit starrem Instrument erhalten, werden dadurch aufgewertet.

Darüber hinaus konnte für *Operationen am Siebbein und an der Keilbeinhöhle* (5-222) sowie für *Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen* (5-224) die Eingangsbedingung der DRG D35Z *Eingriffe an Nase und Nasennebenhöhlen bei bösartiger Neubildung* erweitert werden. Im Ergebnis wurden dadurch im Wesentlichen Fälle aus der DRG D36Z *Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen oder sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter < 16 Jahre* verschoben und somit aufgewertet.

Auch Fälle mit einem bestimmten rekonstruierenden Eingriff konnten aus der DRG D38Z *Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase* in die DRG D37Z *Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre* bzw. bei Kindern in die DRG D36Z *Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen oder sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter < 16 Jahre* verschoben werden. In der Folge war eine Entkondensation der DRG D36Z in die DRGs D36A *Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter < 16 Jahre* und D36B *Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen* und damit eine Aufwertung von Kindern möglich.

### 3.3.2.13 Handchirurgie

#### **Änderungen in MDC 08**

Der wesentliche Umbau bei der letztjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems war die vollständige Neugliederung der Basis-DRG I32 *Eingriffe an Handgelenk und Hand*, in der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*, die anhand nachfolgender Kriterien sechsfach gesplittet wurde (DRGs I32A bis I32F):

- Komplexität des Eingriffs
- Mehrzeitiger Eingriff
- Diagnose „angeborene Fehlbildung“
- Alter

Zu dieser DRG erreichten uns im Rahmen des Strukturierten Dialogs nur sehr wenige Änderungsvorschläge. Diese griffen spezifische Detailprobleme auf. So konnte anhand eines Vorschlags die Abbildung bestimmter wenig komplexer Sehneneingriffe vereinheitlicht werden: Alle entsprechenden Eingriffe sind ab 2008 der DRG I32F *Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe* zugeordnet, was einer Abwertung dieser einfachen Eingriffe entspricht. Die Arthroskopien an der Hand, die bisher den Basis-DRGs I24 *Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm* und I32 zugeordnet waren, wurden einheitlich in der Basis-DRG I32 zusammengefasst und somit leicht aufgewertet. Nicht möglich war die Umsetzung eines vorgeschlagenen Splits anhand des OPS-Zusatzkodes 5-983 *Reoperation*, der sich erneut nicht als belastbarer Kostentrenner erwies.

Insgesamt hat sich die Basis-DRG I32 *Eingriffe an Handgelenk und Hand* in der diesjährigen Kalkulation aber als geeignet zur sachgerechten Abbildung der subsummierten Fälle erwiesen, sodass diese Basis-DRG nur minimale Modifikationen erfahren hat.

#### **Änderungen in MDC 21B**

Von größerem Umfang sind die Änderungen in der MDC 21B *Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten*. Hier ist für 2008 eine vollständige Neueinteilung der DRGs für rekonstruktive Eingriffe bei Verletzungen gelungen. Maßgeblich für die Handchirurgie ist dabei insbesondere, dass die bisherige Trennung in Eingriffe „an der Hand“ (Basis-DRG X02) und Eingriffe „außer an der Hand“ verlassen werden konnte, was die Aufwertung einiger aufwendiger handchirurgischer Leistungen ermöglicht. Die neue Basis-DRG X01 *Rekonstruktive Operation bei*

*Verletzungen* wurde anhand der nachfolgenden Parameter weiter in die Schweregrade A bis C unterteilt:

- Komplexität des Eingriffs (z.B. mikrovaskuläre Anastomosierung)
- Eingriff an mehreren Lokalisationen
- Schwere des Weichteilschadens
- Komplizierende Prozeduren
- PCCL

Des Weiteren konnte die Basis-DRG X05 *Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand* mittels eines Prozedurensplits (komplexe Eingriffe, z.B. bei Mehrfragmentfraktur) spezifisch unterteilt werden.

### 3.3.2.14 Harn- und Geschlechtsorganerkrankungen

In der MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane* wurde anhand eines Vorschlags aus dem Vorschlagsverfahren für 2008 nach einer verbesserten Abbildung von Fällen mit einem Kombinationseingriff aus Zystektomie und Harnableitung bzw. Harnblasenersatz gesucht. Im Ergebnis wurde eine Erweiterung der Bedingung der DRG L03Z *Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder außer bei Neubildung, mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff* etabliert und die betroffenen Fälle durch Eingruppierung in diese DRG erheblich aufgewertet.

Aufgrund eines weiteren Vorschlags aus dem aktuellen Vorschlagsverfahren für 2008 wurde die Aufnahme der Codes 5-059.0 *Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems* bzw. 5-059.8 *Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems* in eine geeignete DRG der operativen Partition der MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane* analysiert. Diese Fälle werden im G-DRG-System 2008 der DRG L03Z bzw. der Basis-DRG L04 *Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff* zugeordnet und somit aufgewertet.

Neu etabliert werden konnte ein bewertetes Zusatzentgelt für die *Adjustierbare Harnkontinenztherapie* (ZE90). Diese Leistung war im NUB-Verfahren (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 KHEntgG) für 2007 mit Status 1 bewertet worden.

Hinweise auf Extremkosten bei Fällen mit Kalziphylaxie als Folge einer Störung des Calcium/Phosphat-Haushalts bei Niereninsuffizienz ergaben sich aus dem Vorschlagsverfahren. Da in der diesjährigen Kalkulation entsprechende Leistungsbezeichner zur Analyse dieser Fälle fehlten, wurde in die ICD-10-GM Version 2008 der Kode E83.50 *Kalziphylaxie* neu aufgenommen und damit eine zukünftige Untersuchung dieser Fälle ermöglicht.

Im Rahmen der Untersuchung einer Mindervergütung bei Mehrleistung von Fällen mit interventionellen Maßnahmen in der DRG M40Z *Urethrozystoskopie ohne CC* erfolgte bei einer Verbesserung der Sachgerechtigkeit in der Abbildung der betroffenen Fälle und zur Verhinderung einer negativen Anreizwirkung im Einzelfall eine Streichung dieser DRG.

Infolge einer Änderung der Definition der DRG B61Z *Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks außer bei Transplantation* wurde in der medizinischen Partition der MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane* die DRG L73Z *Harnblasenlähmung, mehr als ein Belegungstag* neu etabliert. In diese werden Fälle mit den Hauptdiagnosen G95.80 und G95.81 für *Harnblasenlähmung bei Schädigung des oberen bzw. des unteren motorischen Neurons* eingruppiert, sofern nicht zusätzlich bestimmte Prozeduren der *Komplexbehandlung bei Querschnittlähmung* (OPS-Kode 8-976) bzw. bestimmte Diagnosen für einen akuten Querschnitt verschlüsselt wurden. Die betroffenen Fälle wurden noch in der G-DRG-Version 2007 aufgrund einer Abfrage nach „Diagnose in Tabelle“ in die DRG B61Z eingruppiert. Detaillierte Erläuterungen dazu finden sich in Kapitel 3.3.2.24.

Weiter konnte in der MDC 12 *Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane* für das G-DRG-System 2008 über die Etablierung einer neuen DRG M11Z *Transurethrale Laservaporisation der Prostata* eine Verbesserung der Vergütung in 2008 für die betroffenen Fälle erreicht werden.

Darüber hinaus konnten weitere hochaufwendige Fallkonstellationen detektiert werden, die im G-DRG-System 2007 noch nicht zufriedenstellend abgebildet waren. So konnte im G-DRG-System 2008 durch Eingruppierung von Fällen mit hochkomplexer Chemotherapie in die DRG M60B *Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, mit hochkomplexer Chemotherapie* sowie von Fällen mit mehr als 9 Bestrahlungen in die DRG M10A *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen* eine erhebliche Verbesserung der Vergütung erreicht werden. Nähere Informationen zu Veränderungen im Bereich der Onkologie enthält Kapitel 3.3.2.21.

In der MDC 13 *Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* wurde auf der Basis von Vorschlägen aus dem Vorschlagsverfahren für 2008 nach einer Verbesserung der Abbildung von aufwendigen Leistungen in der DRG N23Z *Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen* des G-DRG-Systems 2007 gesucht. Nach umfangreicher Analyse konnte durch die Zuordnung von Fällen mit Myomenukleation in die DRG N23A *Myomenukleation* eine Aufwertung dieser Fälle erreicht werden.

Weiterhin wurden – ebenfalls auf Basis von Vorschlägen aus dem aktuellen Vorschlagsverfahren – Fälle mit operativer Versorgung einer Rektozele in der MDC 13 *Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* nach der Möglichkeit einer verbesserten Abbildung untersucht. Im Ergebnis konnte eine erhebliche Aufwertung durch Eingruppierung dieser Fälle in die DRG N06Z *Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen* anstelle der Eingruppierung in die DRG 902Z *Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose* des G-DRG-Systems 2007 erreicht werden.

### 3.3.2.15 Intensivmedizin

Bereits bei der Weiterentwicklung der G-DRG-Version 1.0 war die Verbesserung der Abbildung intensivmedizinisch versorgter Patienten einer der wesentlichen Schwerpunkte. Für die G-DRG-Versionen 2004 bis 2007 trifft dies ebenfalls zu. Meilensteine der Weiterentwicklung waren die Ausdifferenzierung der Beatmungs-DRGs in der Prä-MDC (G-DRG 2004 und 2005), die Etablierung der Funktion *Komplizierende Prozedu-*

ren in 2005 sowie die Einbindung der *Intensivmedizinischen Komplexbehandlung* (Aufwandspunkte nach TISS und SAPS) in 2006 und 2007.

Gemessen an den Umbauten der Vorjahre sind die Veränderungen im Bereich der Intensivmedizin in der G-DRG-Version 2008 weniger umfangreich:

### ***Intensivmedizinische Komplexbehandlung***

Da die Abbildung der *Intensivmedizinischen Komplexbehandlung* im G-DRG-System 2006 ausschließlich auf Basis einer ergänzenden Datenbereitstellung erfolgte und auch in der letztjährigen Kalkulation die Verschlüsselung dieser Codes noch teilweise unvollständig oder fehlerhaft erfolgt ist, war die Etablierung spezifischer DRGs für aufwendig intensivmedizinisch versorgte, aber nicht (oder nur kurz) beatmete Patienten in der G-DRG-Version 2007 primär in fallzahlstarken MDCs möglich: In der G-DRG-Version 2007 bestehen sieben Basis-DRGs zur *Intensivmedizinischen Komplexbehandlung* außerhalb der Prä-MDC (B36, E36, F36, G36, H36, L36, W36). Aufgrund einer im zweiten Jahr der Anwendung der Codes vollständigeren Erfassung sowie umfassender Plausibilitätsprüfungen im Bereich der Intensivmedizin konnten auf erheblich verbesserter Datengrundlage drei weitere spezifische DRGs für 2008 etabliert werden:

- I26Z *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*
- R36Z *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte bei hämatologischen und soliden Neubildungen*
- T36Z *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei infektiösen und parasitären Krankheiten*

Damit bestehen in der G-DRG-Version 2008 in insgesamt zehn MDCs spezifische DRGs für intensivmedizinisch behandelte Patienten mit TISS-/SAPS-Werten ab 553. In den verbleibenden MDCs ließ die geringe Zahl solcher Fälle die Definition einer eigenständigen DRG nicht zu, sodass diese Fälle auf Ebene der Prä-MDC in einer gemeinsamen Basis-DRG abgebildet wurden:

- A36Z *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen*

Somit werden in der G-DRG-Version 2008 Fälle aller MDCs bei Vorliegen einer aufwendigen *Intensivmedizinischen Komplexbehandlung* in spezifischen DRGs abgebildet. Ausgenommen hiervon sind lediglich die MDC 15 *Neugeborene* (da die OPS-Kodes aus 8-980 *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* erst ab dem vollendeten 14. Lebensjahr verschlüsselt werden können) und die MDC 22 *Verbrennungen* (da die betroffenen Fälle mehrheitlich der unbewerteten DRG Y01Z *Operative Eingriffe oder Beatmung > 95 Stunden bei schweren Verbrennungen* zugeordnet sind bzw. da innerhalb der Basis-DRG Y02 *Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation* ein hoher TISS/SAPS-Score bereits direkt gruppierungsrelevant ist).

Der mit der G-DRG-Version 2006 begonnene Umbau des G-DRG-Algorithmus zur Abbildung hochaufwendiger Intensivpatienten auf Basis der OPS-Kodes *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* kann als weitgehend abgeschlossen angesehen werden.

### ***Beatmungs-DRGs der Prä-MDC***

Bei Patienten, die über lange Zeit (> 95 Stunden) unter intensivmedizinischen Bedingungen beatmet werden, bleibt auch in der G-DRG-Version 2008 die Zahl der Beatmungsstunden das primäre Gruppierungsmerkmal. Dabei konnte die Einteilung der Zeitklassen unverändert belassen werden:

DRG A06	1800 Stunden und mehr
DRG A07	1000 bis unter 1800 Stunden
DRG A09	500 bis unter 1000 Stunden
DRG A11	250 bis unter 500 Stunden
DRG A13	96 bis unter 250 Stunden

Innerhalb dieser Basis-DRGs bestand bereits in der G-DRG-Version 2007 eine hochdifferenzierte Einteilung in bis zu sechs DRGs (z.B. DRG A11A bis A11F), sodass in der Prä-MDC insgesamt 25 DRGs für langzeitbeatmete Patienten mit Relativgewichten zwischen 3,926 und 53,912 existierten (die Spreizung zwischen der DRG mit dem geringsten und der mit dem höchsten Relativgewicht betrug somit 1:13,7).

Bei der Ausdifferenzierung der Beatmungs-DRGs in der Prä-MDC kommt eine Vielzahl von Splitkriterien zur Anwendung:

- Operative Eingriffe (nach Komplexität gestaffelt)
- Intensivmedizinische Komplexbehandlung (TISS/SAPS)
- Alter (Kindersplits in allen fünf Basis-DRGs)
- Diagnosen (angeborene Fehlbildungen, Tumore, Polytrauma)
- Komplizierende Prozeduren

Für die G-DRG-Version 2008 wurden diese Splitkriterien im Detail weiterentwickelt. So wurde beispielsweise die Basis-DRG A09 *Beatmung > 499 und < 1000 Stunden* statt bisher einfach (Schwelle 1657 Aufwandspunkte) dreifach nach TISS/SAPS-Aufwandspunkten eingeteilt (mit Schwellen bei 1381, 2209 und 3221 Aufwandspunkten). In den Basis-DRGs A11 und A13 konnten Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen und Alter < 2 Jahren deutlich aufgewertet werden, ebenso Fälle mit Leukämie oder Lymphom in der Basis-DRG A13.

Auf die Etablierung weiterer DRGs konnte dabei aber verzichtet werden. Da in der Basis-DRG A06 *Beatmung > 1799 Stunden* der bisherige Dreifachsplit (A06A bis A06C) vereinfacht werden konnte, sank die Zahl der Beatmungs-DRGs der Prä-MDC sogar auf 24 DRGs. Die dargestellten Detailänderungen in Verbindung mit der weiteren Verbesserung der Datenqualität konnten die erreichte Spreizung dennoch weiter steigern (Relativgewichte 3,850 bis 62,282, Spreizung 1:16,2).

### **Komplizierende Prozeduren**

Diese Funktion (eine in mehreren MDCs im G-DRG-System eingesetzte Abfragelogik) ist für die sachgerechte Abbildung intensivmedizinischer Fälle weiterhin relevant, ihre Bedeutung hat in der G-DRG-Version 2008 sogar eher leicht zugenommen. Aufwendige Fälle werden von dieser Funktion anhand einer Kombination der folgenden Parameter detektiert:

- Dialysen, Apheresen und verwandte Verfahren
- Gabe von Blutprodukten oberhalb einer Schwellendosis
- „Katastrophale“ Diagnosen (z.B. Disseminierte intravasale Gerinnung)
- Beatmung > 24 und < 96 Stunden
- Bestimmte Drainagen
- Invasive Monitoringverfahren

- Strahlen- und Chemotherapie
- Reanimation
- Aufwendige Lagerungsbehandlungen

Dabei müssen stets mindestens zwei Parameter vorliegen, wobei nicht jede Konstellation bereits als schweregradsteigernd im Sinne der Funktion *Komplizierende Prozeduren* gewertet wird (zwei intermittierende Hämodialysen oder die Kombination von Strahlen- und Chemotherapie erfüllen die Bedingungen der Funktion z.B. nicht).

Da die Funktion *Komplizierende Prozeduren* sowohl innerhalb der Prä-MDC als auch in den organbezogenen MDCs bei teilweise deutlich niedriger bewerteten DRGs als Splitkriterium eingesetzt wird, sollte die Gruppierungslogik der Funktion der Devise

**„Je größer der Erlössprung, desto enger die Definition“**

folgen. Teilweise ist dies bereits in der G-DRG-Version 2007 der Fall: Da der Parameter „Beatmungszeit“ nur zwischen 24 und 96 Stunden für die Funktion *Komplizierende Prozeduren* relevant ist, benötigt ein Fall in einer Beatmungs-DRG der Prä-MDC neben der (zur Zuordnung in die Beatmungs-DRG erforderlichen) Beatmungszeit über 95 Stunden noch zwei Parameter aus der obigen Liste, um die Definition der Funktion zu erfüllen. Außerhalb der Beatmungs-DRGs sind hierzu eine Beatmung von 24 Stunden und ein weiterer Parameter ausreichend.

Bei der Überprüfung der in der Funktion *Komplizierende Prozeduren* relevanten Parameter für 2008 wurde entsprechend der obigen Devise nicht nur geprüft, ob ein Diagnose- oder Prozedurenkode neu in die Funktion aufzunehmen oder vollständig aus dieser zu streichen ist, sondern jeweils auch die Abbildung in mehreren Stufen untersucht (Parameter immer gruppierungsrelevant, Parameter gruppierungsrelevant mit Ausnahme der aufwendigsten Fälle usw.). Im Ergebnis sind bestimmte Parameter in der Funktion *Komplizierende Prozeduren* der G-DRG-Version 2008 unterschiedlich gruppierungsrelevant. Beispielsweise ist die *Transfusion von [...] Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE* (OPS-Kode 8-800.7f) in den hochaufwendigen Beatmungs-DRGs A06, A07 und A09 (500 Stunden Beatmung und mehr) nicht mehr gruppierungsrelevant, bleibt in weniger aufwendigen DRGs (mit entsprechend geringeren Erlössprüngen) aber schweregradsteigernd. Ähnlich wurde mit einer Vielzahl von Prozedurenkodes verfahren (siehe Tab. 15):

Prozedur	Prä-MDC >499 Beatm.std.	Prä-MDC <500 Beatm.std.	Außerhalb der Prä-MDC
6 bis 11 Erythrozytenkonzentrate	Kein Einfluss	Schweregradsteigernd	Schweregradsteigernd
Lagerungsbehandlung	Kein Einfluss	Schweregradsteigernd	Schweregradsteigernd
Chemotherapie mittlerer und hoher Komplexität	Kein Einfluss	Schweregradsteigernd	Kein Einfluss*
Heparininduzierte Thrombozytopenie (HIT II)	Kein Einfluss	Schweregradsteigernd	Schweregradsteigernd

\* da außerhalb der Prä-MDC Patienten typischerweise nicht intensivmedizinisch versorgt

Tabelle 15: Unterschiedliche Gruppierungsrelevanz verschiedener Parameter im Rahmen der Funktion Komplizierende Prozeduren

Vorschläge aus dem Strukturierten Dialog, die die Streichung einzelner Parameter (z.B. der Lagerungsbehandlung) aus der Funktion *Komplizierende Prozeduren* zum Ziel hatten, konnten somit teilweise umgesetzt werden. Parallel konnten einige Parameter, die bisher nicht Bestandteil der Funktion waren, als schweregradsteigernd aufgenommen werden, so die schwere Gerinnungsstörung D69.53 *Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II*. Gegenüber der G-DRG-Version 2007 wird die Funktion *Komplizierende Prozeduren* in 2008 noch in fünf weiteren DRGs als Splitkriterium verwendet:

Basis-DRG	DRG-Text
B39	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter Prozedur
B66	Neubildungen des Nervensystems [...]
G48	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre
X01	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen
Y02	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation

Tabelle 16: Basis-DRGs, in denen die Funktion *Komplizierende Prozeduren* im G-DRG-System 2008 erstmals verwendet wird

### 3.3.2.16 Kinderkardiologie und Kinderherzchirurgie

Die grundsätzliche Abbildung herzkranker Kinder in der G-DRG-Version 2008 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 kinderkardiologischer bzw. kinderherzchirurgischer Leistungen ist mit der Abbildung der Hybridchirurgie bei Kindern in der MDC 05 gelungen.

Ein Leistungsbezeichner für die Hybridchirurgie wurde vom DIMDI für das Jahr 2007 in den OPS aufgenommen. Aufgrund der in diesem Jahr ergänzend durchgeführten Datenbereitstellung konnte bereits für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2008 eine Analyse der betroffenen Fälle durchgeführt werden.

Die Abbildung der simultanen chirurgischen und interventionellen Behandlung bei angeborenen Herzfehlern (Hybridchirurgie) bei Kindern wurde umfangreich in den MDCs 05 und 15 untersucht. Im Ergebnis wurde die beschriebene Fallgruppe zusammen mit Operationen bei komplexen angeborenen Herzfehlern in der DRG F30Z *Operation bei komplexem angeborenen Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern* in der MDC 05 abgebildet. Dieser DRG werden in der G-DRG-Version für das Jahr 2008 Fälle mit einer Prozedur 5-98a.0 *Hybridtherapie: Anwendung der Hybridchirurgie bei Kindern* und einem Alter < 16 Jahren zugewiesen.

Eine Abbildung der Hybridchirurgie bei Kindern in der MDC 15 wurde ebenfalls analysiert, konnte jedoch in Ermangelung betroffener Fälle in der ergänzenden Datenbereitstellung nicht bewertet und daher nicht umgesetzt werden.

### 3.3.2.17 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems

In den zurückliegenden Jahren wurden im Bereich der Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems enorme Veränderungen der Abbildung vollzogen. Mit fortschreitender Weiterentwicklung des G-DRG-Systems ergibt sich, dass sich die einzelnen Veränderungsschritte weg von komplexen Umbauten der groben Struktur der MDC zunehmend hin zu einer Bearbeitung von Detailspekten gestalten.

In diesem Jahr konnten in der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* im Bereich Herz- und Gefäßchirurgie bzw. Kardiologie erneut zahlreiche Vorschläge umgesetzt werden.

#### **Herzchirurgie**

Einige Vorschläge wiesen im Rahmen der herzchirurgischen Abbildung auf einen Anpassungsbedarf im Bereich der Herzklappen-Operationen hin.

So wurde als Ergebnis verschiedener Analysen die Mitralklappenrekonstruktion analog zur Abbildung der Aortenklappenrekonstruktion in der DRG F04Z *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Dreifacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie* als Dreifacheingriff bzw. in der Basis-DRG F11 *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Zweifacheingriff oder bei angeborenem Herzfehler oder mit Reoperation, invasiver Diagnostik oder intraoperativer Ablation* als Zweifacheingriff aufgewertet.

Weiterhin konnte in diesem Jahr erstmals die Abbildung der Ross-Operation (5-354.0c *Andere Operationen an Herzklappen: Aortenklappe: Ersatz durch Autotransplantation [Ross-Operation]*) untersucht werden, da diese in den OPS Version 2006 aufgenommen wurde und somit erstmalig in der regulären Kalkulationsdatengrundlage zur Verfügung stand. Auch diese Prozedur konnte im Ergebnis in die Basis-DRGs F04 und F11 aufgenommen und damit gleichwertig zu den anderen, bereits vorher existierenden Codes für Ross-Operationen (5-358.06 *Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allogotransplantat [Ross-Operation]*), bzw. Ross-Konno-Operation 5-358.07 *Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allogotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes [Ross-Konno-Operation]*) abgebildet werden.

Darüber hinaus wurde auch eine Berücksichtigung dieser drei Prozeduren (5-354.0c, 5-358.06, 5-358.07) als Zwei- bzw. Dreifacheingriff in den Basis-DRGs F04 und F11 analysiert. Die Ergebnisse zeigten jedoch wie im vergangenen Jahr, dass die betroffenen Fälle nicht so teuer wie die Fälle der Ziel-DRGs waren, weshalb eine Umsetzung nicht möglich war.

Die Prozeduren für die endovaskuläre Implantation eines Aorten- oder Pulmonalklappenersatzes (5-35a.0 und 5-35a.1) sind seit der G-DRG-Version 2007 bei Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine in den DRGs F07Z *Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine oder endovaskuläre Implantation einer Herzklappe, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierenden Prozeduren oder komplexer Operation oder anderer Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 16 Jahre* und F31Z *Andere Eingriffe mit*

*Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine oder endovaskuläre Implantation einer Herzklappe, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Prozeduren, ohne komplexe Operation* gruppenrelevant. Die Abbildung der endovaskulären Implantation eines Aorten- oder Pulmonalklappenersatzes ohne Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine wurde in diesem Jahr angeglichen und analog den genannten DRGs zugewiesen.

Weiterhin konnten für das G-DRG-System 2008 für die Basis-DRG F21 *Andere OR-Prozeduren bei Kreislaufkrankungen* geeignete Kostentrenner zur Etablierung der neuen DRG F21A ermittelt werden. In der Basis-DRG F21 werden bislang aufgrund der Abfrageposition am Ende der operativen Partition Fälle mit bis dahin nicht abgefragten Einzelprozeduren zusammengefasst. In der G-DRG-Version 2008 dienen beispielsweise diverse Prozeduren aus dem Bereich 5-90 *Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut* als schweregradsteigerndes Kriterium und führen in die höher bewertete DRG F21A.

Die Implantation einer mikroaxialen Blutpumpe, welche im Jahr 2007 lediglich im Rahmen der neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) Berücksichtigung fand, konnte im Fallpauschalen-Katalog für das Jahr 2008 in die Liste der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte (ZE2008-62 *Mikroaxial-Blutpumpe*) aufgenommen werden und ist damit ein Beispiel für die unmittelbare Integration einer medizinischen Innovation in die G-DRG-Systematik.

### **Gefäßchirurgie**

Im Bereich der Gefäßchirurgie wurden von verschiedenen Einreichern ähnliche Vorschläge zur komplexen Umarbeitung der Basis-DRG F54 durch Aufnahme der Prozeduren mehrerer Gefäßinterventionen an unterschiedlichen Gefäßetagen eingereicht.

Nach umfangreichen Analysen konnten für die G-DRG-Version 2008 die Bedingungen in den Basis-DRGs F14 *Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit komplizierenden Prozeduren oder Revision oder komplexer Diagnose oder Alter < 3 Jahre* und F54 *Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe ohne komplizierende Prozeduren, ohne Revision, ohne komplexe Diagnose, Alter > 2 Jahre oder mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit komplizierender Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne Rotationsthrombektomie* um beidseitige periphere Gefäßeingriffe oder Mehrgefäßeingriffe anhand der OPS-Kodes für das Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden Stents (8-836.f) erweitert werden.

Auf diese Weise wird die Leistung für mehrfache Stentimplantation an unterschiedlichen Gefäßregionen sachgerechter abgebildet. Fälle mit Stentimplantationen an mehreren Lokalisationen bzw. an gleichen Lokalisationen, aber an verschiedenen Extremitäten werden nun in diese DRGs gruppiert.

Darüber hinaus konnten Prozeduren für die Rotationsthrombektomie in die Splitbedingung der Basis-DRG F59 *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe oder komplexe Gefäßeingriffe ohne komplizierende Prozeduren, ohne Revision, ohne komplexe Diagnose, Alter > 2 Jahre, mit äußerst schweren CC* aufgenommen werden. Damit führen diese in der G-DRG-Version 2008 zu einer höheren Bewertung in der DRG F59A *Komplexe Gefäßeingriffe ohne komplizierende Prozeduren, ohne Revision, ohne komplexe Diagnose, Alter > 2 Jahre, mit äußerst schweren CC oder mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit äußerst schweren CC oder Rotationsthrombektomie*.

Die Etablierung von Prozeduren für Meshgraft aus dem Codebereich 5-902 *Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle* als gruppierungsrelevantes Merkmal wurde vorgeschlagen und neben zahlreichen Simulationen in der MDC 05 auch in der Basis-DRG F28 *Amputation außer an oberer Extremität und Zehen* analysiert. Im Ergebnis wurden

Fälle der Basis-DRG F28, die neben einem PCCL > 2 auch den genannten Leistungsbezeichner aufweisen, durch eine Abbildung in der DRG F28A aufgewertet.

Auch in der MDC 21B *Verbrennungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten* konnten gefäßchirurgische Eingriffe aufgewertet werden. Aufbauend auf dem Ergebnis der Erweiterung der Funktion *Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren* wurde bei Verbesserung des R<sup>2</sup>-Wertes die Kodeaufnahme von komplexen gefäßchirurgischen Prozeduren umgesetzt. Dazu wurden Codes aus der Tabelle der Basis-DRG F34 *Andere große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine* in die Bedingung „mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren“ der DRG X33Z *Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten* aufgenommen und somit komplexe gefäßchirurgische Eingriffe aufgewertet.

### **Kardiologie**

Im Rahmen umfangreicher Analysen im Bereich der Kardiologie erwiesen sich die Prozeduren aus dem Bereich der Koronarinterventionen bzw. Ablationen als schweregradsteigerndes Attribut in verschiedenen DRGs der MDC 05. Einerseits zeigte sich, dass diese in den Basis-DRGs F24 und F25 bei der Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei- bzw. Dreikammersystem geeignete Kostentrenner darstellen. Andererseits konnten auch im Bereich der ablativen Maßnahmen bei Tachyarrhythmie Koronarinterventionen als Bedingung für die Gruppierung in die DRG der jeweils nächsthöheren Schweregradstufe umgesetzt werden.

Darüber hinaus erfolgte zur Erhöhung der Transparenz und Nachvollziehbarkeit des G-DRG-Systems eine Zusammenführung der bisher in den Basis-DRGs F26, F27 und F50 abgebildeten ablativen Maßnahmen in eine Basis-DRG F50. Aus dem gleichen Grund wurden diverse DRGs, in denen bisher verschiedene medizinische Bereiche in nur einer DRG abgebildet waren, für die G-DRG-Version 2008 entkondensiert. Dazu gehören in der MDC 05 die DRGs F26Z, F67D und F75A. Ausführliche Erläuterungen werden in Kapitel 3.3.4.1 aufgeführt.

In Analysen zur Überprüfung der Splitbedingung der „komplexen Eingriffe“ in der Basis-DRG F49 *Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt* stellte sich heraus, dass sich die Prozeduren 5-399.9 *Andere Operationen an Blutgefäßen: Anwendung eines Nahtsystems* (OPS Version 2007) bzw. 5-399.a *Andere Operationen an Blutgefäßen: Verschluss eines Stichkanals mit Kollagen* (OPS Version 2007) nicht länger als geeignete Kostentrenner erweisen. Im Ergebnis wurden die genannten Codes aus der Splitbedingung gestrichen, wodurch eine Abwertung der betroffenen Fälle aus den DRGs F49A bzw. F49D in die DRGs F49B bzw. F49E resultiert. Darüber hinaus erwiesen sich diese Codes auch im Zusammenhang mit perkutanen Koronarangioplastien nicht mehr als geeignete Kostentrenner, sodass die genannten Codes auch aus der Bedingung der Basis-DRG F57 *Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Intervention* gestrichen wurde und die betroffenen Fälle im G-DRG-System 2008 in der Basis-DRG F58 *Andere perkutane Koronarangioplastie* abgebildet werden.

Für die G-DRG-Version 2008 wurde die in den Basis-DRGs F24 und F56 verwendete Definition der „hochkomplexen Koronarangioplastie“ überarbeitet. Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens wurde auf die bisher nicht sachgerechte Abbildung von Bifurkationsstents in den genannten DRGs hingewiesen. Nach Untersuchung des Sachverhaltes konnte für die G-DRG-Version 2008 die Definition der beiden DRGs angepasst werden. In der G-DRG-Version 2007 war zur Erfüllung der Logikbedingung der „hochkomplexen Intervention“ mindestens jeweils eine Prozedur aus zwei Tabellen mit be-

stimmten Prozeduren aus dem Bereich 8-837 *Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen* notwendig. Für das Jahr 2008 wurde diese Bedingung ausgeweitet. Eine Zuweisung erfolgt auch dann, wenn mindestens zwei Prozeduren kodiert werden, die in den genannten Tabellen aufgeführt werden, unabhängig davon, in welcher Tabelle die Einzelcodes stehen. Auf diese Weise konnte die in den genannten DRGs relevante Bedingung der „hochkomplexe Intervention“ erweitert und die geschilderte Problematik behoben werden. Die Implantation von mehr als einem Stent wird ab der G-DRG-Version 2008 in diesen DRGs immer als „hochkomplexe Intervention“ gewertet.

Weiterhin konnte für die G-DRG-Version 2008 die Problematik des Mindererlöses bei Mehrleistung in der MDC 05 auf verschiedene Weisen deutlich reduziert werden. Auf der einen Seite erfolgte erstmals eine Sortierung der DRGs der anderen und medizinischen Partition (siehe hierzu auch Kapitel 3.3.4.2). Auf der anderen Seite wurde in verschiedenen Vorschlägen auf diese Problematik im Zusammenhang mit den Basis-DRGs F44 *Invasive kardiologische Diagnostik, mehr als 2 Belegungstage, mit komplizierenden Prozeduren oder Endokarditis* und F47 *Nichtinvasive elektrophysiologische Untersuchung bei vorhandenem Kardioverter/Defibrillator (AICD)* hingewiesen. Beide DRGs gehörten in der G-DRG-Version 2007 der anderen Partition an. Die DRG F44Z trug ein erheblich höheres Relativgewicht als diverse in der Abfragereihenfolge vorher stehende DRGs der operativen Partition. Daher war im Rahmen der Weiterentwicklung der G-DRG-Version 2008 eine Sortierung der DRG F44Z zwischen die DRGs der operativen Partition sinnvoll. Da als Resultat der Sortierung die Fälle der DRG F15Z *Perkutane Koronarangioplastie mit komplizierenden Prozeduren* fast vollständig in die vorher abgefragte DRG F44Z verschoben wurden und die Fallkosten der betroffenen Fälle beider DRGs in ähnlicher Höhe lagen, konnte eine Zusammenführung in die Basis-DRG F15 umgesetzt werden. Damit werden die betroffenen Fälle in Zukunft deutlich höher vergütet.

Die Basis-DRG F47 war im Jahr 2007 mit einem Relativgewicht von 0,772 ausgestattet und wurde vor sämtlichen DRGs der medizinischen Partition abgefragt, die teilweise mit einem deutlich höheren Relativgewicht ausgewiesen waren. Durch Auflösen dieser Basis-DRG wird eine Verteilung der Fälle in die übrigen DRGs der anderen bzw. der medizinischen Partition erreicht, die in der G-DRG-Version 2008 wie bereits erwähnt erstmals untereinander sortiert wurden. Die Bewertung wird damit in vielen Fällen höher sein als noch in der G-DRG-Version 2007.

Des Weiteren konnten im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2008 erneut umfangreiche Anpassungen zur Abbildung von Diagnosen in der CCL-Matrix erfolgen. In diesem Zusammenhang wurden auch verschiedene Diagnosen aus dem kardiologisch-kardiologischen Bereich verändert abgebildet. Dazu gehören beispielsweise Diagnosen aus den Bereichen I48.1- *Vorhofflimmern* und I71.- *Aortenaneurysma und -dissektion*. Eine detaillierte Erläuterung zur Veränderung im Rahmen der PCCL-Systematik bzw. eine vollständige Liste der veränderten Diagnosen werden in Kapitel 3.3.1.5 bzw. Tabelle A-3 im Anhang aufgeführt.

### 3.3.2.18 Mehrfacheingriffe

Die sachgerechte Abbildung des mit Mehrfacheingriffen oft verbundenen Mehraufwands war in den letzten Jahren einer der Schwerpunkte bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems.

Bei der Darstellung der Problemstellungen und Lösungsansätze ist es 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***

Typische Mehrfacheingriffe konnten bereits in den vergangenen Jahren in erheblichem Umfang spezifisch im G-DRG-System abgebildet werden, Beispiele sind Kombinationseingriffe in der Herzchirurgie (Operation an mehreren Herzklappen, kombinierte Bypass- und Klappenoperation, Eingriff mit Rhythmuschirurgie in gleicher Sitzung), Operationen an mehreren Augenmuskeln oder *Eingriff an mehreren Lokalisationen* in der Unfallchirurgie. Für das G-DRG-System 2008 wurde diese Vorgehensweise fortgeführt, wobei das Ergebnis eher einzelne Verbesserungen im Detail waren als ein mit den erheblichen Veränderungen der Vorjahre vergleichbarer Umbau. So konnten beispielsweise im Bereich der interventionellen Maßnahmen an den peripheren Gefäßen Mehrfacheingriffe (z.B. Stentimplantation in Unter- und Oberschenkelarterie) in den Basis-DRGs F14 und F54 *Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe* deutlich aufgewertet werden.

Erstmals konnten mit der Aufnahme der kardiovaskulären Hybridchirurgie in die DRG F30Z *Operation bei komplexem angeborenem Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern* explizit Mehrfacheingriffe, die in genau einer operativen Sitzung erbracht wurden, abgebildet werden.

#### ***Beidseitige Eingriffe***

Auch im Bereich der beidseitigen Eingriffe konnten viele typische Konstellationen (Hernienoperationen, Endoprothetik, Mammachirurgie, Katarakt) bereits in den letzten Jahren spezifisch im G-DRG-System abgebildet werden. Eine fehlende Berücksichtigung beidseitiger Eingriffe bestand teilweise noch bei unfallchirurgisch-orthopädischen Eingriffen, wo im Rahmen der Funktion *Eingriff an mehreren Lokalisationen* beidseitige Eingriffe noch nicht regelhaft zu einer Höhergruppierung führten. Für die G-DRG-Version 2007 konnte dies bereits für einige typische Konstellationen verbessert werden (z.B. DRG I13A *Komplexe Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, mit Mehrfacheingriff [oder] beidseitigem Eingriff*).

Eine vollständige Anpassung der Funktion *Eingriff an mehreren Lokalisationen* war für 2007 auf Basis der Daten aus 2005 jedoch noch nicht möglich gewesen. Hier konnte bei der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems eine vollständige Anpassung der Funktion umgesetzt werden, in dem Sinne, dass zwei Eingriffe an gleicher oder benachbarter Lokalisation, die an unterschiedlichen Seiten durchgeführt werden, stets als „nicht benachbart“ gewertet werden. Die Funktion *Eingriff an mehreren Lokalisationen* war für 2006 eingeführt worden, um „mindestens zwei (nicht banale) Eingriffe an verschiedenen (und nicht unmittelbar benachbarten) Lokalisationen“ als schwergradsteigernd zu berücksichtigen. Mit der jetzt erfolgten Anpassung in Bezug auf bilaterale Prozeduren konnte eine zwar wenige Fälle betreffende, aber immer wieder zu

Diskussionen und Rückfragen führende Abbildungslücke dieser Funktion geschlossen werden. Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht, wie „nicht unmittelbar benachbart“ im Rahmen dieser Funktion ab 2008 definiert ist:

	Becken	BWS	Fuß	Hand	Hüftgelenk	HWS	Kniegelenk	LWS	Oberarm	Oberschenkel	Schulterblatt / Schlüsselbein	Schultergelenk	Unterarm	Unterschenkel
Becken	XX	+	+	+	X	+	+	X	+	X	+	+	+	+
BWS		XX	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Fuß			B	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	B
Hand				B	+	+	+	+	+	+	+	+	B	+
Hüftgelenk					B	+	+	+	+	B	+	+	+	+
HWS						XX	+	+	+	+	+	+	+	+
Kniegelenk							B	+	+	B	+	+	+	B
LWS								XX	+	+	+	+	+	+
Oberarm									B	+	B	B	B	+
Oberschenkel										B	+	+	+	+
Schulterblatt / Schlüsselbein											B	B	+	+
Schultergelenk												B	+	+
Unterarm													B	+
Unterschenkel														B

+	Funktion <i>Eingriff an mehreren Lokalisationen</i> erfüllt
B	Gilt zugunsten eines belastbaren Splits nur bei unterschiedlicher Seitenlokalisierung als „mehrere Lokalisationen“
X	Gilt zugunsten eines belastbaren Splits nicht als „mehrere Lokalisationen“

B	Gleiche Lokalisation, gilt nur bei unterschiedlicher Seitenlokalisierung als „mehrere Lokalisationen“
XX	Gleiche Lokalisation, Seitenkennzeichen nicht zulässig, gilt daher nie als „mehrere Lokalisationen“
	Redundante Paare

Abbildung 6: Übersicht über die Logik der Funktion *Eingriff an mehreren Lokalisationen* nach Berücksichtigung beidseitiger Eingriffe

Sekundär hat die Anpassung der Funktion auch eine Vereinfachung von DRG-Logiken (z.B. der oben genannten DRG I13A) ermöglicht, weil die Berücksichtigung beidseitiger Eingriffe nicht mehr in jedem Fall innerhalb der DRG-Logik erfolgen muss, da sie in der Funktion in geeigneter Weise umgesetzt ist.

### **Mehrzeitige Eingriffe**

Nachdem in der letztjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems umfangreiche Veränderungen in der Abbildung von mehrzeitigen Eingriffen vorgenommen wurden, wurde in der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2008 ein Schwerpunkt auf die Überprüfung dieser bestehenden Abbildung im Hinblick auf trennscharfe Definitionen gelegt. Es wurden die zugrunde liegenden Prozedurentabellen MDC-weise auf Fehlanreize hin überprüft und typische Fälle mit Mehrfacheingriffen in geeigneten DRGs analysiert. Im Ergebnis wurde die Trennschärfe der bereits bestehenden DRGs *H33Z Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas*, *L33Z Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane* und *X33Z Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten* erhöht.

Ein weiterer Schwerpunkt waren – auch angeregt durch einige Vorschläge im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2008 – Analysen bezüglich der Etablierung neuer DRGs für mehrzeitige Eingriffe in verschiedenen MDCs und bezüglich der Etablierung des Kriteriums der Mehrzeitigkeit als Kostentrenner verschiedener DRGs.

Unter den Bedingungen einer aufgrund der erstmaligen Gruppierungsrelevanz der Mehrzeitigkeit im Jahr 2007 weiterhin nur begrenzt belastbaren Datengrundlage der Daten des Jahres 2006 wurde die Etablierung neuer DRGs kritisch geprüft. Die DRG *G33Z Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* bildet nun Fälle ab, die einen schweren Eingriff am Gastrointestinaltrakt und zu einem späteren Zeitpunkt einen anderen schweren Eingriff an einer anderen Körperregion, beispielsweise am Schädel, oder mehrzeitige Eingriffe sowohl am unteren als auch am oberen Gastrointestinaltrakt aufweisen.

So wird eine Abwertung dieser DRG durch eine starke Beimischung einfacher Fälle verhindert. Ein gruppierungsrelevanter mehrzeitiger Eingriff ist im G-DRG-System 2008 und insbesondere in der MDC 06 folglich nicht gleichzusetzen mit „jeder zweimal operierte Patient“, im Gegenteil: die Bedingungen wurden tendenziell sogar enger gefasst als im Vorjahr, um die Abbildung der Extremkostenfälle weiter zu verbessern.

### **3.3.2.19 Multiple Sklerose**

Auf Basis der Daten aus dem Jahr 2006 konnten die umfangreicheren Umbauten des letzten Jahres, u.a. mit Bildung einer neuen DRG (B48Z) für die frührehabilitative Behandlung speziell im Fachbereich „Multiple Sklerose“, insgesamt bestätigt werden. Die Erweiterung der DRG B48Z für Fälle mit einer „nicht akuten Paraplegie/Tetraplegie“ wird im Kapitel 3.3.2.8 bzw. 3.3.2.24 näher beschrieben.

Bei der Überprüfung des Splitkonstruktes der Basis-DRG B68 *Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie* hat sich die Schärfung der PCCL-Bedingung im höchsten Schweregrad (DRG B68A) auf „äußerst schwere CC“ als vorteilhaft erwiesen und wurde umgesetzt. Hierdurch konnte die Vergütung eines sehr spezifischen Fallkollektivs verbessert werden.

### 3.3.2.20 Multiresistente Erreger/Septische Krankheitsbilder

Im Strukturierten Dialog zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems erreichten uns in diesem Jahr Hinweise zur Etablierung weiterer DRGs für die Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern in verschiedenen MDCs, vor allem jedoch bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe und bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma. Alternativ wurde die Etablierung eines Zusatzentgeltes für die Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern vorgeschlagen.

Durch die Etablierung eines OPS-Kodes 8-987 *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]* im Jahr 2006 lag der Kode in diesem Jahr erstmalig in den regulären Daten vor.

Nachdem im Vorjahr mit Hilfe der ergänzenden Datenbereitstellung die sogenannte OPS-Kalkulationslücke geschlossen werden konnte und fünf neue DRGs (F77Z, G77Z, K25Z, K77Z und T77Z) zur Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern etabliert wurden bzw. die Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern als höher gruppierendes Merkmal in die DRGs E77A und L63A aufgenommen wurde, zeigte sich das Attribut bei Vorliegen in den regulären Daten zur Etablierung neuer DRGs nicht als ausreichend differenzierender Kostentrenner. Die Etablierung weiterer DRGs für die Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern hätte bei teilweise geringer Fallzahl und uneinheitlichen Kosten lediglich zu einer Steigerung der Komplexität des Systems ohne eine relevante Verbesserung des Gesamtsystems geführt.

Weiterhin wurden wie im Vorjahr ergänzende Attribute wie die ICD-Kodes für „Erreger mit Antibiotikaresistenzen“ auf ihre CC-Relevanz hin untersucht mit dem Ergebnis, dass für einige dieser Kodes eine Aufnahme in die CCL-Matrix erfolgte. Hier seien als Beispiel die Kodes U80.3 *Enterococcus faecium mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika, Oxazolidinone, Streptogramine, oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz* und U80.5 *Enterobacter, Citrobacter und Serratia mit Resistenz gegen Carbapeneme, Chinolone oder Amikacin* genannt. Das Vorgehen bei der Aufnahme dieser Kodes in die CCL-Matrix ist im Kapitel 3.3.1.5 beschrieben.

Der im Jahr 2007 neu aufgenommene OPS-Kode für die *Chirurgische Komplexbehandlung bei schweren Infektionen* (8-989) konnte mit Hilfe einer ergänzenden Datenbereitstellung durch speziell von der Fachgesellschaft benannte Kalkulationskrankenhäuser untersucht werden. Aufgrund einer geringen Fallzahl aus wenigen Krankenhäusern war jedoch eine Etablierung dieses Attributs als Kostentrenner in der diesjährigen Weiterentwicklung nicht möglich. Dieser nach der Behandlungsdauer unterteilte Komplexkode könnte bei Vorliegen in den regulären Daten eine noch differenziertere Abbildung von septischen Komplikationen bzw. Krankheitsbildern ermöglichen.

Durch die Weiterentwicklung und Differenzierung der DRGs für mehrzeitige Eingriffe im G-DRG-System 2008 sowie die Etablierung einer neuen DRG für Mehrzeitigkeit in der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* (G33Z *Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*) kann sich im Einzelfall auch eine verbesserte Abbildung der Behandlung von Wundinfektionen bzw. der Behandlung von septischen Krankheitsbildern ergeben. Die Veränderungen in der Abbildung der Mehrzeitigkeit im G-DRG-System 2008 werden detaillierter in Kapitel 3.3.2.18 erläutert.

### 3.3.2.21 Onkologie

Die in der Vergangenheit bereits intensiv verfolgte Differenzierung der Abbildung von onkologischen Fällen stand erneut im Fokus der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2008.

In der MDC 17 lag aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren erneut das Hauptgewicht auf der Analyse von Kodeverschiebungen zwischen Basis-DRGs der medizinischen Partition. Dies betraf zum einen Diagnosen für myelodysplastische Syndrome und zum anderen Diagnosen für akute Erythrämie und Erythroleukämie sowie Megakaryoblastenleukämie. Damit sollte das Ziel verfolgt werden, akute Leukämien bzw. myelodysplastische Syndrome sowohl im Hinblick auf ihre medizinische Klassifikation als auch im Hinblick auf gleiche oder vergleichbare Behandlungsabläufe/Therapieeregime mit den Zuordnungen zu den Basis-DRGs in Einklang zu bringen. Die zu dieser Thematik durchgeführten Berechnungen hatten eine Verschiebung der Diagnosen aus C94.0- *Akute Erythrämie und Erythroleukämie* von der Basis-DRG R63 *Andere akute Leukämie* in die Basis-DRG R60 *Akute myeloische Leukämie* und der Diagnosen aus C94.2- *Akute Megakaryoblastenleukämie* von der Basis-DRG R61 *Lymphom und nicht akute Leukämie* ebenfalls in die Basis-DRG R60 zur Folge. Die Codes D46.2 *Refraktäre Anämie mit Blastenüberschuss* und D46.3 *Refraktäre Anämie mit Blastenüberschuss in Transformation* wurden von der Basis-DRG R61 in die Basis-DRG R60 verschoben. Detaillierte Informationen zu den sich dadurch ergebenden Fallverschiebungen liefert die auf den Internetseiten des InEK veröffentlichte kommentierte Migrationstabelle.

Ein weiterer Schwerpunkt innerhalb der MDC 17 lag darin, die Möglichkeit einer Abbildung von Fällen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung zu untersuchen. Dabei wurden insbesondere die bereits im G-DRG-System bestehenden Funktionen *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 bzw. > 1104 Aufwandspunkte* für die Analysen herangezogen. Als Ergebnis konnte die bewertete DRG R36Z *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte bei hämatologischen und soliden Neubildungen* neu etabliert werden, die in der Abfragereihenfolge der MDC 17 an Position eins abgefragt wird. Onkologische Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung in MDCs, in denen bisher keine solche DRG existierte, können ab 2008 bei Vorliegen von mehr als 552 Aufwandspunkten in die in der Prä-MDC geschaffene DRG A36Z *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen* eingruppiert werden. Umfassende Erläuterungen hierzu finden sich in Kapitel 3.3.2.15. Die erstmals für das G-DRG-System 2006 durchgeführte partitionsübergreifende Sortierung in der MDC 17 wurde auch für 2008 beibehalten.

Außerhalb der MDC 17 wurden verschiedene Analysen hinsichtlich einer Verbesserung der Abbildung von onkologischen Fällen unternommen. Zu nennen ist hier die generelle Untersuchung aller DRGs auf die Eignung der Prozeduren aus dem Kodebereich 8-544 *Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie* als möglicher Kostentrenner im G-DRG-System. Hier konnten Splits der DRGs I65A *Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder äußerst schwere CC* und M60B *Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC* der G-DRG-Version 2007 anhand dieser Prozeduren umgesetzt werden. Im Bereich der Gastroenterologie wurde die DRG G47Z *Andere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere oder schwere CC* anhand von Diagnosen für bösartige Neubildung sowie chronisch entzündliche Darmerkrankungen weiter differenziert. Darüber hinaus wurden innerhalb der Basis-DRG G18 Fälle mit bestimmten Eingriffen der Lebermetastasenchirurgie aufgewertet in die DRG G18A.

Aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren wurden Fälle der DRG T64C *Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten ohne Lyme-Krankheit* mit onkologischer und hämatologischer Erkrankung mit Immundefizienz durch eine antineoplastische Therapie bezüglich eines erhöhten Aufwands untersucht. Diese konnten schließlich mit Hilfe von Diagnosen für Immunkompromittierung identifiziert werden und in Abhängigkeit vom Alter aufgewertet werden in die DRG T64A bzw. T64B. Weitere Aufwertungen von Fällen mit onkologischer Erkrankung finden sich in der Basis-DRG I27 *Eingriffe am Weichteilgewebe*, in der die bestehenden Differenzierungen anhand des PCCL erweitert wurden um Fälle mit einer Hauptdiagnose für Sarkom. In der DRG D06C *Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre* kam es zur Aufwertung von Fällen mit bösartiger Neubildung, die zukünftig in die DRG D06B *Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder Alter > 15 Jahre, mit komplexer Tympanoplastik oder komplexer Diagnose* eingruppiert werden.

Für den Bereich Strahlentherapie bzw. Radiologie erfolgte eine Differenzierung und damit Aufwertung von Fällen mit mehr als neun Strahlentherapien in der Basis-DRG M10 *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag* sowie eine Verschiebung der Prozedur für perkutane Thermoablation von erkranktem Gewebe der Niere (5-552.8) – als Verfahren zur Behandlung von Tumoren – von der DRG L20Z in die DRG L19Z, was ebenfalls einer Aufwertung der entsprechenden Fälle entspricht.

Die in diesem Jahr erneut durchgeführte systematische Untersuchung aller DRGs auf mögliche Alterssplits führte u.a. zu einer Differenzierung der DRG R63B *Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation* anhand eines Alters von < 6 Jahren. Die analoge Prüfung aller DRGs auf mögliche Splits anhand des PCCL ergab für die Onkologie eine Differenzierung der DRG L62Z *Neubildungen der Harnorgane* anhand von äußerst schweren CC.

Eine Auswirkung auf das gesamte G-DRG-System haben die für 2008 umgesetzten Veränderungen der CCL-Matrix. Davon betroffen sind auch insgesamt 16 Diagnosen für Metastasen aus den Codebereichen C77.- *Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten*, C78.-*Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane* und C79.- *Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen Lokalisationen* sowie weitere Diagnosen für *Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation (Z94.80 und Z94.81)* und *Versagen eines Transplantates hämatopoetischer Stammzellen und Graft-versus-host-Krankheit (T86.0-)*, die aufgewertet wurden. Dies bedeutet abhängig von sonst vorliegenden Nebendiagnosen eine zukünftige Höhergruppierung von onkologischen Fällen in DRGs, in denen eine Schweregradeinteilung mit Hilfe des PCCL erfolgt. Detaillierte Ausführungen zu Veränderungen an der CCL-Matrix finden sich in Kapitel 3.3.1.5.

Neben den oben aufgeführten spezifischen Änderungen im G-DRG-System für 2008 zur Abbildung onkologischer Fälle haben auch die in den Kapiteln Extremkosten (3.3.2.7), Intensivmedizin (3.3.2.15) und Mehrfacheingriffe (3.3.2.18) beschriebenen Systemumbauten erheblichen Einfluss auf die Eingruppierung von onkologischen Fällen im Sinne einer sachgerechteren Abbildung.

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

- Schaffung neuer Zusatzentgelte für Medikamente wie z.B. *Gabe von Posaconazol, oral* (ZE81)
- Erweiterung der oberen Dosisklassen bei dem Zusatzentgelt für die *Gabe von Rituximab, parenteral* (ZE82)
- Einrichtung eines unbewerteten Zusatzentgelts für *Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Yttrium-90-markierten Mikrosphären* (ZE2008-65)
- Für den Bereich der Pädiatrie wurden die bereits bestehenden Dosisklassen für Kinder sowohl für onkologische als auch für nicht-onkologische Zusatzentgelte insgesamt überprüft. Daraus resultierte die Schaffung von neuen Kinderdosisklassen bei zwei bestehenden Zusatzentgelten (ZE83 *Gabe von Thrombozytenkonzentraten* und ZE84 *Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten*). Weiterhin wurden Kinderdosisklassen bei dem neuen Zusatzentgelt ZE81 *Gabe von Posaconazol, oral* eingerichtet.

Die in den OPS Version 2007 neu aufgenommenen Prozeduren aus dem Codebereich 1-941 *Komplexe Diagnostik bei Leukämien bei Erwachsenen* konnten aufgrund der Tatsache, dass diese im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung bei den Kalkulationskrankenhäusern abgefragt wurden, auf eine Abbildung innerhalb des Systems bzw. als Zusatzentgelt untersucht werden. Aufgrund der geringen Anzahl von Fällen mit dieser Leistung war eine Umsetzung allerdings nicht möglich. Darüber hinaus ist erwähnenswert, dass diese Prozeduren ab 2008 auch für die komplexe Diagnostik bei Leukämien bei Kindern angegeben werden können, da die in dem Code enthaltene Altersbeschränkung für den OPS Version 2008 gestrichen wurde.

Die Revision der Deutschen Kodierrichtlinien für 2008 ergab für den Bereich der Onkologie eine Streichung der Kodierrichtlinien 0211d *Chemotherapie bei Neubildungen* und 0213f *Strahlentherapie*. Dies wurde möglich durch die Streichung von redundanten Abschnitten und die Überführung der verbleibenden Inhalte zur Kodierung der Hauptdiagnose bei bösartiger Erkrankung sowie zur Verschlüsselung der Prozeduren bei Chemo-/Strahlentherapie in DKR 0201f *Auswahl und Reihenfolge der Kodes*.

### 3.3.2.22 Palliativmedizin

Im Rahmen der letztjährigen Kalkulation von Fällen mit *Palliativmedizinischer Komplexbehandlung* (OPS 8-982) wurde das bewertete ZE60 *Palliativmedizinische Komplexbehandlung* etabliert. Die Thematik wurde im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2008 erneut anhand der bereits im letzten Jahr herangezogenen OPS-Kodes untersucht. Für 2008 konnte dieses Zusatzentgelt erneut bewertet werden. Die Definition erfolgt unverändert durch die OPS-Kodes 8-982.1 bis 8-982.3, was einer Palliativmedizinischen Komplexbehandlung mit einer Behandlungsdauer von mindestens sieben Tagen entspricht. Die Kalkulation des Zusatzentgelts basierte unverändert auf einer Differenzkostenbetrachtung der mittleren Tageskosten zweier Patientengruppen innerhalb der mit nennenswerten Fallzahlen getroffenen DRGs. Betrachtet wurden 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. Die Patientengruppe mit palliativmedizinischer Komplexbehandlung wies erneut einen statistisch signifikanten Unterschied in der mittleren Verweildauer der Inlier, aber keinen signifikanten Unterschied in den mittleren Tageskosten auf. Eine Langlieger-Analyse zeigte ebenfalls keinen signifikanten Unterschied in den Tageskosten zwischen den beiden Patientengruppen. Das Zusatzentgelt

spiegelt demnach unverändert den wahren Aufwandsunterschied der Inlier, d.h. die mit mittleren Tageskosten bewertete Verweildauerdifferenz der (mindestens sieben Behandlungstage) palliativmedizinisch betreuten Patienten wider.

### 3.3.2.23 Parkinson-Syndrom

Auf dem Themenkomplex „Parkinson-Syndrom“ lag ein Schwerpunkt der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems. Zentrale Punkte des Umbaus betreffen die Berücksichtigung der Prozedur „Multimodale Komplexbehandlung“ und die in der ICD-10-GM Version 2006 differenziertere Verschlüsselung der „Parkinson-Erkrankung“ sowie die Abbildung der „Parkinson-Erkrankung“ in einer eigenen Basis-DRG.

#### **Transparenzerhöhung durch Entkondensation der Basis-DRG B67**

Fälle mit einer „Parkinson-Erkrankung“ wurden bisher zusammen mit Fällen, welche „andere degenerative Erkrankungen des Nervensystems“ aufweisen, in die Basis-DRG B67 *Degenerative Krankheiten des Nervensystems oder zerebrale Lähmungen* gruppiert und hier in den DRGs B67B und B67C abgebildet. (Die Gruppe von Fällen mit einer zerebralen Lähmung in der DRG B67D wird im Folgenden nicht gesondert erwähnt. Sie wird wie die Fälle mit „anderen degenerativen Erkrankungen“ behandelt.) Der Wunsch einer klareren Abgrenzung beider Fallgruppen mit der Möglichkeit einer stärkeren Differenzierung hatte das InEK bereits mehrfach erreicht. In diesem Jahr konnte die Auftrennung in zwei getrennte Basis-DRGs etabliert werden: B67 *Morbus Parkinson* (enthält Fälle aus den alten DRGs B67B und C) und B85 *Degenerative Krankheiten des Nervensystems oder zerebrale Lähmungen* (für die „anderen degenerativen Erkrankungen“ aus den alten DRGs B67A, C, D, E). Zukünftig wird durch diesen Umbau die Gruppe von Fällen mit einer „Parkinson-Erkrankung“ separat und damit spezifischer und besser nachvollziehbar abgebildet werden.

Auf dieser Entkondensation der Basis-DRG B67 bauen die nachfolgend geschilderten weiteren Umbauten auf.

#### **Einführung einer neuen DRG für die „Multimodale Komplexbehandlung“**

Auch in diesem Jahr wurde wiederholt die Berücksichtigung einer „Multimodalen Komplexbehandlung“ im Vorschlagsverfahren thematisiert. Die erneuten intensiven Analysen hierzu führten in diesem Jahr zur Etablierung einer separaten DRG B49Z *Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson* in der „anderen“ Partition der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*. Die DRG wurde mit Hilfe der in den regulären Daten des Jahres 2006 zur Verfügung stehenden OPS-Kodes 8-974.1 und 8-974.2 *Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung* ab 14 Behandlungstagen und einer zusätzlichen Diagnosebedingung „Morbus Parkinson“ definiert. Ab dem Jahr 2008 ist diese DRG jedoch nur zu erreichen, wenn die hierfür im OPS Version 2008 in Zusammenarbeit mit den betroffenen Fachgesellschaften konkretisierte Prozedur *Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson* (OPS-Kodes 8-97d.1 und 8-97d.2) verschlüsselt wird. Die hilfswise verwendete Diagnosebedingung erübrigt sich damit. Vor dem Hintergrund einer nach wie vor sehr geringen Anzahl von Kalkulationskrankenhäusern, welche diese Leistung erbringen, war eine Bewertung der neuen DRG B49Z in diesem Jahr nicht möglich.

### **Differenzierung der neuen Basis-DRG für „Parkinson-Erkrankung“**

Die aus der Entkondensation der bisherigen Basis-DRG B67 hervorgegangene, allein für Fälle mit einer „Parkinson-Erkrankung“ neu definierte Basis-DRG B67 *Morbus Parkinson* wurde auf weitere Differenzierungsmerkmale hin untersucht. Dabei sind auch die Anregungen aus dem aktuellen Vorschlagsverfahren eingegangen. Einerseits wurde der bestehende Split anhand „äußerst schweren oder schweren CC“ verschärft in „mit äußerst schweren CC“. Andererseits werden ab dem Jahr 2008 zusätzlich Fälle mit der Diagnose *Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung* (ICD-Kode G20.2-) unabhängig vom PCCL dem höheren Schweregrad (DRG B67A) zugeordnet. Damit wurde die in der ICD-10-GM Version 2006 eingeführte differenziertere Verschlüsselung des „Primären Parkinson-Syndroms“ durch Höherbewertung der „schwersten Beeinträchtigung“ im G-DRG-System berücksichtigt.

### **Weitere Umbauten der neuen Basis-DRG B85**

Das Splitkonstrukt der Basis-DRG B85 entspricht im Prinzip dem der „anderen degenerativen Erkrankungen des Nervensystems“ in der „alten“ Basis-DRG B67. Eine Differenzierung erfolgt sowohl durch das Kriterium „mit äußerst schweren oder schweren CC“ als auch durch das Vorliegen einer „komplexen Diagnose“. Fünf Diagnosen, welche teils in der Untersuchung von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren – hierzu zählt die Diagnose *Myasthenia gravis* (ICD-Kode G70.0) – und teils in zusätzlichen InEK-internen Analysen einen erhöhten Aufwand zeigten, wurden neu als höhergruppierendes Merkmal definiert. Mit den beiden Hauptdiagnosen *Creutzfeldt-Jakob-Krankheit* (ICD-Kode A81.0) und *Striatonigrale Degeneration* (ICD-Kode G23.2) wird ab dem Jahr 2008 der höchste Schweregrad (DRG B85A) unabhängig vom PCCL erreicht.

### **Fazit/Perspektive**

Die diesjährigen umfangreichen Umbauten zum Themenkomplex „Parkinson-Syndrom“ ziehen einige grundlegende Änderungen der Gruppierung nach sich. So hat sich die Anzahl der typischerweise betroffenen Basis-DRGs von eins (B67) auf drei (B49, B67, B85) erhöht. Mit einer Zuordnung zur DRG B49Z ist darüber hinaus ein Wechsel vom bewerteten in den unbewerteten Teil des Fallpauschalen-Systems verbunden. Zusammenfassend konnten die Umbauten insbesondere zur Erhöhung der Transparenz und Nachvollziehbarkeit im G-DRG-System beitragen.

Für die kommenden Jahre wird in erster Linie die Überprüfung der Umbauten angestrebt. Hierbei wird insbesondere die ab 2008 geänderte Kodierung der „Multimodalen Komplexbehandlung“ zu beachten sein.

### **3.3.2.24 Querschnittlähmung**

Ausgehend von Eingaben im Vorschlagsverfahren wurde die Prüfung der Definition der DRG B61Z *Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks außer bei Transplantation* in Bezug auf die Differenzierung zwischen „akuter“ und „chronischer“ Querschnittlähmung in diesem Jahr erneut aufgegriffen. Ziel dieser Prüfung war die Identifikation von sowohl aus medizinischer als auch aus ökonomischer Sicht sinnvoll aus der unbewerteten DRG B61Z zu streichenden Diagnosekodes. Diese Streichung bringt mit sich, dass Fälle, die keine „akute“ Querschnittlähmung vorweisen, aus der DRG B61Z in spezifische, bewertete DRGs des gesamten Systems verschoben werden. Dabei

galt es darauf zu achten, dass dadurch diese Fälle gleichermaßen einer sachgerechteren Vergütung zugeführt werden.

Unter Beachtung der Hinweise aus dem aktuellen Vorschlagsverfahren und denen der vergangenen Jahre wurden ausgesuchte Diagnosen in einem iterativen Verfahren zur Streichung aus der Definition der DRG B61Z hin überprüft. Dabei war Voraussetzung, dass – trotz der großen Anzahl betroffener Fälle und DRGs – die Simulationsergebnisse überschaubar und damit beurteilbar blieben.

Im Ergebnis führt ab dem Jahr 2008 allein das Vorliegen folgender Diagnosekodes nicht mehr in die DRG B61Z: G95.1 *Vaskuläre Myelopathien*, G95.2 *Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet* und G95.9 *Krankheit des Rückenmarks, nicht näher bezeichnet* sowie die beiden Codes für die Harnblasenlähmung bei Schädigung des oberen bzw. unteren motorischen Neurons G95.80 und G95.81. Dabei gilt für alle genannten Codes, dass entsprechende Fälle weiterhin der DRG B61Z zugeordnet werden, wenn zusätzlich bestimmte Prozeduren der *Komplexbehandlung bei Querschnittslähmung* (OPS-Kode 8-976) kodiert wurden. Dies verhindert die „Ausgrenzung“ atypisch kodierter Fälle mit „akuter“ Querschnittslähmung. Ebenso werden Fälle mit zusätzlichen Diagnosekodes für eine „akute“ Querschnittslähmung weiterhin in die DRG B61Z gruppiert. Insofern wurde die Streichung der Diagnosekodes unter zweifacher Absicherung vollzogen.

Anstatt in die DRG B61Z werden die betroffenen Fälle nun folgendermaßen eingruppiert: Mit einer Nebendiagnose aus den oben genannten Codes ist die Gruppierung in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose in nahezu alle DRGs des Systems möglich. Für Fälle mit einer entsprechenden Hauptdiagnose wurden insgesamt drei neue DRGs in der medizinischen Partition der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* und MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane* etabliert: B84Z *Vaskuläre Myelopathien*, B86Z *Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet* und *Krankheit des Rückenmarks, nicht näher bezeichnet* sowie L73Z *Harnblasenlähmung, mehr als ein Belegungstag*.

Über die bisher geschilderte Kodestreichung hinaus wurden die Sekundärkodes zur Verschlüsselung der funktionalen Höhe einer Verletzung des Rückenmarks (ICD-Kodes S14.7-!; S24.7-!; S34.7-!) aus der Definition der DRG B61Z gestrichen. Die Zuordnung dieser Codes zu einer medizinischen DRG als Hauptdiagnose entfällt, da sie als Sekundärkodes im G-DRG-System keine zulässigen Hauptdiagnosen darstellen. Somit erfolgt lediglich die alternative Gruppierung der Fälle mit einer entsprechenden Nebendiagnose – wie oben geschildert – in Abhängigkeit von der zugehörigen Hauptdiagnose. Da die gestrichenen Diagnosen als Sekundärkodes jeweils die zusätzliche Angabe der Verletzungsart erfordern, besteht auch bei dieser Kodestreichung eine Absicherung für Fälle mit „akuter“ Querschnittslähmung über zusätzliche, weiterhin in die DRG B61Z führende Diagnosen.

Die in diesem Jahr vollzogenen Veränderungen der Definition der DRG B61Z können als erster Schritt zu einer vorsichtigen Spezifizierung der DRG-Definition für die „akute“ Querschnittslähmung angesehen werden. In der Folge ist eine Schärfung der Kodierung in diesem Bereich zu erwarten, da im Einzelfall unter Umständen genauer geprüft werden muss, ob eine „akute“ Querschnittslähmung spezifisch kodiert wurde, um nach wie vor in die dafür vorgesehene DRG B61Z zu gelangen. Weitere Schritte erscheinen daher erst nach Überprüfung des diesjährigen Umbaus sinnvoll.

Neben dem Umbau der DRG B61Z wurde für Fälle mit einer „nicht akuten“ Querschnittslähmung die frührehabilitative Behandlung gruppierungsrelevant, indem die betroffenen Fälle in die DRG B48Z *Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie oder nicht akuter Paraplegie/Tetraplegie* aufgenommen wurden. Dies entspricht einer

Aufwertung von Fällen mit einer Prozedur *Fachübergreifende und andere Frührehabilitation* (OPS-Kode 8-559) ab einer Behandlungsdauer von 14 Tagen aus der Basis-DRG B60 *Nicht akute Paraplegie/Tetraplegie*.

### 3.3.2.25 Schädel-Hirn-Trauma (SHT)

Die Umbauten zum Themenbereich Schädel-Hirn-Trauma betreffen in diesem Jahr sowohl operative als auch konservative DRGs der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*. In den operativen Basis-DRGs B02 und B20 („Kraniotomie-DRGs“) wurde die Prozedur *Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring: Mehr als 4 Stunden* (OPS-Kode 8-925.1) als zusätzliches Splitkriterium eingeführt. Die betroffenen Fälle werden aufgewertet einerseits durch Verschieben aus den DRGs B02D und B02E (G-DRG-System 2007) in die DRG B02C und andererseits aus den DRGs B20D und B20E in die DRG B20A (G-DRG-System 2008).

In der konservativen Partition der MDC 01 hat eine Analyse der Basis-DRG B78 *Intrakranielle Verletzung* ergeben, dass einige Hauptdiagnosen dieser Basis-DRG mit einem erhöhten Aufwand verbunden sind. Deshalb wurde die DRG B78B *Intrakranielle Verletzung, Alter > 0 Jahre* anhand dieser „komplexen Diagnosen“ in die DRGs B78B und B78C gesplittet. Zu den „komplexen Diagnosen“ zählen bestimmte Hirnkontusionen und -blutungen.

Durch diese drei Klassifikationsänderungen konnte die Abbildung von Fällen mit Schädel-Hirn-Trauma im G-DRG-System 2008 weiter differenziert werden.

### 3.3.2.26 Schlaganfall

Nach den umfänglichen Umbauten der letzten Jahre innerhalb des Themenkomplexes Schlaganfall wurden im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wiederum zahlreiche Analysen hierzu durchgeführt. Sie waren auf spezielle Fragestellungen aus dem Vorschlagsverfahren heraus fokussiert. Weiterhin wurden die bestehenden Differenzierungen auf ihre Trennschärfe hin überprüft. Darüber hinaus wurde bereits in diesem Jahr der erst in den regulären Daten der nächsten Weiterentwicklung zur Verfügung stehende OPS-Kode 8-98b *Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* auf Basis einer ergänzenden Datenbereitstellung untersucht. Im Folgenden werden die einzelnen Analysen und Ergebnisse näher erläutert.

#### ***Schlaganfall mit Beatmung und Operation***

Einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren zur Problematik „Mindervergütung bei Mehrleistung“ nachgehend, konnten operierte langzeitbeatmete Schlaganfälle innerhalb der operativen Partition der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* aufgewertet werden. Die betroffenen Fälle waren bisher (im G-DRG-System 2007) hauptsächlich in den DRGs B02D und B02E *Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation oder andere aufwendige Operation am Nervensystem mit Beatmung > 95 Stunden [...]* sowie der Basis-DRG B39 *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter Prozedur* abgebildet. Durch die Aufnahme von Fällen mit einer Beatmungsdauer von mehr als 177 Stunden in die DRG B02A *Komplexe Kraniotomie [...], mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen oder mit*

*Beatmung > 177 Stunden* erhalten diese ab dem Jahr 2008 eine sachgerechtere Vergütung.

### **Schlaganfall-Komplexbehandlung mit Operation**

Operierte Fälle mit einer Schlaganfall-Komplexbehandlung werden typischerweise in die Basis-DRG B39 *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter Prozedur* eingruppiert. Aufgrund von Anregungen aus dem Vorschlagsverfahren wurden bestimmte Merkmale als zusätzliche Splitkriterien für diese Basis-DRG untersucht, so auch die Funktion *Komplizierende Prozeduren*. Im Ergebnis führte die Untersuchung zu einer Erweiterung des höchsten Schweregrades (DRG B39A) um diese Funktion. Damit werden ab dem Jahr 2008 auch Fälle aus den DRGs B39B und C in den höchsten Schweregrad gruppiert, welche unabhängig von der Schwere der Kraniotomie-Prozedur und der Dauer der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit einem erhöhten Aufwand verbunden sind. Im Übrigen wurden die bestehenden Kostentrenner auf Basis der Daten aus dem Jahr 2006 bei einer überdurchschnittlichen Homogenität der DRGs und fehlenden Hinweisen auf ausgeprägte Kostenschwankungen bestätigt.

### **Schlaganfall ohne Beatmung oder Operation**

Konservativ behandelte Schlaganfälle ohne Langzeitbeatmung werden in der Basis-DRG B70 *Apoplexie [...]* abgebildet. Die Differenzierung erfolgt anhand der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls und weiterer Kriterien wie der Hauptdiagnose „intrakranielle Blutung“. Das bestehende Splitkonstrukt konnte anhand der Daten aus dem Jahr 2006 im Wesentlichen bestätigt werden. Änderungsbedarf ergab sich in zwei Punkten:

- *DRG B70D Apoplexie mit intrakranieller Blutung, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierte intrakranielle Blutung, mehr als ein Belegungstag*

Die neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden hat sich für diese Fallgruppe als geeigneter Kostentrenner erwiesen. Somit wurde die DRG B70D anhand dieses Kriteriums in zwei Schweregrade gesplittet (DRGs B70D und B70E).

- *DRG 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.*

Innerhalb der Fallgruppe der DRG B70B zeigten Fälle, die allein aufgrund einer systemischen Thrombolyse dieser DRG zugeordnet waren, einen geringeren Aufwand. Eine sachgerechtere Vergütung dieser Fälle kann ab 2008 dadurch erzielt werden, dass sie gemeinsam mit Fällen mit intrakranieller Blutung in den DRGs B70D und B70E – differenziert anhand der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden (siehe oben) – abgebildet sind. Ein Fall mit systemischer Thrombolyse und neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden wird dagegen weiterhin in die – jetzt aufgewertete – DRG B70B gruppiert.

### **Schlaganfall-Umleitung in der Prä-MDC**

Angeregt durch Eingaben aus dem Vorschlagsverfahren wurde die Ausnahme ganz spezieller Fallkonstellationen von der Schlaganfall-Umleitung (Umleitung von Fällen mit einer „Hauptdiagnose Apoplex (B70) oder TIA/extrakranielle Gefäßverschlüsse (B69)“ in die MDC 01) in der Prä-MDC analysiert. Gegenstand der Untersuchung waren solche Fälle, die nicht nur die Bedingungen für die Schlaganfall-Umleitung, sondern auch für Umleitungen in andere MDCs erfüllen und aufgrund der Abfragereihenfolge in der Prä-MDC sämtlich der MDC 01 zugewiesen werden. Die Simulationsergebnisse ließen lediglich die Ausnahme von Fällen mit akuter Tuberkulose bei einer Verweildauer von mehr als 14 Tagen zu, welche nunmehr der MDC 04 und hier typischerweise der unbewerteten DRG E76A *Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage* zugewiesen werden.

### **Andere Schlaganfall-Komplexbehandlung**

Der in den OPS Version 2007 neu aufgenommene OPS-Kode 8-98b *Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* wurde im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung abgefragt, um ihn bereits im Jahr 2007 analysieren zu können. Die intensive Analyse ergab jedoch, dass die Datenbasis unzureichend in Hinblick auf belastbare Ergebnisse mit Umsetzung in der G-DRG-Klassifikation war. Dies lag zum einen daran, dass nur eine geringe Anzahl von Krankenhäusern die Leistung übermittelt, und zum anderen daran, dass die Simulationen widersprüchliche Ergebnisse lieferten.

### **Kodierung von Fällen mit in der Bildgebung nachgewiesenem Infarkt**

In die ICD-10-GM Version 2008 wurde unter der Schlüsselnummer G45.- *Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome* das zusätzliche Exklusivum *In der Bildgebung nachgewiesener, korrelierender Infarkt (I63.-)* aufgenommen, „um die Abgrenzung zwischen den Schlüsselnummern unter G45.- und denjenigen unter I63.- *Hirnininfarkt* im Sinne einer einheitlichen Kodierung zu unterstützen“ (ICD-10-GM Version 2008, Seite 10). Vielfach wurden die betroffenen Fälle bereits in den Jahren zuvor mit Codes aus I63.- *Hirnininfarkt* verschlüsselt. Sofern jedoch bisher ein Code aus G45.- als Hauptdiagnose für die betroffenen Fälle kodiert wurde, werden diese unter Beachtung des neuen Exklusivums nach der G-DRG-Version 2008 nicht mehr in die Basis-DRG B69 *Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse oder Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion*, sondern in die Basis-DRG B70 *Apoplexie [...]* eingruppiert.

### **Fazit/Perspektive**

Die angekündigte Überprüfung der bisherigen Umbauten erfolgte in diesem Jahr auf einer deutlich umfangreicheren Datenbasis als im letzten Jahr und führte im Wesentlichen zu einer Bestätigung der bestehenden Differenzierungen.

Darüber hinaus wurden in Bezug auf spezielle Fragestellungen die in diesem Jahr möglichen Veränderungen im Sinne einer Komplettierung der Abbildung des Themenkomplexes Schlaganfall im G-DRG-System umgesetzt.

Für die Leistung *Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* (OPS-Kode 8-98b) gilt, dass die Datenbasis aus der ergänzenden Datenbereitstellung in diesem Jahr noch keine aussagekräftigen Ergebnisse ermöglicht hat. Es wird erwartet, dass sich die Datenbasis bei regulärer Kodierbarkeit ab dem Jahr 2007 für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2009 so weit verbessert, dass erneute Analysen zu eindeutigen Ergebnissen führen können.

Unverändert gilt das Ziel der Überprüfung der Schlaganfall-DRGs für die kommenden Jahre, was jedoch nicht möglich ist, wenn sich die Grundlage der Verschlüsselung dauerhaft ändert. Für das nächste und übernächste Jahr sind Kostenveränderungen allein auf Basis der sich ändernden Kodierung im OPS (Neurologische vs. Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls) und ICD-10-GM (ab Version 2008 neues Exklusivum unter G45.- *Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome* für Fälle mit in der Bildgebung nachgewiesenem, korrelierendem Infarkt) zu erwarten.

### 3.3.2.27 Schwer Brandverletzte

Im Fokus der diesjährigen Hinweise zur Abbildung von Fällen schwer Brandverletzter im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2008 stand vor allem die Abbildung von aufwendigen Lappenplastiken bei Verbrennungen sowie der Einsatz von Hautersatzmaterialien. Die zahlreichen zu dieser Thematik durchgeführten Simulationen führten zu einer Umgestaltung der Basis-DRG Y02 *Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation*. Zum einen wurde diese mit Hilfe weiterer Attribute wie beispielsweise den Funktionen *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte*, *Komplizierende Prozeduren* und *Vierzeitige bestimmte OR-Prozeduren*, welche ab 2008 Bestandteil der Definition der DRG Y02A sind, differenziert. Zum anderen wurde durch Streichung von Diagnosen für akute Intoxikationen, schädlichen Gebrauch und Abhängigkeitssyndrom von psychotropen Substanzen aus der Tabelle der „komplizierenden Diagnosen“ der Basis-DRG Y02 sowie durch die Abfrage eines PCCL von > 3 statt > 2 die Definition weiter geschärft.

Bemühungen zur Differenzierung der DRG Y01Z *Operative Eingriffe oder Beatmung > 95 Stunden bei schweren Verbrennungen* anhand des Einsatzes von Hautersatzmaterialien mit dem Ziel, eine Bewertbarkeit zu erreichen, blieben ohne Ergebnis.

### 3.3.2.28 Tuberkulose

Im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2007 konnte die Zuweisung in die DRG E76A *Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage* verändert werden. Ein Aspekt hierbei war, dass die betroffenen Fälle über eine Umleitung in der Prä-MDC direkt der MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* zugeordnet wurden. Ausgenommen von dieser Umleitung sind weiterhin u.a. Tuberkulose-Fälle, die eine OR-Prozedur aufwiesen.

Wie in Kapitel 3.3.2.26 bereits ausführlich erläutert, wurden Fälle mit akuter Tuberkulose bei einer Verweildauer von mehr als 14 Tagen aufgrund von umfassenden Analysen aus der Schlaganfall-Umleitung der Prä-MDC ausgenommen und werden nunmehr der MDC 04 und hier typischerweise der unbewerteten DRG E76A *Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage* zugewiesen.

Darüber hinausgehende Vorschläge zur Abbildung von Fällen mit Tuberkulose lagen nicht vor.

### 3.3.2.29 Unfallchirurgie/Orthopädie/Abdominalchirurgie

#### **Unfallchirurgie / Orthopädie**

Die in diesem Jahr eingereichten Vorschläge zur Anpassung der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* betrafen im Wesentlichen die Themen „Mehrfacheingriffe“ und „Eingriffe an der Wirbelsäule“.

#### **Mehrfacheingriffe**

Die systematische Weiterentwicklung der Abbildung von Mehrfacheingriffen wurde auch in diesem Jahr fortgeführt. Unabhängig von zahlreichen übergreifenden Analysen zu diesem Thema (siehe Kapitel 3.3.2.18) konnten innerhalb der MDC 08 zwei Anpassungen von „Mehrfachlogiken“ etabliert werden.

Zum einen konnte die Logik der Funktion *Eingriff an mehreren Lokalisationen* derart verfeinert werden, dass zwei Eingriffe z.B. am Unterarm als „mehrere Lokalisationen“ gewertet werden, wenn diese auf unterschiedlichen Seiten durchgeführt werden. Damit wurden die hiervon betroffenen Fälle aufgewertet.

Zum anderen konnte durch die Kombination der Prozedur 5-835.8 *Osteosynthese an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages* mit den Prozeduren aus 5-835.3 bis .6 *Osteosynthese an der Wirbelsäule* sehr spezifisch eine Fallgruppe mit komplexer Leistung identifiziert und eine neue DRG durch Split der DRG I09C etabliert werden.

#### **Eingriffe an der Wirbelsäule**

Neben den Mehrfacheingriffen an der Wirbelsäule konnten Fälle mit der Prozedur 5-839.7 *Andere Operationen an der Wirbelsäule: Release bei einer Korrektur von Deformitäten als erste Sitzung* innerhalb der Basis-DRG I06 *Komplexe Wirbelkörperfusion mit äußerst schweren CC oder mit Korrektur einer Thoraxdeformität oder Alter < 16 Jahre oder komplexer Eingriff an der Wirbelsäule oder komplexer Eingriff an Kopf/Hals* aufgewertet werden. Darüber hinaus wurde die Bedingung der Basis-DRG I06 so erweitert, dass Kinder unter 16 Jahren mit einem solchen Verfahren im Sinne einer Aufwertung hier abgebildet werden.

Neben diesen Schwerpunktthemen wurden zahlreiche weitere Analysen innerhalb der MDC 08 durchgeführt, die zu einer verbesserten Abbildung der Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen (beispielsweise Etablierung der Basis-DRG I79 für Patienten mit Fibromyalgie), Kindern (beispielsweise Etablierung der DRG I74B *Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne unspezifische Arthropathien, Alter < 10 Jahre*), Intensivpatienten (beispielsweise Etablierung der DRG I26Z *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*, (siehe Kap. 3.3.2.15)) und handchirurgischen Eingriffen (siehe Kap. 3.3.2.13) führten.

#### **Abdominalchirurgie**

Im Bereich der Abdominalchirurgie wurden im Rahmen der Analyse hochteurer Fälle in der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* zwei neue DRGs etabliert. Zum einen entstand die DRG G33Z für Mehrzeitige Eingriffe bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane. Detailliertere Informationen zum Themenkomplex der Mehrzeitigkeit finden sich in Kapitel 3.3.2.18. Zum anderen erwiesen sich Fälle mit bestimmten komplexen Eingriffen an hepatobiliärem System und Pankreas und

einer Hauptdiagnose entsprechend ihrer Zuordnung zur MDC 06 als nicht ausreichend im G-DRG-System abgebildet. Dies führte zur Etablierung der DRG G10Z *Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System und Pankreas*, welche vor allem Fälle aus den Fehler-DRGs im Sinne einer Aufwertung aufnimmt.

Im G-DRG-System 2007 wurde die operative Therapie metastasierter Tumoren des Enddarms durch die Etablierung der neuen DRG G16A *Komplexe Rektumresektion mit Lebermetastasen Chirurgie oder komplizierenden Prozeduren* aufgewertet. Ein Vorschlag im Vorschlagsverfahren 2008 bezog sich auf eine analoge Abbildung der Lebermetastasen Chirurgie in Verbindung mit Eingriffen an Dünn- oder Dickdarm. Im Ergebnis wurde die Splitbedingung der DRG G18A *Eingriffe an Dünn- u. Dickdarm oder andere Eingriffe an Magen, Ösophagus u. Duodenum ohne kompliz. Proz., außer bei bösart. Neubildung, Alter < 3 J., ohne Eingr. bei angeborener Fehlbildung od. Alter > 1 J., mit Lebermetastasen Chirurgie od. kompl. Diagn.* um die Lebermetastasen Chirurgie erweitert und die betroffenen Fälle somit aufgewertet.

Eine weitere Änderung des G-DRG-Systems betrifft die Abbildung von Eingriffen bei angeborenen Fehlbildungen des Darmes bei Kindern mit einem Alter < 2 Jahre, die bisher der Basis-DRG G18 zugewiesen wurden. Diese Fälle werden im G-DRG-System 2008 der DRG G02Z *Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit kompl. Eingriff od. kompliz. Diagn. oder Eingr. an Dünn- u. Dickdarm od. andere Eingr. an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne kompliz. Proz., außer bei bösart. Neubild., mit Eingr. bei angeb. Fehlbildung, Alter < 2 J.* zugeordnet und somit aufgewertet.

### 3.3.2.30 Versorgung von Kindern

Wie in den vergangenen Jahren wurde im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems erneut die Möglichkeit der Etablierung von neuen Alterssplits für Kinder untersucht. Unter Berücksichtigung der Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren führte dies zu 30 neuen „Kindersplits“ für 2008, was einer Gesamtzahl von 166 für die G-DRG-Version 2008 entspricht. Davon können 97 DRGs als „reine Kindersplits“ bezeichnet werden, was bedeutet, dass in diesen ausschließlich Kinder abgebildet werden. In weiteren 69 DRGs führt das Kindesalter ebenfalls zu einer Höhergruppierung, allerdings steht in diesen DRGs das Kindesalter neben weiteren Schweregrad erhöhenden Attributen wie beispielsweise PCCL oder komplexe Diagnosen/Prozeduren.

Hinsichtlich der Abbildung von Fällen intensivmedizinisch versorgter Kinder, wurden im OPS Version 2008 Voraussetzungen geschaffen, die zukünftig detailliertere Analysen zu dieser Thematik zulassen. In diesen wurde der Codebereich 8-98c *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter* differenziert nach Behandlungsdauer neu aufgenommen. Da die bestehenden Prozeduren für *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* (OPS 8-980) nur für Patienten ab 14 Jahren angegeben werden können, konnten Fälle intensivmedizinisch versorgter Kinder bisher nur über Alterssplits oder kinderspezifische Diagnosesplits z.B. der Beatmungs-DRGs einer spezifischen Abbildung zugeführt werden. Durch Abfrage der neuen Prozeduren für *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter* im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung für 2008 wären schon vorzeitig entsprechende Analysen denkbar, um unter Umständen bestehende Abbildungslücken in diesem Bereich zu schließen.

Im Bereich der Gastroenterologie wurde die Abbildung von Endoskopien im Kindesalter aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren intensiv untersucht. Dies führte zu einer Aufwertung von Kindern z.B. mit Gastroskopien und Koloskopien in den Basis-DRGs G46 *Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane oder*

*Gastroskopie bei nicht schweren Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 15 Jahre und G47 Andere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopie, Alter < 15 Jahre.* Umfangreiche Erläuterungen zu diesem Thema finden sich in Kapitel 3.3.2.9. Ebenfalls aufgewertet wurden Fälle mit komplexen Herniotomien, die zukünftig in der DRG G09Z *Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien* abgebildet werden. Diese wurden zuvor zu einem großen Anteil in die DRG G25Z *Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 0 Jahre oder Eingriffe bei Hernien, Alter < 1 Jahr* eingruppiert, die u.a. Kinder mit Herniotomie bei einem Alter von < 1 Jahr beinhaltet.

Ein weiterer Schwerpunkt lag in der Analyse der Abbildung von Fällen mit RSV (Respiratory-syncytial-Virus)-Infektion bei Kindern. Dazu lagen u.a. Hinweise aus dem NUB-Verfahren (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 KHEntgG) vor. Die Ergebnisse führten einerseits zu einer Verschiebung und damit Aufwertung von Fällen von der DRG E69A *Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 1 Jahr* in die DRG E65A [...] *oder Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 1 Jahr, mit RS-Virus-Infektion* und andererseits von der DRG E69C *Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter < 1 Jahr und ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC* in die DRG E69B [...] *oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 1 Jahr, mit RS-Virus-Infektion.*

Seit 2005 ist mit dem OPS die *Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus* (OPS 8-984) differenziert nach Behandlungsdauer kodierbar. Diese wurde hinsichtlich einer Eignung als Kostentrenner im G-DRG-System untersucht, mit dem Ergebnis, dass diese als Splitkriterium innerhalb der Basis-DRG K60 *Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen* im Sinne einer Verbesserung der Abbildung von Kindern etabliert wurde. Ab 2008 steht damit zur differenzierten Abbildung der Multimodalen Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus bei Kindern die DRG K60A *Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 16 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus* zur Verfügung.

Wie im vergangenen Jahr wurde aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren erneut die Abbildung von komplexen Eingriffen bei angeborenen Fehlbildungen bei Kindern sowohl in der MDC 15 als auch für das gesamte System untersucht, was in einzelnen Bereichen zu einer Aufwertung dieser Fälle führte. Zu nennen ist hier zum einen die Erweiterung der Definitionen der DRGs A11A *Beatmung > 249 und < 500 Stunden [...] oder mit Eingriff bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre [...]* und A13B *Beatmung > 95 und < 250 Stunden [...] od. sehr kompl. Eingriff oder bei angeb. Fehlbild., Alter < 2 J. [...]*. In der MDC 06 erfolgte eine Verschiebung dieser Fälle von der Basis-DRG G18 in die DRG G02Z [...] *oder Ingr. an Dünn- u. Dickdarm od. andere Ingr. an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne kompliz. Proz., außer bei bösart. Neubild., mit Ingr. bei angebor. Fehlbildung, Alter < 2 J.* Aufgrund der Abfrage-reihenfolge in der operativen Partition dieser MDC können von dieser Änderung auch Fälle der DRGs G04A und G17Z profitieren. Darüber hinaus führen innerhalb der Basis-DRG G18 *Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne komplizierende Prozeduren, außer bei bösartiger Neubildung, Alter < 3 Jahre, ohne Eingriff bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr* zukünftig schwere angeborene Fehlbildungen generell zu einer Zuordnung des Falles in die DRG G18A. In der MDC 04 werden innerhalb der Basis-DRG E77 *Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane* ab 2008 Fälle mit angeborenem Fehlbildungssyndrom (Q87.-) aufgewertet in die DRG E77A.

Bezüglich der in den Anlagen 2, 4, 5 und 6 der FPV 2008 aufgeführten Zusatzentgelte finden sich detaillierte Ausführungen in den Kapiteln 3.3.2.21 (Themenbereich Onkologie) sowie 2.5 bzw. 3.4.1.3 (Themenbereich Zusatzentgelte). Als neu geschaffenes Zusatzentgelt, welches auch für den Bereich der Pädiatrie von Bedeutung ist, wäre an dieser Stelle das ZE2008-66 *Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten* zu nennen, welches unbewertet ist.

### **MDC 15 Neugeborene**

Erneut wurden die Funktionen *Schweres Problem* bzw. *Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen* hinsichtlich der Aufnahme von weiteren Diagnosen in diese Funktionen untersucht. In der überwiegenden Zahl der Fälle konnten diese allerdings nicht aufgenommen werden, da entweder nur eine geringe Anzahl von Fällen in den Kalkulationskrankenhäusern betroffen war und das Ergebnis damit nicht bewertet werden konnte oder aber keine Kostenunterschiede gefunden werden konnten. Lediglich die Aufnahme des Kodes A08.1 *Akute Gastroenteritis durch Norovirus [Norwalk-Virus]* konnte umgesetzt werden. Im Bereich des Splitkriteriums *Anderes Problem*, welches in den DRGs P65C, P66C und P67C relevant ist, konnten in der DRG P67D zur DRG P67C operative Eingriffe bei Neugeborenen aufgewertet werden. Darüber hinaus wurde die DRG P67C der G-DRG-Version 2007 auf mögliche Kostentrenner untersucht. Als Ergebnis werden Fälle mit einer Diagnose für Mehrlinge ab 2008 der DRG P67B zugewiesen. Ebenfalls aufgewertet wurden Fälle von Mehrlingen, die gemäß G-DRG-Version 2007 in die DRG P67D eingruppiert wurden. Diese werden zukünftig der DRG P66D [...] oder *neugeborener Mehrling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder ein Belegungstag* zugeordnet. Aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren wurden Simulationen bezüglich der Streichung von Prozeduren aus der Tabelle der „nicht signifikanten OR-Prozeduren“ der MDC 15 durchgeführt, was zur Streichung des Kodes 5-432.0 *Operationen am Pylorus: Pyloromyotomie* führte. Die betroffenen Fälle werden damit ab 2008 in DRGs der operativen Partition der MDC 15 eingruppiert.

Sowohl aufgrund von externen Eingaben als auch aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren zur medizinischen Fortentwicklung bei extrem untergewichtigen Frühgeborenen wurde die untere Grenze für das zulässige Aufnahmegewicht, welche bisher bei  $\geq 300$  Gramm lag, auf eine mögliche Absenkung auf 250 Gramm untersucht, was umgesetzt werden konnte. Die betroffenen Fälle, die bisher der DRG 960Z *Nicht gruppierbar* zugeordnet wurden, werden demnach zukünftig z.B. in eine der DRGs der Basis-DRG P61 *Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 750 g* eingruppiert.

Wie oben bereits erläutert, wurde in der MDC 15 wieder besonderes Augenmerk auf die Abbildung von Fällen mit komplexen Eingriffen z.B. bei angeborenen Fehlbildungen gerichtet. Zusätzlich zu konkreten Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren wurde auch das OPS-Datum in diese Analysen einbezogen, um die Relevanz von mehrzeitigen Eingriffen untersuchen zu können. 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.

### 3.3.3 Integration von NUB-Leistungen in das G-DRG-System

Bereits in der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2007 wurde eine Vielzahl von Leistungen, die im NUB-Verfahren (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) als neue und noch nicht sachgerecht vergütete Leistung anerkannt wurden (NUB-Status 1), in Form von Zusatzentgelten oder durch klassifikatorische Änderungen in das G-DRG-System integriert. Als Beispiele seien an dieser Stelle die fenestrierte Endoprothese bei Bauchaortenaneurysmen, Pumpless Extracorporal Lung Assist (PECLA) und die dynamische Stabilisierung mit elastischem interspinösen Implantat bzw. interspinöse Implantate aus dem Bereich der Verfahren genannt, die seit dem G-DRG-System 2007 als unbewertetes Zusatzentgelt in das G-DRG-System integriert sind. Gleiches gilt für einige Medikamente wie beispielsweise Bevacizumab und Pegfilgrastim, die als bewertetes Zusatzentgelt integriert werden konnten. Insgesamt gelang für über 15 Leistungen, die bis dato die NUB-Kriterien erfüllten, eine Abbildung innerhalb des G-DRG-Systems.

In der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2008 wurde die Integration von NUB-Leistungen fortgeführt, indem neun weitere Leistungen, die die NUB-Kriterien erfüllten, nun als Zusatzentgelte abgebildet sind (Tabelle 17).

NUB-Verfahren	Status 2007	ZE2008	Text Zusatzentgelt
Posaconazol	1	ZE81	Gabe von Posaconazol, oral
Diboterminalfa (rhBMP-2)	1	ZE2008-63	Gabe von Diboterminalfa, Implantation am Knochen
Eptoterminalfa (rhOP-1/BMP-7)	1	ZE2008-64	Gabe von Eptoterminalfa, Implantation am Knochen
Bone-Morphogenetic-Proteins (Eptoterminalfa (rhOP-1/BMP-7) / Diboterminalfa (rhBMP-2))	1	ZE2008-63	Gabe von Diboterminalfa, Implantation am Knochen
		ZE2008-64	Gabe von Eptoterminalfa, Implantation am Knochen
Selektive interne Radiotherapie (SIRT) von Lebertumoren mit Yttrium-90 markierten Mikrosphären	1	ZE2008-65	Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Yttrium-90-markierten Mikrosphären
Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen	1	ZE2008-66	Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten
Neurostimulator zur Stimulation des Rückenmarks oder des peripheren Nervensystems, wieder-aufladbar	1	ZE2008-61	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wieder-aufladbar
Mikroaxial-Blutpumpe	1	ZE2008-62	Mikroaxial-Blutpumpe
Adjustierbare Kontinenztherapie	1	ZE90	Adjustierbare Harnkontinenztherapie

Tabelle 17: Leistungen mit NUB-Status 1, ab G-DRG-Version 2008 als Zusatzentgelt abgebildet

Ein hervorragendes Beispiel für die rasche Integration von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden konnten, ist das Antimykotikum Posaconazol. Posaconazol wurde erstmals im Jahr 2006 im Rahmen des NUB-Verfahrens durch 88 Krankenhäuser angefragt. Die Leistung erfüllte nach Prüfung der entsprechenden Anfragen die Kriterien der NUB-Vereinbarung für das Jahr 2006. Um die Kalkulation eines Zusatzentgelts zu ermöglichen, erfolgte eine ergänzende Datenbereitstellung 2006 (Datenjahr 2005) durch die Kalkulationskrankenhäuser. Da kein Fall mit dieser Leistung ergänzend übermittelt wurde, war für das G-DRG-System 2007 die Etablierung eines Zusatzentgelts für Posaconazol noch nicht möglich. Nach einer Bestätigung der Beurteilung als „Status 1“ im NUB-Verfahren des Jahres 2007 wurde in der ergänzenden Datenbereitstellung 2007 (Datenjahr 2006) eine ausreichende Menge an plausiblen Fällen geliefert, um die Kalkulation eines Zusatzentgelts zu ermöglichen. Somit wurde die Leistung Posaconazol innerhalb von zwei Jahren erfolgreich in das G-DRG-System integriert. Dies veranschaulicht Abbildung 7. Eine erneute Anfrage im Rahmen des NUB-Verfahrens 2008 würde demnach zu dem Ergebnis kommen, dass Posaconazol die Kriterien der NUB-Vereinbarung nicht mehr erfüllt, da es mittlerweile mittels Zusatzentgelt sachgerecht vergütet ist.

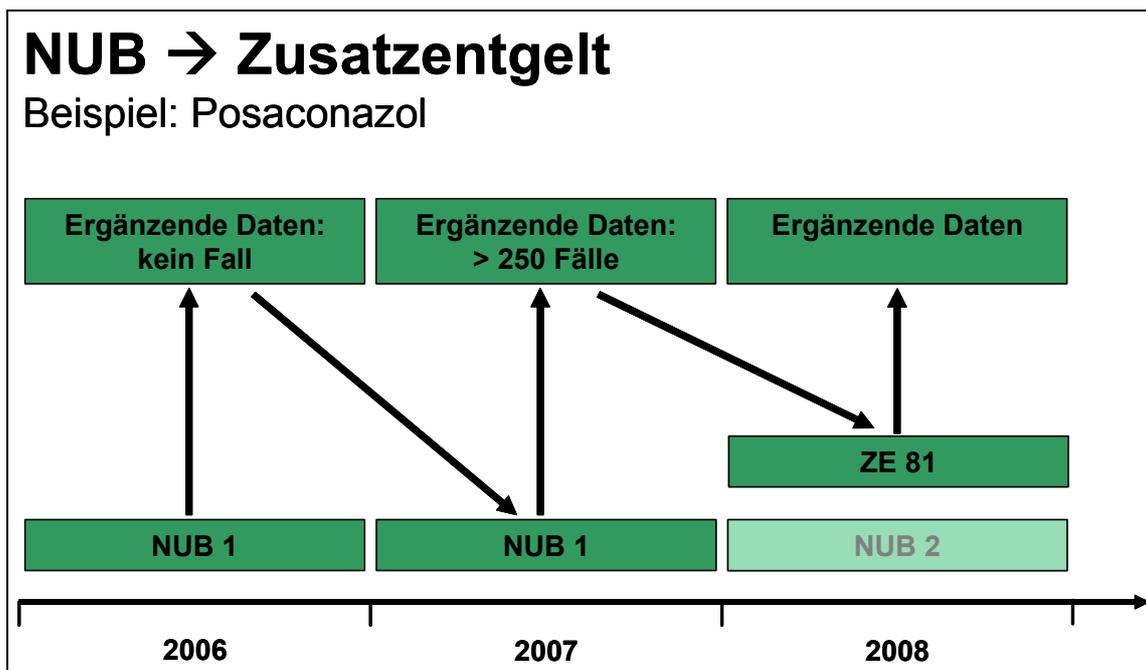


Abbildung 7: Integration der NUB-Leistung Posaconazol als Zusatzentgelt in das G-DRG-System 2008

Das Instrument der ergänzenden Datenbereitstellung (siehe Kap. 3.2.1.2) spielt eine zentrale Rolle bei der raschen Integration von NUB-Leistungen in das G-DRG-System. Zwar ist die Abbildung von NUB-Leistungen bei Vorliegen von spezifischen OPS-Kodes wie zum Beispiel bei der Mikroaxial-Blutpumpe (siehe Kap. 3.3.2.17) oder bei der klassifikatorischen Abbildung fetalchirurgischer Interventionen (siehe Kap. 3.3.2.10) auch ohne eine ergänzende Datenbereitstellung möglich, doch das Vorliegen eines spezifischen Kodes im Datenjahr ist aufgrund der Neuheit der NUB-Leistungen oft nicht gegeben.

In der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wird im Rahmen der Prüfung der Integration der NUB-Leistungen auch die Sachgerechtigkeit in dem Sinne überprüft, dass die Kostenangaben der NUB-Anfragen anhand objektiver Leistungs- und Kostendaten verifiziert werden. Sollte sich in den Daten eine sachgerechte Vergütung einer Leistung zeigen, die bisher die NUB-Kriterien erfüllt hat, so würden diese Erkenntnisse bei der Beurteilung im NUB-Verfahren des Folgejahres zum Tragen kommen. Ein Beispiel hierfür ist die Leistung „Interventioneller Vorhofohrverschluss bei Vorhofflimmern“, welche im Jahr 2006 den NUB-Status 1 erhielt, im Jahr 2007 jedoch aufgrund der Erkenntnisse, die während der Kalkulation gewonnen wurden, als sachgerecht vergütet (NUB-Status 2) einzustufen war.

Neben der Überprüfung von Leistungen mit „Status 1“ werden ebenfalls Leistungen auf ihre sachgerechte Abbildung hin überprüft, die im NUB-Verfahren als hochteure Leistungen beschrieben werden, aber das Kriterium der Neuheit nicht erfüllen und daher nicht als neu und noch nicht sachgerecht abgebildet anerkannt werden (NUB-Status 2). Diese Überprüfung kann zwei unterschiedliche Folgen haben: Zum einen kann die Leistung bei Bestätigung einer nicht sachgerechten Vergütung gegebenenfalls im G-DRG-System abgebildet werden. Beispiele hierfür sind:

- Aufnahme der photodynamischen Therapie an den Gallengängen in die Basis-DRG G46 und in die DRG H41A (ab G-DRG-Version 2007)
- Zusatzentgelt für die Gabe von Temozolomid (ab G-DRG-Version 2007)
- Zusatzentgelt für die Gabe von Etanercept (ab G-DRG-Version 2007)

Zum anderen kann die Beurteilung als „Status 2“ durch die Bestätigung einer sachgerechten Abbildung gestärkt werden.

Das NUB-Verfahren hat somit eine große Bedeutung für das G-DRG-System. Einerseits kann über die Vereinbarung sonstiger Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG eine potentielle Finanzierungslücke geschlossen werden. Andererseits dient es als Informationsquelle zur Ermöglichung einer raschen Integration von medizinischen Innovationen in das deutsche G-DRG-System und trägt damit dem Wunsch nach einem innovationsfreundlichen System Rechnung.

### 3.3.4 Formale Änderungen

#### 3.3.4.1 Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Nachhaltigkeit

Eines der Hauptziele in der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2008 war die Unterstützung der Akzeptanz des G-DRG-Systems, welches bedingt durch die Anforderungen an das System im Rahmen der Konvergenzphase zunehmend komplexer wird. Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Nachhaltigkeit sind bezüglich der Akzeptanz des G-DRG-Systems für die Anwender bedeutende Kriterien. Während die Zahl der Kondensationen bereits in der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2007 begrenzt wurde, dienen in der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2008 folgende Maßnahmen der Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Nachhaltigkeit:

- Umbenennung von Basis-DRGs
- Entkondensationen
- Text- bzw. Logikvereinfachung
- Kommentierung der Migrationstabelle

#### **Umbenennung von Basis-DRGs**

Bedingt durch die in der G-DRG-Version 2005 erstmals umgesetzte konsequente Abbildung der Kostenhierarchie in der Abfragereihenfolge der operativen und der anderen Partition hatten themenverwandte DRGs innerhalb einer MDC teilweise verschiedene Basis-DRG-Bezeichnungen. In der diesjährigen Weiterentwicklung erfolgten beispielhaft an zwei Stellen im G-DRG-System Umbenennungen in der Art, dass themenverwandte DRGs nun wieder eine gemeinsame Basis-DRG haben.

Die folgenden Tabellen 18 und 19 stellen Umbenennungen im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2008 dar:

G-DRG-System 2007	G-DRG-System 2008
<b>E08A</b> Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden	<b>E08A</b> Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden
<b>E08B</b> Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen	<b>E08B</b> Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
<b>E09Z</b> Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen	<b>E08C</b> Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, <b>ohne operativen Eingriff oder Beatmung &gt; 24 Stunden</b> , mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen

Tabelle 18: Umbenennung von Basis-DRGs in der MDC 04

G-DRG-System 2007	G-DRG-System 2008
<b>F27Z</b> Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation	<b>F50A</b> Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation
<b>F50A</b> Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplizierendem Eingriff, mit äußerst schweren CC	<b>F50B</b> Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie <b>ohne komplexe Ablation</b> , mit komplizierendem Eingriff, mit äußerst schweren CC
<b>F50B</b> Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplizierendem Eingriff, ohne äußerst schwere CC	<b>F50C</b> Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie <b>ohne komplexe Ablation</b> , mit komplizierendem Eingriff, ohne äußerst schwere CC
<b>F26Z</b> Andere ablativ Maßnahmen bei Tachyarrhythmie oder Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem	<b>F50D</b> Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie <b>ohne komplexe Ablation</b> , <b>ohne komplizierenden Eingriff</b>

Tabelle 19: Umbenennung von Basis-DRGs in der MDC 05

In der Basis-DRG E08 *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* sind beispielsweise nun alle DRGs der MDC 04, die das Attribut „Strahlentherapie“ in ihrer Logik aufweisen, zusammengefasst. Dies bedeutet jedoch nicht, dass Fälle mit einer Strahlentherapie aufgrund der Sortierung nicht auch in andere DRGs eingruppiert werden.

Diese beispielhafte Umsetzung der Umbenennung von themenverwandten DRGs trägt zur Erhöhung der Transparenz des G-DRG-Systems bei.

### **Entkondensationen**

Aufgrund der seitens der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG initial vorgegebenen Obergrenze von 800 Fallgruppen war eine Zusammenfassung unterschiedlicher Leistungsbereiche, sofern diese ähnliche Kosten und Verweildauern aufwiesen, an vielen Stellen des G-DRG-Systems notwendig. Für diese Zusammenfassungen wurde in den letzten Jahren der Begriff der Kondensation geprägt. In der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2008 wurde – auch angeregt durch Vorschläge im Rahmen des Strukturierten Dialogs – für neun Basis-DRGs beispielhaft eine sogenannte Entkondensation vorgenommen, wenn die hierfür notwendigen Kriterien einer ausreichenden Fallzahl sowie ein Kosten- und Verweildauerunterschied vorlagen. Beispielsweise wurde basierend auf einem Vorschlag der entsprechenden Fachgesellschaft die DRG C65Z *Bösartige Neubildungen des Auges und Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus* (G-DRG-System 2007) in zwei Fallgruppen, DRG C65Z *Bösartige Neubildungen des Auges* und DRG C66Z *Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus*, aufgetrennt.

Auch die Entkondensationen tragen zur Erhöhung von Transparenz und Nachvollziehbarkeit bei.

Die folgende Tabelle 20 führt die umgesetzten Entkondensationen im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2008 auf:

G-DRG-System 2007	G-DRG-System 2008
<b>B67</b> Degenerative Krankheiten des Nervensystems oder zerebrale Lähmungen	<b>B67</b> Morbus Parkinson <b>B85</b> Degenerative Krankheiten des Nervensystems oder zerebrale Lähmungen
<b>C07Z</b> Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) und andere Eingriffe an der Retina	<b>C07Z</b> Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) <b>C15Z</b> Andere Eingriffe an der Retina
<b>C65Z</b> Bösartige Neubildungen des Auges und Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus	<b>C65Z</b> Bösartige Neubildungen des Auges <b>C66Z</b> Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus
<b>D36Z</b> Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen oder sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter < 16 Jahre	<b>D36A</b> Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter < 16 Jahre <b>D36B</b> Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen
<b>F26Z</b> Andere ablativische Maßnahmen bei Tachyarrhythmie oder Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem	<b>F26Z</b> Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem <b>F50D</b> Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, ohne komplizierenden Eingriff
<b>F67D</b> Hypertonie ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre oder Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC	<b>F67D</b> Hypertonie ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre <b>F66Z</b> Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC
<b>F75A</b> Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC oder Hautulkus oder periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC	<b>F75A</b> Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC <b>F65Z</b> Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC <b>F64Z</b> Hautulkus bei Kreislaufkrankheiten
<b>I66D</b> 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	<b>I66D</b> 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 <b>I79Z</b> Fibromyalgie

Tabelle 20: Entkondensationen im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2008

**Text- bzw. Logikvereinfachung**

Die bisherigen Weiterentwicklungen des G-DRG-Systems führten u.a. aufgrund von Vorschlägen im Rahmen des Vorschlagsverfahrens, der Abbildung von komplexen Sachverhalten und Kondensationen von DRGs über die letzten Jahre hinweg zu komplexen DRG-Definitionen, welche anhand der im Definitionshandbuch dargestellten Logiken teilweise nur schwer nachzuvollziehen sind. Daher wurde den Selbstverwaltungspartnern nach § 17b KHG ein Vorschlag unterbreitet, wie die Logiken im Definitionshandbuch der G-DRG-Version 2009 anschaulicher dargestellt werden könnten.

Die aufgeführten Gründe führten neben einer Steigerung der Komplexität der Logik auch zu zunehmend längeren Namen der DRGs und erfordern zukünftig eine von der bisherigen abweichende Namensfindung, um die durch den Fallpauschalenkatalog vorgegebenen Textlängen einhalten zu können. In der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2008 wurde bereits für ca. 10 DRGs mit dieser neuen Art der Namensgebung begonnen, die beispielhaft in der folgenden Tabelle 21 für die DRG G46A dargestellt wird.

<b>G-DRG 2007</b>	Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane mit komplizierenden Prozeduren oder komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC
<b>G-DRG 2008, lang</b>	Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane mit komplizierenden Prozeduren oder komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC oder andere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC oder komplexe therapeutische Gastroskopie mit komplizierendem Eingriff oder schweren CC, ohne komplizierende Prozeduren, Alter < 15 Jahre
<b>G-DRG 2008, kurz</b>	<b>Verschiedenartige</b> Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane <b>verbunden mit</b> komplizierenden Prozeduren oder äußerst schweren CC <b>oder verbunden mit</b> äußerst schweren, schweren CC oder komplizierendem Eingriff bei Kindern

Tabelle 21: Namensgebung der DRG G46A

Bei dieser neuen Namensgebung kann nicht mehr wie bisher auf die Logik im Detail rückgeschlossen werden.

**Kommentierte Migrationstabelle**

Wie in jedem Jahr wurde eine Migrationstabelle auf der Internetseite des InEK veröffentlicht. Die Migrationstabelle beschreibt die Fallwanderungen zwischen den Entgelt-Katalogen 2007 und 2008 und wurde mit den Daten aus der Datenlieferung gemäß § 21 KHEntgG (Datenjahr 2006) erstellt. Sie stellt damit nicht alle theoretisch denkbaren Konstellationen von Fallwanderungen, sondern nur die tatsächlich in den DRG-Daten gemäß § 21 KHEntgG vorhandenen Fallwanderungen dar.

Erstmalig enthält die Migrationstabelle als zusätzliche Erläuterung die konkreten Fallgruppenveränderungen. Dies geschieht zur Erhöhung der Transparenz bzw. zur besseren Nachvollziehbarkeit der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr

2008. Die Erläuterung der Tabelle dient dazu, die aus Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen (aktuelles Vorschlagsverfahren für das G-DRG-System 2008 und aus den Vorjahren), den Wünschen der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG und InEK-eigenen Entwicklungen resultierenden Veränderungen darzustellen. Die Spalten mit der Überschrift „Fallgruppenveränderung“ enthalten eine Beschreibung des wesentlichen Grundes der jeweiligen Migration ohne Anspruch auf Vollständigkeit in Bezug auf jegliche Fallverschiebung.

Soweit möglich werden die Migrationen je Zeile konkreten Umbauten im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2008 zugeordnet. Eine Migration kann durch mehrere als gleichrangig anzusehende Umbauten bedingt sein, deren Darstellung nebeneinander aus Gründen der Übersichtlichkeit in maximal drei Spalten erfolgt. Dabei werden im Text jeweils betroffene DRGs zum Zeitpunkt des Einbaus und auf Basis der Kalkulationsdaten benannt. Bei Fallwanderungen, bei denen dies nicht möglich ist, wird der Text „Sonstige Umbauten“ aufgeführt (siehe unten).

Konkret bedeutet dies:

- Bei gleichem Gruppierungsergebnis (2007 und 2008 befinden sich die Fälle jeweils in der gleichen DRG) enthält die Spalte Fallgruppenveränderung den Text „Keine Änderung des Gruppierungsergebnisses“.
- Bei unterschiedlichem Gruppierungsergebnis findet sich ein Text zur Umsetzung zum Zeitpunkt der Kalkulation (auf Basis der Kalkulationsdaten).
- Beispiel: „Neue DRG I26Z Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Punkte in der MDC 08, Fallverschiebung im Sinne einer Aufwertung.“

Fallgruppenveränderungen, die keinem konkreten Umbau zugeordnet werden können, erhalten in der Spalte zur Fallgruppenveränderung den Text „Sonstige Umbauten (Sortierung, CC-Matrixveränderungen, Veränderungen von Funktionen etc.) oder rangfolgebundene Fallverschiebungen.“ Die „sonstigen Umbauten“ werden im Folgenden näher erläutert.

Wie oben erwähnt, werden im Text der Spalten M bis O die Fallgruppenveränderungen zu den jeweils betroffenen DRGs zum Zeitpunkt des Einbaus benannt. Da sich die DRG-Kürzel von den endgültigen DRG-Kürzeln im Fallpauschalen-Katalog 2008 unterscheiden können, wurden zusätzlich im Tabellenblatt „Migration V2007 nach V2008“ die Spalten F („DRG V2008 vorher“) und G („Basis-DRG V2008 vorher“) bzw. im Tabellenblatt „Migration V2008 nach V2007“ die Spalten A („DRG V2008 vorher“) und B („Basis-DRG V2008 vorher“) eingefügt. Diese Spalten führen die DRG-Kürzel zum Zeitpunkt des Einbaus auf, worauf sich wiederum die Erläuterungen der Fallgruppenveränderungen beziehen.

Aus den Spalten H („DRG V2008“) und I („Basis-DRG V2008“) im Tabellenblatt „Migration V2007 nach V2008“ bzw. in den Spalten C („DRG V2008“) und D („Basis-DRG V2008“) im Tabellenblatt „Migration V2008 nach V2007“ können die endgültigen DRG-Kürzel gemäß Fallpauschalenkatalog 2008 entnommen werden.

#### Die kommentierte Migrationstabelle besteht aus zwei Teilen:

Teil I „Migration V2007 nach V2008“ beschreibt die Fallwanderungen von Fällen bei Gruppierung nach G-DRG 2007 im Vergleich zur Gruppierung nach G-DRG Version 2008. Diese Tabelle beantwortet die Frage: Wo gehen die Fälle aus Sicht des G-DRG-Katalogs 2007 hin?

In Teil II „Migration V2008 von V2007“ lassen sich Fallwanderungen aus Sicht des G-DRG-Katalogs 2008 betrachten. Diese Tabelle beantwortet die Frage: Wo kommen die Fälle aus Sicht des G-DRG-Katalogs 2008 her?

Genauere Erläuterungen der einzelnen Spalteninhalte entnehmen Sie bitte den auf der Internetseite des InEK veröffentlichten Erläuterungen zur kommentierten Migrations-tabelle.

Erläuterungen zu „Sonstige Umbauten (Sortierung, CC-Matrixveränderungen, Verän-derungen von Funktionen etc.) oder rangfolgebedingte Fallverschiebungen“ werden in den folgenden Abschnitten wiedergegeben.

### **Sortierung**

Die Auswirkungen der im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2008 durchgeführten Sortierung auf die Fallwanderungen lassen sich folgender-maßen erläutern:

Zur Vermeidung der Problematik „Mindervergütung bei Mehrleistung“ (siehe auch Aus-führungen in den Abschlussberichten) wird eine Sortierung der DRG-Fallgruppen im Gruppierungsalgorithmus absteigend nach ihrer Bewertungsrelation beispielsweise wie folgt vorgenommen:

- Konsequente Sortierung aller DRGs der operativen Partitionen absteigend nach ihrer Bewertungsrelation
- Sortierung zwischen anderer und medizinischer Partition in den MDCs 03, 06, 07 und 11
- Partitionsübergreifende Sortierung in der MDC 17

Die Sortierung hat durch eine veränderte Abfragereihenfolge auch die Verschiebung von Fällen zur Konsequenz. Demzufolge kann es sein, dass ein Fall allein aufgrund der Sortierung ein anderes Gruppierungsergebnis im Vergleich zum Vorjahr aufweist.

#### Beispiel für die Sortierung:

Schritt 1:

Abbildung 8 zeigt beispielhaft die Ausgangssituation vor einer Veränderung der DRG-Fallgruppen-Definitionen. Die Abfragereihenfolge (absteigend nach mittleren Kosten) lautet zu diesem Zeitpunkt: O02A ⇒ O06Z ⇒ O02B.

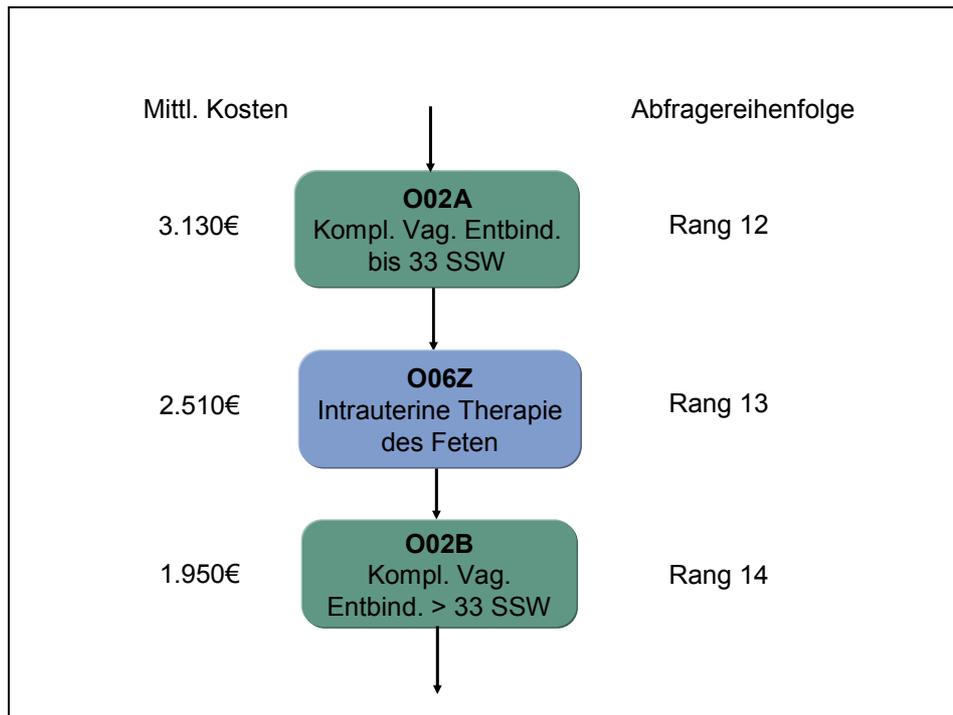


Abbildung 8: Ausgangssituation

Schritt 2:

Abbildung 9 zeigt den in diesem Jahr vorgenommenen Split der DRG O06Z in die DRGs O06A und O06B. Die Abfragereihenfolge zu diesem Zeitpunkt lautet: O02A ⇒ O06A ⇒ O06B ⇒ O02B. Dabei stellt man fest, dass die DRG O06A höhere mittlere Kosten als die DRG O02A hat. Demzufolge wird eine Sortierung notwendig.

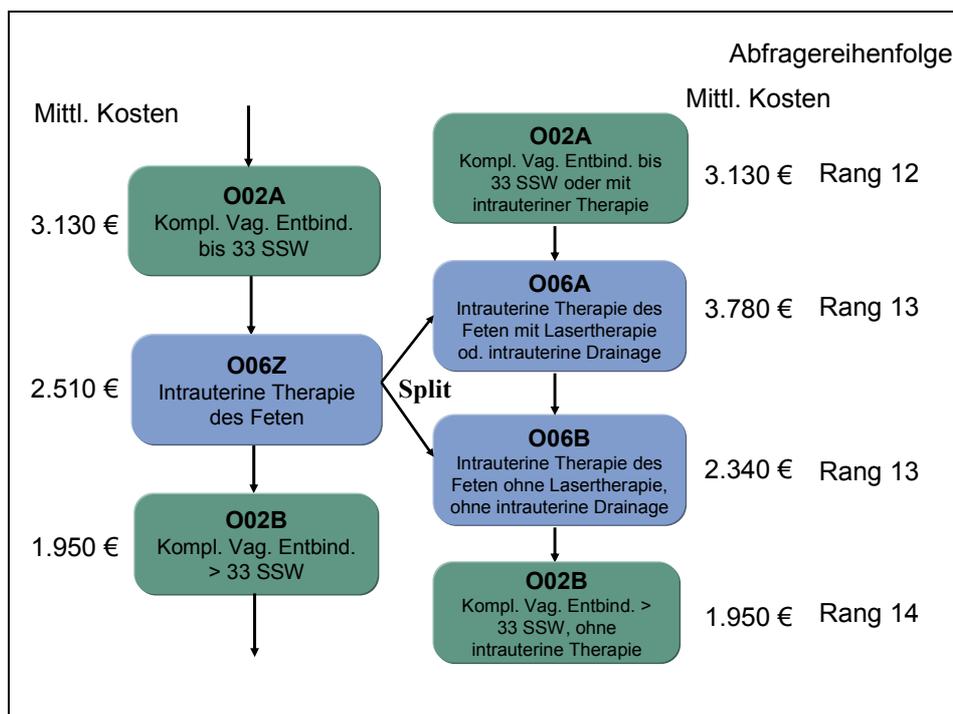


Abbildung 9: Split der DRG O06Z

## Schritt 3:

Abbildung 10 zeigt die notwendig gewordene Sortierung. Die Abfragereihenfolge (absteigend nach mittleren Kosten) zu diesem Zeitpunkt lautet: O06A ⇒ O02A ⇒ O06B ⇒ O02B. Die Sortierung geht mit einer Fallverschiebung aus der DRG O02A in die DRG O06A einher. Damit kommt es aufgrund der durchgeführten Sortierung zu einem anderen Gruppierungsergebnis im Vergleich zum Vorjahr.

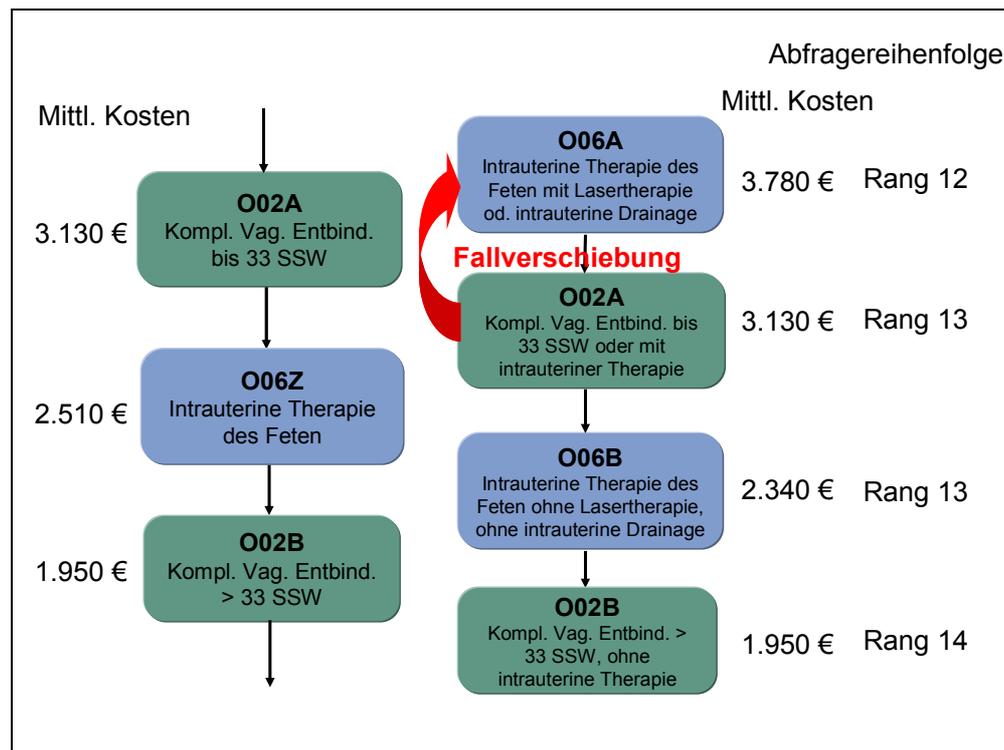


Abbildung 10: Ergebnis der Sortierung

Weitere Erläuterungen zur Sortierung finden sich in Kapitel 3.3.4.2.

### CC-Matrixveränderungen

Die Auswirkungen der im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2008 durchgeführten CC-Matrixveränderungen auf die Fallwanderungen lassen sich folgendermaßen erläutern:

Im G-DRG-System für das Jahr 2008 existieren insgesamt 275 DRGs, die einen PCCL-Split aufweisen. Da jede einzelne Veränderung in der CC-Matrix eine veränderte Gruppierung in allen PCCL-gesplitteten DRGs zur Folge haben kann, ist die Auswirkung jeder einzelnen Veränderung auf das Gesamtsystem immens.

Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2008 wurden in der CC-Matrix folgende Änderungen durchgeführt:

- Aufnahme von Diagnosen in die CC-Matrix: 19 Diagnosen
- Aufwertung von Diagnosen in der CC-Matrix: 54 Diagnosen
- Streichung von Diagnosen aus der CC-Matrix: 32 Diagnosen
- Abwertung von Diagnosen in der CC-Matrix: 46 Diagnosen

Demzufolge kann es sein, dass ein Fall allein aufgrund der Veränderungen der CC-Matrix ein anderes Gruppierungsergebnis im Vergleich zum Vorjahr aufweist.

Nähere Erläuterungen zur Veränderungen der CC-Matrix finden sich in Kapitel 3.3.1.5.

### **Veränderungen von Funktionen**

Die Auswirkungen der im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2008 durchgeführten Veränderungen von Funktionen auf die Fallwanderungen lassen sich folgendermaßen erläutern:

Globale Funktionen des G-DRG-Gruppierungsalgorithmus, wie sie in Band 4 des Definitionshandbuchs des jeweiligen G-DRG-Systems zu finden sind, betreffen in der Regel eine Vielzahl von DRG-Fallgruppen, ähnlich wie die oben beschriebene Veränderung der CC-Matrix. Soweit Veränderungen dieser Funktionen vorgenommen wurden, können sich demzufolge Fallverschiebungen ergeben.

#### **Beispiel für die Veränderung von Funktionen:**

Veränderung der Funktion *Komplizierende Prozeduren*:

Im Rahmen der diesjährigen G-DRG-Weiterentwicklung für das Jahr 2008 wurde bezüglich der Funktion *Komplizierende Prozeduren* folgende Änderung durchgeführt: Der Diagnosekode D69.53 *Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II* wird nun als komplizierende Diagnose gewertet. Diese Veränderung der in mehreren MDCs den Schweregrad steigernden Funktion führt zu einer Fallverschiebung aus verschiedensten DRGs der operativen Partition in diejenigen DRGs, in denen diese Funktion verwendet wird.

Demzufolge kann es sein, dass ein Fall allein aufgrund der Veränderung von Funktionen ein anderes Gruppierungsergebnis im Vergleich zum Vorjahr aufweist.

### **Rangfolgebedingte Fallverschiebungen**

Die Auswirkungen der im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2008 durchgeführten rangfolgebedingten Fallverschiebungen auf die Fallwanderungen lassen sich folgendermaßen erläutern:

Wie oben beschrieben erläutert die Spalte „Fallgruppenveränderung“ die anhand der vorliegenden Kalkulationsdaten ersichtlichen Auswirkungen auf die Eingruppierung. Die Migrationstabelle stellt demgegenüber die in den DRG-Daten gemäß § 21 KHEntgG vorhandenen Fallwanderungen dar. Die vollzogenen Veränderungen der Gruppierungslogik können demnach bei den Daten nach § 21 KHEntgG auch DRG-Fallgruppen betreffen, zwischen denen bei den Kalkulationsdaten keine Fallwanderungen vorlagen.

Demzufolge kann es sein, dass ein Fall allein aufgrund der rangfolgebedingten Fallverschiebungen auf Basis der DRG-Daten gemäß § 21 KHEntgG ein anderes Gruppierungsergebnis im Vergleich zum Vorjahr aufweist.

### 3.3.4.2 Sortierung

#### **Bisherige Veränderungen**

Zum nunmehr vierten Mal wurde zur Vermeidung der Problematik der „Mindervergütung bei Mehrleistung“ eine Sortierung durchgeführt. Diese beschränkte sich bisher im Wesentlichen auf die im Folgenden genannten Bereiche:

- Konsequente Sortierung aller DRGs der operativen Partitionen absteigend nach Bewertungsrelation
- Sortierung zwischen anderer und medizinischer Partition in den MDCs 03, 06, 07 und 11
- Erstmals für 2007 Einsortierung von endoskopischen Eingriffen und komplexen therapeutischen ERCPs (DRGs H40Z und H41A) in die operative Partition der MDC 07
- Partitionsübergreifende Sortierung in MDC 17

Zusätzlich dazu wurde auch durch die Etablierung von DRGs für Mehrfacheingriffe die Lösung dieses Problems angegangen. Ausführliche Informationen dazu finden sich in Kapitel 3.3.2.18.

#### **Veränderungen für 2008**

Hinweise im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2008 führten in einigen Bereichen zu einer Ausweitung der oben beschriebenen Sortierung. So gingen für den Bereich der MDC 05 zahlreiche Hinweise bezüglich einer Mindervergütung bei Mehrleistung, DRGs der anderen und der medizinischen Partition betreffend, ein. Zu nennen ist hier beispielsweise die DRG F47Z *Nichtinvasive elektrophysiologische Untersuchung bei vorhandenem Kardioverter/Defibrillator (AICD)*. Gelöst wurde dieses zum einen durch eine partitionsübergreifende Sortierung zwischen der anderen und der medizinischen Partition der MDC 05, die bisher nicht stattgefunden hatte. Zum anderen wurde die DRG F47Z gestrichen, wodurch es zu einer Verteilung der betroffenen Fälle in die übrigen DRGs der anderen und der medizinischen Partition kommt, was in vielen Fällen eine Aufwertung bedeutet. Ebenfalls aufgelöst wurde die DRG F44Z *Invasive kardiologische Diagnostik, mehr als 2 Belegungstage, mit komplizierenden Prozeduren oder Endokarditis*, die mit der DRG F15Z *Perkutane Koronarangioplastie mit komplizierenden Prozeduren* kondensiert wurde. Dies ergab sich aus der Tatsache, dass die DRG F44Z eine deutlich höhere Bewertungsrelation als vorher abgefragte DRGs der operativen Partition wie z.B. die DRG F15Z aufwies. Da durch eine Sortierung der DRG F44Z vor die DRG F15Z Letztere nahezu alle Fälle an die DRG F44Z verloren hätte, wurde eine Kondensation durchgeführt. Weitere Erläuterungen hierzu finden sich in Kapitel 3.3.2.17.

Auf Ebene der Prä-MDC wurden schon im vergangenen Jahr die DRGs für Langzeitbeatmung > 95 und < 500 Stunden (A11A und A13A) vor bestimmte DRGs der Basis-DRG A15 für Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion sortiert. Ebenfalls sortiert wurden Organtransplantationen, die einerseits in Abhängigkeit ihrer Bewertungsrelation z.T. vor DRGs der Basis-DRG A04 *Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, allogene* eingeordnet wurden, aber andererseits auch untereinander sortiert wurden. Erstmals mit in die Sortierung einbezogen wurden auch die DRGs für Evaluierungsaufenthalte, Stammzellentnahmen und Versagen eines Organtransplantats oder eines Transplantats hämatopoetischer Stammzellen in der Prä-MDC.

Erwähnenswert in Bezug auf die MDC 04 ist eine Einsortierung der DRG *E62A Komplexe Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplizierenden Prozeduren oder mit komplexer Diagnose bei Zustand nach Organtransplantation* in die andere Partition vor die DRG *E42Z für Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung*. In der medizinischen Partition der MDC 04 wurde aufgrund der höheren Bewertungsrelation eine Abfrage der DRG *E77A* vor der Basis-DRG *E60 Zystische Fibrose (Mukoviszidose)* erforderlich, da die Fallmengen dieser DRGs nicht überschneidungsfrei sind. Dies liegt daran, dass die Zuweisung zur Basis-DRG *E60* sowohl durch eine Haupt- als auch durch eine Nebendiagnose für zystische Fibrose erfolgen kann.

Erstmals mitsortiert wurden in der MDC 10 die DRGs der Basis-DRG *K15 Strahlentherapie, mehr als ein Belegungstag*, die im vergangenen Jahr anhand von Radiojodtherapien differenziert wurde. So wird ab 2008 beispielsweise die DRG *K15A* vor der DRG *K10B Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC* abgefragt, was einer Aufwertung von Fällen gleichkommt.

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

#### **3.3.5.1 Überleitung auf die ab 1. Januar 2008 gültigen Versionen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen**

Die Datenbasis, die der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2008 zugrunde liegt, beruht auf medizinischen Daten des Jahres 2006 (Datenjahr 2006). Die Diagnosen wurden dementsprechend mit der ICD-10-GM Version 2006 und die Prozeduren mit dem OPS Version 2006 kodiert.

Nach Abschluss der Weiterentwicklung für das Jahr 2008 stand zunächst die G-DRG-Version 2006/2008 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 2008 anhand der im Datenjahr 2006 gültigen Diagnose- und Prozedurenkodes definiert. Sie soll den Vertragspartnern auf Ortsebene ermöglichen, Budgetverhandlungen für das Jahr 2008 auf der Basis der Leistungsdaten des Jahres 2006, 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 2008 waren für die Gruppierung im Jahr 2008 mit den dann gültigen Leistungsbezeichnern zwei weitere Schritte notwendig.

In einem ersten Schritt wurde das G-DRG-System 2006/2008 auf das G-DRG-System 2007/2008 übergeleitet. Die für diesen Zweck notwendige Überleitung der Diagnose- und Prozedurenkodes wurde generell anhand der Überleitungstabellen, die vom DIMDI zur Verfügung gestellt wurden, durchgeführt. Anhand dieser Informationen konnte jedem der im Jahr 2007 gültigen Diagnosen- oder Prozedurenkodes die Funktion im Gruppierungsalgorithmus zugewiesen werden, die sein „Vorgängerkode“ in der Version 2006 der ICD- bzw. OPS-Klassifikationen im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2008 erhalten hatte. Dabei wurden textliche, inhaltliche und formale Änderungen der Codes sowie Änderungen der Kodierrichtlinien berücksichtigt.

Auf diese Weise entstand die G-DRG-Version 2007/2008. Diese zweite Übergangsversion wurde ebenfalls auf der Internetseite des InEK der Allgemeinheit zur Verfügung

gestellt und dient, analog der Vorgängerversion 2006/2008, 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 2006/2007 auf die G-DRG-Version 2007 vorgenommen wurden. Diese sind im Abschlussbericht des Jahres 2007 ausführlich dargestellt.

Im zweiten Schritt wurde, analog zu diesem Vorgehen, die G-DRG-Version 2007/2008 auf die G-DRG-Version 2008 übergeleitet. Erneut dienten die vom DIMDI zur Verfügung gestellten Überleitungstabellen als Basis.

Die ab 1. Januar 2008 gültige ICD-10-GM Version 2008 enthält insgesamt 13.251 terminale Codes und somit 29 Codes mehr als die ICD-10-GM Version 2007 (13.222). 99,4% dieser Codes (13.169) unterscheiden sich weder hinsichtlich des Codes noch hinsichtlich des zugehörigen Textes und sind somit identisch.

Der OPS Version 2008 enthält insgesamt 24.706 Codes (nur amtlicher OPS). Das sind 911 Codes mehr als im OPS Version 2007. Die Mehrzahl dieser Codes (88%, 21.916) zeigt ebenfalls keinen Unterschied in Bezug auf den Code bzw. die inhaltliche Leistungsbeschreibung.

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

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 2008 Gültigkeit erhalten, die Funktion zugewiesen, die der „Vorgängerkode“ in der Version 2007/2008 gehabt hat. Typischerweise kommt dies bei einer Ausdifferenzierung von Codes vor.

So wird beispielsweise allen im Jahr 2008 neu etablierten Codes aus N48.3- die Funktion des im Jahr 2007 gültigen Codes N48.3 zugewiesen.

Alter Code (ICD-10-GM Version 2007):

N48.3 Priapismus

Neue Codes (ICD-10-GM Version 2008):

N48.30 Priapismus vom Low-Flow-Typ

N48.31 Priapismus vom High-Flow-Typ

N48.38 Sonstiger Priapismus

N48.39 Priapismus, nicht näher bezeichnet

Alle neuen Codes wurden gemäß der Überleitungstabelle des DIMDI auf den alten Code N48.3 übergeleitet. Konkret bedeutet dies für das G-DRG-System 2008:

In jede Tabelle des G-DRG-Systems 2007/2008, in der der alte ICD-Kode N48.3 verzeichnet ist, wurden für das G-DRG-System 2008 jeweils alle vier neuen Codes an dessen Stelle eingetragen. In diesem Fall sind die folgenden Tabellen davon betroffen:

- Tabellen der gültigen Diagnose- und Hauptdiagnosecodes
- Hauptdiagnosentabelle der MDC 12 *Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane*
- Tabelle *Geschlechtskonflikt – Diagnose beim Mann*

Darüber hinaus werden neue Codes in Bezug auf die CCL-Matrix und die CC-Ausschlüsse wie der „Vorgängerkode“ 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 die neuen OPS-Kodes 5-550.21 *Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines: Ureterorenoskopisch* und 5-550.31 *Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines mit Desintegration (Lithotripsie): Ureterorenoskopisch* auf den OPS-Kode 5-559.xx *Andere Operationen an der Niere: Sonstige: Sonstige* übergeleitet.

Damit würden diese OPS-Kodes im G-DRG-System 2008 eine Gruppierungsrelevanz in zahlreichen operativen DRGs (L03Z, L04A, L04B, L04C, L13A, L13B, W04A, W04B, X06A, X06B, X06C) erhalten. Weiterhin würden diese Codes durch die Überleitung den OR-Prozeduren zugeordnet und als solche über die Funktionen *Bestimmte OR-Prozeduren* und *Vierzeitige bestimmte OR-Prozeduren* eine Gruppierungsrelevanz in weiteren 14 DRGs haben. Gegenüber den anderen neuen OPS-Kodes aus diesem Kapitel, beispielsweise dem Code 5-550.20 *Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines: Perkutan-transrenal*, der durch die klassifikatorische Überleitung auf den Code 5-550.2 *Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung und Pyeloplastik: Entfernung eines Steines* Gruppierungsrelevanz in der DRG L11Z *Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL)* und der Basis-DRG L18 *Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe ohne extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL)* erhält, hätte dies eine Aufwertung bedeutet.

Durch eine am Gruppierungsalgorithmus orientierte, vom DIMDI abweichende Überleitung beider Codes (5-550.21, 5-550.31) auf den Code 8-100.c *Fremdkörperentfernung durch Endoskopie: Durch Ureterorenoskopie* war es möglich, Fälle mit einem dieser Codes der DRG L40Z *Diagnostische Ureterorenoskopie* zuzuordnen.

### 3.3.5.3 **Behandlung nicht identischer Kodes ohne „Vorgängerkode“ (neue Kodes)**

Für neu in die ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen aufgenommene Kodes, für die keine Überleitungsempfehlung des DIMDI vorlag, bestanden drei Varianten für die Berücksichtigung im G-DRG-System 2008:

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

Diese Varianten werden im Folgenden anhand von Beispielen erläutert.

#### ***Die Kodes 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 der neu in den OPS Version 2008 aufgenommene Kode aus 1-715 *Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt*. Dieser Kode ist im G-DRG-System 2008 eine gültige Prozedur ohne Gruppierungsrelevanz.

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

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

In den Jahren 2007 oder 2008 neu etablierte OPS-Kodes sind in den regulären Kalkulationsdaten nicht vorhanden. Es konnte jedoch für bestimmte Kodes über eine zusätzliche Datenerhebung oder mittels Hilfskonstrukten in der Kalkulation dennoch eine Zuordnung zu einer DRG erfolgen.

Beispielhaft wurden für die im Jahr 2008 neu etablierten OPS-Kodes 8-97d.1 *Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage* und 8-97d.2 *Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson: Mindestens 21 Behandlungstage* im Vorgriff auf die Überleitung die nicht bewertete DRG (B49Z *Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson*) anhand eines Hilfskonstrukts, mit bereits im Datenjahr 2006 existenten Leistungsbezeichnern, etabliert (Näheres siehe im Kapitel 3.3.2.23).

Durch dieses Hilfskonstrukt war es möglich, Fälle, die diesen Leistungsbezeichner im Datenjahr 2006 erhalten hätten, im Rahmen der Kalkulation zu berücksichtigen und eine eigene DRG für diese Fälle zu etablieren. Dadurch werden Fälle des Jahres 2008, die mit einem dieser OPS-Kodes und einer Hauptdiagnose der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* kodiert werden, in der DRG B49Z abgebildet.

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

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

So wurde der ab dem Jahr 2008 gültige OPS-Kode 5-376.22 *Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär: Isolierter Pumpenwechsel, nicht offen chirurgisch* auf den bereits im Jahr 2007 gültigen OPS-Kode 5-376.20 *Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär: Implantation* übergeleitet. Einer klassifikatorischen Überleitung folgend hätte der Code 5-376.22 im G-DRG-System keine gruppierungsrelevante Funktion erhalten.

**Hinweise zu Leistungsplanung und Budgetverhandlung**

Anhand des beschriebenen Vorgehens konnte das Ziel erreicht werden, die größtmögliche inhaltliche Kongruenz zwischen der ersten Übergangsversion 2006/2008 und der G-DRG-Version 2008 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 8-97d *Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson* folgender Hinweis aufgeführt:

„Die Codes aus 8-97d *Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson* wurden neu in den OPS Version 2008 aufgenommen. Diese Codes sind in der G-DRG-Version 2008 in der DRG B49Z ab einer Behandlungsdauer von mindestens 14 Tagen gruppierungsrelevant. Der Grouperalgorithmus der G-DRG-Versionen 2006/2008 und 2007/2008 verwendet an dieser Stelle hilfswise Hauptdiagnosen aus den Codebereichen G20.- *Primäres Parkinson-Syndrom*, G21.- *Sekundäres Parkinson-Syndrom* und G23.- *Sonstige degenerative Krankheiten der Basalganglien* in Kombination mit Prozeduren aus 8-974 *Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung* und einer Mindestbehandlungsdauer von 14 Tagen und ermöglicht somit eine grobe Abschätzung der betroffenen Fälle. Es ist jedoch zu beachten, dass möglicherweise nicht alle Fälle, bei denen in 2006 oder 2007 die entsprechenden oben aufgeführten Diagnosen und Prozeduren verschlüsselt worden sind, in 2008 die Bedingungen zur Kodierung mit einem Code aus 8-97d erfüllen werden. Ebenso ist die Vollständigkeit der Erfassung der Diagnosen aus G20.-, G21.- und G23.- sowie der Prozeduren 8-974.1 und .2 in 2006 und 2007 ggf. zu prüfen.“

**3.3.5.4 Anpassungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen**

Vorschläge zur Weiterentwicklung der Klassifikationen ICD-10-GM Version 2008 und OPS Version 2008 konnten wie auch im vergangenen Jahr ausschließlich beim DIMDI eingereicht werden. Die im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2008 beim InEK eingegangenen Vorschläge zur Umformulierung bestehender Codes bzw. Etablierung neuer Codes wurden an die zuständigen Stellen beim DIMDI weitergeleitet.

Über die im Vorschlagsverfahren für das Jahr 2008 angeregten Änderungen hinaus wurde im Zuge der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems die Notwendigkeit für weitere neue Codes deutlich. Die Hinweise wurden vom InEK an das DIMDI entsprechend

weitergeleitet und konnten kurzfristig noch Eingang in den OPS Version 2008 bzw. in die ICD-10-GM Version 2008 finden. Beispielhaft genannt werden kann hier der in die ICD-10-GM Version 2008 neu aufgenommene Kode E83.50 *Kalziphylaxie*.

Darüber hinaus wurden zahlreiche neue Kodes zur Abbildung von „Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (NUB) gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG in den OPS Version 2008 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. Zu nennen sind hier beispielsweise die neuen Kodes aus dem Bereich 5-838.d *Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation von vertikalen expandierbaren prothetischen Titanrippen [VEPTR]*.

Aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren wurde die Abbildung von Fällen mit hochspezifischer Behandlung bei Morbus Parkinson untersucht. Detektiert wurden diese Fälle anhand von Diagnosen für Morbus Parkinson und hilfsweise durch Prozeduren aus dem Codebereich 8-974 *Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung*. Die Eingruppierung erfolgt ab 2008 in die neue DRG B49Z *Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson*. Gruppierungsmerkmal sind dabei die vom DIMDI in Zusammenarbeit mit den betroffenen Fachgesellschaften etablierten OPS-Kodes aus dem Bereich 8-97d *Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson* ab einer Mindestbehandlungsdauer von 14 Tagen.

Weiterhin zu nennen sind zahlreiche neue OPS-Kodes zur Abbildung von Medikamenten und Dosisklassen, die ab 2008 im Kapitel 6 statt 8 des OPS zu finden sind, wie z.B. Kodes aus 6-003.0 *Posaconazol, oral* zur Definition der Dosisklassen bei dem neuen Zusatzentgelt ZE81 *Gabe von Posaconazol, oral*. Darüber hinaus wurden weitere Kodes für aufwendige Verfahren wie z.B. die Kodes für *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter* (OPS 8-98c) oder die nach Anzahl differenzierten Kodes für die *Perkutan-transluminale Stentimplantation* (OPS Codebereich 8-84) aufgenommen, um zukünftig die Analyse teurer Fälle zu ermöglichen.

Auch in der ICD-10-GM 2008 wurden zahlreiche bestehende Diagnosekodes differenziert bzw. neue Kodes aufgenommen, um unterschiedliche Behandlungsabläufe und -aufwände abbilden zu können. Dies betrifft z.B. die nach unterschiedlichen Formen bzw. Schweregraden unterteilten Codebereiche D76.0- *Langerhans-Zell-Histiozytose, anderenorts nicht klassifiziert*, E66.- *Adipositas* und E83.5- *Störungen des Kalziumstoffwechsels*.

### 3.3.6 Anpassungen der Deutschen Kodierrichtlinien

Nachdem in der Vergangenheit bereits 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 stattgefunden hat, lag der Fokus der diesjährigen Revision der DKR für 2008 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 2008.

Im Folgenden einige Beispiele für prägnante Änderungen/Klarstellungen:

- Kapitel 2: Komplette Streichung der Kodierrichtlinien 0211 und 0213 durch Streichung von redundanten Abschnitten und Überführung der übrigen Inhalte in DKR 0201
- DKR 0712: Streichung dieser Kodierrichtlinie
- DKR 1806: Klarstellung hinsichtlich der Kodierung der zugrunde liegenden Erkrankung bei chronischem/therapieresistentem und Tumorschmerz als Nebendiagnose

Detaillierte Informationen zu den in der DKR Version 2008 stattgehabten Änderungen finden sich in Anhang B der Deutschen Kodierrichtlinien.

Darüber hinaus ergab sich aus einer Änderung des OPS weiterer Änderungsbedarf in den Deutschen Kodierrichtlinien. In den OPS Version 2008 wurde der Code 8-711.01 *Maschinelle Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen: Atemunterstützung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (CPAP): Bei Säuglingen (29. bis 365. Lebensstag)* neu aufgenommen, der in DKR 1001 ergänzt wurde. Damit wird die Verschlüsselung dieses Verfahrens – das bisher nicht kodiert werden konnte – analog der Kodierung eines CPAP bei Neugeborenen (OPS 2008: 8-711.00) geregelt und eine Untersuchung der Abbildung von Fällen mit dieser Leistung dadurch zukünftig möglich sein.

### 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 2008 umfasst insgesamt 1.137 DRGs. Einen Überblick über die Veränderungen im Vergleich zum G-DRG-System 2007 bietet die folgende Tabelle 22:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
G-DRG-System 2008	1.137	+ 55
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.089	+ 54
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	43	+ 1
davon rein teilstationäre DRGs	5	0
davon explizite Ein-Belegungstag-DRGs	19	+ 1
davon implizite Ein-Belegungstag-DRGs	249	+ 5

Tabelle 22: Überblick über das G-DRG-System 2008

Im Zusatzentgelte-Katalog (Anlage 2 FPV 2008) befinden sich 64 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 49). Die Anzahl der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 FPV 2007) liegt bei 51 (Vorjahr: 46). 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 2008 erhöht sich die Anzahl der als „nicht pauschalierbar“ dargestellten DRGs gegenüber dem G-DRG-System 2007 um eins auf insgesamt 43 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 2008 dazu, dass sich die 43 in Anlage 3a der FPV 2008 aufgeführten Fallpauschalen aufgrund der Verletzung eines oder mehrerer Kriterien als „nicht pauschalierbar“ darstellten.

### 3.4.1.3 Zusatzentgelte

Bei der diesjährigen Weiterentwicklung wurden mehr als 250 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. 90 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 23 zeigt die Zahl der Zusatzentgelte des G-DRG-Systems 2008 im Vergleich zum G-DRG-System 2007:

	G-DRG-System 2007	G-DRG-System 2008
<b>Mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte</b>		
Operative und interventionelle Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	15	19
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	43	44
Besondere Behandlungsformen	1	1
<b>Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG</b>		
Operative und interventionelle Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	32	33
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	11	15
Besondere Behandlungsformen	3	3
<b>Gesamt</b>	<b>105</b>	<b>115</b>

Tabelle 23: Vergleich der Anzahl der Zusatzentgelte im G-DRG-System 2007 und 2008

Die besonderen Behandlungsformen sind die *palliativmedizinische Komplexbehandlung* (ZE60), die *anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung* (ZE2008-26), die *Versorgung von Schwerstbehinderten* (ZE2008-36) sowie die *naturheilkundliche Komplexbehandlung* (ZE2008-40).

Gegenüber dem Vorjahr erhöhte sich die Zahl der mit einem Vergütungsbetrag bewerteten Zusatzentgelte in Anlage 2 der FPV 2008 um 5 auf insgesamt 64.

Zwei zuvor als NUB definierte Leistungen konnten auf Basis der verfügbaren Daten neu als Zusatzentgelt definiert und bewertet werden (ZE81 *Gabe von Posaconazol* und ZE90 *Adjustierbare Kontinenztherapie*). Eine verbesserte Datengrundlage ermöglichte auch für ZE01.02 *Hämodialyse, Alter < 15 Jahre* die Wiederaufnahme in Anlage 2 des Fallpauschalen-Katalogs (Vorjahr: Anlage 4). Die eingehende Prüfung und Analyse der Falldaten im Zusammenhang mit der Implantation von Neurostimulatoren deutete zunächst auf nicht durchgängig konsistente Kostenzuordnungen bzw. OPS-Kodierungen hin. Nachprüfungen und ergänzende Informationen der Kalkulationskrankenhäuser verbesserten die Datenbasis so weit, dass eine differenzierte Abbildung dieser Leistungen durch Teilung der beiden im Vorjahr bestehenden Zusatzentgelte ZE07 (Aggregate mit Einkanalsystem) und ZE59 (Aggregate mit Mehrkanalsystem) möglich wurde: Einkanalsysteme werden nun über ZE86 zur Hirnstimulation und ZE87 zur Stimulation am Rückenmark bzw. des peripheren Nervensystems abgebildet; für Mehrkanalsysteme (nicht wiederaufladbar) sind ZE88 zur Rückenmarkstimulation und ZE89 zur Stimulation des peripheren Nervensystems definiert. Implantationen von wiederaufladbaren Mehrkanalsystemen wurden als eigenständiges Zusatzentgelt definiert und aufgrund einer für die Bewertung nicht ausreichenden Datenbasis in Anlage 4 aufgenommen. Die Veränderungen bei den Zusatzentgelten für Neurostimulatoren gegenüber dem Vorjahr stellt Abbildung 11 im Überblick dar.

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 wiederum eine uneinheitliche Preistendenz festzustellen. Eine deutliche Preissteigerung führte bei ZE85 *Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral* zur Absenkung der Einstiegsschwelle. Ein Preisverfall war wiederum für das ZE63 *Gabe von Paclitaxel, parenteral* zu verzeichnen. Aus Gründen der Wettbewerbs- bzw. Anreizproblematik in Verbindung mit dem ZE80 *Gabe von Docetaxel, parenteral* wurde auf eine Streichung von Dosisklassen bei ZE63 verzichtet. Für das ZE83 *Gabe von Thrombozytenkonzentraten* und das ZE84 *Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten* wurden spezifisch für die Behandlung von Kindern anwendbare Mengenklassen definiert.

In die Liste der krankenhausespezifisch zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG wurden für das Jahr 2008 sechs neue Entgelte für Behandlungsverfahren bzw. Medikamentengaben aufgenommen, die als NUB-Leistungen 2007 mit „Status 1“ versehen waren (ZE2008-61 – ZE2008-66). Diese Leistungen erfüllen zwar die Kriterien für eine Zusatzentgeltdefinition, konnten jedoch wie alle in Anlage 4 zusammengefassten Leistungen auf der vorhandenen Datenbasis nicht mit einem Vergütungsbetrag bewertet werden.

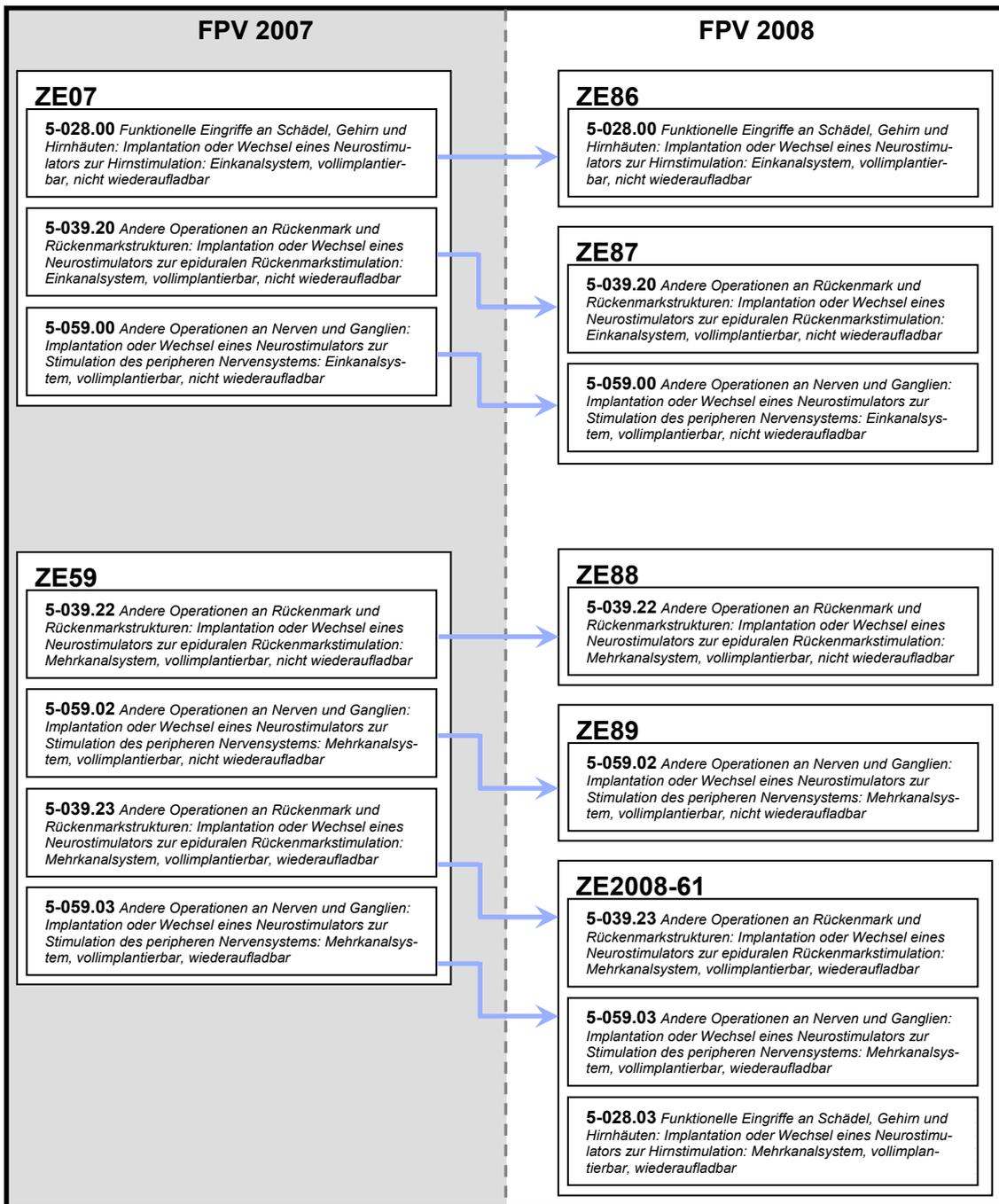


Abbildung 11: Vergleich der Zusatzentgelte für Neurostimulatoren im G-DRG-System 2007 und 2008

### 3.4.2 Zunahme des Pauschalierungsgrades

Die Gesamtzahl der DRGs ist in den letzten drei Jahren (G-DRG-Systeme 2006, 2007 und 2008) von 954 über 1.082 auf 1.137 angestiegen. Parallel dazu verläuft der Anstieg der Anzahl bewerteter DRGs von 912 über 1.035 auf 1.089.

Angesichts dieser Entwicklung wurde auf Basis der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG untersucht, ob

- die steigende Komplexität des Systems alle Krankenhäuser betrifft,
- zur leistungsgerechten Abbildung der überwiegenden Mehrzahl aller Fälle eine stetige Zunahme der Zahl der DRGs erforderlich ist.

#### Analyse der Anzahl getroffener DRGs in den Krankenhäusern

Eine Analyse der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG des Datenjahres 2006 zeigt, dass rund 1.200 der etwa 1.700 untersuchten Krankenhäuser in Deutschland während eines gesamten Jahres weniger als 500 verschiedene DRG-Fallpauschalen abrechnen. Bei rund 520 Krankenhäusern sind es sogar weniger als 250.

Diese Zahlen verändern sich bei Anwendung der DRG-Systeme 2006 bis 2008 (jeweils auf die Daten des Jahres 2006 bezogen) praktisch nicht.

Unter Ausblendung derjenigen DRGs, die pro Krankenhaus nur genau ein Mal getroffen werden, zeigt sich ein noch deutlicheres Bild: Weniger als 300 Krankenhäuser in Deutschland weisen dann mehr als 500 DRGs auf, während der überwiegende Teil der Krankenhäuser nur bis zu 250 bzw. bis zu 400 verschiedene DRG-Fallpauschalen abrechnet (vgl. Abb. 12).

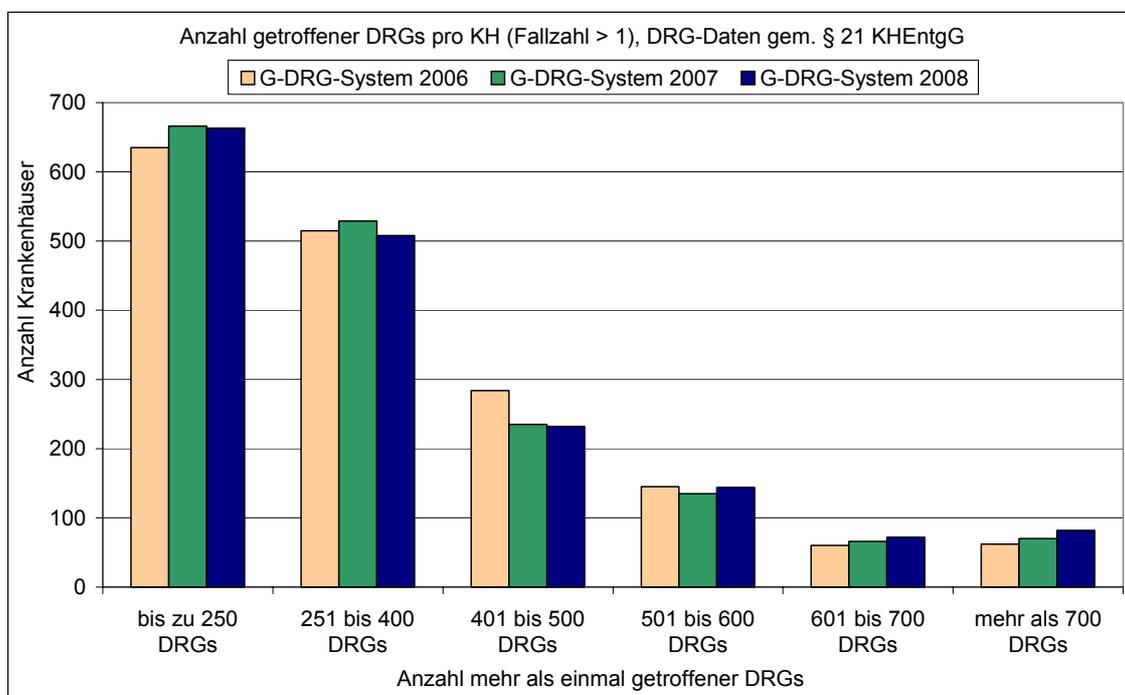


Abbildung 12: Anzahl getroffener DRGs pro KH (Fallzahl > 1) für die drei G-DRG-Systeme 2006, 2007 und 2008, Basis: DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG des Datenjahres 2006

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

Bei einer Darstellung der in den häufigsten DRGs abgebildeten Fälle und ihres Anteils an allen Fällen in einer Sättigungskurve (vgl. Abb. 13) zeigt sich, dass der Grad der Pauschalierung im G-DRG-System von 2006 bis 2008 sogar gestiegen ist: Werden gemäß G-DRG-System 2006 (bei noch deutlich unter 1.000 DRGs) nur 56,7% aller Fälle in den 100 fallzahlstärksten DRGs abgebildet, so sind dies gemäß G-DRG-System 2007 bereits 58,1% und gemäß G-DRG-System 2008 sogar 59,0%.

Bei den fallzahlstärksten 25, 50, 100 oder 150 DRGs zeigt sich ein ähnliches Bild.

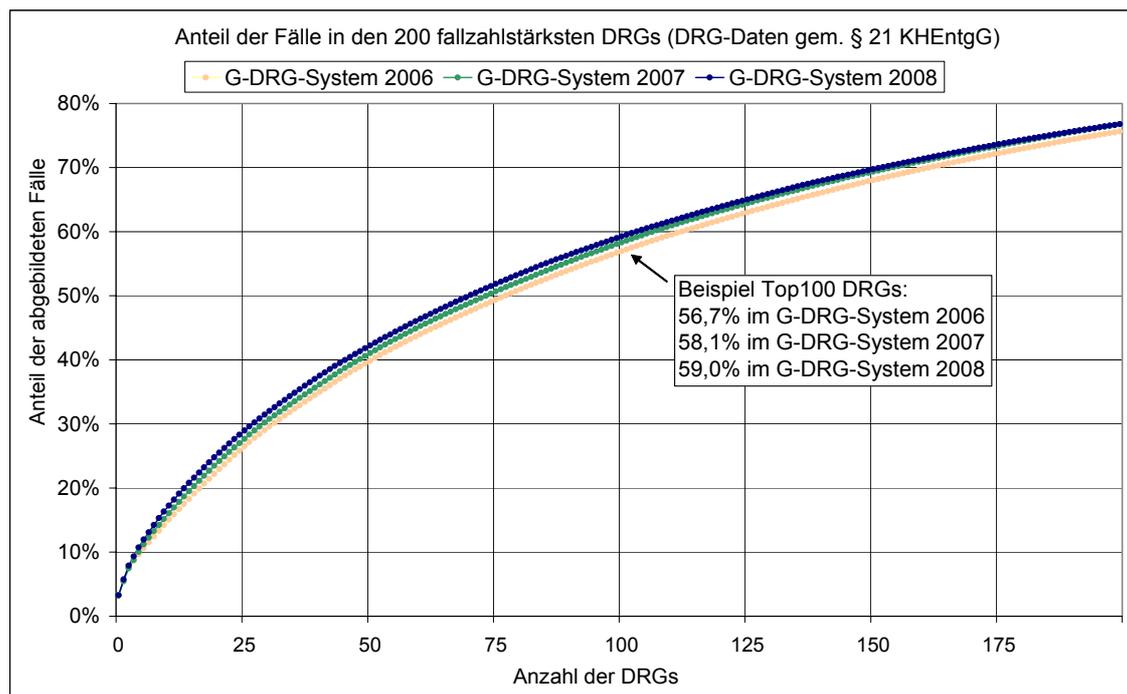


Abbildung 13: Anteil der Fälle in den 200 fallzahlstärksten DRGs, G-DRG-Systeme 2006, 2007 und 2008, Basis: DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG des Datenjahres 2006

Die gestiegene Zahl der DRG-Fallpauschalen kommt somit einer vergleichsweise kleinen Zahl von Fällen zugute. Für die Entwicklung von 2006 bis 2008 sind hier insbesondere neue DRGs zur Abbildung extrem teurer Fälle sowie der Behandlung von Kindern relevant.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das G-DRG-System 2008 trotz weiterer Zunahme der Zahl der DRGs stärker pauschalierend ist als die vorherigen Systeme.

### 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 2007 als auch nach dem G-DRG-System 2008 gruppiert.

Analysiert wurden die in beiden Fallpauschalen-Katalogen 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 1.016 DRGs im G-DRG-System 2007 bzw. 1.069 DRGs im G-DRG-System 2008 für die Analyse verwendet.

### **Analyse der Varianzreduktion**

Zur Bewertung des G-DRG-Systems 2008 im Vergleich zum G-DRG-System 2007 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 2006 – für alle Fälle und für Inlier – berechnet und einander gegenübergestellt. Es ergaben sich die folgenden Maße (siehe Tab. 24):

	<b>G-DRG-System 2007</b>	<b>G-DRG-System 2008</b>	<b>Verbesserung (in %)</b>
R <sup>2</sup> -Wert auf Basis aller Fälle	0,7158	0,7209	0,7
R <sup>2</sup> -Wert auf Basis der Inlier	0,8114	0,8166	0,6

*Tabelle 24: Vergleich der Varianzreduktion  $R^2$  im G-DRG-System 2007 und G-DRG-System 2008 (Datenbasis: Daten des Jahres 2006)*

Bezogen auf alle Fälle konnte die Varianzreduktion um 0,7% verbessert werden. Für Inlier wurde ein  $R^2$ -Wert von 0,8166 erreicht. Somit konnte der  $R^2$ -Wert als Maß für die Varianzreduktion auf Basis der Inlier im G-DRG-System 2008 um 0,6% im Vergleich zur Version 2007 gesteigert werden.

Tendenziell bewirkt eine höhere Anzahl von Klassen eine Zunahme des  $R^2$ -Wertes. Durch die Steigerung von 1.082 auf 1.137 DRGs (bzw. von 1.016 auf 1.069 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  $1.069 - 1.016 = 53$  DRGs eine (theoretische)  $R^2$ -Steigerung von 0,000022 bei nicht zielgerichteter, d.h. zufälliger Klassifikationsentwicklung. Der tatsächliche Anstieg des  $R^2$ -Wertes bei zielgerichteter Klassifikationsentwicklung (inklusive der Zunahme der DRG-Klassenzahl) beträgt 0,0051. Damit unterscheidet sich die Verbesserung der Varianzreduktion durch eine zielgerichtete Weiterentwicklung des G-DRG-Systems um den Faktor 232 vom Effekt

der reinen Zunahme der DRG-Klassenzahl. Auf Basis der Inlier beträgt dieser Faktor 179.

Neben der Betrachtung des gesamten G-DRG-Systems kann die Varianzreduktion auch für jede einzelne MDC berechnet werden. In der folgenden Abbildung 14 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 2008 (linke Skala). Der Index gibt das Verhältnis zwischen der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das G-DRG-System 2008 zur Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das G-DRG-System 2007 wieder. Eine Referenzlinie für den Indexwert 100 erleichtert den Vergleich (rechte Skala).

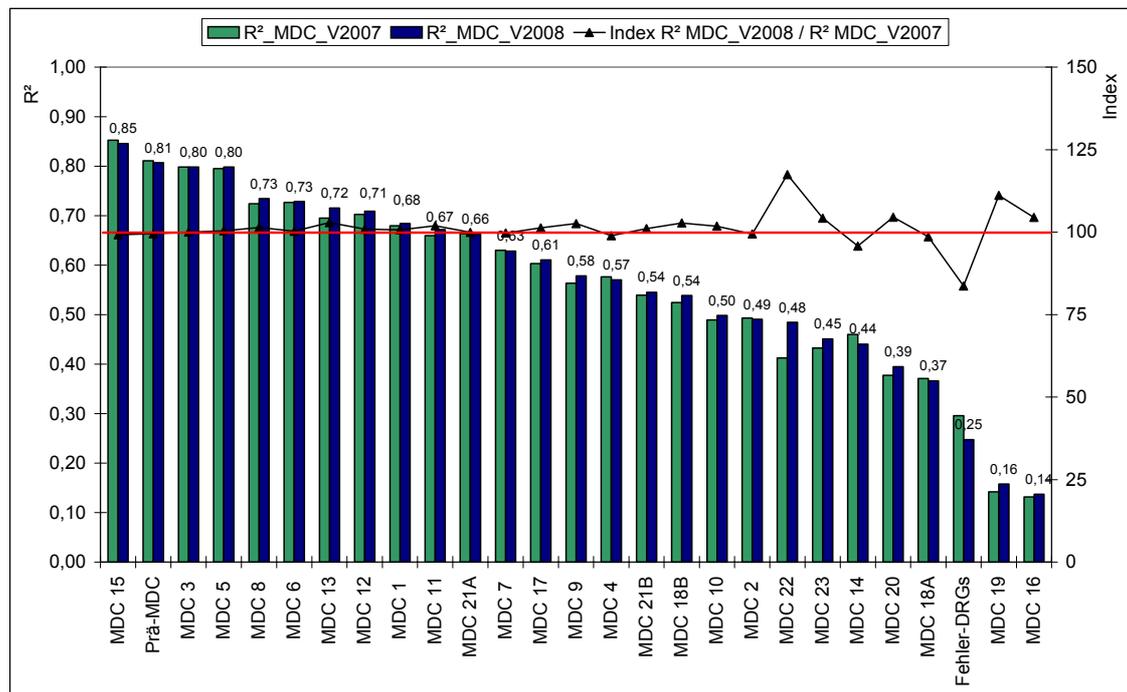


Abbildung 14:  $R^2$ -Wert je MDC für G-DRG-Systeme 2007 und 2008, Basis: Inlier (Sortierung nach  $R^2$ -Wert für G-DRG-System 2008), Daten des Jahres 2006

Die Darstellung zeigt, dass es Unterschiede in der Varianzreduktion zwischen den MDCs gibt. Allerdings sind die Veränderungen in beide Richtungen relativ gering. Bis auf neun MDCs ist eine positive Veränderung im G-DRG-System 2008 gegenüber der Version 2007 zu verzeichnen (Index >100).

In den folgenden MDCs

- MDC 22 *Verbrennungen* (Index 117,4),
- MDC 19 *Psychische Krankheiten und Störungen* (Index 111,1),
- MDC 20 *Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen* (Index 104,5) und
- MDC 16 *Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems* (Index 104,5)

konnten die deutlichsten prozentualen Steigerungen des  $R^2$ -wertes erreicht werden.

Die Varianzreduktion in den MDCs, die in beiden Versionen des G-DRG-Systems knapp die Hälfte der analysierten Fälle stellen (49,6%), steigt geringfügig an:

- MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*: von 0,6795 auf 0,6840 (Index 100,7)
- MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*: von 0,7950 auf 0,7979 (Index 100,4)
- MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*: von 0,7265 auf 0,7283 (Index 100,3)
- MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*: von 0,7241 auf 0,7343 (Index 101,4)

### **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 2006) für die analysierten DRGs – folgende Situation (siehe Tab. 25):

Homogenitätskoeffizient Kosten	G-DRG-System 2007		G-DRG-System 2008		Veränderung des Anteils
	Anzahl	Anteil (in %)	Anzahl	Anteil (in %)	
<i>Bereich</i>					<i>Veränderung (in %)</i>
unter 60%	44	4,3	45	4,2	- 2,8
60 bis unter 65%	117	11,5	125	11,7	+ 1,5
65 bis unter 70%	390	38,4	409	38,3	- 0,3
70 bis unter 75%	278	27,4	290	27,1	- 0,9
75% und mehr	187	18,4	200	18,7	+1,6
Gesamt	1.016		1.069		

*Tabelle 25: Vergleich Homogenitätskoeffizient Kosten für G-DRG-Systeme 2007 und 2008, Basis: Inlier, Daten des Jahres 2006*

Die Klasse mit der höchsten Homogenität hat mit +1,6% den relativ stärksten Anstieg.

Betrachtet man den Fallanteil der Inlier in DRGs kumulierter Homogenitätskoeffizientenklassen (siehe Abb. 15), so zeigt sich in dieser Perspektive sogar deutlicher die Verschiebung zugunsten der homogensten Klasse.

In Abbildung 15 ist neben den kumulierten Homogenitätsklassen (linke Skala) als Index das Verhältnis zwischen den Inlier-Anteilen in den jeweiligen Homogenitätsklassen für das G-DRG-System 2008 und für das G-DRG-System 2007 angegeben (rechte Skala). Eine Referenzlinie für den Indexwert 100 erleichtert den Vergleich.

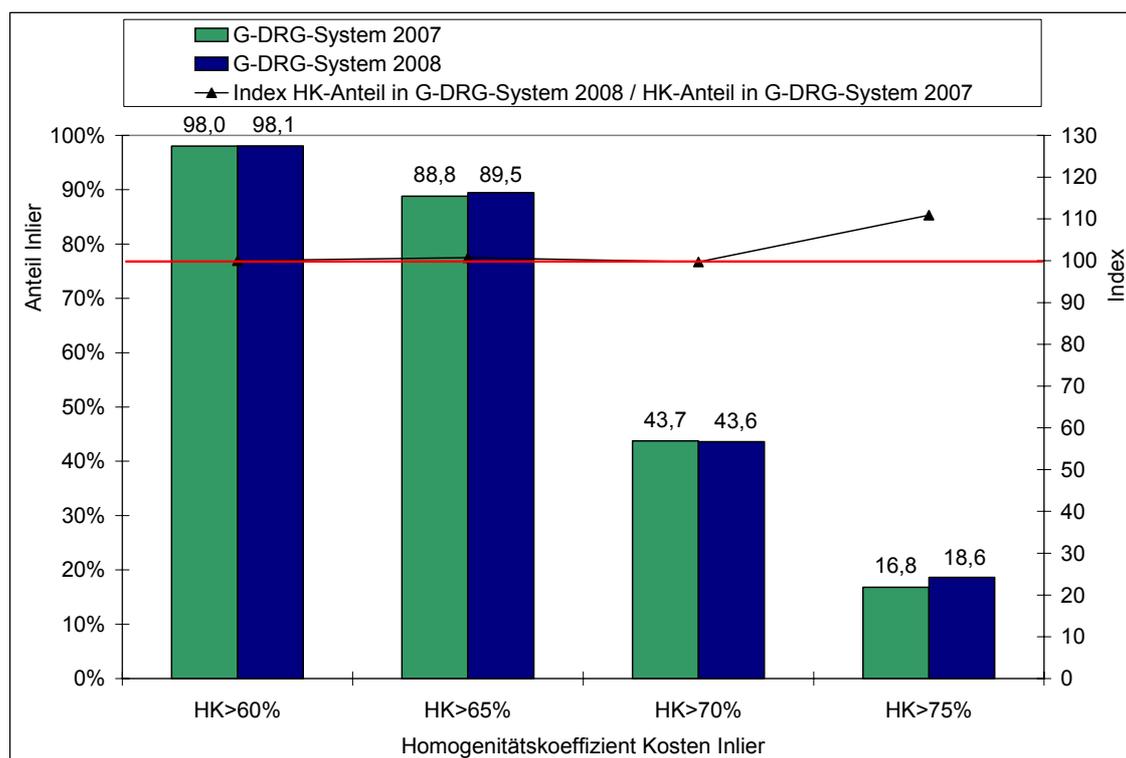


Abbildung 15: Vergleich der Fallkosten-Homogenitätsklassen für G-DRG-Systeme 2007 und 2008 bezüglich Fallanteil, Basis: Inlier, Daten des Jahres 2006

Ein Index von 111 in der höchsten Homogenitätskoeffizientenklasse zeigt deutlich die 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 26 zeigt den Anteil der DRGs in den verschiedenen Klassen für die G-DRG-Systeme 2007 und 2008.

Im G-DRG-System 2008 haben in knapp vier Fünftel der DRGs mindestens 95% der Fälle Fallkosten, die innerhalb des berechneten 95%-Konfidenzintervalls liegen. Das ist eine relative Steigerung um 15% gegenüber dem G-DRG-System 2007.

Fallanteil im 95%-KI mittl. Fallkosten Inlier	G-DRG-System 2007		G-DRG-System 2008		Verände- rung des Anteils
	Anzahl	Anteil (in %)	Anzahl	Anteil (in %)	
<i>Bereich</i>					<i>Veränderung (in %)</i>
unter 90%	7	0,7	1	0,1	- 86,4
90 bis unter 95%	305	30,0	216	20,2	- 32,7
95% und mehr	704	69,3	852	79,7	+ 15,0
Gesamt	1.016		1.069		

Tabelle 26: Anteil DRGs, deren Fallkosten innerhalb der Grenzen des 95%-Konfidenzintervalls um den Fallkosten-Mittelwert der DRG-Inlier liegen, Basis: G-DRG-Systeme 2007 und 2008, Daten des Jahres 2006

Betrachtet man den Fallanteil der Inlier in DRGs der gewählten Klassen (siehe Abb. 16), so wird dieser relative Anstieg in dieser Perspektive noch evidenter.

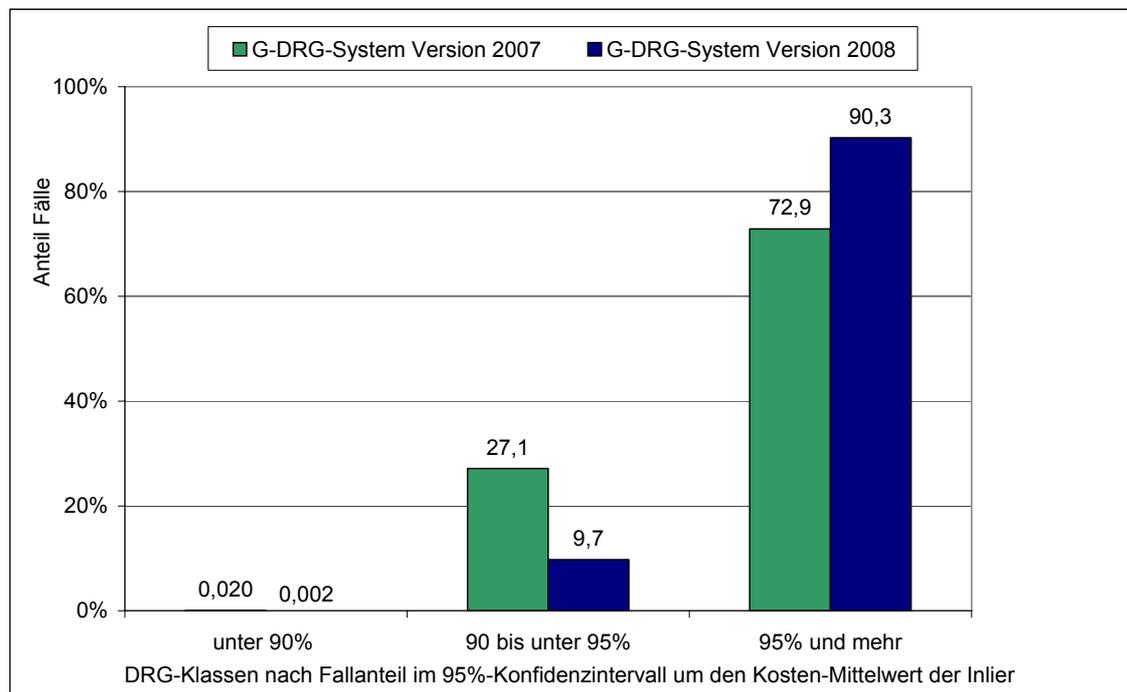


Abbildung 16: Kumulierte Anteile der DRGs, deren Fallkosten innerhalb der Grenzen des 95%-Konfidenzintervalls um den Fallkosten-Mittelwert der DRG-Inlier liegen, Basis: G-DRG-Systeme 2007 und 2008, Daten des Jahres 2006

Diese Resultate unterstreichen insgesamt die Kostenhomogenität des G-DRG-Systems 2008.

### 3.4.4 Analyse der Verweildauer

#### 3.4.4.1 Verweildauervergleich der Datenjahre 2004, 2005 und 2006

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, 2005 und 2006 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 rund 15 Mio. Fälle zugrunde.

Im Durchschnitt ergab sich in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG ein Verweildauer-rückgang von 2,8% vom Datenjahr 2004 zum Datenjahr 2005 sowie ein weiterer Rückgang von 1,7% vom Datenjahr 2005 zum Datenjahr 2006 (siehe Tab. 27).

DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG	Verweildauer-Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)
Datenjahr 2004	7,94		
Datenjahr 2005	7,71	- 0,22	- 2,8
Datenjahr 2006	7,58	- 0,13	- 1,7

Tabelle 27: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahre 2004 bis 2006, gruppiert nach G-DRG-Version 2006

Der Verweildauerrückgang im Vergleich der Datenjahre 2005 mit 2006 in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG verteilt sich insgesamt ungleichmäßig auf die einzelnen DRGs. Der Großteil der DRGs (mit 93% aller Fälle) wies einen Rückgang von 0,1 bis unter 1,0 Tagen auf.

Für 275 DRGs, die zusammen ca. 7% der analysierten Fälle repräsentieren, ließ sich ein Anstieg in der mittleren Verweildauer feststellen, darunter 24 DRGs mit einem Anstieg größer als der durchschnittliche Gesamtanstieg von 0,13 Tagen.

Betrachtet man nur die Datenjahre 2005 und 2006, so ergibt sich bei den 20 häufigsten DRGs, die 23,8% der Fälle in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG des Jahres 2006 repräsentieren, ein Rückgang des Verweildauer-Mittelwertes von 0,28 Tagen bzw. 5,1%.

#### 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 Datensamtheiten wurden die durch die Grenzverweildauern des Fallpauschalen-Katalogs für 2008 definierten Inlier in Hauptabteilungen betrachtet. Dabei wurden aufnahme- und/oder entlassverlegte Fälle entsprechend der DRG-Zuordnung (siehe Kap. 3.3.1.6) berücksichtigt.

Für die Daten der Kalkulationskrankenhäuser wurde durch die differenzierten Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen (siehe Kap. 3.3.1.2) und dazugehörige Einzelnach-

fragen ein hoher Detaillierungsgrad der Plausibilisierung erreicht. Für die rund 18,3 Mio. DRG-Datensätze gem. § 21 KHEntgG wurden Fallzusammenführungen und medizinische Plausibilitätsprüfungen durchgeführt (vgl. dazu auch Kap. 2.1 und 2.2).

Unter der Zielvorgabe einer möglichst großen Kostenhomogenität der G-DRG-Klassifikation müsste die Überprüfung der Repräsentativität in beiden Datengesamtheiten mit Hilfe von Kostendaten durchgeführt werden. Wegen fehlender Kostenangaben in den 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:

- 19 Ein-Belegungstag-DRGs (Begründung: siehe Einleitung zu Kap. 3.4.3)
- 79 DRGs mit weniger als 30 Fällen (Begründung: siehe unten im Abschnitt zur Prüfung auf Repräsentativität), darunter 15 DRGs aus der *Prä-MDC* und neun DRGs aus der MDC 15 *Neugeborene*.
- Fünf rein teilstationäre DRGs

Diese Einschränkungen schlossen insgesamt 102 DRGs aus der Analyse aus (Doppelnennungen bei den oben angegebenen Punkten möglich). Der Analyse lagen somit 1.035 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 34 DRGs in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG und 170 DRGs der Daten der Kalkulationskrankenhäuser die Nullhypothese einer Normalverteilung beibehalten werden; das entspricht 3% bzw. 16% (bezogen auf 1.035 DRGs). Für den Test auf Lognormalverteilung lagen die Quoten bei 4% bzw. 24%.

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. nicht parametrisch – mit dem Mann-Whitney-Test durchgeführt.

Im Ergebnis fanden sich repräsentative Verweildauerverteilungen bei 624 DRGs (60% bezogen auf 1.035 DRGs). Die folgende Abbildung 17 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.

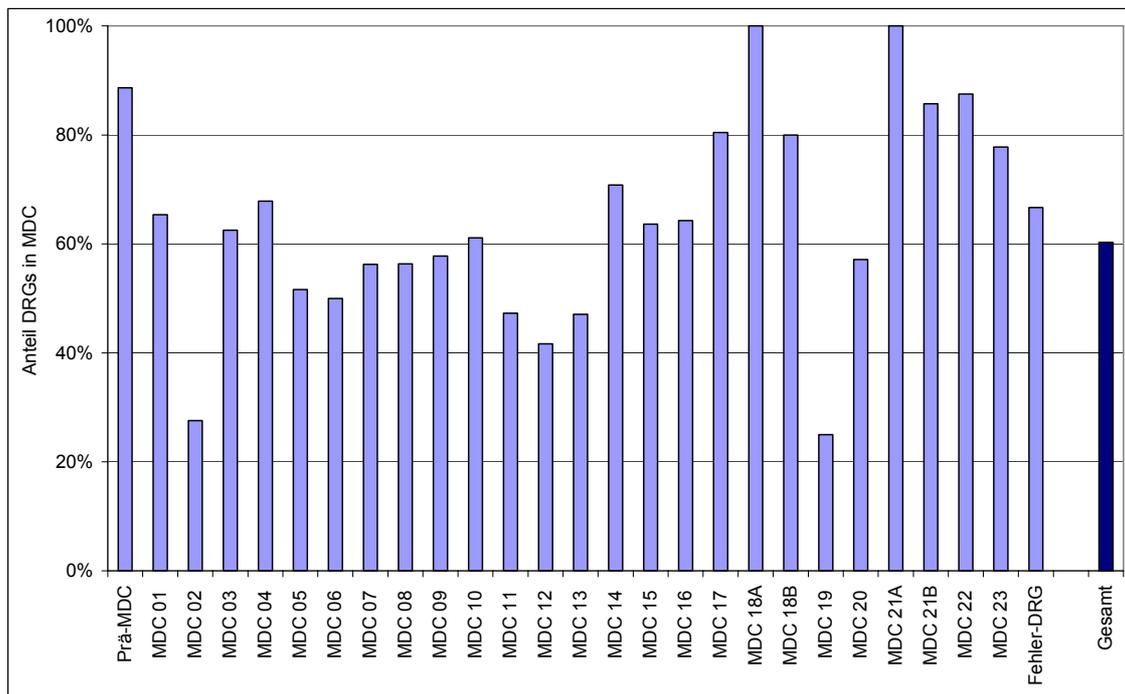


Abbildung 17: Anteil der bezüglich des Mann-Whitney-Tests nicht signifikanten DRGs je MDC hinsichtlich Verweildauerverteilung, Inlier, Daten des Jahres 2006

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 sogenannte 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 776 der 1.035 analysierten DRGs (75%) ist diese geringer als  $\pm 0,5$  Tage, 1.000 DRGs (97%) unterscheiden sich um höchstens  $\pm 1$  Tag und für 1.023 DRGs (99%) beträgt diese gerundet höchstens  $\pm 2$  Tage.

Die folgende Abbildung 18 verdeutlicht, dass für rund zwei Drittel (67%) der mit dem Mann-Whitney-Test als signifikant unterschiedlich eingestuft DRGs der Unterschied zwischen den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG gerundet 0 Tage beträgt.

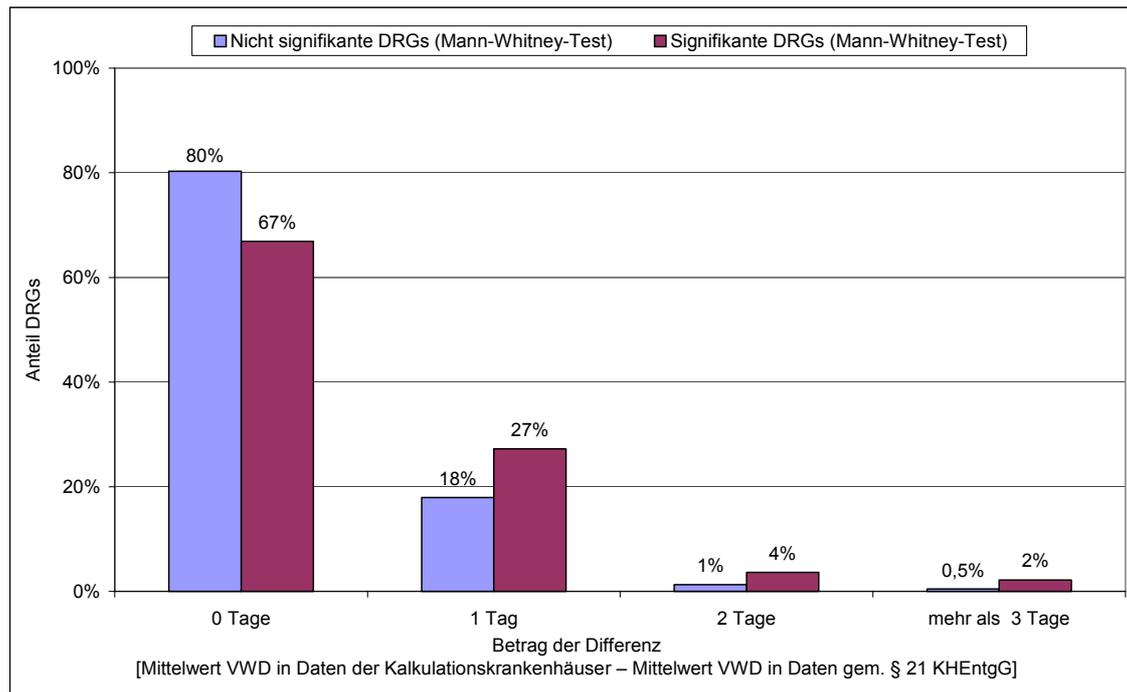


Abbildung 18: Häufigkeitsverteilung der gerundeten absoluten Differenzen der Verweildauer-Mittelwerte (Daten der Kalkulationskrankenhäuser – DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG) für nicht signifikante und signifikante DRGs (bezüglich Mann-Whitney-Test), Inlier, Daten des Jahres 2006

Trotz einer Repräsentativitätsquote von 60% (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 94% (67% + 27%) 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 20 analysierten DRGs der MDC 18B *Infektiöse und parasitäre Erkrankungen* wird im Folgenden der Zusammenhang des Resultats der Repräsentativitätsprüfung mit den tatsächlichen Differenzen der Verweildauer-Mittelwerte exemplarisch erläutert.

In Abbildung 19 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.

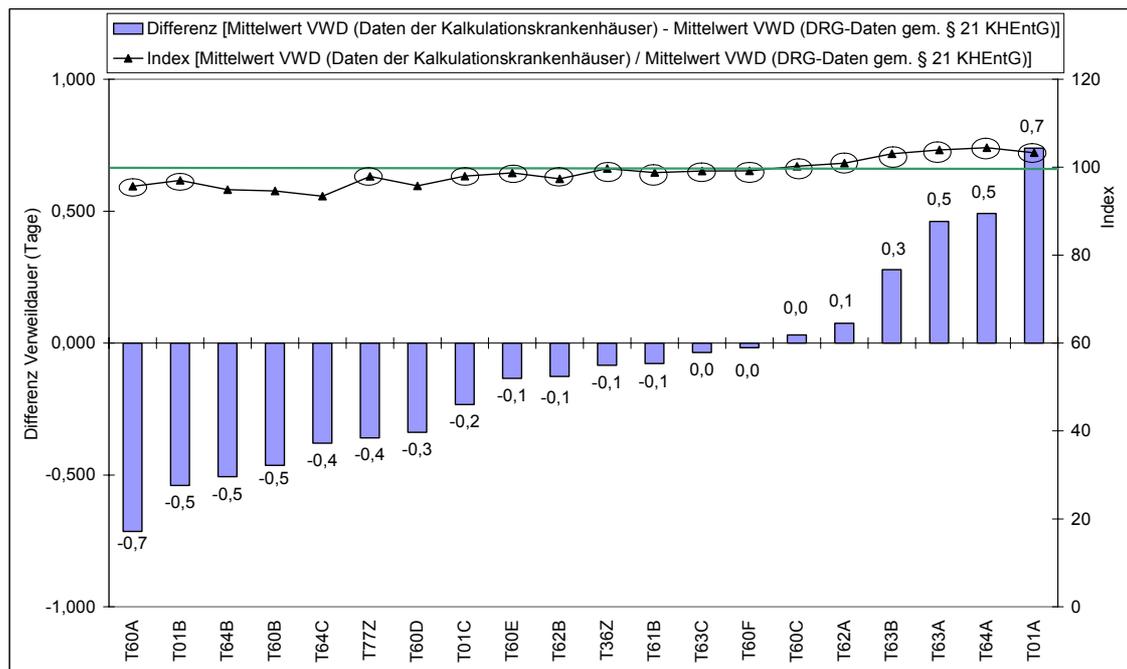


Abbildung 19: Differenzen der Verweildauer-Mittelwerte für DRGs der MDC 18B, sortiert nach Differenz, Inlier, Daten des Jahres 2006

Die Differenzen schwanken insgesamt zwischen -0,7 und +0,7 Tagen. Gerundet ergibt sich für vier DRGs eine Differenz von +/-1 Tag, für die übrigen 16 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 20 dargestellte empirische Häufigkeitsverteilung der Homogenitätsklassen. Die Häufigkeitsverteilungen der Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG haben nahezu identische Verteilungen in den Homogenitätsklassen bis 65% und ab 75%. Die beiden mittleren Klassen zeigen lediglich einen leichten symmetrischen Effekt.

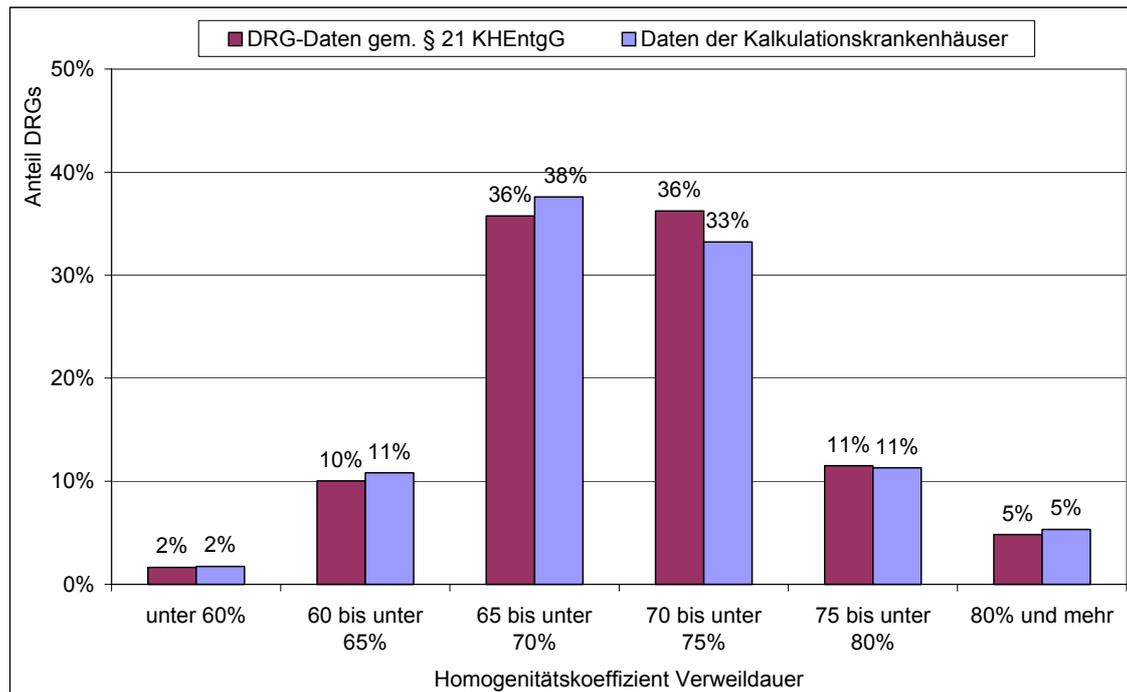


Abbildung 20: Häufigkeitsverteilung der Verweildauer-Homogenitätskoeffizientenklassen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG, Inlier, Daten des Jahres 2006

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

Für 1.015 von 1.035 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 933 DRGs (90% von 1.035 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 1.035 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 sogenannte „Pseudo-Homogenität“ in den der Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation zugrunde liegenden Daten erzeugt haben und
  - b) die für die Bewertung der Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation zugrunde gelegten Streuungsmaße 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 2008 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.

### ***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 noch einige Leistungsreserven für zukünftige Verbesserungen der Datenqualität auf. Die bevorstehenden Änderungen in der Kalkulationsmethodik und das Verbesserungspotential in der Datenqualität aufgreifend werden die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen in den kommenden Kalkulationsrunden kontinuierlich weiterentwickelt. Im Bereich der Personalkostenverrechnung werden detaillierte Abfragen zu den Kalkulationsgrundlagen der Verrechnung der Personalkosten für den ärztlichen Dienst und den Pflegedienst durchgeführt und inhaltlichen Konformitätsprüfungen zugeführt. 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 Herausgabe der aktualisierten Fassung des Kalkulationshandbuchs im Sommer 2007 stellte einen weiteren Meilenstein in der Weiterentwicklung der Kalkulationsmethodik dar. Der Aufbau des neuen Kalkulationshandbuchs ermöglicht eine kontinuierliche, mit den Erfahrungen der Kalkulationsteilnehmer Schritt haltende Weiterentwicklung der Kalkulationsmethodik. Beispielsweise können zwingend zu beachtende Vorgaben bei der Verwendung von Verrechnungsschlüsseln im Rahmen der IBLV oder bei der Mindestdifferenzierung des Kostenstellenplans durch eine Aktualisierung von Anlagen zum Kalkulationshandbuch umgesetzt werden.

Der eingeschlagene Weg des schrittweisen Ausbaus der Kalkulationsmethodik wird auch zukünftig konsequent beschritten werden. Bereits im Datenjahr 2007 ist beispielsweise die Verwendung bestimmter IBLV-Verrechnungsschlüssel zwingend vorgegeben. Weitere nicht verursachungsgerechte Schlüssel dürfen zukünftig nicht mehr für die Kalkulation verwendet werden. Beispielsweise ist als Schlüssel zur Kostenzurechnung im Kreißaal in den entsprechenden Kostenmodulen nur noch der Schlüssel „Aufenthaltszeit der Patientin im Kreißaal“ zulässig. Im Datenjahr 2008 wird darüber hinaus die Fehlerquote für eine erfolgreiche Teilnahme um fünf Prozentpunkte (auf dann maximal 15%) gesenkt. Ergänzungen in der Abfrage zu den Kalkulationsgrundlagen sollen die Transparenz der Kalkulation und damit die Vergleichbarkeit der einzel-

nen Kalkulationsergebnisse nochmals erhöhen. Mittelfristiges Ziel ist der Aufbau einer Zertifizierung der Kalkulationsteilnehmer, um die dann erreichte Datenqualität auf hohem Niveau zu festigen und ggf. weiter zu erhöhen.

## Anhang

### *Übersicht*

**Tabelle A-1:**

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

**Tabelle A-2:**

DRGs mit eigenständig berechneten Bewertungsrelationen für belegärztliche Versorgung (Kap. 3.3.1.3)

**Tabelle A-3:**

Übersicht über die im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems in der CCL-Matrix veränderten Diagnosen (Kap. 3.3.1.5)

**Tabelle A-4-1:**

DRGs, bei denen die **aufnahmeverlegten Fälle** bei der Kalkulation der Bewertungsrelation berücksichtigt wurden (siehe Kap. 3.3.1.6)

**Tabelle A-4-2:**

DRGs, bei denen die **entlassverlegten Fälle** bei der Kalkulation der Bewertungsrelation berücksichtigt wurden (siehe Kap. 3.3.1.6)

**Tabelle A-4-3:**

DRGs, bei denen die **verlegten Fälle** (aufnahme- und/oder entlassverlegt) bei der Kalkulation der Bewertungsrelation berücksichtigt wurden (siehe Kap. 3.3.1.6)

**Tabelle A-5:**

Gegenüberstellung der DRGs je MDC (Kap. 3.4.1.1)

**Tabelle A-1:**

247 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
901A	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit komplizierenden Prozeduren oder Strahlentherapie
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 ohne Beatmung > 179 Stunden
A04A	Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom, mit In-vitro-Aufbereitung
A04B	Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom, ohne In-vitro-Aufbereitung, HLA-verschieden
A04C	Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom, ohne In-vitro-Aufbereitung, HLA-identisch
A04D	Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, allogene, bei Plasmozytom
A05A	Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder Alter < 16 Jahre
A05B	Herztransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden, Alter > 15 Jahre
A06A	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 3680 Aufwandspunkte
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 3680 Aufwandspunkte oder ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma

DRG	DRG-Text
A07A	Beatmung > 999 und < 1800 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, mit hochkomplexem oder dreizeitigem komplexen Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 3680 Aufwandspunkte
A07B	Beatmung > 999 und < 1800 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 < 1800 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
A09A	Beatmung > 499 und < 1000 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 < 1000 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit sehr komplexem Eingriff oder komplizierenden Prozeduren
A09C	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, Polytrauma oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 3220 Punkte, ohne hochkomplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Prozeduren, ohne sehr komplexen Eingriff
A09D	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne angeborene Fehlbildung oder Tumorerkrankung oder Alter > 2 Jahre, mit komplizierenden Prozeduren, intensivmed. Komplexbehandlung 2209 bis 3220 Punkte oder Alter < 16 Jahre
A09E	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne angeborene Fehlbildung oder Tumorerkrankung oder Alter > 2 Jahre, ohne komplizierende Prozeduren, Alter > 15 Jahre, mit intensivmed. Komplexbehandlung 1381 bis 2208 Punkte
A11A	Beatmung > 249 und < 500 Stunden mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmed. Komplexbeh. > 1656 Punkte oder mit Eingriff bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre oder mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Proz., mit intensivmed. Komplexbeh. > 1656 P.
A11B	Beatmung > 249 und < 500 Stunden mit komplexer OR-Proz., mit kompliz. Prozeduren od. sehr komplexem Eingr., ohne Eingr. bei angeborener Fehlbildung od. Alter > 1 J. od. ohne komplexe OR-Proz., mit Tumorerkrankung od. angeborener Fehlbildung, Alter < 3 J.

DRG	DRG-Text
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 > 1656 Punkte
A11D	Beatmung > 249 und < 500 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1656 Punkte, ohne komplizierende Prozeduren
A11E	Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur oder komplizierenden Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte oder Alter < 6 Jahre
A13A	Beatmung > 95 und < 250 Stunden mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1656 Punkte oder > 1105 Punkte mit komplexer OR-Prozedur oder komplizierenden Prozeduren und bestimmter OR-Prozedur oder bei Lymphom und Leukämie
A13B	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne hochkompl. Eingriff, ohne int. Komplexbeh. > 1104 P., mit kompliz. Proz. od. sehr kompl. Eingriff oder bei angebor. Fehlbild., Alter < 2 J. oder ohne kompl. OR-Proz., mit int. Komplexbeh. > 1104 P., mit kompliz. Proz.
A13C	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne kompl. OR-Proz., mit intensivmed. Komplexbeh. 1105 bis 1656 P., außer bei Leukämie und Lymphom, ohne komplizierende Prozeduren oder mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Proz., ohne intensivmed. Komplexbeh. > 1104 P.
A13D	Beatmung > 95 und < 250 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen od. sehr komplexen Eingriff, ohne intensivmedizin. Komplexbehandlung > 1104 Punkte, ohne komplizierende Prozeduren, ohne Eingriff bei angeborener Fehlbildung od. Alter > 1 Jahr
A13E	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Eingriff bei angeborener Fehlbildung od. Alter > 1 Jahr, mit bestimmter OR-Proz. oder komplizierenden Proz. oder intensivmed. Komplexbeh. 553 bis 1104 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 oder mit In-vitro-Aufbereitung oder Alter < 16 Jahre
A15B	Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Neubildung unsicheren Verhaltens, Lymphom oder bösartiger Neubildung von Hoden und Ovar, Alter > 17 Jahre, ohne In-vitro-Aufbereitung

DRG	DRG-Text
A15C	Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, autogen, bei Neubildung unsicheren Verhaltens, Lymphom oder bösartiger Neubildung von Hoden und Ovar, Alter > 15 Jahre
A15D	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
A36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen
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, Alter < 16 Jahre
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber- oder Nieren-Pankreas-Transplantation
A66Z	Evaluierungsaufenthalt vor anderer Organtransplantation
A67Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei verschiedenen Evaluierungsaufenthalten
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 oder mit Beatmung > 177 Stunden

DRG	DRG-Text
B02B	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation od. andere aufwendige Operation am Nervensystem mit Beatm. > 95 Std., ohne Strahlenth. > 8 Bestrahlg., Alter < 6 J. od. < 18 J. mit großem intrakr. Eingr., m. äußerst schw. CC od. Beatm. > 95 und < 178 Std.
B02C	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation od. andere aufwendige Operation am Nervensyst. mit Beatm. > 95 Std., m. Strahlentherapie <9 Bestr., intraop. Monitoring, kompliz. Proz. od. großem intrakr. Eingr. ohne äußerst schw. CC, ohne Beatm. > 95 Std.
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation oder andere aufwendige Operation am Nervensystem mit Beatmung > 95 und < 178 Std., ohne Strahlentherapie, ohne intraoperatives Monitoring, Alter > 5 J., ohne großen intrakran. Eingr., ohne kompliz. Proz.
B03Z	Operative Eingriffe bei nicht akuter Para-/Tetraplegie oder Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung od. mit äußerst schweren od. 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
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter < 16 Jahre oder mit intraoperativem neurophysiologischen Monitoring
B20B	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre, ohne intraoperatives neurophysiologisches Monitoring, mit komplexer Diagnose
B20C	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter < 3 Jahre
B20D	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre, ohne intraoperatives neurophysiologisches Monitoring, ohne komplexe 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
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1656 Aufwandspunkte oder > 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems

DRG	DRG-Text
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
C02A	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita bei bösartiger Neubildung und Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE), Amnionmembranaufnahme, oder Alter < 16 Jahre
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne Amnionmembranaufnahme, 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
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC
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
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
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren 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

DRG	DRG-Text
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, mit starrer Endoskopie
D60C	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
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre
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
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 Herz-Lungen-Maschine oder endovaskuläre Implantation einer Herzklappe, 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

DRG	DRG-Text
F11B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Zweifacheingriff oder bei angeborenem Herzfehler oder mit Reoperation, invasiver Diagnostik oder intraoperativer Ablation
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 angeborenem Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern
F31Z	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine oder endovaskuläre Implantation einer Herzklappe, 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 > 1104 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit bestimmter OR-Prozedur
F36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte und < 1105 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
F95A	Interventioneller Verschluss eines Atrium- oder Ventrikelseptumdefekts, Alter < 19 Jahre
F95B	Interventioneller Verschluss eines Atrium- oder Ventrikelseptumdefekts, Alter > 18 Jahre
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

DRG	DRG-Text
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 > 1104 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
H36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
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
I95Z	Implantation einer Tumorendoprothese
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
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen
L03Z	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder außer bei Neubildung, mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff
L12Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder Hämolytisch-urämisches Syndrom
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
M10B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen

DRG	DRG-Text
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
O01A	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen (SSW) oder mit intrauteriner Therapie
O01B	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 vollendete Wochen (SSW), ohne intrauterine Therapie oder mit komplizierender Diagnose, bis 25 SSW
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Prozedur
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 1000 – 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 479 Stunden
P03B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 – 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 und < 480 Stunden
P03C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 – 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne Beatmung > 120 Stunden oder ohne mehrere schwere Probleme
P04A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 – 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 240 Stunden
P04B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 – 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 240 Stunden

DRG	DRG-Text
P04C	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 1500 – 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme
P05A	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 2000 – 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden
P05B	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 2000 – 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden
P05C	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 2000 – 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme
P06A	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden
P06B	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden
P06C	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden
P60C	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt, ohne Beatmung > 24 Stunden (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

DRG	DRG-Text
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
P62E	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 750 – 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P63Z	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 1000 – 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden
P64Z	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 1250 – 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden
P65A	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 1500 – 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen
P65B	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 1500 – 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem
P66A	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 2000 – 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen
P66B	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 2000 – 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem
P67A	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen
P67B	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem oder mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Prozedur, mit komplizierender Diagnose
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

DRG	DRG-Text
R03Z	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC, oder mit bestimmter OR-Prozedur mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
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
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
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte 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

DRG	DRG-Text
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
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Sepsis
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, mit Agranulozytose oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, mit Agranulozytose oder Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
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
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer Diagnose oder Osteolysen, Alter < 16 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, Alter < 6 Jahre
R63C	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter > 5 Jahre

DRG	DRG-Text
R63D	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation
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 mit intensiver oder mäßig komplexer Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC
R63G	Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit komplizierender Diagnose oder Portimplantation
R63H	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
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, komplizierenden Prozeduren oder bei Zustand nach Organtransplantation
T36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei infektiösen und parasitären Krankheiten
T60A	Sepsis mit komplizierenden Prozeduren oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC
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

<b>DRG</b>	<b>DRG-Text</b>
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 > 1104 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
Y02A	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation bei Sepsis oder mit komplizierenden Prozeduren, hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte

**Tabelle A-2:**

66 DRGs mit eigenständig berechneten Bewertungsrelationen für belegärztliche Versorgung (Kap. 3.3.1.3)

DRG	DRG-Text
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom
C08B	Extrakapsuläre Extradktion der Linse (ECCE)
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina
C17Z	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie und andere komplexe Prozeduren ohne extrakapsuläre Extradktion der Linse (ECCE)
C19Z	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Extradktion der Linse (ECCE)
C20B	Andere Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Tympanoplastik, ohne komplexe Diagnose
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik
D30A	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund u. Hals ohne äußerst schw. CC, mit aufwendigem Ingr. oder Ingr. 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
D37Z	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung
D61A	Komplexe Gleichgewichtsstörung
D61B	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) mit Hörverlust oder Tinnitus, außer komplexe Gleichgewichtsstörung
D61C	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) ohne Hörverlust oder Tinnitus
D62Z	Epistaxis oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre

DRG	DRG-Text
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
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, ohne Knochentransplantation, ohne Implantation einer Zehengelenkendoprothese
I23B	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Entfernung von Osteosynthesematerial
I24Z	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm
I27C	Eingriffe am Weichteilgewebe ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung
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 Hüftgelenks ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff
I53Z	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff
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
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung
J24D	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff
L06B	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra, Alter > 15 Jahre
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
L40Z	Diagnostische Ureterorenoskopie
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre
L64A	Harnsteine und Harnwegsobstruktion, Alter > 75 Jahre od. mit äußerst schweren oder schweren CC oder Urethrastriktur, 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
L68B	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 5 Jahre
M02Z	Transurethrale Prostataresektion
M04C	Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre
M60C	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie
M62Z	Infektion/Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane
N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexem Eingriff
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
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
N21Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff
N23B	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen außer Myomenukleation

DRG	DRG-Text
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 (SSW), ohne komplexe Diagnose
O01F	Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose
O62Z	Drohender Abort
O64A	Frustrane Wehen, mehr als ein Belegungstag
O64B	Frustrane Wehen, ein Belegungstag
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC
P66D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 – 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder neugeborener Mehrling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder ein Belegungstag
P67C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Prozedur, ohne komplizierende Diagnose
P67D	Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag

**Tabelle A-3:**

Übersicht über die im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems in der CCL-Matrix veränderten Diagnosen (Kap. 3.3.1.5)

ICD 2006	ICD-Text	Status
B95.2	Streptokokken, Gruppe D, als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.42	Streptokokken, Gruppe G, als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.5	Nicht näher bezeichnete Streptokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.6	Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.7	Sonstige Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B95.8	Nicht näher bezeichnete Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Abwertung
B96.2	Escherichia coli [E. coli] und andere Enterobakteriazeen als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	Löschung
C77.0	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	Aufwertung
C77.1	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrathorakale Lymphknoten	Aufwertung
C77.2	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intraabdominale Lymphknoten	Aufwertung
C77.3	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität	Aufwertung
C77.4	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Inguinale Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität	Aufwertung
C77.5	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrapelvine Lymphknoten	Aufwertung
C77.8	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten mehrerer Regionen	Aufwertung
C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge	Aufwertung
C78.1	Sekundäre bösartige Neubildung des Mediastinums	Aufwertung

ICD 2006	ICD-Text	Status
C78.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura	Aufwertung
C79.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Niere und des Nierenbeckens	Aufwertung
C79.1	Sekundäre bösartige Neubildung der Harnblase sowie sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane	Aufwertung
C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarks	Aufwertung
C79.6	Sekundäre bösartige Neubildung des Ovars	Aufwertung
C79.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Nebenniere	Aufwertung
C79.82	Sekundäre bösartige Neubildung der Genitalorgane	Aufwertung bei männlichem Geschlecht
D50.0	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)	Abwertung
D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	Abwertung
D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D62	Akute Blutungsanämie	Abwertung
D63.0	Anämie bei Neubildungen	Abwertung
E14.01	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit Koma: Als entgleist bezeichnet	Löschung
E14.11	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet	Löschung
E14.20	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Löschung
E14.21	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	Löschung
E14.40	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Löschung
E14.41	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Löschung
E14.50	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Löschung
E14.51	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Löschung
E14.80	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Löschung

ICD 2006	ICD-Text	Status
E14.81	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Löschung
E14.91	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	Löschung
E46	Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung	Abwertung
E87.0	Hyperosmolalität und Hyponatriämie	Abwertung
E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	Abwertung
E87.4	Gemischte Störung des Säure-Basen-Gleichgewichts	Abwertung
E87.5	Hyperkaliämie	Abwertung
E87.6	Hypokaliämie	Abwertung
E87.7	Flüssigkeitsüberschuss	Abwertung
E87.8	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
F17.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Entzugssyndrom	Löschung
F17.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Entzugssyndrom mit Delir	Löschung
F17.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Psychotische Störung	Löschung
F17.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Amnestisches Syndrom	Löschung
F17.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	Löschung
F17.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen	Löschung
F17.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	Löschung
G83.0	Diparese und Diplegie der oberen Extremitäten	Aufnahme
G83.40	Komplettes Cauda- (equina-) Syndrom	Aufnahme
G83.41	Inkomplettes Cauda- (equina-) Syndrom	Aufnahme
G83.49	Cauda- (equina-) Syndrom, nicht näher bezeichnet	Aufnahme
G83.80	Locked-in-Syndrom	Aufnahme
G83.88	Sonstige näher bezeichnete Lähmungssyndrome	Aufnahme
G97.80	Postoperative Liquorfistel	Aufnahme

ICD 2006	ICD-Text	Status
I11.00	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung
I11.01	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung
I12.00	Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung
I12.01	Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung
I13.00	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung
I13.01	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung
I13.10	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung
I13.11	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung
I13.20	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung
I13.21	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	Abwertung
I48.10	Vorhofflimmern: Paroxysmal	Löschung
I48.11	Vorhofflimmern: Chronisch	Löschung
I48.19	Vorhofflimmern: Nicht näher bezeichnet	Löschung
I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	Abwertung
I66.1	Verschluss und Stenose der A. cerebri anterior	Abwertung
I66.2	Verschluss und Stenose der A. cerebri posterior	Abwertung
I66.3	Verschluss und Stenose der Aa. cerebelli	Abwertung
I66.9	Verschluss und Stenose einer nicht näher bezeichneten zerebralen Arterie	Löschung
I71.00	Dissektion der Aorta nicht näher bezeichneter Lokalisation, ohne Angabe einer Ruptur	Aufwertung
I71.01	Dissektion der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	Aufwertung

ICD 2006	ICD-Text	Status
I71.02	Dissektion der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	Aufwertung
I71.03	Dissektion der Aorta, thorakoabdominal, ohne Angabe einer Ruptur	Aufwertung
I71.04	Dissektion der Aorta nicht näher bezeichneter Lokalisation, rupturiert	Aufwertung
I71.05	Dissektion der Aorta thoracica, rupturiert	Aufwertung
I71.06	Dissektion der Aorta abdominalis, rupturiert	Aufwertung
I71.07	Dissektion der Aorta, thorakoabdominal, rupturiert	Aufwertung
I71.1	Aneurysma der Aorta thoracica, rupturiert	Aufwertung
I71.3	Aneurysma der Aorta abdominalis, rupturiert	Aufwertung
I71.5	Aortenaneurysma, thorakoabdominal, rupturiert	Aufwertung
I71.8	Aortenaneurysma nicht näher bezeichneter Lokalisation, rupturiert	Aufwertung
I72.0	Aneurysma der A. carotis	Aufnahme
J44.03	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 $\geq$ 70% des Sollwertes	Abwertung
J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	Abwertung
J44.13	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 $\geq$ 70% des Sollwertes	Abwertung
J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation: FEV1 nicht näher bezeichnet	Abwertung
L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	Löschung
N18.81	Chronische Niereninsuffizienz, Stadium I	Abwertung
N18.82	Chronische Niereninsuffizienz, Stadium II	Abwertung
N18.89	Chronische nicht terminale Niereninsuffizienz, Stadium nicht näher bezeichnet	Löschung
N18.9	Chronische Niereninsuffizienz, nicht näher bezeichnet	Löschung
N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	Löschung
N39.41	Überlaufinkontinenz	Abwertung
N39.42	Dranginkontinenz	Abwertung
N39.43	Extraurethrale Harninkontinenz	Abwertung
N39.48	Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz	Abwertung

ICD 2006	ICD-Text	Status
P07.00	Neugeborenes: Geburtsgewicht unter 500 Gramm	Aufnahme
P07.01	Neugeborenes: Geburtsgewicht 500 bis unter 750 Gramm	Aufnahme
P07.02	Neugeborenes: Geburtsgewicht 750 bis unter 1000 Gramm	Aufnahme
P07.2	Neugeborenes mit extremer Unreife	Aufnahme
P52.2	Intraventrikuläre (nicht traumatische) Blutung 3. Grades beim Feten und Neugeborenen	Aufnahme
P92.0	Erbrechen beim Neugeborenen	Abwertung
P92.2	Trinkunlust beim Neugeborenen	Abwertung
P92.8	Sonstige Ernährungsprobleme beim Neugeborenen	Löschung
P92.9	Ernährungsproblem beim Neugeborenen, nicht näher bezeichnet	Löschung
R02	Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert	Löschung
R18	Aszites	Abwertung
R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	Löschung
R33	Harnverhaltung	Löschung
T86.00	Versagen eines Transplantates hämatopoetischer Stammzellen	Aufwertung
T86.01	Akute Graft-versus-host-Krankheit, Grad I und II	Aufwertung
T86.02	Akute Graft-versus-host-Krankheit, Grad III und IV	Aufwertung
T86.03	Chronische Graft-versus-host-Krankheit, begrenzte Form	Aufwertung
T86.04	Chronische Graft-versus-host-Krankheit, ausgeprägte Form	Aufwertung
T86.09	Graft-versus-host-Krankheit, nicht näher bezeichnet	Aufwertung
T86.10	Akute Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates	Aufwertung
T86.11	Chronische Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates	Aufwertung
T86.12	Verzögerte Aufnahme der Transplantatfunktion	Aufwertung
T86.19	Sonstige und nicht näher bezeichnete Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Nierentransplantates	Aufwertung
T86.2	Versagen und Abstoßung eines Herztransplantates	Aufwertung

ICD 2006	ICD-Text	Status
T86.3	Versagen und Abstoßung eines Herz-Lungen-Transplantates	Aufwertung
T86.40	Akute Funktionsverschlechterung eines Lebertransplantates	Aufwertung
T86.41	Chronische Funktionsverschlechterung eines Lebertransplantates	Aufwertung
T86.49	Sonstige und nicht näher bezeichnete Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Lebertransplantates	Aufwertung
T86.81	Versagen und Abstoßung: Lungentransplantat	Aufwertung
T86.82	Versagen und Abstoßung: Pankreastransplantat	Aufwertung
T86.88	Versagen und Abstoßung: Sonstige transplantierte Organe und Gewebe	Aufwertung
U80.3	Enterococcus faecium mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika, Oxazolidinone, Streptogramine, oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz	Aufnahme
U80.5	Enterobacter, Citrobacter und Serratia mit Resistenz gegen Carbapeneme, Chinolone oder Amikacin	Aufnahme
U80.6	Pseudomonas aeruginosa und andere Nonfermenter mit Resistenz gegen Carbapeneme, Chinolone, Amikacin, Ceftazidim oder Piperacillin/Tazobactam	Aufnahme
U80.7	Burkholderia und Stenotrophomonas mit Resistenz gegen Chinolone, Amikacin, Ceftazidim, Piperacillin/Tazobactam oder Cotrimoxazol	Aufnahme
U81	Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika	Aufnahme
U84	Herpesviren mit Resistenz gegen Virustatika	Aufnahme
Z94.0	Zustand nach Nierentransplantation	Aufwertung
Z94.1	Zustand nach Herztransplantation	Aufwertung
Z94.2	Zustand nach Lungentransplantation	Aufwertung
Z94.3	Zustand nach Herz-Lungen-Transplantation	Aufwertung
Z94.4	Zustand nach Lebertransplantation	Aufwertung
Z94.80	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation ohne gegenwärtige Immunsuppression	Aufwertung
Z94.81	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression	Aufwertung
Z94.88	Zustand nach sonstiger Organ- oder Gewebetransplantation	Aufwertung

**Tabelle A-4-1:**

213 DRGs, bei denen die **aufnahmeverlegten Fälle** bei der Kalkulation der Bewertungsrelation berücksichtigt wurden (siehe Kap. 3.3.1.6)

DRG	DRG-Text
901A	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit komplizierenden Prozeduren oder Strahlentherapie
963Z	Neonatale Diagnose unvereinbar mit Alter oder Gewicht
A01C	Lebertransplantation ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung
A05B	Herztransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden, Alter > 15 Jahre
A07A	Beatmung > 999 und < 1800 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, mit hochkomplexem oder dreizeitigem komplexen Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 3680 Aufwandspunkte
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre
A42A	Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag
A66Z	Evaluierungsaufenthalt vor anderer Organtransplantation
B02B	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation od. andere aufwendige Operation am Nervensystem mit Beatm. > 95 Std., ohne Strahlenth. > 8 Bestrahl., Alter < 6 J. od. < 18 J. mit großem intrakr. Ingr., m. äußerst schw. CC od. Beatm. > 95 und < 178 Std.
B06A	Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, Alter < 19 Jahre oder mit schweren CC, Alter < 16 Jahre
B39B	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter Prozedur, bis 72 Stunden mit komplexem Eingriff, oder mehr als 72 Stunden, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Prozeduren
B60A	Nicht akute Paraplegie/Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag
B64Z	Delirium ohne äußerst schwere CC
B66C	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC oder Stupor und Koma, nicht traumatisch bedingt, Alter < 1 Jahr

DRG	DRG-Text
B67B	Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung
B68A	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
B69A	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit äußerst schweren CC, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B69D	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, ohne äußerst schwere CC
B70G	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei Para-/Tetraplegie
B72B	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter < 81 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC
B73Z	Virusmeningitis
B76F	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplizierender Diagnose oder ohne komplizierende Diagnose, ohne EEG, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose
B76G	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, ohne EEG, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B77Z	Kopfschmerzen
B79Z	Schädelfrakturen
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose
B85A	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit hochkomplexer Diagnose oder mit äußerst schweren oder schweren CC, mit komplexer Diagnose
B85C	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer Diagnose oder zerebrale Lähmungen
B86Z	Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet und Krankheit des Rückenmarks, nicht näher bezeichnet
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne Amnionmembranaufnahme, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
C19Z	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Extradaktion der Linse (ECCE)
C20B	Andere Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre
C61Z	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges
C63Z	Andere Erkrankungen des Auges
C65Z	Bösartige Neubildungen des Auges
C66Z	Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus
D03Z	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte
D06B	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder Alter > 15 Jahre, mit komplexer Tympanoplastik oder komplexer Diagnose
D15B	Tracheostomie ohne äußerst schwere CC
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung
D29Z	Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung
D30A	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund u. Hals ohne äußerst schw. CC, mit aufwendigem Ingr. Oder Ingr. An Mundhöhle u. Mund außer bei bösart. Neub. Ohne Mundboden- oder Vestib.plastik, Alter < 3 J.
D60C	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
D61A	Komplexe Gleichgewichtsstörung
D62Z	Epistaxis oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre
D64Z	Laryngotracheitis und Epiglottitis
D65Z	Verletzung und Deformität der Nase
D67Z	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle ohne Zahnextraktion und -wiederherstellung

DRG	DRG-Text
E01B	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax mit Revisionseingriff, beidseitiger Lobektomie, erweiterter Lungenresektion oder Endarteriektomie der A. pulmonalis, ohne äußerst schwere CC
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
E40A	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mit äußerst schweren CC oder ARDS, Alter < 16 Jahre
E40B	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mit äußerst schweren CC oder ARDS, Alter > 15 Jahre
E62B	Komplexe Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplizierende Prozeduren, ohne komplexe Diagnose bei Zustand nach Organtransplantation, mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
E63Z	Schlafapnoesyndrom
E65A	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung mit äußerst schweren CC oder starrer Bronchoskopie oder Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 1 Jahr, mit RS-Virus-Infektion
E69F	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, Alter > 15 Jahre
E70A	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter < 3 Jahre
E70B	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter > 2 Jahre
E73A	Pleuraerguss mit äußerst schweren CC
E76B	Tuberkulose bis 14 Belegungstage mit äußerst schweren oder schweren CC
E77B	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose und äußerst schweren oder schweren CC oder bei Zustand nach Organtransplantation, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, ohne angeborenes Fehlbildungssyndrom
E77D	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne angeborenes Fehlbildungssyndrom, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter < 1 Jahr
F01G	Neuimplantation Kardioverter/Defibrillator (AICD), Einkammerstimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
F13B	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC, ohne mehrzeitige Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe
F30Z	Operation bei komplexem angeborenen Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern
F35A	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Prozeduren, Alter > 2 Jahre und < 10 Jahre oder äußerst schwere CC
F39B	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne Ulzeration, ohne äußerst schwere oder schwere CC
F50C	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, mit komplizierendem Eingriff, ohne äußerst schwere CC
F61B	Infektiöse Endokarditis ohne komplizierende Diagnose
F63B	Venenthrombose ohne äußerst schwere oder schwere CC
F64Z	Hautulkus bei Kreislauferkrankungen
F67C	Hypertonie ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 16 Jahre
G01Z	Eviszeration des kleinen Beckens
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierenden Prozeduren oder bei bestimmter bösartiger Neubildung
G11B	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter > 9 Jahre
G21A	Adhäsioolyse 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
G22B	Appendektomie bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 9 Jahre und Alter < 16 Jahre
G64C	Entzündliche Darmerkrankung, Alter > 17 Jahre und Alter < 70 Jahre
G70A	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
G70B	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
G72A	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter < 56 Jahre oder ohne CC, Alter < 3 Jahre
G77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane

DRG	DRG-Text
H08A	Laparoskopische Cholezystektomie mit sehr komplexer oder komplizierender Diagnose
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H41C	Komplexe therapeutische ERCP ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne photodynamische Therapie, Alter > 2 Jahre, oder andere ERCP
H62C	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung ohne akute Pankreatitis
H63B	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nicht infektiöse 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 nicht infektiöse Hepatitiden, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose und ohne äußerst schwere oder schwere CC
H64Z	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen
I02A	Gewebe-/Hauttransplantation, außer an der Hand, mit komplizierenden Prozeduren, Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit schwerem Weichteilschaden, mit äußerst schweren CC
I06C	Komplexe Wirbelkörperfusion mit Korrektur einer Thoraxdeformität, ohne Wirbelsäulenrelease
I06E	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, ohne Wirbelsäulenrelease, ohne äußerst schwere CC
I09C	Wirbelkörperfusion ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne schwere CC mit anderer Kyphoplastie, ohne allogene Knochen transplantation, mit komplexer Wirbelsäulenosteosynthese
I14Z	Revision eines Amputationsstumpfes
I17Z	Operationen am Gesichtsschädel
I20B	Eingriffe am Fuß mit mehreren komplexen Eingriffen oder hochkomplexem Eingriff oder mit komplexem Eingriff mit komplexer Diagnose

DRG	DRG-Text
I22A	Gewebe-/Hauttransplantation, außer an der Hand, mit komplizierenden Prozeduren, Eingriff an mehreren Lokalisationen oder schwerem Weichteilschaden oder großflächig, mit schweren CC
I28C	Andere Eingriffe am Bindegewebe
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 8 Bestrahlungen
I43A	Prothesenwechsel oder Implantation einer Scharnierprothese oder Sonderprothese am Kniegelenk mit äußerst schweren CC
I43B	Prothesenwechsel oder Implantation einer Scharnierprothese oder Sonderprothese am Kniegelenk ohne äußerst schwere CC
I56B	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff oder Implantation eines interspinösen Spreizers
I64A	Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie
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
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
I68A	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, Alter > 55 Jahre oder mit äußerst schweren oder schweren CC, mit komplexer Diagnose, mit Diszitis oder infektiöser Spondylopathie
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, Alter < 56 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC
I74A	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß mit äußerst schweren oder schweren CC oder unspezifische Arthropathien

DRG	DRG-Text
I74C	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne unspezifische Arthropathien, Alter > 9 Jahre
I77Z	Mäßig schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk
I79Z	Fibromyalgie
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
J03A	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion/Entzündung mit äußerst schweren CC
J04A	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion/Entzündung, Alter > 69 Jahre oder CC
J08A	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit komplexer Diagnose, mit zusätzlichem Eingriff an Kopf und Hals oder äußerst schweren CC, mit komplexer Prozedur
J10A	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma bei bösartiger Neubildung
J16Z	Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J22A	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit Weichteildeckung
J61B	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre oder mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC
K10B	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
K14Z	Eingriffe an der Nebenniere außer bei bösartiger Neubildung und ausgedehnte Lymphadenektomie
K15C	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie
K15D	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie

DRG	DRG-Text
K60E	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, Alter > 15 Jahre
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
K64A	Endokrinopathien, mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
L02A	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter < 10 Jahre
L04B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, Alter > 2 Jahre und Alter < 16 Jahre
L05A	Transurethrale Prostataresektion mit äußerst schweren CC
L17A	Andere Eingriffe an der Urethra, Alter < 16 Jahre
L40Z	Diagnostische Ureterorenoskopie
L64A	Harnsteine und Harnwegsobstruktion, Alter > 75 Jahre od. mit äußerst schweren oder schweren CC oder Urethrastriktor, andere leichte bis moderate Erkr. der Harnorgane, mehr als ein Beleg.tag oder Beschw. und Symptome der Harnorgane oder Urethrozystoskopie
L68A	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 6 Jahre
L68B	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 5 Jahre
L70A	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre
M01B	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC
M04A	Eingriffe am Hoden mit äußerst schweren CC
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, mit hochkomplexer Chemotherapie
M60C	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie
M61Z	Benigne Prostatahyperplasie

DRG	DRG-Text
N01C	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC
N05A	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC
N05B	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC
N07Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose
N16Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen
N21Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff
N23A	Myomenukleation
N61Z	Infektion und Entzündung der weiblichen Geschlechtsorgane
N62A	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose
N62B	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne komplexe Diagnose
O01A	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen (SSW) oder mit intrauteriner Therapie
O01C	Sectio caesarea mit mehreren kompliz. Diagnosen, Schwangerschaftsdauer > 33 vollendete Wochen (SSW), ohne intrauterine Therapie oder mit kompliz. Diagn., 26 bis 33 SSW oder mit komplexer Diagn. oder bis 33 SSW oder mit kompl. Diagn., mit äußerst schw. CC
O01F	Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose
O04Z	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur
O05B	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft ohne Cerclage, ohne Muttermundverschluss
O06B	Intrauterine Therapie des Feten ohne Lasertherapie, ohne intrauterine Drainage
O40Z	Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie

DRG	DRG-Text
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Prozedur
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose
O61Z	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Prozedur
O62Z	Drohender Abort
O64A	Frustrane Wehen, mehr als ein Belegungstag
P03B	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1000 – 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 und < 480 Stunden
P61B	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61E	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P62B	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 750 – 874 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62E	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 750 – 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
Q03B	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter > 9 Jahre
Q60A	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder CC, mit Milzverletzung, Alter < 16 Jahre
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
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

DRG	DRG-Text
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
R60E	Akute myeloische Leukämie mit Dialyse oder äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Sepsis
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
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation
R63C	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter > 5 Jahre
R63G	Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit komplizierender Diagnose oder Portimplantation
R63H	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
R65A	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC
S64Z	Andere HIV-Krankheit
T60F	Sepsis, verstorben < 8 Tage nach Aufnahme
T61B	Postoperative und posttraumatische Infektionen ohne komplizierende Prozeduren, ohne komplizierende Diagnose
T63C	Andere virale Erkrankungen

DRG	DRG-Text
T64A	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter < 16 Jahre
T64B	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre
U60B	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
U63Z	Schwere affektive Störungen
W01B	Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie, ohne Frührehabilitation, mit Beatmung > 263 Stunden
W60Z	Polytrauma, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme
X01B	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Prozeduren, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung, mit komplizierender Diagnose, komplexer Prozedur oder äußerst schweren CC
X07B	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation eines Fingers oder einer Zehe
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten
Y62A	Andere Verbrennungen, Alter < 6 Jahre

**Tabelle A-4-2:**

189 DRGs, bei denen die **entlassverlegten Fälle** bei der Kalkulation der Bewertungsrelation berücksichtigt wurden (siehe Kap. 3.3.1.6)

DRG	DRG-Text
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
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 3680 Aufwandspunkte oder ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma
A07B	Beatmung > 999 und < 1800 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, mit Polytrauma oder komplizierenden Prozeduren oder Alter < 16 Jahre oder ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter < 16 Jahre
A09B	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit sehr komplexem Eingriff oder komplizierenden Prozeduren
A09C	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, Polytrauma oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 3220 Punkte, ohne hochkomplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Prozeduren, ohne sehr komplexen Eingriff
A09D	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne angeborene Fehlbildung oder Tumorerkrankung oder Alter > 2 Jahre, mit komplizierenden Prozeduren, intensivmed. Komplexbehandlung 2209 bis 3220 Punkte oder Alter < 16 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 > 1656 Punkte
A11D	Beatmung > 249 und < 500 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1656 Punkte, ohne komplizierende Prozeduren
A11E	Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur oder komplizierenden Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte oder Alter < 6 Jahre

DRG	DRG-Text
A11F	Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Prozeduren, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte, Alter > 5 Jahre
A13C	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne kompl. OR-Proz., mit intensivmed. Komplexbeh. 1105 bis 1656 P., außer bei Leukämie und Lymphom, ohne komplizierende Prozeduren oder mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Proz., ohne intensivmed. Komplexbeh. > 1104 P.
A15B	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 Plasmozytom
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre
A36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen
A42B	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie
A60B	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation
B02C	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation od. andere aufwendige Operation am Nervensyst. mit Beatm. > 95 Std., m. Strahlentherapie < 9 Bestr., intraop. Monitoring, kompliz. Proz. od. großem intrakr. Eingr. ohne äußerst schw. CC, ohne Beatm. > 95 Std.
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation oder andere aufwendige Operation am Nervensystem mit Beatmung > 95 und < 178 Std., ohne Strahlentherapie, ohne intraoperatives Monitoring, Alter > 5 J., ohne großen intrakran. Eingr., ohne kompliz. Proz.
B04B	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC und beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC
B05Z	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom
B07Z	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC oder komplizierender Diagnose
B09A	Andere Eingriffe am Schädel mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter < 16 Jahre oder mit intraoperativem neurophysiologischen Monitoring
B20F	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B39C	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter Prozedur, bis 72 Stunden, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Prozeduren
B44A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B44D	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B66D	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC oder Stupor und Koma, nicht traumatisch bedingt, Alter > 0 Jahre
B69B	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne äußerst schwere CC
B69E	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne äußerst schwere CC
B70E	Apoplexie mit intrakranieller Blutung, ohne komplizierte intrakranielle Blutung oder mit systemischer Thrombolyse, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als ein Belegungstag
B70F	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne intrakranielle Blutung, ohne systemische Thrombolyse, mehr als ein Belegungstag oder Delirium mit äußerst schweren CC
B71C	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, außer bei Para-/Tetraplegie, ohne schwere CC oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren od. schweren CC außer bei Para-/Tetrapl. oder ohne schwere CC bei Para-/Tetrapl.

DRG	DRG-Text
B76D	Anfälle, mehr als 1 Beleg.tag, ohne kompl. Diagnostik u. Therapie, m. äußerst schw. CC, Alter > 15 J., ohne komplexe Diagnose od. mit schw. CC, Alter > 2 J. od. ohne schw. CC, ohne kompliz. Diagn., mit EEG, ohne kompl. Diagnose, mit angebor. Fehlbildung
B76E	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schweren CC, Alter > 2 J., ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere oder schw. CC, ohne kompliz. Diagnose, mit EEG, ohne komplexe Diagnose, ohne angeborene Fehlbildung
B78B	Intrakranielle Verletzung, Alter > 0 Jahre, mit komplexer Diagnose
B81A	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose
B83A	Apoplexie oder Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit Beatmung > 499 Stunden
C02B	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita außer bei bösartiger Neubildung
C07Z	Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE)
C08B	Extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE)
C10C	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, Alter > 5 Jahre
C12Z	Andere Rekonstruktionen der Augenlider
C14Z	Andere Eingriffe am Auge
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina
D04Z	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Tympanoplastik, ohne komplexe Diagnose
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D15A	Tracheostomie mit äußerst schweren CC
D25B	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D36B	Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen
D63Z	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter < 3 Jahre
E01C	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax mit anderem komplexen Eingriff am Thorax außer Enderarteriektomie der A. pulmonalis

DRG	DRG-Text
E02A	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen mit aufwendigem Eingriff
E03Z	Brachytherapie oder Therapie mit offenen Nukliden bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag
E05A	Andere große Eingriffe am Thorax mit äußerst schweren CC
E05C	Andere große Eingriffe am Thorax ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre
E66Z	Schweres Thoraxtrauma
E69C	Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 1 Jahr, ohne RS-Virus-Infektion
E75B	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter > 9 Jahre
E76C	Tuberkulose bis 14 Belegungstage ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Pneumothorax
E77A	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit angeborenem Fehlbildungssyndrom oder mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
F01D	Neuimplantation Kardioverter/Defibrillator (AICD), Einkammerstimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff
F12Z	Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem
F21A	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen mit komplexem Eingriff
F28A	Amputation mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder mit Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC
F33B	Große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Reoperation ohne äußerst schwere CC
F46B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Diagnose, Alter > 13 Jahre
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, weniger als 3 Belegungstage, Alter > 14 Jahre
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne äußerst schwere CC
F57B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Intervention 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
F62B	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, ohne Dialyse, ohne Reanimation, ohne komplexe Diagnose
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC
F67D	Hypertonie ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 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
F74Z	Thoraxschmerz
F75C	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre und Alter < 18 Jahre
F95B	Interventioneller Verschluss eines Atrium- oder Ventrikelseptumdefekts, Alter > 18 Jahre
G03B	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Prozeduren, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung
G04A	Adhäsionolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn und Dickdarm mit äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre
G08A	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, mit äußerst schweren CC
G08B	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
G09Z	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien
G12A	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur
G12C	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe oder mäßig komplexe OR-Prozedur
G13Z	Andere Eingriffe an Darm oder Enterostoma mit äußerst schweren CC
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff
G18A	Eingriffe an Dünn- u. Dickdarm oder andere Eingriffe an Magen, Ösophagus u. Duodenum ohne kompliz. Proz., außer bei bösart. Neubildung, Alter < 3 J., ohne Ingr. bei angeborener Fehlbildung od. Alter > 1 J., mit Lebermetastasen Chirurgie od. kompl. Diagn.
G22A	Appendektomie bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 10 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
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, mit äußerst schweren CC
G46B	Verschiedenartige Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane verbunden mit äußerst schweren CC, schweren CC oder mit komplizierendem Eingriff oder verbunden mit schweren CC bei Kindern
H02A	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen bei bösartiger Neubildung
H62B	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung mit akuter Pankreatitis, Alter > 15 Jahre oder Leberzirrhose und bestimmte nicht infektiöse Hepatitiden ohne äußerst schwere CC
I02C	Gewebe-/Hauttransplantation, außer an der Hand, mit äußerst schweren CC
I06A	Komplexe Wirbelkörperfusion mit äußerst schweren CC oder komplexer Eingriff an der Wirbelsäule, mit Korrektur einer Thoraxdeformität, Alter < 16 Jahre oder Wirbelsäulenrelease
I08A	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff, komplexer Prozedur od. komplexer Diagnose bei zerebraler Lähmung oder mit äußerst schweren CC oder Ersatz des Hüftgelenks mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
I09B	Wirbelkörperperfusion mit äußerst schweren CC mit anderer Kyphoplastie oder mit schweren CC, ohne andere Kyphoplastie oder mit komplexer Kyphoplastie oder mit allogener Knochen transplantation
I09D	Wirbelkörperperfusion ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne schwere CC mit anderer Kyphoplastie, ohne allogene Knochen transplantation, ohne komplexe Wirbelsäulenosteosynthese
I10B	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff
I16Z	Anderer Eingriffe am Schultergelenk
I20E	Eingriffe am Fuß, ohne komplexen Eingriff, ohne schweren Weichteilschaden, Alter > 15 Jahre, ohne Knochen transplantation, ohne Implantation einer Zehengelenkendoprothese
I24Z	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm
I27C	Eingriffe am Weichteilgewebe ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung
I28A	Komplexe Eingriffe am Bindegewebe
I32C	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne mehrzeitigen Eingriff, mit komplexem Eingriff oder bei angeborener Anomalie der Hand, Alter > 5 Jahre
I33Z	Rekonstruktion von Extremitätenfehlbildungen
I44A	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation/-revision am Kniegelenk, mit äußerst schweren CC
I44C	Verschiedene Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk
I57A	Mäßig komplexe Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit Mehrfacheingriff
I65C	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter > 16 Jahre, ohne äußerst schwere CC
J03B	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion/Entzündung ohne äußerst schwere CC
J04B	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion/Entzündung, Alter < 70 Jahre ohne CC
J06Z	Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation bei bösartiger Neubildung
J11A	Anderer Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma, mit komplizierender Diagnose

DRG	DRG-Text
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
J24B	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, ohne Prothesenimplantation
K01C	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Frührehabilitation, ohne geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, ohne Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC oder komplexer Arthrodese des Fußes
K09A	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Alter < 7 Jahre oder äußerst schwere CC
K10A	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
K15A	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, außer Radiojodtherapie
K25Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung 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 oder Kombinationseingriff
L06B	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne äußerst schwere CC
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 Dialysehunts
L09C	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 2 Jahre oder mit äußerst schweren CC, außer Anlage eines Dialysehunts
L10Z	Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung
L12Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag
L44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L60D	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
L63A	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
L63D	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 3 Jahre
L69C	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter < 6 Jahre
L69D	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre
M01A	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC
M03C	Eingriffe am Penis, Alter > 17 Jahre
M37Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Erkrankungen und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane
M64Z	Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane und Sterilisation beim Mann
N01B	Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie mit schweren CC
N02B	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung der Ovarien und Adnexen, mit schweren CC oder CC
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation
N11B	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit schweren CC oder CC
N11C	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen ohne CC
N13B	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, Alter < 81 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC
N60A	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC
O01B	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 vollendete Wochen (SSW), ohne intrauterine Therapie oder mit komplizierender Diagnose, bis 25 SSW
O02B	Vaginale Entbindung mit komplizierender ORProzedur, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne intrauterine Therapie
P04A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 – 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 240 Stunden

DRG	DRG-Text
P05A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 – 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden
P05C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 – 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme
P62C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 875 – 999 g mit signifikanter OR-Prozedur
R01C	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer Diagnose oder Osteolysen, Alter < 16 Jahre
R63A	Andere akute Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder 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
R65B	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, ohne chronisch-ischämische Herzkrankheit, ohne äußerst schwere CC
T36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei infektiösen und parasitären Krankheiten
T63B	Virale Erkrankung bei Infektion mit Zytomegalieviren außer bei Zustand nach Organtransplantation
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen
V60A	Alkoholintoxikation und -entzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom oder Qualifizierter Entzug

DRG	DRG-Text
V63Z	Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit
V64Z	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit
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
W04B	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren ohne komplizierende Prozeduren, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen
W61Z	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe
X04Z	Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers
X60Z	Verletzungen und allergische Reaktionen
Y03B	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter > 15 Jahre
Z03Z	Nierenspende (Lebendspende)
Z44Z	Multimodale Schmerztherapie bei Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und anderer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

Tabelle A-4-3:

437 DRGs, bei denen die **verlegten Fälle** (aufnahme- und/oder entlassverlegt) bei der Kalkulation der Bewertungsrelation berücksichtigt wurden (siehe Kap. 3.3.1.6)

DRG	DRG-Text
901B	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Prozeduren, ohne Strahlentherapie, mit komplexer OR-Prozedur
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
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden
A04A	Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom, mit In-vitro-Aufbereitung
A04C	Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom, ohne In-vitro-Aufbereitung, HLA-identisch
A05A	Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder Alter < 16 Jahre
A09E	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne angeborene Fehlbildung oder Tumorerkrankung oder Alter > 2 Jahre, ohne komplizierende Prozeduren, Alter > 15 Jahre, mit intensivmed. Komplexbehandlung 1381 bis 2208 Punkte
A13E	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Eingriff bei angeborener Fehlbildung od. Alter > 1 Jahr, mit bestimmter OR-Proz. oder komplizierenden Proz. oder intensivmed. Komplexbeh. 553 bis 1104 Punkte oder Alter < 16 Jahre
A13F	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Eingr. bei angeb. Fehlbildung od. Alter > 1 J., verstorben od. verlegt < 9 Tage od. ohne bestimmte OR-Proz., ohne kompliz. Proz., ohne intensivmed. Komplexbeh. > 552 Punkte, Alter > 15 J.
A15C	Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, autogen, bei Neubildung unsicheren Verhaltens, Lymphom oder bösartiger Neubildung von Hoden und Ovar, Alter > 15 Jahre
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber- oder Nieren-Pankreas-Transplantation
B01Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B03Z	Operative Eingriffe bei nicht akuter Para-/Tetraplegie oder Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung od. mit äußerst schweren od. schw. CC oder Eingriffe b. zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie mit äußerst schw. CC
B04C	Interventionelle Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC
B04D	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC
B06B	Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, Alter < 19 Jahre oder mit schweren CC, Alter > 15 Jahre
B09B	Andere Eingriffe am Schädel ohne äußerst schwere CC
B12Z	Implantation eines Herzschrittmachers bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B16Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, weniger als 11 Bestrahlungen
B17A	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensyst. ohne äußerst schw. CC, ohne kompliz. Diag. oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie od. Neuropathie ohne äußerst schw. od. schw. CC, Alter > 18 J., mit komplexer Diag.
B17C	Eingriffe an periph. Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensyst. ohne äußerst schw. CC, ohne kompliz. Diag. oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie od. Neuropathie ohne äußerst schw. oder schw. CC, Alter > 18 J., ohne komplexen Eingr.
B18Z	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Revision eines Ventrikelshunts
B20B	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre, ohne intraoperatives neurophysiologisches Monitoring, mit komplexer Diagnose
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1656 Aufwandspunkte oder > 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems

DRG	DRG-Text
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
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie oder nicht akuter Paraplegie/Tetraplegie
B67A	Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung
B68C	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
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
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, ohne intrakranielle Blutung oder mit komplizierter intrakranieller Blutung, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden
B70C	Apoplexie mit intrakranieller Blutung, ohne komplizierte intrakranielle Blutung oder mit systemischer Thrombolyse, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, mehr als ein Belegungstag
B70D	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, ohne intrakranielle Blutung, ohne systemische Thrombolyse, 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
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
B72A	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter > 80 Jahre oder mit äußerst schweren oder schweren CC
B75A	Fieberkrämpfe, Alter < 1 Jahr
B75B	Fieberkrämpfe, Alter > 0 Jahre

DRG	DRG-Text
B76C	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik u. Therapie, mit schw. CC, Alter < 3 J. od. mit komplexer Diagnose od. m. äußerst schw. CC, Alter > 15 J. od. ohne äußerst schw. od. schw. CC, ohne kompliz. Diagn., mit EEG, mit kompl. Diagnose
B78C	Intrakranielle Verletzung, Alter > 0 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B80Z	Andere Kopfverletzungen
B85B	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne komplexe Diagnose, ohne hochkomplexe Diagnose
B85D	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose
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)
C13Z	Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen
C17Z	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie und andere komplexe Prozeduren ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE)
C60Z	Akute und schwere Augeninfektionen
C64Z	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien
D06A	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter < 6 Jahre
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
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
D24A	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC oder mit Kombinationseingriff ohne äußerst schwere CC
D24B	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D30B	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, mit starrer Endoskopie
D60B	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne starre Endoskopie
D61C	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) ohne Hörverlust oder Tinnitus
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, mit äußerst schweren CC
E02B	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwendigen Eingriff, Alter < 10 Jahre
E02C	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwendigen Eingriff, Alter > 9 Jahre, mit mäßig komplexem Eingriff
E05B	Andere große Eingriffe am Thorax ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung
E06A	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an der Thoraxwand mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen
E40C	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, ohne äußerst schwere CC, ohne ARDS
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre
E62A	Komplexe Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplizierenden Prozeduren oder mit komplexer Diagnose bei Zustand nach Organtransplantation
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
E65B	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, mit FEV1 < 35% oder Alter < 1 Jahr
E65C	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, ohne FEV1 < 35%, Alter > 0 Jahre
E69B	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag und Alter > 55 Jahre oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 0 Jahre oder ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 1 Jahr, mit RS-Virus-Infektion
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
E71A	Neubildungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder starrer Bronchoskopie oder mit komplexer Biopsie der Lunge
E71B	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie oder ohne komplexe Biopsie der Lunge
E73B	Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC
E74Z	Interstitielle Lungenerkrankung
E75C	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose

DRG	DRG-Text
E77C	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne angeborenes Fehlbildungssyndrom, mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
E77E	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne angeborenes Fehlbildungssyndrom, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre
F01A	Neuimplantation Kardioverter/Defibrillator (AICD), Dreikammerstimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff
F01B	Neuimplantation Kardioverter/Defibrillator (AICD), Zweikammerstimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff
F01F	Neuimplantation Kardioverter/Defibrillator (AICD), Zweikammerstimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff
F02Z	Aggregatwechsel eines Kardioverters/Defibrillators (AICD), Zwei- oder Dreikammerstimulation
F08Z	Große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierenden Prozeduren oder thorakoabdominalem Aneurysma
F10Z	Aggregatwechsel eines Kardioverters/Defibrillators (AICD), Einkammerstimulation
F13A	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen
F13C	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen ohne äußerst schwere CC
F14A	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit komplizierenden Prozeduren oder Revision oder komplexer Diagnose oder Alter < 3 Jahre, mit äußerst schweren CC
F14B	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit komplizierenden Prozeduren oder Revision oder komplexer Diagnose oder Alter < 3 Jahre, ohne äußerst schwere CC
F17Z	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammersystem
F18A	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters/Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC
F18B	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters/Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
F19A	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC
F19B	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC, Alter < 6 Jahre
F21B	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff
F25A	Implantation eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem mit äußerst schweren CC oder mit ablativen Maßnahmen oder PTCA
F26Z	Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem
F28B	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC
F28C	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere oder schwere CC
F33A	Große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Reoperation mit äußerst schweren CC
F34A	Andere große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine mit äußerst schweren CC
F34B	Andere große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine ohne äußerst schwere CC
F35B	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Prozeduren, Alter > 9 Jahre, ohne äußerst schwere CC
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit bestimmter OR-Prozedur
F38Z	Mäßig komplexe rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine
F39A	Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder Ulzeration oder äußerst schweren oder schweren CC
F40Z	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, mit äußerst schweren CC
F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, mit äußerst schweren CC
F43C	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
F46A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Diagnose, Alter < 14 Jahre
F49A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexem Eingriff, mit äußerst schweren CC
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC
F49D	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, Alter > 14 Jahre, mit komplexem Eingriff, ohne äußerst schwere CC
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, Alter > 14 Jahre, ohne komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC
F50B	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, mit komplizierendem Eingriff, mit äußerst schweren CC
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal
F51B	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal
F54Z	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe ohne komplizierende Prozeduren, ohne Revision, ohne komplexe Diagnose, Alter > 2 Jahre oder mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit komplizierender Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne Rotationsthrombektomie
F57A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Intervention mit äußerst schweren CC
F58A	Andere perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC
F58B	Andere perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC
F59A	Komplexe Gefäßeingriffe ohne komplizierende Prozeduren, ohne Revision, ohne komplexe Diagnose, Alter > 2 Jahre, mit äußerst schweren CC oder mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit äußerst schweren CC oder Rotationsthrombektomie
F59B	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne mehrfache Gefäßeingriffe, ohne äußerst schwere CC, ohne Rotationsthrombektomie, ohne komplizierende Diagnose
F65Z	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
F66Z	Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
F67A	Hypertonie mit äußerst schweren CC
F67B	Hypertonie mit schweren CC oder schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC
F68B	Angeborene Herzkrankheit, Alter > 5 Jahre
F69Z	Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC
F73Z	Synkope und Kollaps oder Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere CC
F75A	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre
F75D	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre oder periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC
F77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
G02Z	Eingriffe an Dün- und Dickdarm mit kompl. Eingriff od. kompliz. Diagn. oder Eingr. an Dün- u. Dickdarm od. andere Eingr. an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne kompliz. Proz., außer bei bösart. Neubild., mit Eingr. bei angebor. Fehlbildung, Alter < 2 J.
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
G07C	Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dün- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre
G10Z	Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System und Pankreas
G12B	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur
G16A	Komplexe Rektumresektion mit Lebermetastasenchirurgie oder komplizierenden Prozeduren
G16B	Komplexe Rektumresektion ohne Lebermetastasenchirurgie, ohne komplizierende Prozeduren
G17Z	Andere Rektumresektion
G18B	Eingriffe an Dün- u. Dickdarm oder andere Eingr. an Magen, Ösophagus u. Duodenum ohne kompliz. Proz., außer bei bösart. Neubildung, Alter < 3 J., ohne Eingr. bei angeborener Fehlbildung od. Alter > 1 J., ohne Lebermetastasenchirurgie, ohne kompl. Diagn.

DRG	DRG-Text
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
G21B	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 > 15 Jahre
G22C	Appendektomie bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre
G25Z	Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 0 Jahre oder Eingriffe bei Hernien, Alter < 1 Jahr
G26Z	Andere Eingriffe am Anus
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
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G46A	Verschiedenartige Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane verbunden mit komplizierenden Prozeduren oder äußerst schweren CC oder verbunden mit äußerst schweren, schweren CC oder komplizierendem Eingriff bei Kindern
G46C	Verschiedenartige Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopien bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane verbunden mit schweren CC oder bei nicht schweren Erkrankungen der Verdauungsorgane verbunden mit äußerst schweren oder schweren CC bei Kindern
G47A	Andere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopie, Alter < 15 Jahre, mit bösartiger Neubildung oder chronisch entzündlicher Darmerkrankung
G47B	Andere Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopie bei schweren Krankh. d. Verdauungsorgane, ohne äußerst schw. od. schw. CC oder Gastroskopie ohne wenig kompl. Gastrosk., Alter < 15 J., ohne bösartige Neubildung, ohne chron. entzündl. Darmerkrankung

DRG	DRG-Text
G48A	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre, mit schwerer Darminfektion, komplizierenden Prozeduren oder bei Zustand nach Organtransplantation
G48B	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre, mit komplizierender Diagnose, ohne schwere Darminfektion, ohne komplizierende Prozeduren, außer bei Zustand nach Organtransplantation
G48C	Koloskopie ohne wenig komplexe Koloskopie mit äußerst schweren oder schw. CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre, ohne komplizierende Diagnose, ohne schwere Darminfektion, ohne komplizierende Prozeduren, außer bei Z. n. Organtransplantation
G50Z	Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 14 Jahre
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
G64A	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC
G64B	Entzündliche Darmerkrankung, Alter < 18 Jahre oder Alter > 69 Jahre
G65Z	Obstruktion des Verdauungstraktes
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis u. verschied. Erkrankungen d. Verdauungsorgane od. gastrointest. Blutung, mit äuß. schw. od. schw. CC od. Alter >74 J. oder Ulkuserkrankung, mit schw. CC od. Alter >74 J., mehr als 1 Beleg.tag, mit kompliz. Diagn. od. Dialyse
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis u. versch. Erkr. d. Verdauungsorg. m. kompl. Diag. od. Alter <1 J. od. gastroint. Blutung, m. äuß. schw. od. schw. CC od. Alt. >74 J. od. Ulkuserkr. m. schw. CC od. Alt. >74 J., >1 Beleg.tag, ohne kompliz. Diag., ohne Dialyse
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe oder komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, Alter > 0 Jahre und Alter < 3 Jahre oder mit äußerst schweren CC
G67D	Ösophagitis, Gastroenteritis u. verschiedene Erkrankungen d. Verdauungsorgane ohne komplexe od. kompliz. Diagn., ohne Dialyse, Alter > 2 J., ohne äuß. schw. CC od. gastrointestinale Blutung od. Ulkuserkrankung, ohne äuß. schw. od. schw. CC, Alter < 75 J.
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane

DRG	DRG-Text
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
H02B	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen außer bei bösartiger Neubildung
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, ohne komplizierende 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
H09C	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shunt-Operationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung
H12B	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
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
H41B	Komplexe therapeutische ERCP mit schweren CC, ohne photodynamische Therapie, Alter < 3 Jahre
H60Z	Leberzirrhose und bestimmte nicht infektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
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
H63A	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und best. nicht infek. 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.
I01Z	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose
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
I03A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenks mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese oder Alter < 16 Jahre oder beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexem Eingriff, mit äußerst schweren CC
I03B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenks mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese 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 Hüftgelenks ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC
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, ohne Wirbelsäulenrelease
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, ohne Wirbelsäulenrelease, mit äußerst schweren CC
I07A	Amputation mit äußerst schweren CC
I07B	Amputation ohne äußerst schwere CC
I08B	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff, komplexer Prozedur od. komplexer Diagnose bei zerebraler Lähmung oder mit äußerst schweren CC oder Ersatz des Hüftgelenks mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
I08C	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff, komplexer Prozedur, komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC
I08D	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne Mehrfacheingriff, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC
I09A	Wirbelkörperperfusion mit äußerst schweren CC, ohne andere Kyphoplastie
I10A	Andere 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
I12B	Knochen und Gelenkinfektion/-entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC oder Revision des Kniegelenks
I12C	Knochen und Gelenkinfektion/-entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne Revision des Kniegelenks
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
I15B	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, Alter > 15 Jahre
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre
I19B	Komplexe Wirbelkörperperfusion ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
I20A	Eingriffe am Fuß mit mehreren hochkomplexen Eingriffen oder mit hochkomplexem Eingriff mit komplexer Diagnose
I20C	Eingriffe am Fuß mit komplexem Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder mit schwerem Weichteilschaden oder ohne komplexen Eingriff, ohne schweren Weichteilschaden, Alter > 15 Jahre, mit Knochen- transplantation oder Implantation einer Zehengelenkendoprothese
I21Z	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk und Femur oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm

DRG	DRG-Text
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
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I27A	Eingriffe am Weichteilgewebe mit äußerst schweren CC oder bei bösartiger Neubildung, mit schweren CC
I27B	Eingriffe am Weichteilgewebe mit schweren CC oder bei bösartiger Neubildung
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
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
I42Z	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I44B	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation/-revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC
I46A	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC oder mit allogener Knochen transplantation
I46B	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne allogene Knochen transplantation

DRG	DRG-Text
I47A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenks ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenks ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff
I50Z	Gewebe-/Hauttransplantation, außer an der Hand, ohne komplizierende Prozeduren, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne schweren Weichteilschaden, ohne äußerst schwere oder schwere CC
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
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
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
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
I66E	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, ein Belegungstag
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
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
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
I69Z	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien
I71Z	Muskel- und Sehnenkrankungen oder Verstauchung, Zerrung und Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel
I72Z	Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit äußerst schweren oder schweren CC oder Frakturen am Femurschaft, Alter > 2 Jahre
I73Z	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes
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
J02B	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion/Entzündung und ausgedehnte Lymphadenektomie, ohne äußerst schwere CC
J08B	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit komplexer Diagnose, mit zusätzlichem Eingriff an Kopf und Hals, ohne komplexe Prozedur, mit äußerst schweren CC
J09B	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre
J11B	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne komplizierende Diagnose, mit mäßig komplexer Prozedur
J18Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag
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
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung
J60Z	Hautulkus
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

DRG	DRG-Text
J64A	Infektion/Entzündung der Haut und Unterhaut mit äußerst schweren 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
J65B	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, Alter < 71 Jahre, ohne schwere CC
J67A	Leichte bis moderate Hauterkrankungen mit CC
K03Z	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriffe an der Hypophyse
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, ohne 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, ohne komplexe Arthrodese des Fußes
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen
K60B	Diabetes mellitus mit komplizierenden Diagnosen oder äußerst schweren CC oder schwere Ernährungsstörungen, Alter > 10 Jahre, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K60C	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 11 Jahre oder Diabetes mellitus mit schweren CC, Alter > 10 Jahre und Alter < 16 Jahre, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K60D	Diabetes mellitus ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, Alter > 10 Jahre und Alter < 16 Jahre, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K60F	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne multiple Komplikationen, ohne Ketoazidose, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K62Z	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, mit komplexer Diagnose

DRG	DRG-Text
K63D	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose
K63E	Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag
K64D	Endokrinopathien, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Radiojoddiagnostik
K77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
L04C	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, Alter > 15 Jahre
L05B	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC
L06A	Kleine Eingriffe an der Harnblase mit äußerst schweren CC
L08B	Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter > 5 Jahre
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 Dialyse-Shunts
L09D	Andere Eingriffe bei Erkrankungen d. Harnorgane, Alter < 2 J. od. mit äußerst schw. CC, mit Anlage eines Dialyseshunts od. Alter > 1 J., ohne äußerst schw. CC, ohne Anl. eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuff. od. bei chron. Niereninsuff. m. Dialyse
L13A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, mit CC
L13B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, ohne CC
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra, Alter > 15 Jahre
L20A	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Uretorenoskopien, mit äußerst schweren CC
L20B	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Uretorenoskopien ohne extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Uretorenoskopien ohne extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane

DRG	DRG-Text
L36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L60A	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse, akutem Nierenversagen und äußerst schweren CC oder mit Dialyse und akutem Nierenversagen oder äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
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
L62A	Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC
L63C	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre
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
L71Z	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse
L73Z	Harnblasenlähmung, mehr als ein Belegungstag
M02Z	Transurethrale Prostataresektion
M04B	Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere CC, Alter < 3 Jahre
M04C	Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre
M06Z	Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen
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
M09B	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
M10B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen
M11Z	Transurethrale Laservaporisation der Prostata

DRG	DRG-Text
M60A	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC
N01A	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie mit äußerst schweren CC
N02A	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung der Ovarien und Adnexen, mit äußerst schweren CC
N02C	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung der Ovarien und Adnexen, ohne CC
N03A	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung anderer Organe, mit äußerst schweren 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
N08Z	Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
N09Z	Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne äußerst schwere CC
N11A	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit äußerst schweren CC
N13A	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, Alter > 80 Jahre oder äußerst schwere oder schwere 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
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
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
N60B	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
O02A	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit intrauteriner Therapie
O03Z	Extrauterin gravidität
O05A	Cerclage und Muttermundverschluss
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose
O65A	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren oder schweren CC
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC
P03A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 – 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 479 Stunden
P03C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 – 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne Beatmung > 120 Stunden oder ohne mehrere schwere Probleme
P06A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden
P06C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden
P60C	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt, ohne Beatmung > 24 Stunden (Mindestverweildauer 24 Stunden für das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfindet)
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 – 749 g mit signifikanter OR-Prozedur
P62A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 – 874 g mit signifikanter OR-Prozedur
P66D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 – 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder neugeborener Mehrling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen
P67B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem oder mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Prozedur, mit komplizierender Diagnose
P67C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Prozedur, ohne komplizierende Diagnose
P67D	Neugeborener Einling, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder 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
Q02B	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter < 6 Jahre
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
Q60E	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne CC, Alter > 15 Jahre
Q61A	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, ohne aplastische Anämie, mit äußerst schweren CC
R01B	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur
R01D	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur

DRG	DRG-Text
R03Z	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC, oder mit bestimmter OR-Prozedur mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
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
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
R36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte bei hämatologischen und soliden Neubildungen
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
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, mit Agranulozytose oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, mit Agranulozytose oder Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
R61D	Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Dialyse
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

DRG	DRG-Text
R61I	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne Osteolysen
R62C	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne Osteolysen, ohne äußerst schwere CC
R63D	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit komplexer OR-Prozedur, 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
T60A	Sepsis mit komplizierenden Prozeduren oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC
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
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
T60D	Sepsis ohne komplizierende Prozeduren, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre
T60E	Sepsis ohne komplizierende Prozeduren, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre
T61A	Postoperative und posttraumatische Infektionen mit komplizierenden Prozeduren oder komplizierender Diagnose
T62A	Fieber unbekannter Ursache mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre
T62B	Fieber unbekannter Ursache ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 6 Jahre
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation

DRG	DRG-Text
T64C	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten ohne komplexe Diagnose
T77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen
U66Z	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen oder psychische Störungen in der Kindheit
V60C	Alkoholintoxikation und -entzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, ohne Qualifizierten Entzug, ohne Entzugssyndrom
V61Z	Drogenintoxikation und -entzug
W02A	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule mit komplizierenden Prozeduren oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen
W04A	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren mit komplizierenden Prozeduren oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen
X01A	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen mit komplizierenden Prozeduren, Eingriff an mehreren Lokalisationen, freier Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder komplizierender Diagnose oder komplexer Prozedur, mit äußerst schweren CC
X01C	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Prozeduren, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplexe Prozedur, ohne äußerst schw. CC
X05A	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, mit komplexem Eingriff
X05B	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff
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
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

DRG	DRG-Text
Y02A	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation bei Sepsis oder mit komplizierenden Prozeduren, hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte
Y02B	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation außer b. Sepsis, ohne kompliz. Proz., ohne hochkompl. Eingr., ohne vierzeitige best. OR-Proz., ohne intens. Komplexb. > 552 P., mit äußerst schw. CC, kompliz. Diagn., kompl. Proz., Dialyse od. Beatm. > 24 Std.
Y02C	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplexe Prozedur, ohne Dialyse, ohne Beatmung > 24 Stunden, ohne komplizierende Prozeduren, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Punkte
Y62B	Andere Verbrennungen, Alter > 5 Jahre
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)

<b>MDC</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Anzahl DRGs 2007</b>	<b>Anzahl DRGs 2008</b>	<b>Veränderung (in %)</b>
Prä	Prä-MDC	64	62	- 3
01	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	103	108	+ 5
02	Krankheiten und Störungen des Auges	28	30	+ 7
03	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	55	58	+ 5
04	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	58	61	+ 5
05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	124	130	+ 5
06	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	70	75	+ 7
07	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	32	33	+ 3
08	Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	123	130	+ 6
09	Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	45	47	+ 4
10	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten	40	40	0
11	Krankheiten und Störungen der Harnorgane	55	65	+ 18
12	Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	21	24	+ 14
13	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	34	35	+ 3
14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	25	26	+ 4
15	Neugeborene	42	42	0
16	Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	15	16	+ 7
17	Hämatologische und solide Neubildungen	49	51	+ 4

<b>MDC</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Anzahl DRGs 2006</b>	<b>Anzahl DRGs 2007</b>	<b>Veränderung (in %)</b>
18A	HIV	8	8	0
18B	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	21	21	0
19	Psychische Krankheiten und Störungen	10	11	+ 10
20	Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	7	7	0
21A	Polytrauma	12	12	0
21B	Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	14	15	+ 7
22	Verbrennungen	7	10	0
23	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	11	11	0
Fehler-DRGs	Fehler-DRGs und sonstige DRGs	9	9	0
<b>Gesamt</b>		<b>1.082</b>	<b>1.137</b>	<b>+ 5</b>